



7 Schizophrenie CIM-10 V F F 20-29

Le terme schizophrénie est composé des mots grecs skizo (divisé) et phren (esprit). Au début de ce siècle, comme Bondy l'a déjà mentionné, la schizophrénie a été définie par le psychiatre suisse Eugen Bleuler pour un groupe de maladies dans lesquelles la dissension des pensées et des sentiments est frappante (Bondy B, 2008).

Comme l'a déjà mentionné Andrawis, Kraepelin a défini l'apparition de cette maladie dès 1898 sous le terme "dementia praecox" (démence prématurée). En 1911, Bleuler a formulé le terme "schizophrénie" (division de la conscience) pour cette psychose endogène, plus fortement liée à l'image psychogène en coupe. Dans les systèmes de classification modernes, le concept de schizophrénie a été modifié selon la CIM-10 et le DSM-IV afin d'atteindre un consensus international. Les résultats empiriques modernes et le besoin d'opérationnalisation ont été inclus (Andrawis A, 2018).

Définition

L'apparition de cette maladie est diverse et se manifeste sous la forme de troubles de l'ego, de délires, d'hallucinations, de troubles de la pensée formelle, de troubles psychomoteurs et de troubles affectifs. Pour parler d'un trouble pathologique, ces critères doivent être respectés sur une plus longue période de temps.

Citation du point de vue d'un patient affecté subjectivement, qui décrit comment il se sent intérieurement quand on souffre de ce trouble:

"Deux âmes vivent, ô ma poitrine, et j'ai aussi une voix intérieure! (Ce qui ne le laisse pas dormir, ce qui le pousse à chaque heure, c'est son auberge'rer Schweinehund!"). (ibid.).

7.1 Épidémiologie

Qui est touché par cette perturbation? Peut-on le retrouver dans tous les peuples et toutes les classes? Comme Bondy l'a déjà décrit, la recherche épidémiologique nous donne la réponse à ces questions parce qu'elle traite non seulement des chiffres, mais aussi de la cause

d'une maladie. Il existe des différences géographiques frappantes. A Vérone / Italie, par exemple, le taux de maladie initial était de 0,08% par an pour 1000 habitants, alors qu'il était dix fois plus élevé à Rochester / Etats-Unis (Andrawis A, 2018).

Dans la population moyenne, le risque de souffrir de cette maladie est de 1%, et il est le même pour les femmes et les hommes.

Comme Möller l'a déjà mentionné, la fréquence des foyers se situe entre la puberté et l'âge de 30 ans, les hommes contractant la maladie un peu plus tôt que les femmes. Le sous-type Hebephrenie se manifeste principalement dans la puberté, le sous-type paranoïaque-hallucinatoire dès l'âge de 30 ans, dès l'âge de 40 ans on parle de schizophrénie avancée. Le taux de suicide pour cette maladie est de 10% dans le monde. (ibid.).

7.2 Étiopathogénèse de la schizophrénie

Les facteurs déclencheurs peuvent être des dommages cérébraux ou des facteurs psychosociaux de nature socioculturelle et une prédisposition génétique. Dans le cas des parents au premier degré, par exemple, le risque de maladie, comme Möller l'a déjà expliqué, est de l'ordre de 10%, dans le cas des parents au second degré, il est d'environ 5%. Le risque de ce trouble augmente à 40 % si les deux parents sont affectés. La disposition génétique des jumeaux identiques est de 50 % et 15 % des jumeaux identiques (ibid.).

Il est important de comprendre que la conscience et les capacités intellectuelles ne sont pas altérées. Comme déjà souligné par Dilling et al., un changement de personnalité se produit au stade avancé avec la perte du sentiment d'individualité, de liberté de choix et d'unicité.

La personne affectée perd son lien avec la réalité et ses semblables, se sent poussée par des forces inconnues. Comme le souligne Bondy, il est difficile de se plonger dans le monde intérieur d'une personne atteinte et de comprendre cette maladie. Cette maladie survient sans cause extérieure visible et modifie la personnalité de la personne atteinte. Les parties saines de la personnalité sont souvent conservées à côté des parties malades (ibid.).

7.3 Schizophrénie du point de vue biochimique

Les structures dopaminergiques du système nerveux central agissent, comme Möller l'a déjà montré, en suractivant le système mésolimbique. Ils sont décrits comme le corrélat biochimique le plus important des symptômes aigus de schizophrénie. Les résultats pharmacologiques appuient cette hypothèse car les neuroleptiques bloquent les récepteurs

dopaminergiques (récepteurs de la dopamine D2 post-synaptique) et ont donc un effet antipsychotique (ibid.).

On ne sait toujours pas si la suractivité dopaminergique est la cause du trouble. On suppose qu'un excès de dopamine ou une hypersensibilité des récepteurs dopaminergiques est le point de départ. Comme Möller l'a déjà décrit, il s'agit d'un excès d'activité dopaminergique par rapport aux autres systèmes de neurotransmetteurs.

Les systèmes sérotoninergique et glutamatergique jouent un rôle important dans la schizophrénie. Cette hypothèse est encore à l'étude aujourd'hui. Les neuroleptiques sont les antagonistes (antagonistes de la dopamine D2), ils provoquent des symptômes aigus et des hallucinations. Les amphétamines sont également la cause d'une transmission accrue de la dopamine. Les systèmes glutamatergique et dopaminergique sont étroitement liés. Le système sérotoninergique fait également l'objet d'une attention accrue, car tous les neuroleptiques présentent un antagonisme de la sérotonine-5HT_{2A} en plus de celui de la dopamine D2 mentionné précédemment. Les facteurs psychosociaux jouent un rôle important comme cause et déclencheur de la schizophrénie. Cette maladie est plus fréquente dans les classes sociales inférieures. Le stress causé par l'hyperstimulation a également un effet négatif sur le développement de cette maladie (ibid.).

7.4 La vision psychanalytique de la schizophrénie

Comme Möller l'a déjà décrit, d'un point de vue psychanalytique, la faiblesse de l'ego dans l'enfance favorise l'apparition de la maladie, de même que la coïncidence des risques génétiques avec une atmosphère familiale défavorable. Comme Mentzos l'a déjà décrit, les troubles mentaux résultent souvent d'un conflit précoce et de son traitement pathologique. C'est le développement d'une déficience structurelle, qui est un trouble primaire et secondaire du moi. En particulier les troubles primaires conduisent au développement de 5 autres groupes de troubles (narcissiques, schizoïdes et paranoïaques, psychoses et troubles borderline)

7.5 Échantillon clinique de la fréquence des troubles psychopathologiques

L'échantillon clinique de 81 patients ayant déjà eu Andrawis (2018), a décrit la fréquence relative des symptômes psychopathologiques :

Trouble de l'affectivité (96 %) :

- comportement euphorique, comportement lapish (9% chacun)

- Panique et anxiété (21 %)
- Parathymie (31 %)
- humeur dépressive (26%)
- Dysphorie / irritabilité, tension agressive (23%)
- Méfiance (28 %)

I (46 %):

- Propagation des pensées / influence étrangère de la pensée (20%)
- Dépersonnalisation / Déréalisation (31%)
- autres influences externes (13 %)
- Autisme (15 %)

Trouble de la pensée formelle (68 %):

- Parler trop (19 %)
- Abandon de la pensée / blocage de la pensée (30 %)
- Pensée perverse (35 %)

Troubles de la conduite et du comportement social (63 %):

- augmentation de l'exhaustibilité (10%)
- Tendance à l'agressivité (19%)
- Tendance à la négligence / besoin de soins (13 %)
- Manque de contact (45 %)

Illusion (79 %):

- Le délire amoureux (3 %)
- Illusions de grandeur/illusions religieuses (11 %)
- Illusion d'affaiblissement / illusion de persécution (59 %)

- Paranoïa (48 %)
- troubles de la volonté et des fonctions psychomotrices (60 %)
- Maniérisme (11 %)
- Négativisme / Autisme (8% chacun)
- Catalepsie (4%)
- Agitation / apathie / stéréotypes (13% chacun)
- Abulie / Diminution des participations (28%)
- Stupeur (9 %)

Hallucinations (49 %):

- Commentaires/dialogues (36 %)
- hallucinations corporelles (14 %)
- Hallucinations optiques (18 %)
- Autres hallucinations acoustiques et voix différentes (15%) (Andrawis A, 2018).

7.6 Symptômes de la schizophrénie

La schizophrénie se manifeste de différentes façons. Selon Bleuler, le trouble affectif, le trouble dit de la pensée formelle et le trouble de l'ego, sont définis comme des symptômes de base typiques. Schneider fait la distinction entre les symptômes de premier et de deuxième rang. Le premier rang comprend les voix interprétatives, le retrait de la pensée, la perception délirante et le son de la pensée. Le deuxième rang comprend les délires, les autres délires des sens, etc.

Comme Möller l'a déjà souligné, il est important de garder à l'esprit, lors du diagnostic de la schizophrénie, qu'elle ne doit pas nécessairement s'accompagner de délire et d'hallucinations. Certains types de schizophrénie ne produisent pas ces symptômes. Certains des symptômes peuvent également se retrouver dans d'autres maladies mentales. Ce qui est frappant, cependant, c'est que 80 % des personnes souffrant de schizophrénie développent des symptômes de folie. Un seul symptôme ne définit pas clairement la schizophrénie comme une maladie.

Afin d'établir un diagnostic clair, il est plus logique de résumer les symptômes en groupes.

Comme Möller l'a déjà décrit, les symptômes qui surviennent ensemble et qui sont particulièrement importants pour poser un diagnostic sont subdivisés :

1. (a) Retrait, inspiration, expression ou diffusion de la pensée.
 - b) Les illusions de contrôle, d'influence, d'illusion. Sentiment du fait, lié aux mouvements du corps et des membres ou à certaines pensées, activités ou sensations.
 - c) Voix dialogique ou de commentaire ou d'autres voix provenant d'une partie du corps parlant du patient et de son comportement.
 - d) L'illusion totalement irréaliste et durable, comme le fait d'être une personnalité politique ou religieuse ou de posséder des pouvoirs surnaturels (p. ex. être en contact avec des étrangers ou avoir le pouvoir de contrôler le temps).
- 2.a) Hallucinations, accompagnées de délires indistincts, persistants et entraînés, sans implication affective claire ou pensées fugaces. Ces symptômes se manifestent quotidiennement pendant des semaines, voire des mois.
- b) Le flux des pensées est perturbé par des ruptures de pensées, des distractions ou des néologismes qui apparaissent.
- c) Souplesse cirreuse ou stéréotypes posturaux, symptômes catatoniques tels que l'agitation, le négativisme, la stupeur et l'autisme (Andrawis A, 2018).
3. d) Symptômes négatifs, déjà décrits par Andrawis: effets aplatis ou inadéquats, apathie manifeste, appauvrissement de la parole, retrait social, altération des performances. Il est important que ces symptômes ne soient pas causés par des neuroleptiques ou la dépression.

L'invisibilité se manifeste par une attitude perdue dans le moi, l'inertie et le repli social. Ces symptômes sont typiques de la schizophrénie simple (F20.6).

Pour poser un diagnostic, au moins un symptôme doit être sans ambiguïté, et au moins deux ou trois si les symptômes ne sont pas sans équivoque (des groupes I. - III. ci-dessus). De plus, les symptômes doivent persister pendant au moins un mois et au-delà. Si la durée est plus courte, il faut penser à un trouble psychotique schizophrène aigu (F23.2).

Si des symptômes schizophréniques et affectifs apparaissent simultanément et avec la même intensité, on parle de trouble schizo-affectif (F25).

Si le cerveau est affecté par des symptômes de sevrage ou une intoxication, la schizophrénie ne devrait jamais être diagnostiquée. Des manifestations similaires de schizophrénie dans l'épilepsie ou d'autres maladies du cerveau sont définies dans (F06.2).

F1.5 est un dommage cérébral causé par les médicaments (et la caféine).

F1.0 est un trouble cérébral causé par l'alcool.

7.7 Classification de la schizophrénie (ibid.).

Classification de la schizophrénie CIM-10 F20.0 - F20.9

(Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008)

7.7.1 Schizophrénie paranoïaque

Schizophrénie paranoïaque (CIM-10 F20.0)

L'apparence la plus courante, comme l'a déjà confirmé Bondy, montre des hallucinations et des délires. Les patients se sentent sur écoute et menacés, contrôlés à distance et influencés. Leurs pensées montrent de la volatilité et de l'étourderie. Dans la phase aiguë, des crises émotionnelles graves et incompréhensibles surviennent, "comme si elles étaient possédées par des démons". Un peu trop de tous les symptômes : trop actif, trop fort. Les symptômes de base passent au second plan, tandis que l'accent est mis sur les symptômes productifs (Andrawis A, 2018).

7.7.2 Schizophrénie hébéphrène

Schizophrénie hébéphrène (CIM-10 F20.1)

Comme l'a déjà décrit Andrawis (2018), elle survient surtout à l'adolescence. Les troubles affectifs sont au premier plan, dans le sens d'un comportement qui n'est pas adapté à l'âge ou de l'indifférence, combinés à un trouble de la pensée, particulièrement imprévisible, insolent, insolent, plus d'inhibitions dans le comportement social (Andrawis A, 2013).

7.7.3 Schizophrénie catatonique

Schizophrénie catatonique (CIM-10 F20.2)

Cette forme de schizophrénie est, comme Andrawis l'a déjà décrit, (2013).

caractérisée par des troubles de l'entraînement et du mouvement. Les symptômes apparaissent soudainement sous forme sévère : Excitation, forte agitation avec engourdissement (stupeur catatonique) ou irritabilité et agressivité. L'illusion et les hallucinations, en tant que troubles fondamentaux, passent au second plan. Le cours de la catatonie dans de nombreux épisodes est relativement court. La personnalité ne change pas autant que dans les autres types.

7.7.4 Schizophrénie indifférenciée

Schizophrénie indifférenciée (CIM-10 F20.3)

Ce type de schizophrénie présente plusieurs symptômes sans indication claire de diagnostic. Comme l'ont déjà expliqué Dilling et coll., les patients présentent soit trop peu ou trop de symptômes (F20.0, F20.1, F20.2, F20.4, F20.5). Les critères mentionnés ci-dessus doivent être remplis pour poser un diagnostic (ibid.).

7.7.5 Dépression post-schizophrénique

Dépression postschizophrénique CIM-10 F20.4

Comme Andrawis (2013) l'a déjà expliqué, ce trouble suit la schizophrénie, les symptômes typiques sont toujours présents, mais sous une forme modérée. Les symptômes négatifs prédominent souvent. Il n'est pas si important pour le diagnostic de ces symptômes dépressifs. Ceci n'est que temporaire en raison de l'absence de symptômes psychotiques. C'est une réaction à la maladie. Il ne faut pas diagnostiquer la dépression à la hâte (F32.2, F32.3 selon : CIM-10 Chapitre -V.). Il n'est pas facile de déterminer quels symptômes sont basés sur l'effet des neuroleptiques, qui font partie de la dépression ou qui ont leur origine dans l'aplatissement des affects, la réduction du lecteur de la schizophrénie. Cette phase est caractérisée par un risque élevé de suicide.

Si trois critères sont remplis, un diagnostic peut être posé :

1. les symptômes typiques de schizophrénie sont toujours présents
2. la personne a souffert de symptômes de schizophrénie au cours des 12 derniers mois
3. les symptômes dépressifs et agonisants sont au premier plan depuis au moins deux semaines (ibid.).

7.7.6 Type résiduel schizophrénique

Résidu schizophrénique Type ICD-10 F20.5

Ce type se produit au cours de psychoses schizophrènes. Comme Möller l'a déjà décrit, un changement de personnalité est d'abord perceptible en raison d'une mauvaise performance, d'un nivellement affectif, d'une tendance aux symptômes hypochondriaques, de troubles de concentration et d'humeur dépressive. Dans les cas graves, il y a un manque d'enthousiasme et d'intérêt, une négligence de l'hygiène personnelle et un retrait autiste des contacts sociaux. La maladie chronique s'appelle la symptomatologie négative. Si les symptômes chroniques ou négatifs se mélangent aux symptômes positifs, on parle de "résiduel mixte" (ibid.). 7.7.7 Schizophrénie simplex

Schizophrénie Simplex CIM-10 F20.6

C'est un trouble qui, comme Andrawis le décrit déjà (2013), commence presque imperceptiblement, très souvent à la puberté. La progression n'est pas si dramatique, la folie et les hallucinations ne sont pas présentes. Les patients atteints de ce trouble se caractérisent par un manque de dynamisme, n'ont plus d'intérêts ou d'inclinations et vivent dans l'isolement. Les contacts professionnels et sociaux se sont atrophiés. Évolution de la maladie : La maladie progresse lentement jusqu'à ce que la personnalité se dissolve finalement.

7.7.8 Autres schizophrènes

Autre schizophrénie (CIM-10 F20.8)

- Il s'agit notamment de formes non identifiées de schizophrénie.

- schizophrénie zonale

Trois types différents de schizophrénie sont exclus :

1. schizophrénie cyclique (CIM-10 F25.2)

2. schizophrénie latente (CIM-10 F20.1)

3. trouble schizophrénique aigu (CIM-10 F23.2)

7.7.9 Schizophrénie non précisée

Schizophrénie non précisée CIM-10 F20,9

Il s'agit notamment de formes non précisées de schizophrénie.

7.7.10 Schizophrénie avec tendance à la violence

Dans l'opinion publique, comme Bondy l'a déjà décrit, les schizophrènes sont considérés comme violents. Toutefois, il ne s'agit que d'actes individuels de violence perpétrés par des personnes atteintes de troubles mentaux. Il n'est pas vrai que la majorité des crimes sont commis par des malades mentaux. Une étude menée en Allemagne de 1955 à 1964 montre que seulement 3% des auteurs de violence étaient des malades mentaux, avec un taux d'éveil de 90%. Sur 10 000 personnes souffrant de schizophrénie, seulement 5 ont commis un acte de violence. Toutefois, cela contredit l'opinion publique (ibid.).

7.8 Traitement de la schizophrénie

La thérapie se compose de trois éléments de base: Psychopharmacologie, psychothérapies et mesures sociothérapeutiques.

Comme le souligne Andrawis (2013), la psychopharmacologie est à l'avant-garde. Il est à noter qu'une association de neuroleptiques n'est considérée utile que si elle a un effet antipsychotique fort en mélangeant un neuroleptique non sédatif avec une benzodiazépine sédatif. Au stade des épisodes psychotiques aigus, une hospitalisation est absolument nécessaire. Il est important d'administrer une dose élevée de neuroleptiques au stade aigu. C'est pourquoi la tolérance du patient aux effets secondaires est prise en compte. Lorsque la phase aiguë est terminée et que le patient se sent suffisamment stable, des mesures psychothérapeutiques et sociothérapeutiques suivent. Un bilan de santé par un psychiatre ou un patient externe est requis.

Si, après quatre à six semaines, aucun succès thérapeutique n'est obtenu, la neuroleptique clozapine est administrée (Andrawis A, 2013).

But de la thérapie:

Le but des thérapies psychopharmacologiques modernes, comme l'auteur l'a déjà décrit, est de stabiliser l'état émotionnel; la pensée devient plus claire et ordonnée. Les patients se sentent soulagés et peuvent à nouveau maîtriser les activités légères. Les mesures sociothérapeutiques recommandent des conditions de vie ordonnées et des tâches clairement définies dans le domaine professionnel. Les conflits au sein de la famille doivent être évités. Les psychothérapies offrent un soutien supplémentaire sur le chemin de la vie (ibid.).

7.8.1 Psychothérapies pour la schizophrénie

D'un point de vue psychanalytique, de nombreux problèmes psychologiques sont enracinés dans l'enfance. L'objectif est de rendre visibles les structures de la personnalité en faisant face aux expériences traumatiques non résolues de l'enfance, qui sont ancrées dans l'inconscient. Comme le souligne Bondy, une libre association et interprétation des rêves est importante pour la thérapie. Les traumatismes et les conflits refoulés sont portés à la conscience afin de permettre un traitement mental approprié. La volonté positive du patient est ici d'une grande importance.

Je pense qu'il serait important d'expliquer au patient que la défense et la résistance ne sont pas efficaces en thérapie. Selon Freud, les patients schizophrènes ne sont pas ouverts à la psychanalyse, ce qui rend le contact plus difficile. Le patient est

L'enquête sur les expériences de la petite enfance apporte encore plus de confusion (Andrawis A, 2013).

7.8.2 Approches thérapeutiques comportementales

D'autres mesures psychothérapeutiques comprennent, comme Möller l'a déjà décrit, (Andrawis 2013), les thérapies comportementales au niveau cognitif, ainsi que l'amélioration des compétences sociales et des thérapies familiales. L'accent est mis sur un traitement sportif qui éveille le courage et l'espoir. Il faut tenir compte de l'information sur la maladie et les options de traitement, ainsi que du facteur d'influence des conflits sociaux et du stress. La motivation pour le traitement (psychoéducation) est importante. Tous les problèmes de la vie quotidienne doivent également être abordés, en particulier tous les types de stress ainsi que la sous-stimulation.

Programme d'exercices visant à promouvoir des stratégies d'adaptation cognitives et sociales :

Trois sections sur la différenciation cognitive, comme l'a déjà mentionné Möller :

Attention Se concentrer sur l'amélioration du traitement de l'information et de la réception de l'information. Promotion de la conceptualisation et de la pensée logique.

Perception sociale: La planification cognitive et l'auto-organisation sont encouragées afin de faire face au stress.

Entraînement à l'exercice: Des modèles de comportement instrumentaux pour faire face à des situations stressantes sont pratiqués ici.

La relaxation active comme technique supplémentaire: Il s'agit de l'équilibre entre l'harmonie et la disharmonie de la relaxation (ibid.).

Pour un traitement actif supplémentaire:

Comme l'a déjà mentionné Bondy, la construction de dortoirs, de groupes résidentiels et d'"ateliers de protection" ces dernières années a contribué à un meilleur retour des malades dans la vie quotidienne. La population est souvent hostile à de telles mesures. Cependant, il serait préférable de développer une compréhension pour les malades mentaux et de faire preuve de solidarité envers eux. L'objectif est la tolérance et le développement positif des relations interpersonnelles pour une psychiatrie compréhensive, humaine et positive. Cela aurait à son tour des effets positifs sur le patient (Ibid.).

Prof. Dr. Andrawis