

## **OBJECTIFS PEDAGOGIQUES**

Objectif principale

- Définir les troubles délirants selon les classifications actuelles en psychiatrie

Objectif intermédiaire

- Montrer l'importance de la dangerosité dans ce genre de troubles

## **PLAN**

INTRODUCTION ET DEFINITION

DELIRES PARANOÏAQUES OU TROUBLE DELIRANT

EPIDEMIOLOGIE

CLINIQUE

FORMES CLINIQUES

EVOLUTION

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

TRAITEMENTS

CRITERES DIAGNOSTICS SELON LE DSM IV

## **LES DELIRES CHRONIQUES SYSTEMATISES**

### **INTRODUCTION ET DEFINITION**

Les délires chroniques systématisés se définissent comme "*des psychoses caractérisées par des idées délirantes permanentes qui font l'essentiel du tableau clinique*". Le caractère permanent du délire permet de les distinguer des psychoses délirantes aiguës.

On les oppose aux psychoses schizophréniques en raison de leur caractère relativement systématisé et de la rareté ou l'absence de signes déficitaires importants.

L'école psychiatrique Française reconnaît habituellement trois grands types de délires chroniques systématisés :

- La psychose hallucinatoire chronique,
- Les psychoses fantastiques ou paraphréniques,
- Les délires paranoïaques.

Dans les classifications actuelles des troubles mentaux, ces délires chroniques ne sont pas non plus clairement individualisés.

Dans la DSM 4, seul le Trouble délirant est individualisé et renvoie aux psychoses paranoïaques.

La psychose hallucinatoire chronique et la paraphrénie font partie dans le DSM 4 des troubles schizophréniques.

Dans la CIM 10, à côté des troubles schizophréniques, sont isolés des Troubles délirants persistants (F 22) renvoyant aux psychoses paranoïaques et aux paraphrénies de l'école psychiatrique française.

### **DELIRES PARANOÏAQUES OU TROUBLE DELIRANT**

Classiquement les délires paranoïaques sont caractérisés par un délire systématisé, sans hallucination et sans détérioration intellectuelle.

Dans la DSM 4, le trouble délirant est principalement défini par l'existence d'idées délirantes prédominantes.

La nature non bizarre des idées délirantes permet en partie de différencier ces états des schizophrénies.

#### **1. *Épidémiologie***

- L'épidémiologie exacte du trouble délirant est difficile en raison de sa rareté relative.

Le trouble délirant peut être sous-évalué car les patients délirants recherchent rarement une aide psychiatrique.

- La prévalence estimée de ce trouble est actuellement de 0,02 à 0,03 %.
- L'âge moyen de début est d'environ de 40 ans.
- Il existe une légère prédominance des sujets de sexe féminin.
- Beaucoup de patients sont mariés et ont un emploi.

## 2. Clinique

Les critères diagnostics du trouble délirant selon le DSM 4 sont présentés au à la fin du cours.

Le critère principal de délire paranoïaque est la présence d'idées délirantes non bizarres et systématisées.

Il n'existe par ailleurs pas d'éléments en faveur d'un trouble schizophrénique.

Le délire paranoïaque s'installe le plus souvent de manière progressive et insidieuse chez des sujets d'âge moyen (35 à 45 ans).

Il convient de distinguer les différentes formes de délire et la personnalité pré morbide ou personnalité paranoïaque.

## 3. Différentes formes cliniques.

Dans le DSM 4, 7 formes cliniques différentes sont isolées .Elles reprennent en partie, les formes cliniques de la clinique française des psychoses paranoïaques qui distingue :

- ✓ **Le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras (la paranoïa).** Le mécanisme central est l'interprétation.

L'interprétation délirante est décrite comme un raisonnement faux à partir d'un fait exact, d'une perception réelle qui prend par le fait d'associations liées aux tendances et à l'affectivité une signification personnelle pour le malade par le jeu d'inductions et de déductions erronées. Le délire s'étend pour intégrer, de façon logique claire et cohérente de nouvelles interprétations.

On qualifie le mode développement de "**en réseau**" car aucun des domaines de la vie du sujet n'est à priori exclu. Il n'y a plus de hasard dans la vie du sujet

Il s'accompagne d'une conviction absolue. Le thème du délire est presque constamment un thème de persécution, de préjudice, de malveillance.

L'humeur est généralement neutre. Les fonctions mentales restent longtemps satisfaisantes.

- ✓ **Le délire relationnel et sensitif de Kretschmer:** Survient sur des **sujets hypersensibles** (hyposthéniques, paranoïa sensitive.) La décompensation survient en général après un échec ou une frustration. L'hyposthénie relationnelle va réveiller des impressions de vexation et d'humiliation. C'est un délire **concentrique** avec décompensation dépressive et tentative de suicide.

Le sujet rumine douloureusement les impressions de brimade et de mépris. Il développe des idées de référence qui deviennent vite une certitude.

- ✓ **Les délires passionnels.** Les thèmes sont divers (érotomanie, délire de jalousie, délire de revendication). Ces délires sont dits en "secteur", car le délire ne s'étend pas à la totalité de la vie mentale du sujet, ni à l'ensemble de son système relationnel et de ses champs d'intérêt. On distingue :
  - **Le délire érotomaniaque** ou "l'illusion délirante d'être aimé". Il est assez rare et affecte le plus souvent les femmes que les hommes. Le sujet est convaincu d'être aimé par un personnage souvent considéré comme prestigieux (vedette de cinéma, homme politique.....).
  - **Le délire de jalousie** : Le début est brutal, la preuve de l'infidélité du conjoint va s'appuyer sur un geste ou une parole et le sujet va chercher des preuves irréfutables (fouille de sac, interrogatoires sans fin, etc.)
- **Les délires de revendication.** Fréquents et compatibles avec une activité professionnelle. Ils sont basés sur le postulat que le sujet a subi un préjudice qu'il faut réparer à tout prix (sujets bien connus des magistrats.) Le délire peut s'installer à la suite d'un procès perdu, d'une déception ou de l'idée d'avoir réalisé une découverte scientifique.

L'évolution se fait soit par **accès d'excitation** ou **de désespoir**, le refus des soins et les multiples interventions au niveau des juges qu'ils finissent par persécuter, entraînant des mesures d'internement.

L'hospitalisation va entraîner un **apaisement** du délire.

Les formes cliniques sont

- 1) *Les querelleurs possessifs*: Qui se ruinent en procès interminables pour obtenir réparation.
- 2) *Les inventeurs méconnus*: Qui accusent autrui de les avoir dépossédé de leur inventions.
- 3) *Les idéalistes passionnés*: Qui élaborent des doctrines et des systèmes de réforme sociale et économiques.
- 4) *Les hypocondriaques délirants*: Qui assiègent le corps médical pour être traités puis les persécutent pour obtenir réparation pour les préjudices subits.
- 5) *Les sinistres délirantes*: Qui se fixent, souvent après un accident de travail, sur le préjudice subit (invalidité et pension).

- **Personnalité pré morbide ou personnalité paranoïaque.**

1. L'orgueil ou l'égoïsme (surestimation de sa propre valeur.)
2. La méfiance (tendance à suspecter autrui, même ses amis, de manque de loyauté) avec réticence à se confier (de peur que les informations soient retenues contre lui.)
3. La psychorigidité (refus de pardonner avec une tendance rancunière et froideur affective.)
4. La fausseté du jugement (derrière un raisonnement logique se cachent des idées préconçues et fausses.)

**Evolution:**

Le délire peut **se limiter à un secteur**, permettant une vie familiale et professionnelle.  
Il peut **se développer** par juxtaposition de nouveaux éléments s'ajoutant aux précédents.  
Il peut **s'aggraver** par des manifestations agressives de défense (le persécuté devient à son tour persécuteur.)

## **Diagnostic différentiel**

Face à l'apparition d'idées délirantes, il convient de rechercher :

- Certaines affections médicales. Les plus fréquentes sont les maladies neurologiques en particulier les étés démentiels.
- Les troubles liés à l'usage de substances (cocaïne,..) ou de médicaments (antituberculeux, antiparkinsoniens..).
- d'autres troubles psychiatriques (dépression, schizophrénie, autres troubles délirants

chroniques..). La distinction avec la schizophrénie repose sur l'absence d'autres Symptômes schizophréniques dans la paranoïa ou trouble délirant.

## **Traitement**

### **Traitement médicamenteux.**

- Le recours au traitement neuroleptique est le plus souvent recommandé dans les troubles délirants.

- De faibles posologies au début de traitement sont le plus souvent recommandées du fait de la grande sensibilité de ces patients aux effets secondaires des neuroleptiques.
- Les délires d'interprétation sont généralement peu sensibles aux neuroleptiques. Ces médicaments atténuent cependant les convictions délirantes, l'angoisse et réduisent l'agressivité du patient.
- Le recours à des antidépresseurs est parfois nécessaire dans les formes à type de délires des sensitifs et les délires passionnels.

### Traitement socio-psychothérapeutique

- a. L'essentiel d'une psychothérapie efficace est l'établissement d'un rapport de confiance entre le patient et le thérapeute. La thérapie individuelle semble plus efficace que la thérapie de groupe. Les thérapies de soutien, comportementales ou cognitives peuvent être proposées.
- b. Une adaptation sociale satisfaisante, plutôt qu'une disparition totale des idées délirantes des patients peut être le signe d'une réussite du traitement.

### LA PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE

La psychose hallucinatoire chronique a été individualisée par Ballet en 1911. Il s'agit d'un délire chronique survenant le plus souvent chez une femme (7 femmes pour 1 homme) âgée et vivant seule, de mécanisme principal hallucinatoire, sans dissociation mentale et d'évolution chronique

Dans sa phase d'état, la psychose hallucinatoire chronique est caractérisée par un état délirant richement hallucinatoire. Les hallucinations peuvent toucher les cinq sens.

Les hallucinations cénesthésiques (ondes, courant électrique, attouchements sexuels) et olfactives seraient plus fréquentes que dans les autres pathologies délirantes. Les thématiques les plus fréquemment rencontrées sont à contenu de persécution, sexuelle, mystique ou d'influence.

Si les hallucinations représentent le mécanisme délirant principal de cette pathologie, les autres mécanismes notamment interprétatif et intuitif peuvent être retrouvés. Le tableau clinique comporte également un automatisme mental pouvant être idéo-verbal, idéo-moteur ou idéo-sensitif.

- ✚ Le traitement est généralement constitué de médicaments neuroleptiques parfois associés à des antidépresseurs. Dans certaines formes cliniques très résistantes aux traitements, les électrochocs sont parfois justifiés.
- ✚ Sous traitement, on obtient généralement d'une extinction assez complète des phénomènes hallucinatoires et une mise à distance et un "enkystement" du délire.

## LES PARAPHRENIES

Les paraphrénies sont des délires rares dont le mécanisme délirant prédominant est l'imagination délirante. Il s'agit de délires sans dissociation mentale, d'évolution chronique et survenant chez des sujets âgés.

Le début est le plus souvent progressif, marqué par l'apparition de troubles du comportement, de bizarreries ou de troubles affectifs. Le délire, dont le mécanisme est imaginatif, prend l'aspect de rêveries, de contes ou encore de fiction.

Les thématiques cosmiques et fantastiques seraient plus fréquentes. Ce système délirant coexiste le plus souvent avec une pensée normale et les fonctions intellectuelles du patient sont préservées.

□ Le traitement neuroleptique est relativement peu efficace sur le délire, mais permet de contrôler l'exaltation thymique, les phénomènes hallucinatoires et les poussées de réactivation délirante.

### Critères diagnostiques du Trouble délirant selon le DSM 4.

- ✓ Idées délirantes non bizarres (c.à-d. impliquant des situations rencontrées dans la réalité telles que : être poursuivi(e), empoisonné(e), contaminé(e), aimé(e) à distance, ou trompé(e) par le conjoint ou le partenaire, ou être atteint(e) d'une maladie), persistant au moins 1 mois.
- ✓ N'a jamais répondu au critère A de la schizophrénie.
- ✓ En dehors de l'impact de l'idée (des idées) délirante(s) ou de ses (leurs) ramifications, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement.

En cas de survenue simultanée d'épisodes thymiques et d'idées délirantes, la durée totale des épisodes thymiques a été brève par rapport à la durée des périodes de délire.

✓ La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

**Spécification du type** (la désignation des types suivants est fondée sur le thème délirant prédominant :

- **Type érotomaniaque** : idées délirantes dont le thème est qu'une personne, habituellement d'un niveau plus élevé, est amoureuse du sujet.
- **Type mégalomaniaque** : idées délirantes dont le thème est une idée exagérée de sa propre valeur, de son pouvoir, de ses connaissances, de son identité, ou d'une relation exceptionnelle avec une divinité ou une personne célèbre.
- **A Type de jalousie** : idées délirantes dont le thème est que le partenaire sexuel du sujet lui est infidèle.
- **A type de persécution** : idées délirantes dont le thème est que l'on se conduit d'une façon malveillante envers le sujet (ou envers une personne qui lui est proche).
- **Type somatique** : idées délirantes dont le thème est que la personne est atteinte d'une imperfection physique ou d'une affection médicale générale.
- **Type mixte** : idées délirantes caractéristiques de plus d'un des types précédents, mais sans prédominance d'aucun thème.
- **Type non spécifié.**

## BIBLIOGRAPHIE

- 1) AULAGNIER P, *La violence de l'interprétation*, Paris, PUF, 1975
- 2) EY H., « Les psychoses délirantes chroniques », *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 1974.
- 3) GENIL-PERRIN V, *Les paranoïaques*, Maloine, Paris, 1926
- 4) LACAN J, « Structures des psychoses paranoïaques », *La semaine des hôpitaux de Paris*, n°14, juillet 1931, p.437-445
- 5) LACAN J, *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Le seuil, Paris, 1932
- 6) MONTASSUT, *La constitution paranoïaque*, Thèse, Paris, 1925.
- 7) MIJOLLA-MELLOR S., *La paranoïa*, Paris, PUF, 2007
- 8) PIRALIAN H, *Un enfant malade de la mort, Lecture de Mishima, Relecture de la paranoïa*, 2004