

Délires chroniques

Introduction / Généralités

- Les troubles psychotiques chroniques sont des pathologies psychiatriques qui sont caractérisées par la présence d'au moins un symptôme psychotique chronique (syndrome délirant ou syndrome dissociatif)
- Le diagnostic ne peut être retenu qu'en l'absence de cause organique aux manifestations
- On les différencie en :
 - **Schizophrénies** : avec syndrome dissociatif marqué, et dans la forme paranoïde un délire flou non systématisé, l'évolution est classiquement décrite comme allant vers le déficit
 - **Délires chroniques** (psychoses non-dissociatives ou non-déficitaires) : où le délire est au premier plan, systématisé, sans dissociation ni évolution déficitaire

Définition

- Les délires chroniques sont des tableaux caractérisés par des idées délirantes permanentes qui font l'essentiel du tableau, ces troubles sont d'installation progressive, le délire s'imisce au fil du temps et infiltre la personnalité du malade
- Dans la tradition clinique française on regroupe un ensemble de trois affections sous le nom de délires chroniques : la paranoïa, la Psychose Hallucinatoire Chronique (PHC) et la paraphrénie.
- Dans les autres pays, si la paranoïa constitue une entité clinique séparée, on a souvent tendance à rattacher la PHC et la paraphrénie au groupe des schizophrénies
- C'est le cas notamment du DSM IV qui n'inclut pas ces deux dernières dans la liste des troubles dont il définit les critères diagnostiques

Intérêt de la question

- Diagnostiquer un délire chronique
- Différencier un délire chronique d'une psychose dissociative
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

Historique

- Pendant plus de deux millénaires, le terme paranoïa a servi à désigner la folie au sens large du terme, d'abord en grec, puis dans le latin médical.
- Ce n'est qu'à la fin du 19^e siècle que le sens de paranoïa s'est restreint à certaines formes de troubles mentaux.
- Sérieux et Capgras ont publié en 1909 « les folies raisonnantes, le délire d'interprétation » avec terme paranoïa comme synonyme de l'entité morbide décrite.
- En 1912, Ballet a décrit la PHC
- Plus tard, De Clérambault a isolé le groupe des psychoses passionnelles.
- Kretschmer a identifié la personnalité sensitive, susceptible d'une décompensation réactionnelle sous la forme du délire de relation des sensitifs
- Au début du 19^e siècle, Kraepelin a défini la paraphrénie comme intermédiaire entre paranoïa et démence précoce

Epidémiologie

- Dans une étude concernant 5000 personnes âgées de plus de 65 ans, la prévalence du trouble délirant était 3 fois moins importante que celle de la schizophrénie (Copeland et coll, 1998)
- Sur 10.000 patients ambulatoires, 86 (0,83%) présentent un trouble délirant, ayant débuté en moyenne à 42 ans (Hsiao et coll, 1999)
- Thèmes du délire (Hsiao et coll., 1999) : persécution (71%), jalousie (8%), hypochondrie (2%), érotomanie (1%), mégalomanie (1%), le reste : mixte ou non spécifié

Diagnostic positif

- 4 éléments sont nécessaires pour porter le diagnostic :
 - Survenue tardive au-delà de 35 (critère relatif)
 - Ancienneté du délire évoluant depuis plus de 6 mois
 - Absence de syndrome discordant à évolution déficitaire
 - Absence de trouble organique ou thymique
- Si la thématique commune est souvent la persécution et que les autres thèmes délirants ne sont pas spécifiques on peut les différencier en fonction des mécanismes qui sont à l'œuvre :
 - Délire paranoïaque → interprétation
 - PHC → hallucinations
 - Paraphrénie → imagination
- Dans les classifications actuelles des troubles mentaux, ces délires chroniques ne sont pas non plus clairement individualisés. Dans le DSM IV, seul le trouble délirant est individualisé et renvoie aux psychoses paranoïaques, la psychose hallucinatoire chronique et la paraphrénie font partie dans DSM IV 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

Délire paranoïaque (trouble délirant)

Epidémiologie

- Elle est difficile en raison de sa rareté relative.
- Le trouble délirant peut-être sous-évalué car les patients délirants recherchent rarement une aide psychiatrique.
- **Prévalence** : estimée de ce trouble est de 0,02 à 0,03 %.
- **Âge moyen de début** : environ de 40 ans, avec une légère prédominance des sujets de sexe féminin.
- Beaucoup de patients sont mariés et ont un emploi

Clinique

- Sont des états délirants chroniques systématisés et de mécanisme interprétatif, les idées délirantes sont non-bizarres avec une conviction absolue de la part du patient qui peut même amener à l'adhésion de tiers non délirants « folie à plusieurs »
- La participation affective est forte « d'où la dangerosité potentielle » avec risque de passage à l'acte.
- Une des principales complications est l'alcoolisme avec majoration du risque de passage à l'acte hétéro-agressif
- On retrouve une personnalité pré-morbide de type paranoïaque avec hypertrophie du moi, fausseté du jugement, méfiance et psychorigidité.
- Ils regroupent les délires passionnels, le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras et les délires de relation des sensitifs

Formes cliniques

- **Délires passionnels** : sont des délires exaltés avec forte participation affective ils débutent brutalement avec l'émergence d'une idée délirante ou d'une interprétation qui va progressivement être enrichie par d'autres. Ce sont des délires systématisés en secteur (ne touchent qu'une partie de la vie du patient)
 - **Erotomanie** : illusion délirante d'être aimé, touche généralement les femmes, de 40 à 55 ans, l'objet de l'érotomanie est souvent un homme de meilleure condition socio-économique.
 - Le trouble débute par l'intuition délirante d'être aimé, le délire se développe progressivement épargnant le reste de la vie de patient.
 - **Evolution** : se fait par stades progressifs : espoir (attente, envoi de lettre de cadeaux), dépit puis rancune (menaces, actes agressifs contre l'objet ou ses proches) avec passage fréquent à l'acte dans ce stade
 - **Délire de jalousie** : touche les hommes plus souvent que les femmes.
 - D'installation insidieuse, il s'appuie sur l'idée fixe d'être trompé, ce délire se nourrit du doute et de multiples interprétations basées sur des événements anodins.
 - Il est fréquemment associé à un alcoolisme chronique qui peut favoriser le passage à l'acte
 - **Délires de revendications** : regroupent :
 - **Inventeurs méconnus** : qui recherchent par de multiples démarches une reconnaissance
 - **Querulents processifs** : auteurs de démarches juridiques incessantes
 - **Idéalistes passionnés** : qui cherchent à tous prix à transmettre leurs convictions
- **Délires d'interprétations de Sérieux et Capgras** : qualifiés par leurs auteurs de folies raisonnantes, ces délires surviennent chez des patients présentant une personnalité paranoïaque
 - Ils apparaissent brutalement suite à un événement déclenchant et sont renforcés par des interprétations, mécanisme délirant principal qui constitue le délire en un système cohérent.
 - **Thèmes** : sont la persécution, la mégalomanie et des idées de référence.
 - Le délire est systématisé en réseau, car aucun des domaines de la vie du sujet n'est à priori exclu. La conviction est absolue.
 - **Evolution** : chronique avec des moments féconds (réactivation du délire avec risque de passage à l'acte) ou de dépression
- **Délire de relation des sensitifs** : décrit par Kretschmer, il se développe chez des patients ayant une personnalité sensitive le plus souvent timide, asthénique et très susceptible
 - Le délire se développe souvent à la suite d'événements particulièrement pénibles d'échecs de frustrations ou de rejets. Le sujet rumine douloureusement les impressions de brimade et de mépris.
 - Il développe des idées de persécution et de référence à mécanisme intuitif et interprétatif qui deviennent vite une certitude
 - Les éléments délirants sont constitués de la conviction d'une conjuration visant sa dignité, de la part de son milieu de travail ou de ses proches (systématisation en secteur « relationnel »)
 - La participation affective est marquée par une tonalité dépressive du vécu délirant

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel des délires paranoïaques se fait avec : une personnalité pathologique (type paranoïaque ou sensitive), un syndrome confusionnel, une prise de toxique (cocaïne, amphétamines), une bouffée délirante aiguë, une manie délirante (pour les délires passionnels et de revendication), un épisode mélancolique (pour les délires sensitifs), un syndrome démentiel, une PHC (mais mécanisme délirant de type hallucinatoire), une paraphrénie (mais mécanisme délirant type imaginatif), une schizophrénie paranoïde

Principes du traitement

- Ces délires très structurés sont l'objet d'une forte adhésion de la part du malade amenant rarement à une consultation médicale.
- **Hospitalisation** : dans la mesure du possible la prise en charge doit se faire en ambulatoire.
 - Une hospitalisation peut être nécessaire en cas de moment fécond avec menace hétéro-agressive ou en cas d'épisode dépressif secondaire.
 - Elle vise à limiter les conséquences de la flambée délirante sur le contexte socioprofessionnel du patient.
 - Dans le cas de menace hétéro-agressive, l'hospitalisation pourra se faire sous contrainte en hospitalisation d'office
- **Chimiothérapie** :
 - **Traitements neuroleptiques** : sont peu efficaces sur les mécanismes interprétatifs et intuitifs. Ils sont indiqués en cas d'agitation ou de menace de passage à l'acte, on a recours à un neuroleptique sédatif (Chlorpromazine, Lévomépromazine). Les délires d'interprétation sont généralement peu sensibles à la chimiothérapie neuroleptiques (Rispéridone, Olanzapine, Halopéridol). Ces neuroleptiques incisifs atténuent cependant les convictions délirantes, apaisent l'angoisse et réduisent l'agressivité du patient
 - **Recours aux antidépresseurs (amitriptyline) ou aux thymorégulateurs** : possiblement associer à un neuroleptique sédatif est parfois nécessaire dans les formes à type de délires des sensitifs et les délires passionnels.
 - Devant certaines recrudescences anxieuses, on proposera ponctuellement une Benzodiazépine
- **Abord psychothérapeutique** : il est rendu difficile par l'absence de réelle demande, il est cependant plus facile chez les sensitifs. 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
 - Il faut repérer et traiter un éventuel alcoolisme concomitant
 - Une adaptation sociale satisfaisante, plutôt qu'une disparition totale des idées délirantes des patients peut être le signe d'une réussite du traitement

Psychose Hallucinatoire Chronique

Définition

- Cette entité clinique, spécifiquement française, survient le plus souvent chez la femme âgée de 30 à 50 ans (sex-ratio 1/7).
- Ailleurs dans le monde cette pathologie est considérée comme une schizophrénie à début tardif.

Clinique

- **Début** : est souvent assez brutal par un épisode délirant aigu richement hallucinatoire avec d'emblée un automatisme mental et syndrome d'influence.
- **Phase d'état** : est caractérisée par l'importance des hallucinations, l'automatisme mental est constant, comportant une série de phénomènes par lesquels le malade exprime le sentiment d'avoir perdu le contrôle de sa vie psychique et les limites de sa personne. Les hallucinations sont essentiellement auditives, le contenu des voix est le plus généralement injurieux, grossier, menaçant ou accusateur
- **Thèmes délirants** : sont variés mais le plus souvent il est de thème persécutif. L'élaboration délirante est généralement pauvre et vécue sur un mode passif, douloureux voire dépressif.
- Le délire est systématisé en réseau s'étendant d'une façon progressive à l'ensemble des domaines de vie de la patiente

Évolution / Traitement

- Spontanément, l'évolution se fait par poussées au cours desquelles le délire se réactive, entrecoupé de rémission plus ou moins marquée.
- À la longue, le délire tend à s'étendre, à s'enrichir de phénomènes imaginatifs envahissant de plus en plus la vie mentale et sociale du sujet qui se coupe progressivement de la vie extérieure.
- Sous traitement, on obtient généralement une extinction assez complète des phénomènes hallucinatoires avec une mise à distance et un "enkystement" du délire.
- Le traitement est généralement constitué de neuroleptiques parfois associés à des antidépresseurs.
- Dans certaines formes cliniques très résistantes aux traitements, les électrochocs sont parfois justifiés. Une psychothérapie de soutien est systématique

Paraphrénies

Définition

- Ce sont des délires rares, témoignant d'une pensée très riche, incohérente polymorphes, quasi-poétique.
- Ils sont caractérisés par une intégrité paradoxale de l'unité psychique avec parfaite adaptation à la réalité quotidienne.

Clinique

- Surviennent souvent chez une femme de 35 ans.
- On utilise actuellement le terme de paraphrénie pour désigner des délires chroniques où les mécanismes imaginatifs prédominent sur les autres mécanismes délirants.
- **Thèmes** : sont volontiers grandioses et fantastiques.
- On distingue deux formes cliniques suivant les mécanismes :
 - **Forme imaginative confabulante** : assez systématisée au tour d'un thème de grandeur à mécanisme essentiellement imaginatif peu hallucinatoire.
 - **Forme fantastique** : les mécanismes hallucinatoires et imaginatifs sont souvent intriqués.
- Malgré l'intensité et l'adhésion au délire, l'adaptation du patient à la réalité extérieur reste remarquable : on parle de bipolarisation de la vie psychique (maintien de relations professionnelles, respect des codes sociaux en parallèle à un vécu délirant très intense).
- Les capacités mnésiques et intellectuelles sont conservées et la participation affective est intense

Evolution / Traitement

- Les paraphrénies évoluent de façon chronique, faisant alterner pendant des années des périodes fécondes (réactivation de délire) avec exaltation de l'humeur et des périodes de relative sédation du délire. L'adaptation à la réalité reste relativement longtemps satisfaisante.
- A long terme et en l'absence de traitement, on peut toutefois assister à un appauvrissement progressif des élaborations délirantes
- Il peut parfois apparaître une dissociation schizophrénique au cours de laquelle l'incohérence du délire s'accroît avec apparition de troubles du cours de la pensée et du langage.
- Le traitement neuroleptique est relativement peu efficace sur le délire, mais permet de contrôler l'exaltation thymique, les phénomènes hallucinatoires et les poussées délirante.
- La psychothérapie vise à maintenir une insertion socio-affective

Conclusion

- Les délires chroniques systématisés sont 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