

DELIRE ET PSYCHOSE DU SUJET AGE

dr s.coreau-guillier, CMRR de
Rennes

DEFINITIONS

- LE DELIRE
- C'est un trouble du cours de la pensée
- De-lire: sortir du sillon
- Il se caractérise par une conviction inébranlable, est inaccessible au raisonnement.

DEFINITIONS

- LA PSYCHOSE

Est un état pathologique de souffrance psychique dont le sujet a peu conscience, avec un rapport à la réalité plus ou moins bien conservé en fonction du type de psychose.

Chez le sujet âgé, les symptômes les plus fréquents sont le délire et les hallucinations

DEFINITIONS

- LES PSYCHOSES du s.âgé constituent un ensemble hétérogène. Trois groupes:
 - les états confuso-oniriques, liés à des problèmes organiques dus à une urgence somatique ou à un état démentiel
 - les psychoses vieilles
 - les psychoses tardives, apparaissant spécifiquement chez le s.âgé

PSYCHOSES VIEILLIES

LES SCHIZOPHRENIES

LES DELIRES CHRONIQUES NON
SCHIZOPHRENIQUES: LES DELIRES
CHRONIQUES SYSTEMATISES:

- - paranoïa
- - psychose hallucinatoire chronique
- - paraphrénies vieilles

PSYCHOSES VIEILLIES 1

- Ce sont les psychoses de l'adulte jeune, vieilles avec l'avancée en âge du sujet.

PSYCHOSES VIEILLIES 2

- SCHIZOPHRENIE- EPIDEMIOLOGIE
- Prévalence de la schizophrénie:1%de la population générale
- En psychogériatrie: prévalence de 0,1%(Monfort, psychogériatrie,1998), donc 90% de schizophrènes perdus de vue avec l'avancée en âge
- Plus grande morbidité d'où une plus grande mortalité,plus grande mortalité par suicide, pas de nouveaux cas après 65ans,augmentation de la réticence avec l'âge, sd démentiel parfois associé, évolution favorable de certains schizophrènes avec l'avancée en âge, rupture de suivi/psychiatre

PSYCHOSES VIEILLIES 3

SCHIZOPHRENIE- CLINIQUE

Évolution: soit diminution ou disparition des symptômes ds
50% des cas, pfs stabilisation, pfs aggravation

Ds la littérature(Rigaud et Forette,EMC), 2/3

des symptômes de la schizophrénie disparaissent avec le
grand âge

Aspects cliniques résiduels: qqs troubles du cpt: repli sur soi,
isolement, pauvreté des contacts relationnels, réticence, pfs maniérisme ou
stéréotypies, présentation évoquant pfs un sd démentiel

Patients métamorphosés par de petite doses de
neuroleptiques

PSYCHOSES VIEILLIES 4

- LES DELIRES CHRONIQUES SYSTEMATISES
- Spécificité de la nosographie française
- différents des délires aigus et du délire dans la schizophrénie car pas de signes déficitaires

PSYCHOSES VIEILLIES 5

- DELIRES CHRONIQUES – la paranoïa
- Idées délirantes paraissant logiques et plausibles, construites en général à partir de faits réels.
- EN SECTEUR
- Délire centré sur le même thème délirant
- (passionnels, de jalousie, érotomanie,
- de revendication, quérulents processifs, promoteurs d'inventions pathologiques)
- Délire sur un seul thème ou un seul secteur de la réalité. système pouvant fonctionner jusqu'à la fin de vie ainsi. décompensation dépressive possible avec risque suicidaire précédé parfois du meurtre de la personne désignée persécutrice

PSYCHOSES VIEILLIES 6

- DELIRES CHRONIQUES- paranoïa

EN RESEAU: délire d'interprétation

Idées délirantes envahissant tout un secteur de la réalité

-d.de persécution

d.mégalomaniacque

d.de filiation

Évolution: perte de la plausibilité des idées délirantes.

Quand le délire devient incohérent, le délire devient paranoïde, proche du délire schizophrénique de la schizophrénie paranoïde.

PSYCHOSES VIEILLIES 7

- DELIRES CHRONIQUES SYSTEMATISES-psychose hallucinatoire chronique
- Atteint les femmes, début tardif entre 40/50ans
- Caractérisé par des hallucinations auditives(pfs cénesthésiques, visuelles olfactives)
- Et par un automatisme mental, décrit par DE CLERAMBAULT, avec perte du contrôle de sa vie psychique, impression de devinement de la pensée, pensée en écho, parasitée, actes dictés, critiqués, commentés, impression de devinement de la pensée, impression d'être soumis à une influence extérieure, dépossédé de sa pensée;
- Hallucinations s'intégrant surtout dans un délire de persécution.

PSYCHOSES VIEILLIES 8

- D.CHRONIQUES SYSTEMATISES-la paraphrénie vieillie
- Bonne adaptation à la réalité
- Délire de mécanisme imaginatif
- Exprimé sans réticence
- Thèmes fantastiques, romanesques...
- La paraphrénie n'entraîne pas d'handicap majeur sur le plan social, ni de tr. du comportement

LES DELIRES TARDIFS DU SUJET AGE+++++

- AIGUS
 - États confuso-oniriques,(recherche d'un facteur organique ou d'un sd de sevrage)
 - ds le cadre d'un sd démentiel,
 - trouble de l'humeur:mélancolie délirante, sd de Cottard avec perception délirante de son crps, déni d'organe...
- CHRONIQUES d'apparition tardive
- Ds un contexte d'isolement, de désafférentation sensorielle, importance de certains événements de vie, biographie, surdosage ou sevrage en BZD,OH,tr.mnésiques, tr.thymiques, personnalité prémorbide.

LES DELIRES CHRONIQUES D APPARITION TARDIVE

- Ils posent plusieurs problèmes:
 - celui de la personnalité prémorbide
 - de leur signification psychodynamique
 - et du contexte d'apparition
- Epidémiologie : 20% des patients hospitalisés (Clément, 1995)
- Séméiologie très variée: D.de préjudice, érotomaniacque, compagnon imaginaire

LES DELIRES CHRONIQUES TARDIFS 2

- Forme classique de description: le délire de préjudice de KRAEPELIN, en 1910.
 - début insidieux
 - contexte d'anxiété diffuse, mal définie
 - le sujet devient irritable, triste, méfiant/entourage
 - plaintes hypochondriaques avant l'installation du délire de préjudice

DELIRES TARDIFS CHRONIQUES 3

- Une fois installé, le délire de préjudice se caractérise par des THEMES de:
 - préjudice (vols, déplacement d'objets, tentatives d'empoisonnement,...)
 - hypochondrie
 - jalousie

DELIRES TARDIFS CHRONIQUES 4

MECANISMES du délire multiples:
interprétatif, intuitif, imaginatif, hallucinatoire

ORGANISATION mal systématisée

CONVICTION DELIRANTE parfois forte
entraînant des attitudes de refus,
opposition, commissariats, etc.

DELIRES TARDIFS CHRONIQUES 5

- NOSOGRAPHIE

Ces délires tardifs doivent-ils être rattachés à une forme jeune voisine de délire chronique (ex: PHC vieillie, paranoïa vieillie, ...)?

DIAS CORDEIRO et AJURIAGUERRA+++ proposent de regrouper tous les délires tardifs après 65 ans en une seule entité nosographique.

DELIRES TARDIFS CHRONIQUES 6

- RELATION DELIRE/ DEMENCE
- Kraepelin se posait déjà cette question.
- Le Gouès dit que « en somme, la démence ne conduit pas obligatoirement à la psychose et réciproquement. Ces deux entités peuvent être complètement ou partiellement séparées. »

APPROCHE MULTIFACTORIELLE DES DELIRES TARDIFS CHRONIQUES

- Elle permet un essai de compréhension de ces délires et peut donner quelques jalons dans la prise en charge thérapeutique ultérieure.
- Clément suggère de les envisager comme un « état réactionnel » à un certain nombre de conditions pathologiques

A- SITUATIONS D ISOLEMENT

De désafférentation sensorielle et sociale.

Des problèmes sensoriels peuvent entraîner des pertes cognitives: problèmes ophtalmo., problèmes auditifs.

Etude anglaise de Post: plus de surdité chez des patients atteints de délire tardif(25%) que chez les s.âgés déprimés(11%) et présence d'hallucinations auditives.

Sd de Charles Bonnet: délire tardif, tableau clinique associant des hallucinations visuelles au moment de l'éclosion ou de l'aggravation de la lésion oculaire.

Situations d'isolement-suite

- L'isolement relationnel, l'ennui, favorisent les penchants interprétatifs.

délirer est un mécanisme de défense, un mécanisme adaptatif « pour ne plus être seul » d'où l'importance de RESPECTER LE DELIRE++++ en partie (faibles doses de NL)

B- EVENEMENTS DE VIE

- Certains événements de vie sont fréquemment retrouvés:
 - la perte d'un être cher
 - un déménagement
 - une entrée en institution
 - la survenue d'une maladie somatique

C- ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

- Importance de certains événements biographiques:
 - les carences affectives de l'enfance
 - les mariages tardifs
 - une stérilité
 - le célibat

D- DELIRE OU HALLUCINATIONS SECONDAIRES

- A une prise médicamenteuse par surdosage ou par sevrage brutal(BZD)
- A une consommation d'alcool : alcoolisme chronique avec surtout des carences vitaminiques associées

E-TROUBLES MNESIQVES+/- ASSOCIES A UNE DEMENCE

- Un trouble mnésique peut entraîner une fabulation délirante

F- DES TROUBLES THYMIQUES

- Sont parfois sous-jacents au délire:
- - un état dépressif (masqué par le délire:dépression délirante)
- - un état maniaque (y penser devant une agitation, une agressivité...)

E- PERSONNALITE PREMORBIDE

- Monfort: personnalités évitantes, timides, narcissiques
- Clément: personnalités dépendantes, narcissiques
- SCG: personnalités sensibles

ASPECTS PSYCHODYNAMIQUES

- Expression clinique du délire est une conjonction entre certains événements de vie, un contexte environnemental, et un terrain particulier(biographie et personnalité prémorbide)
- Le délire est parfois l'expression d'un râteau, échec, des mécanismes adaptatifs face au vieillissement.

PSYCHODYNAMIQUE- suite

- Le Boucher et Le Gouès:

« redistribution des investissements lors de la vieillesse selon l'axe narcissique et l'axe objectal »

Ils se demandent si le délire tardif n'est pas lié à une inaptitude relationnelle, s'il ne reflète pas un ultime effort pour renouer un commerce d'objet soit avec une personne réelle, soit avec un être imaginaire, le délire protégeant alors d'une régression majeure====FONCTION PROTECTRICE ET REPARATRICE DU DELIRE.cert.idées délirantes ont une valeur défensive, les respecter+++dans ce cas

ERREURS DIAGNOSTIQUES

- PAR EXCES: parler de délire pour ce qui n'en est pas:
 - - iatrogène
 - - alcool
 - - organique: confusion, aphasie confondue avec un délire
 - - autre pathologie psychiatrique
 - - personne âgée non malade (pseudo-hallucinations à type de RDV hallucinatoire agréable avec l'être cher défunt)

ERREURS DIAGNOSTIQUES

- PAR DEFAUT: passer à côté du délire, ce qui est fréquent quand :
 - sd démentiel associé
 - état déficitaire schizophrénique type hébéphrénique
 - état dépressif délirant

TRAITEMENT

- MEDICAMENTEUX

Association ATD + antipsychotique

En pratique: IRS + rispéridone

Attention: diminuer le délire mais pas le supprimer+++

TRAITEMENT

DES FACTEURS ayant pu favoriser le déclenchement du délire

- correction d'un déficit sensoriel
- réaménagement d'un traitement: vitaminottt chez l'» alcoolique, reprise d'une BZD si sevrage trop brutal,
- correction d'un problème somatique
- solution d'aide à l'isolement ET:

MISE EN PLACE D UN SUIVI A LONG TERME
car, comme pour la dépression, un délire peut augurer une démence.