

LES PSYCHOSES DÉLIRANTES CHRONIQUES

M. DESSEILLES (1, 2), N. MASSART (2)

RÉSUMÉ : La tendance anglo-saxonne actuelle est de regrouper l'ensemble des psychoses sous le seul vocable de schizophrénie. Cependant, loin d'être un ensemble uniforme, la clinique des psychoses se décline sous différentes modalités. Les psychoses délirantes chroniques sont à ce sujet un paradigme. Leur clinique montre qu'une observation différentielle et affinée des patients psychotiques est importante en termes de compréhension diagnostique et de prise en charge thérapeutique.
MOTS-CLÉS : *Psychose - Psychose délirante chronique - Psychiatrie*

CHRONIC DELUSIONAL PSYCHOSIS
SUMMARY : The current Anglo-Saxon trend is to consider that schizophrenia includes all psychoses. However, far from being a uniform set, there is a lot of different clinical presentations of patients with psychosis. Chronic delusional psychosis, as a paradigm, show that subtyping psychosis on a clinical basis is useful for therapeutic and prognosis purposes.
KEYWORDS : *Psychosis - Chronic delusional psychosis - Psychiatry*

INTRODUCTION

Bien que la tendance américaine soit de ne reconnaître qu'une seule forme de psychose, il nous semble intéressant, aux points de vue diagnostique et thérapeutique, de rappeler une classification des troubles psychotiques délirants chroniques proposée par la nosographie française.

Après une brève description de la notion de psychose, nous présenterons dans cet article les différentes psychoses délirantes chroniques.

LES PSYCHOSES

Les psychoses sont un ensemble de troubles psychopathologiques caractérisés par l'existence d'épisodes dits «psychotiques». Ceux-ci se manifestent par une altération du «sens de la réalité» accompagnée souvent d'idées délirantes et/ou d'hallucinations. *L'anosognosie*, c'est-à-dire l'absence de conscience, par le sujet lui-même, de l'état pathologique lors de l'épisode psychotique, est la règle (1).

Notons toutefois que le terme «psychose» a été repris par de nombreux auteurs de courants théoriques divers et que son acception est parfois radicalement différente, parfois partiellement partagée. Il s'agit d'un terme générique dont il est difficile de donner une définition précise sans envisager l'ensemble des acceptions les plus courantes et les classifications qui leur correspondent. Ce n'est cependant pas l'objet de cet article, car d'autres travaux y ont été consacrés (1).

Actuellement, la psychose n'est pas considérée comme un diagnostic en soi, mais comme un nom générique regroupant certains troubles psychiques.

La présentation phénotypique des psychoses est variable. Les psychoses peuvent avoir un début aigu ou insidieux et une durée variable : courte (transitoire comme dans la bouffée délirante aiguë) ou longue (chronique comme dans la psychose paranoïaque). Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR (2), la durée hors traitement de plus d'un jour et moins d'un mois est un critère d'épisode psychotique bref, entre 1 mois et 6 mois, est un critère de trouble schizophréniforme, et au-delà de 6 mois, est un critère de trouble schizophrénique.

Les psychoses peuvent survenir une seule fois, (comme dans l'épisode psychotique bref) ou de manière périodique (comme dans la psychose maniaco-dépressive où il y a alternance de phases maniaques et de phases dépressives). Le patient peut tenir des propos structurés ou confus. Les psychoses peuvent survenir à un âge jeune ou avancé et dans certains contextes particuliers (déficience mentale, enfance, adolescence, grossesse, paternité, sénescence, fin de vie, ...). Le clinicien aura des repères de rythme, d'intensité, de durée, de contexte et de moment d'apparition afin de déterminer le type de psychose concerné.

L'étiologie peut être secondaire : toxique (alcoolique, cannabinoïdes ...), infectieuse, tumorale, hormonale, iatrogène (médicamenteuse ...), ou *primaire* (idiopathique).

Les psychoses présentent une évolution déficitaire (comme dans la forme «paranoïde» de la schizophrénie) ou non. C'est cette deuxième classe que nous nous proposons de détailler ici.

LES PSYCHOSES DÉLIRANTES CHRONIQUES (PDC)

Ces psychoses sont *délirantes*, car les patients qui en sont atteints présentent une perturbation du sens de la réalité associée à une conviction inébranlable. Cependant, elles ne présentent pas une désorganisation trop profonde de la personnalité et il peut persister, chez ces patients, une certaine

(1) Assistant supporté par le FNRS, (2) Assistant, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU de Liège.

adaptation sociale. Ces psychoses sont *chroniques*, car elles durent plus que 6 mois. Leur âge d'apparition est tardif, situé entre 30 et 50 ans.

Elles entraînent une surmortalité importante (3).

Trois grands groupes sont décrits (Tableau I) :

- 1) les délires chroniques systématisés ou psychoses paranoïaques;
- 2) les psychoses hallucinatoires chroniques (PHC);
- 3) les délires fantastiques ou paraphrénies.

Pour chaque trouble, nous prendrons le terrain ou la personnalité préexistante à l'écllosion du trouble, la systématisation (cohérence) et le mode d'extension (en secteur : le délire constitue un système partiel prenant une place circonscrite dans la réalité, il a une «architecture» bien définie; ou en réseau : le délire est constitué par une somme de symptômes (interprétations, suppositions, allusions,...) formant un système moins circonscrit dans la réalité, il a une architecture plus diffuse-), les mécanismes à l'œuvre, les thèmes principaux mis en avant par le patient, l'évolution du trouble et les traitements proposés.

DÉLIRES CHRONIQUES SYSTÉMATISÉS : PSYCHOSES PARANOÏAQUES (1, 4)

TERRAIN/PERSONNALITÉ PRÉEXISTANTE

Le trouble survient plus fréquemment chez des hommes de 30 à 50 ans présentant une personnalité paranoïaque. Cette personnalité associe différentes caractéristiques telles que psychorigidité, méfiance, orgueil, agressivité, hypertrophie du Moi (c'est-à-dire sentiment d'être important et grandiose), fausseté du jugement.

SYSTÉMATISATION/EXTENSION

Le discours du patient est souvent cohérent, logique, organisé en système (systématique), mais cette logique est «à côté» de la logique commune (para-logique). Les dires du patient sont plausibles et sa force de conviction peut même aller jusqu'à «contaminer» d'autres personnes. L'extension de ce délire se fait en secteur (comme dans le délire passionnel) ou en réseau (comme dans le délire de persécution ou le délire d'interprétation).

MÉCANISME

Le mécanisme central est l'interprétation de différents stimuli et l'attribution de sens à toute une série de situations.

THÈMES

Les thèmes sont multiples.

La revendication.— Il s'agit de quérulents processifs allant en justice parce qu'ils sont lésés,

par exemple; d'inventeurs persuadés qu'un autre leur a volé leur idée; d'idéalistes passionnés allant jusqu'à commettre des actes violents pour défendre «La Juste Cause».

La passion.— La jalousie (infidélité, rivalité) fréquemment présente chez les sujets alcooliques; l'érotomanie (4) où le patient est convaincu d'être aimé par quelqu'un (trois phases se succèdent dans l'évolution : une phase d'espoir, une phase de dépit, puis une phase de rancune où le patient peut passer à l'acte contre l'être qui l'a délaissé).

Délire d'interprétation.— Dans le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras, il y a présence d'interprétations exogènes (à partir de données fournies par les sens) et/ou endogènes (à partir de sensations corporelles). Sur base de ces mécanismes interprétatifs, le délire se constitue sur des thèmes divers dont les thèmes de persécution et de mégalomanie.

Délire sensitif.— Le délire sensitif de relation (ou délire de Kretschmer (5)) où les patients sont hypersensitifs, hyperémotifs et hyposthéniques, plaintifs. La symptomatologie générale prend une tonalité dépressive, mais sans culpabilité. Ces patients sont persuadés qu'ils sont l'objet d'une malveillance particulière et gênante de la part d'un proche.

ÉVOLUTION

Elle est insidieuse et progressive. On peut observer une extension du délire, ou alors son enkystement et son confinement, à une zone très limitée. Les patients peuvent verser dans l'éthylisme ou encore faire un passage à l'acte congruent à leurs croyances.

TRAITEMENT

Le traitement est l'hospitalisation s'il y a dangerosité. Il faudra porter une attention toute particulière à la continuité des soins chez ces patients anosognosiques qui ne viendront pas spontanément en consultation. D'un point de vue pharmacologique, les neuroleptiques sédatifs et les neuroleptiques à action prolongée sont intéressants. Les antidépresseurs seront utiles pour traiter les patients présentant un délire sensitif. La psychothérapie et une assistance en vue d'une réinsertion sociale et/ou professionnelle ne seront pas à négliger.

PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES (PHC) (1, 6)

TERRAIN/PERSONNALITÉ PRÉEXISTANTE

Le trouble survient plus fréquemment chez des femmes à partir de la cinquantaine.

TABLEAU I. LES PSYCHOSES DÉLIRANTES CHRONIQUES
 PRÉSENTATION DES TROIS GRANDS GROUPES DE PSYCHOSES DÉLIRANTES CHRONIQUES NON DÉFICITAIRES (DÉLIRES CHRONIQUES SYSTÉMATISÉS, PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES ET DÉLIRES FANTASTIQUES). POUR CHAQUE TROUBLE NOUS ENVISAGEONS LE TERRAIN OU LA PERSONNALITÉ PRÉEXISTANTE À L'ÉCLOSION DU TROUBLE, LA SYSTÉMATISATION ET LE MODE D'EXTENSION, LES MÉCANISMES À L'ŒUVRE, LES THÈMES PRINCIPAUX MIS EN AVANT PAR LE PATIENT, L'ÉVOLUTION DU TROUBLE ET LES TRAITEMENTS PROPOSÉS.

	Terrain / personnalité préexistante	Systématisation / extension	Mécanisme	Thèmes	Evolution	Traitement
DELIRES CHRONIQUES SYSTEMATISES (PSYCHOSES PARANOIAQUES)	<ul style="list-style-type: none"> • Homme de 30 à 50 ans • Personnalité paranoïaque <ul style="list-style-type: none"> o Psychorigidité o Méfiance o Orgueil o Agressivité o Hypertrophie du Moi o Fausseté du jugement 	<ul style="list-style-type: none"> • Cohérent (para-logique) • Systématique • Plausible • Conviction / contamination • En secteur (délire passionnel) • En réseau (délire de persécution, délire d'interprétation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interprétatif 	<ul style="list-style-type: none"> • Revendication <ul style="list-style-type: none"> o Quérulents processifs o Inventeurs o Idéalistes passionnés • Passionnels <ul style="list-style-type: none"> o Jalousie (infidélité, rivalité); alcoolique. o Erotomanie : être aimé (3 phases : espoir, dépit, rancune) • Délire d'interprétation de Sérieux et Capgras o Interprétation exogènes et/ou endogènes o Persécution o Mégalomanie • Délire sensitif de relation (Kretschmer) o Hyposthénique, plaintif, tonalité dépressive sans culpabilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Insidieux • Progressif • Extension ou enkystement • Ethylisme • Passage à l'acte 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisations si dangerosité • Continuité des soins • Neuroleptiques sédatifs et à action prolongée • Antidépresseur pour délire sensitif • Psychothérapie et réinsertion socio-professionnelle
PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES (PHC)	<ul style="list-style-type: none"> • Femme de 50 ans et plus 	<ul style="list-style-type: none"> • ± Systématisé • En secteur 	<ul style="list-style-type: none"> • Hallucinoaire • Triple automatisme : idéo-verbal, sensoriel & sensitif, psycho-moteur 	<ul style="list-style-type: none"> • Persécution • Influence • Possession 	<ul style="list-style-type: none"> • Apparemment brutal mais souvent progressif • Enkystement 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuroleptiques (à action prolongée) • Psychothérapie
DELIRES FANTASTIQUES (PARAPHRENIE)	<ul style="list-style-type: none"> • Homme ou femme de 35 à 40 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Non systématisé • En secteur 	<ul style="list-style-type: none"> • Imaginatif 	<ul style="list-style-type: none"> • Fantastique <ul style="list-style-type: none"> o Pensée paralogique o Mégalomanie o Primauté de la fabulation sur les hallucinations o Intégrité paradoxale de l'unité de la synthèse psychique (adaptation sociale longtemps conservée) 	<ul style="list-style-type: none"> • Par poussées • Périodes de rémission 	<ul style="list-style-type: none"> • Action aléatoire des neuroleptiques

SYSTÉMISATION/EXTENSION

Le discours est plus ou moins systématisé et l'extension du trouble se fait en secteur.

MÉCANISME

Le mécanisme est principalement hallucinatoire. Un triple automatisme a été décrit.

Idéo-verbal.— Commentaires des actes et de la pensée, écho de la pensée, vol et devinement de la pensée, etc.

Sensoriel et sensitif.— Hallucinations visuelles, gustatives, olfactives et cénesthésiques

Psycho-moteur.— Impressions kinesthésiques dans les organes de l'articulation verbale/langue, etc., dans la musculature sous forme d'articulations ou de mouvements imposés.

THÈMES

Les thèmes sont des thèmes de persécution, d'influence (quelque chose ou quelqu'un d'extérieur à soi vient influencer la personne) ou de possession. Le thème d'infestation parasitaire (délire d'Ekbom), même s'il a des étiologies biologiques ou psychiques diverses, pourrait être repris dans le groupe des PHC (7).

EVOLUTION

La survenue du trouble est apparemment brutale, c'est-à-dire que, pour l'entourage, il semble s'être passé quelque chose subitement. Cependant, l'évolution retracée à l'anamnèse et l'hétéro-anamnèse fine se révèle être fréquemment progressive. Souvent, il y a un enkystement du délire, et le patient est capable de fonctionner socialement.

TRAITEMENT

Les neuroleptiques à action prolongée semblent montrer une certaine efficacité. La psychothérapie est également primordiale afin d'aider ces patients aux prises avec de nombreuses hallucinations fréquemment aversives.

DÉLIRES FANTASTIQUES (PARAPHRÉNIE)
(1, 8)*TERRAIN/PERSONNALITÉ PRÉEXISTANTE*

Le trouble survient chez des hommes ou des femmes de 35 à 40 ans.

SYSTÉMISATION/EXTENSION

Ce trouble est non systématisé la plupart du temps et son évolution se fait en secteur.

MÉCANISME

Le mécanisme principal est imaginaire.

THÈMES

Le thème principal est le fantastique avec comme caractéristiques : une pensée paralogique, de la mégalomanie, la primauté de la fabulation sur les hallucinations et l'intégrité paradoxale de l'unité de la synthèse psychique (contraste entre le délire imaginaire et une adaptation quasi parfaite au réel).

EVOLUTION

L'évolution se fait souvent par poussées alternant avec des périodes de rémission.

TRAITEMENT

On note dans ce cas une action aléatoire des neuroleptiques avec cependant une adaptation sociale longtemps conservée.

CONCLUSION

Loin d'être un ensemble uniforme, la clinique des psychoses se décline sous différentes modalités. La clinique des psychoses délirantes chroniques montre qu'une observation précise des patients est importante pour la compréhension diagnostique et la prise en charge thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ey H, Bernard P, Brisset C.— Manuel de psychiatrie Masson. Paris, 1989.
2. American Psychiatric Association.— *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. APA Press. Washington DC, 2000.
3. Rouillon F.— Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Méd psychol*, 2008, **166**, 63-70.
4. Jordan HW, Lockert EW, Johnson-Warren M, et al.— Erotomania revisited : thirty-four years later. *J Nail Med Assoc*, 2006, **98**, 787-793.
5. Hafner H.— Ernst Kretschmer 1888-1964. *Psychol Med*, 1990, **20**, 487-492.
6. Dubertret C, Adès J, Gorwood P.— Clinical and Etiopathogenic Specificities of the French Concept of Psychose Hallucinatoire Chronique Compared to Schizophrenia. *Schizophrenia*, 2004, **30**, 173-184.
7. Huber M, Kirchler E, Karner M, et al.— Delusional parasitosis and the dopamine transporter. A new insight of etiology? *Med Hypotheses*, 2007, **68**, 1351-1358.
8. Schmidt P.— Imaginary and fantasy psychoses. *Ann Med Psychol*, 1971, **1**, 669-722.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr M. Desseilles, Centre de Recherches du Cyclotron, Université de Liège, 4000 Liège, Belgique.
Email: M.Desseilles@ulg.ac.be