

Paranoïa

 Pour les articles homonymes, voir Paranoïa (homonymie).
Paranoïa

La **paranoïa** (du grec παράνοια, *paranoïa* ; des mots παρά (*para*) : à côté de, et νόος (*noos*) : l'esprit), dans cette langue et à l'origine, dans la poésie grecque, indique simplement quelque chose qui est contre l'entendement. À partir du début du XIX^e siècle, appropriée par la psychiatrie naissante, la paranoïa indique un trouble mental manifesté par des difficultés relationnelles, des troubles du comportement et un sentiment de persécution pouvant aller jusqu'à un point d'irrationalité et de délire (délire paranoïaque). La pensée paranoïaque inclut typiquement des croyances de persécution liées à une menace perçue comme provenant des individus : jalousie, délires, etc.

1 Étymologie

Le mot de “paranoïa” apparaît très tôt dans la tradition Occidentale. Nous pouvons faire remonter son utilisation à Eschyle, qui considère paranoïaque le sort que jette Œdipe contre ses fils, quand le français “démence” traduit le grec “paranoïa”^[1], et à Sophocle, qui, dans sa pièce *Ajax*^[2], l'utilise un certain nombre de fois, tantôt traduit en français comme démence tantôt comme folie. De même Hérodote, l'utilise à plusieurs reprises, par exemple “Je suis convaincu par tous ces traits que Cambyse n'était qu'un *furieux* ; car, sans cela, il n'aurait jamais entrepris de se jouer de la religion et des lois^[3].” *Furieux* traduit ici le grec *paranoïaque*. L'allemand semble être la première langue à avoir retenu ce terme pour le vocabulaire médical, dans son acception générale de folie en 1818, sous la plume du psychiatre Johann Heinroth.

2 Définition

La paranoïa est d'abord un caractère qui peut se situer dans les limites de la tolérance sociale ou s'en écarter notablement. Ce caractère devient pathologique soit par le biais de certains troubles du comportement, soit par son association avec un certain type de délire chronique. Le délire paranoïaque est caractérisé par le développement insidieux d'un système délirant durable, inébranlable, allant de pair avec la conservation de la clarté, de l'ordre dans la pensée, du vouloir et de l'action. Elle n'est pas un trouble anxieux mais une psychose. Elle implique essen-

tiellement, non pas un sentiment d'angoisse ou de peur, mais des dérèglements de la pensée (jugement faussé, erroné) dont le malade n'a que rarement conscience.

Il est opportun d'en différencier la personnalité paranoïaque, qui est un caractère particulier chez certains sujets, mais sans développement d'un délire (même si une personnalité paranoïaque peut évoluer vers une authentique paranoïa). Au début du XXI^e siècle, dans un sens dérivé, le langage commun ou journalistique utilise le terme « paranoïa » pour rendre compte de traits de personnalités caractérisés par une extrême méfiance ou une grande suspicion, qui ne sont pas pathologiques.

2.1 Signes et symptômes

Le diagnostic de troubles de la personnalité suppose, chez les personnes affectées, un ensemble de traits de personnalité fixes et rigides apparaissant généralement lors de l'adolescence, ou au début de l'âge adulte, et remarquablement stables dans le temps. Ils entraînent soit une souffrance, soit des dysfonctionnements.

Il est d'usage de distinguer deux types de personnalités paranoïaques : la personnalité (ou caractère) paranoïaque proprement dite, et la personnalité dite « sensitive ». Ils sont susceptibles de diverses complications. Cependant, dans certaines situations (syndrome dépressif, trouble anxieux, stress) on peut observer des traits qui pourraient faire évoquer une personnalité sensitive, mais qui sont liés à l'état psychologique, et sont donc contextuels, transitoires et réversibles. Dans ces cas, il ne s'agit pas de troubles de la personnalité.

Ce trouble affecte de 0,3 à 2,5 % de la population générale^[4]. D'un point de vue sémiologique, les personnalités paranoïaques se caractérisent par quatre traits fondamentaux qui entraînent à terme une difficulté d'adaptation sociale tels que la surestimation pathologique de soi-même, la méfiance extrême à l'égard des autres, la susceptibilité démesurée et la fausseté du jugement. De plus, un comportement passif-agressif est souvent observé chez les malades paranoïaques.

3 Types

Il existe plusieurs types de paranoïa possédant un certain nombre de caractères communs : le trouble de la personnalité paranoïaque et la psychose paranoïaque. La personnalité sensitive est un type de personnalité para-

noïaque marqué par un sens élevé des valeurs morales, l'orgueil (une haute estime de soi-même, qui conduit à se considérer comme jamais suffisamment reconnu à sa juste valeur), une **hyperesthésie** relationnelle entraînant une grande vulnérabilité dans les contacts sociaux, et une tendance à l'**autocritique**, à l'**intérieurisation** douloureuse des échecs et à la **susceptibilité**. On ne retrouve pas l'**hypertrophie** du moi ni la **querulence** présentes chez les autres personnalités paranoïaques.

Le **tempérament** hypersensible est également caractérisé par une sensibilité accrue aux stimuli, tant sensoriels qu'émotionnels^[5], qui amène également à une plus grande introspection, un retrait, et éventuellement différents troubles associés, selon les circonstances. Plusieurs sont qualifiés de **timides**, mais pas tous. Chez ces personnes, l'excès de méfiance peut mener à la paranoïa, mais peut aussi favoriser un développement harmonieux. Les expériences de l'enfance ont une importance déterminante sur le développement du tempérament hypersensible^[6].

3.1 Caractères communs

La paranoïa survient en général entre 30 et 40 ans, chez des individus qui présentaient le plus souvent une **personnalité paranoïaque** préalable, et elle est centrée sur un **délire**. Le délire est un trouble du contenu de la pensée caractérisé par la permanence d'idées délirantes (c'est-à-dire des idées manifestement en désaccord avec la réalité observable) dont le sujet est convaincu^[note 1]. Ces idées délirantes peuvent, toutefois, être en accord avec certaines croyances communément acceptées socialement, mais une des caractéristiques du délire est que le malade y croit aveuglément, même lorsqu'on lui apporte la preuve qu'il se trompe. Au cours de la paranoïa, ce délire est dit **délire paranoïaque**. Le délire paranoïaque est complètement différent du **délire paranoïde** observé, quant à lui, dans la **schizophrénie**. C'est une différence de nature et pas de degré qui existe entre les deux termes. En termes de mécanisme, le délire paranoïde est multiple (**hallucinations**, **interprétations**, etc.) tandis que le délire paranoïaque est principalement interprétatif. Les thèmes sont multiples dans le délire paranoïde, tandis qu'il existe un thème unique (persécution, préjudice, complot, jalousie, etc.) dans le délire paranoïaque. Enfin, le délire paranoïde n'est pas systématisé (pas de cohérence interne) tandis que le délire paranoïaque l'est.

Le délire paranoïaque présente donc plusieurs particularités :

- il utilise presque uniquement pour s'édifier un mécanisme d'interprétation. Autrement dit, le sujet perçoit bien ce qui lui arrive, mais il attribue à son expérience un sens différent de la réalité, exemple : « Le feu est passé au rouge quand je suis arrivé en voiture, cela montre bien qu'on me surveille. »

- les thèmes (c'est-à-dire le contenu) du délire sont variés, mais concernent souvent des idées de persécution, de préjudice, de jalousie, de complot, etc.
- le délire est dit hautement systématisé c'est-à-dire qu'il présente un fort degré de cohérence interne. Dans la mesure où il se développe de manière parfaitement cohérente et logique, même si cela est sur des **prémises fausses**, il peut entraîner l'adhésion complète de l'auditeur ;
- Enfin, le délire paranoïaque est dit :
 - soit « en secteur » lorsqu'il reste limité à un domaine de la vie du patient (exemple : un homme délire sur le fait qu'il est trompé par sa femme, mais ne présente aucune idée délirante dans les autres secteurs de sa vie),
 - soit « en réseau », lorsque le délire concerne peu à peu tout le fonctionnement psychique du sujet et tous les secteurs de sa vie (comme dans la théorie du complot généralisé).

Le délire peut être silencieux plusieurs années, avant que n'éclatent les troubles. Lorsque la maladie est déclarée, elle devient chronique, évoluant par poussées. Il existe trois types principaux de délires paranoïaques : délires passionnels, délire d'interprétation et délire de relation des sensitifs.

3.2 Différents délires

Il existe différents délires causés par la paranoïa.

- Les délires passionnels sont dits « passionnels » du fait de la nature du sentiment qui les inspire : la passion^[note 2]. Ces délires débutent par une première interprétation délirante de la réalité (par exemple : « Si ma femme est rentrée précipitamment dans sa chambre c'est qu'elle cache une liaison ») ou parfois par une intuition délirante initiale (par exemple : « Brutalement, j'ai tout compris pour ma femme, tout est devenu clair »). Ils se développent ensuite avec une forte charge émotionnelle qui peut provoquer un comportement dangereux. En revanche, le délire ne s'étend pas à d'autres domaines, il reste limité à un principal objet (délire en secteur).
- **Le délire érotomaniaque** correspond à la conviction délirante d'être aimé secrètement par une personne généralement plus favorisée socialement. De même que le délire de jalousie est un délire où le malade - le plus souvent de sexe masculin - est persuadé que sa partenaire le trompe, le plus souvent avec un homme d'un rang social plus élevé également.
- **Les délires de revendication** systématisés et en secteur, essentiellement basés sur l'interprétation délirante. Ils reposent sur la croyance délirante

en un préjudice subi, accompagné d'exaltation, de **quérulence** et d'agressivité. Il s'agit pour ces patients de « faire surgir la vérité » ou de « punir les coupables ». Ils incluent :

- **l'hypocondrie délirante et la sinistrose délirante** : le malade est persuadé de ne pas avoir été soigné correctement lors d'une maladie (réelle ou imaginaire) et/ou de ne pas avoir été dédommagé comme il le fallait après à un accident. Un autre type de délire est celui où le malade est persuadé d'avoir souffert d'une pathologie (souvent imaginaire) et d'avoir « guéri » de cette pathologie, le plus souvent grâce à une méthode thérapeutique qu'il a découverte lui-même. Il se donne alors la « mission » de faire connaître cette nouvelle méthode de guérison, souvent inefficace voire dangereuse (donc relevant du **charlatanisme**) et il est persuadé que ceux qui n'y accordent pas de crédit veulent le persécuter ;
- **l'idéaliste passionné** : passionné par une cause (politique, mystique, sociale), il se donne « mission » de la porter, de la transmettre de manière fanatique, et d'en être le messager infatigable ;
- **l'inventeur méconnu** : cherchant à faire reconnaître son invention ou l'antériorité de celle-ci par rapport à sa découverte « officielle » ;
- **le quérulent processif** : ayant la conviction délirante d'avoir été lésé, multipliant des recours en justice et des procédures contre ses supposés persécuteurs ;
- **le délire de filiation** : ayant la conviction délirante d'une ascendance illustre (souvent royale ou aristocratique).

Les thèmes du délire, c'est-à-dire le contenu des interprétations, concernent des idées de persécution, de préjudice, de complot. L'évolution fait que, peu à peu, l'ensemble des événements rencontrés par le sujet vont être rattachés au système délirant. Par exemple, si un proche, un collègue ou un médecin tente de rassurer le sujet en lui disant qu'il « se fait des idées », cela sera immédiatement interprété comme un signe d'appartenance au « complot ». C'est ce qu'on appelle un délire « en réseau » puisqu'il s'étend peu à peu à toute la vie psychique. Il concerne tous les domaines (affectif, relationnel et psychique) de la vie du sujet. L'évolution est chronique.

Le délire de relation des sensitifs s'installe chez l'adulte, chez des sujets qui présentaient antérieurement une personnalité marquée par la sensibilité. Un état délirant apparaît progressivement, généralement à la suite d'échecs ou de déceptions. Les thèmes du délire, c'est-à-dire le contenu des interprétations, concernent des idées de persécution, de préjudice, d'hostilité et de mépris dont le sujet serait victime, ou d'atteinte de ses valeurs morales. Le

délire est en général limité au cercle proche du patient (sa famille, ses amis, ses collègues, ses voisins, etc.). Il est vécu douloureusement et de manière solitaire. Il se complique généralement d'**épisodes dépressifs** parfois sévères. Contrairement à ce qui se passe dans les autres types de **paranoïa**, il n'y a pas de réaction d'agressivité envers l'entourage, peu de réactions bruyantes ni de dangerosité tournée vers autrui. Le **risque suicidaire** existe au cours des épisodes dépressifs. L'évolution est moins souvent chronique que dans les autres **paranoïas**.

4 Diagnostic

Le **manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)** définit le trouble de la personnalité **paranoïaque** et inclut les symptômes suivants^{[7],[8]} :

- une **méfiance** soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présente dans divers contextes, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes. La personne souffrant de **paranoïa** :
 - s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuisent ou le trompent,
 - est préoccupée par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés,
 - est réticente à se confier à autrui en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée de manière perfide contre lui,
 - discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins,
 - garde rancune, c'est-à-dire ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné,
 - perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation, alors que ce n'est pas apparent pour les autres, et est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère,
 - met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel ;
- il ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une **schizophrénie**, d'un **trouble de l'humeur** avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre trouble psychotique et n'est pas nécessairement dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Les psychoses **paranoïaques**, quant à elles, sont désignées dans le **DSM-IV** sous le terme de troubles délirants (en anglais : *delusional disorder*) :

- Délire sans idées bizarres (car impliquant des situations plausibles dans la vie réelle, comme être espionné, poursuivi, empoisonné, infecté, aimé à distance, trompé par son partenaire ou être atteint d'une maladie) sur une durée d'au moins un mois.
- Les caractéristiques de la schizophrénie (désorganisation mentale, symptômes négatifs, etc.) ne sont pas rencontrées. Toutefois, dans de rares cas, des hallucinations sensorielles (en rapport avec les thèmes du délire) peuvent être observées.
- Mis à part l'impact du délire, la maladie n'handicape pas le patient dans son mode de vie, et son comportement n'est pas inhabituel ou bizarre.
- Si des troubles de l'humeur sont observés, leur durée est plus brève que celle des épisodes délirants.
- Les dysfonctionnements ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance chimique (qu'il s'agisse d'une drogue illégale ou d'un médicament) ou d'une affection médicale générale.

4.1 Diagnostic différentiel

La paranoïa ne doit pas être confondue avec :

- d'autres types de psychoses chroniques, telles que la schizophrénie (pour laquelle il est souvent observé un repli sur soi, un syndrome dissociatif, associés à un délire de type paranoïde, quoiqu'une entité schizo-paranoïde existe, bien indiquée depuis Bleuler (1911), qui se présente tantôt en parallèle à la paranoïa comme forme mixte de cette entité, tantôt comme sa forme dominante) ; la psychose hallucinatoire chronique (le mécanisme du délire y est presque uniquement hallucinatoire) ; la paraphrénie (le délire est à thème fantastique, imaginatif, sans persécution). Néanmoins, la psychiatrie moderne considère que ces différentes psychoses sont en réalité très proches... par exemple, les traitements destinés à soigner la schizophrénie et les troubles délirants sont presque les mêmes, puisqu'il s'agit dans les deux cas d'antipsychotiques ;
- la bouffée délirante aiguë (il s'agit d'adultes plus jeunes, les troubles apparaissent brutalement et sont transitoires, de l'ordre quelques semaines à quelques mois) ;
- une confusion mentale ;
- un syndrome démentiel débutant (association à une détérioration mentale débutante) ;
- un trouble de l'humeur (certains cas de dépressions comportent un délire persécutif). Dans ce cas-là, les signes de paranoïa apparaissent de manière contemporaine au trouble de l'humeur ;

- des éléments paranoïaques qui sont fréquemment observés au cours des encéphalopathies alcooliques comme le syndrome de Korsakoff ;
- certaines tumeurs cérébrales, notamment dans la région du lobe frontal du cerveau, peuvent donner des tableaux évoquant la paranoïa^[réf. nécessaire].

Les comportements d'un paranoïaque ne doivent pas être confondus, non plus, avec la méfiance dont ferait preuve un individu ayant été victime de mauvais traitements (violences, comportements malveillants, harcèlement) : on parle alors de trouble de stress post-traumatique. Il est parfois difficile de distinguer les comportements d'un paranoïaque agressif, de ceux d'un psychopathe ou d'un sociopathe. Bien que ces deux pathologies soient très différentes, de par leur origine et leurs mécanismes, il arrive que des paranoïaques aient des comportements antisociaux, et, *a contrario*, que des psychopathes fassent preuve temporairement d'un comportement paranoïaque. Cela cause un véritable problème d'ordre éthique car là où un psychotique est jugé irresponsable (car il ne dispose pas de ses facultés mentales), un psychopathe (atteint du trouble de la personnalité antisociale) est jugé responsable de ses actes.

Certains produits tels que les drogues peuvent donner des réactions paranoïaques transitoires, on parle alors communément de *bad trip* ou de « trip parano ». Parmi les produits les plus souvent incriminés se trouvent le cannabis et tous les dérivés du THC, les stimulants (cocaïne et amphétamines) et les hallucinogènes. Ces drogues peuvent aggraver les symptômes chez un individu psychotique, et provoquer une entrée dans la psychose chez un individu atteint d'un trouble de la personnalité paranoïaque, schizoïde ou schizotypique.

5 Complications

Le risque est principalement l'évolution vers une psychose paranoïaque constituée. Elle n'est pas systématique, et le patient peut montrer jusque-là une parfaite adaptation sociale (normopathie). Cependant, il existe des dangers liés à la paranoïa ; un syndrome dépressif peut être lié à des risques suicidaires (c'est dans la paranoïa sensitive que cela est le plus fréquent). Également, un passage à l'acte hétéro-agressif peut être soutenu par des motivations délirantes ; cela peut mener au meurtre d'un persécuteur désigné par le patient paranoïaque.^[réf. nécessaire]

Le danger psychiatrique des patients affectés par des psychoses paranoïaques n'est pas à négliger. Il est d'autant plus à craindre qu'il existe un persécuteur désigné, c'est-à-dire un individu précis, jugé comme étant responsable des persécutions que le sujet pense endurer ; que le délire évolue de longue date et s'est enrichi au cours du temps ; qu'il existe un trouble de l'humeur concomitant

ainsi qu'un alcoolisme et/ou une consommation excessive de drogues.

6 Traitements



Cet article ou cette section peut contenir un



Ce modèle est-il pertinent ? Cliquez pour en voir d'autres.

travail inédit ou des déclarations non vérifiées (mai 2013).

Vous pouvez aider en ajoutant des références. Voir la page de discussion pour plus de détails.

Compte tenu de l'anosognosie qui accompagne cette affection (c'est-à-dire du fait que le malade n'est pas conscient de ses troubles), bon nombre de personnes qui en sont atteintes restent sans suivi. Le délire paranoïaque installé est pris dans le caractère et prend le dessus sur la construction même de la personnalité. Souvent toute proposition de soins est interprétée comme une agression. Du fait des modalités relationnelles particulières des patients paranoïaques, et du risque que le soin amène un renforcement (ou une simple continuité) du processus paranoïaque, et à l'insu du thérapeute, la prise en charge n'est pas continûment possible en cabinet, et souvent elle est institutionnelle, faisant appel à une équipe pluridisciplinaire de soignants. Aujourd'hui, au début du XXI^e siècle, nous savons que les prises en charge groupales, lorsqu'elles sont possibles, sont particulièrement efficaces dans ce genre de troubles.

On s'est pendant longtemps représenté et on a affirmé que le « déni » de l'affection par les malades psychotiques était de nature « psychologique » ou « sociale », et qu'il s'agissait d'un « refus » de « reconnaître » la présence de la maladie, ce qui n'est absolument pas le cas. Ce n'est que depuis relativement peu de temps que les psychiatres ad-

mettent de parler d'anosognosie chez les malades paranoïaques ou schizophrènes et reconnaissent que ces maladies sont la conséquence d'altérations de la physiologie du cortex cérébral (principalement préfrontal). La sévérité de ces altérations - et, par suite, de l'anosognosie - est variable d'un malade à l'autre, et c'est une des caractéristiques morbides des plus importantes à évaluer : c'est elle, bien plus que tous les « facteurs sociaux » régulièrement incriminés par certains « socio-psychologues », qui oppose aux traitements les obstacles les plus difficiles à surmonter.

La relation thérapeutique avec le patient paranoïaque est difficile. Le risque est que le thérapeute soit initialement idéalisé, avant que cet amour ne se transforme en haine et en sentiment persécutif. En effet, la perception que les psychotiques ont des rapports humains est beaucoup moins rationnelle que chez les gens en bonne santé, et beaucoup plus influencée par les émotions, par l'affect, ce qui amène souvent à des déformations de la réalité. Dans ces circonstances, il n'est pas rare que de tels patients développent une relation délirante avec leur médecin ou leur thérapeute. Il est ainsi important de garder toujours une position chaleureuse mais suffisamment distante, et de travailler en équipe autour du patient. Cette distance elle-même néanmoins peut apparaître au patient comme persécutrice et dévalorisante. Dans ce cas, il reste au thérapeute la ressource indiquée par Freud, d'inviter avec beaucoup de discrétion le patient à développer un peu d'humour^[9].

6.1 Médicaments

Le traitement médicamenteux de fond de la psychose paranoïaque fait principalement appel aux neuroleptiques dits *incisifs*, c'est-à-dire possédant des propriétés antidélirantes (quétiapine, halopéridol, rispéridone, olanzapine...) qui permettent de réduire le délire sans parvenir toujours à le supprimer complètement. Les antipsychotiques atypiques, qui agissent à la fois sur les récepteurs de dopamine et ceux à la sérotonine, sont largement plus efficaces que les antipsychotiques typiques qui n'agissent que sur les récepteurs à dopamine.

Lorsque s'ajoutent des troubles du comportement, une insomnie, des périodes d'agitation ou un risque de passage à l'acte, un neuroleptique plus sédatif peut être prescrit (comme la cyamémazine, la chlorpromazine, la lévomépromazine et surtout la loxapine...) pour être consommé de manière transitoire au moment où ces troubles du comportement se déclarent. Le malade n'étant pas toujours conscient de ses troubles du comportement (à cause de l'anosognosie), il est parfois nécessaire que son entourage lui signale que son comportement pose problème. Lors d'exacerbations anxieuses, un traitement anxiolytique (benzodiazépines, bêta-bloquants...) peut être ajouté. Par exemple, le propranolol est très efficace pour faire disparaître le sentiment de peur et d'appréhension que l'on observe fréquemment chez les paranoïaques, et

pour corriger certains effets secondaires des antipsychotiques (comme l'akathisie). Il n'entraîne pas de dépendance et n'a pas les effets secondaires délétères pour la mémoire que l'on observe avec les benzodiazépines.

Enfin, au cours des phases dépressives et dans le délire de relation des sensitifs, un traitement antidépresseur peut être indiqué : chez ce type de malades, on préférera les antidépresseurs sédatifs, tels que les antidépresseurs tetracycliques (mirtazapine, miansérine) qui sont des antagonistes de nombreux récepteurs à la sérotonine. Les antidépresseurs stimulants comme les ISRS ou les IRSNA, qui augmentent les taux de sérotonine (et éventuellement, de noradrénaline) dans le cerveau, sont à proscrire car ils peuvent provoquer une réapparition des symptômes voire une aggravation de la maladie.

Il faut toutefois préciser que les antipsychotiques actuels n'agissent que sur une partie des symptômes de la maladie. S'ils aident à faire disparaître les idées délirantes, ils sont peu efficaces pour rendre au patient ses facultés de jugement et de discernement, et ils peuvent d'ailleurs entraver les facultés intellectuelles et cognitives. Ils sont sans effets sur l'anosognosie. De plus, contrairement à ce que l'on imaginait autrefois, le fait d'augmenter les doses d'antipsychotiques n'augmente pas forcément leur efficacité : on s'est rendu compte que des doses moyennes (c'est-à-dire suffisamment élevées pour combattre les symptômes, mais sans entraver les facultés mentales du patient) étaient les plus appropriées.

6.2 Psychothérapies

La place des psychothérapies dans le traitement est restreinte pour ces patients qui ne se considéreraient généralement pas comme malades et qui posséderaient de faibles capacités d'introspection et de remise en question. Elles sont cependant parfois amenées à être proposées dans certains cas, et quand le patient est coopératif, elles peuvent se révéler fructueuses, qu'elles soient conduites par un psychologue ou un médecin.

6.3 Durée

Chez ces malades, il est nécessaire que le traitement médicamenteux antipsychotique et anxiolytique, ainsi que la psychothérapie, soient suivis à vie, bien que l'expérience de Daniel Paul Schreber, célèbre patient étudié par Freud, devenu une icône de la paranoïa, quoique plutôt schizo-paranoïaque, montre qu'une rémission partielle et spontanée peut intervenir au bout de six ans d'évolution de la maladie (voir, Prado de Oliveira, « Freud et Schreber, les sources écrites du délire, entre paranoïa et culture », Toulouse, Erès, 1997).

- Déjà parce que la psychose paranoïaque n'est pas une psychose aiguë, mais une psychose chronique.

Ce qui signifie que ceux qui en sont atteints resteront malades toute leur vie. Et ce même si chez de nombreux malades, les symptômes sont difficilement détectables par l'entourage, voire peuvent passer inaperçus pendant des années, et n'apparaissent de façon évidente que lors de « crises » (par exemple au cours desquelles le malade a des troubles du comportement), et même si le malade donne parfois l'impression « d'aller mieux » une fois que ces « crises » sont finies. Plus précisément, la psychologie moderne considère que la paranoïa n'est pas une maladie que l'on « attrape » ou dont on « guérit » du jour au lendemain, mais qu'elle est une composante de la personnalité du malade.

- Ensuite parce que la maladie est souvent accompagnée de troubles de la personnalité (comme le trouble de la personnalité paranoïaque, ou encore le trouble de la personnalité schizoïde) qui sont présents tout au long de la vie du patient, et contre lesquels des antipsychotiques ainsi qu'une thérapie cognitive et comportementale peuvent s'avérer efficaces.
- Enfin, parce que l'arrêt d'un traitement antipsychotique entraîne le plus souvent un syndrome de sevrage (effet rebond) qui s'accompagne de crises d'angoisses, d'une réapparition des symptômes, voire d'une aggravation de la maladie.

6.4 Hospitalisation

Idéalement, les soins s'organisent en ambulatoire, mais dans certains cas, une hospitalisation est nécessaire lors de phases dépressives faisant courir un risque de passage à l'acte suicidaire, parfois accompagné d'homicide (suicide étendu). Elle est également nécessaire au cours des phases d'exacerbation délirante, surtout s'il existe un « persécuteur désigné », c'est-à-dire une personne que le patient rend responsable des ennuis qu'il traverse (une personne à l'origine du complot contre lui, des persécutions qu'il endure, etc.). Dans ces cas-là, un risque d'agression voire d'homicide existe, faisant de l'hospitalisation une urgence absolue.

En France, l'hospitalisation doit alors se faire sur le mode de l'hospitalisation sous contrainte, et plus précisément de l'hospitalisation à la demande du représentant de l'État (SDRE, ex HO), mesure administrative décidée par le préfet et permettant l'hospitalisation de patients dont les « troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public ». L'hospitalisation permet la prise en charge par une équipe soignante pluridisciplinaire, ce qui autorise le plus souvent un apaisement et une stabilisation des troubles si une relation thérapeutique parvient à être ébauchée. En effet les soins sur demande d'un tiers (SDT) cristallisent souvent sur celui-ci le délire paranoïaque. Depuis 2011 la

loi impose le contrôle du Juge des Libertés et de la Déten-tion avant le 14^e jour d'hospitalisation sans consentement, et permet que les patients puissent poursuivre leurs soins en ambulatoire après l'hospitalisation.

Cependant, et contrairement à ce que la littérature ou les médias ont longtemps affirmé, seule une minorité de psychotiques adoptent un comportement violent. La plupart des psychotiques sont le plus souvent victimes de violences physiques ou psychologiques, le plus sou-vent à cause de leur incapacité à exprimer leurs émo-tions (comportement passif-agressif), de leurs troubles du comportement et du rejet dont ils peuvent faire l'objet de la part de leur entourage. De plus, on ne peut pas consi-dérer le malade comme étant responsable de ses troubles du comportement : ce sont des symptômes de sa maladie, indépendamment de sa volonté. Une hospitalisation sous demande d'un tiers (SDT) s'avère toutefois nécessaire si le malade refuse de se faire soigner et si ses troubles l'empêchent de mener une vie normale.

7 Théories

Il n'existe pas de cause univoque biologique, génétique ou psychologique reconnue à la paranoïa. Pendant long-temps on a pensé que les troubles délirants (tout comme la schizophrénie) étaient essentiellement dus à une acti-vité excessive du récepteur D2 à la dopamine, mais en réalité ces pathologies sont beaucoup plus complexes, et de nombreux neurotransmetteurs semblent y être impli-qués. Généralement, les troubles délirants se développent chez des patients ayant une personnalité paranoïaque de-puis l'enfance. Ce trouble de la personnalité aurait une origine commune avec le trouble de la personnalité schi-zoïde et le trouble de la personnalité schizotypique. En fait, on peut dire que le trouble de la personnalité para-noïaque et les troubles délirants présentent de nombreux points communs avec la schizophrénie, et ont probable-ment une origine commune, mais s'en distinguent par une prédominance des mécanismes délirants (ou interpréta-tifs), ainsi que du sentiment de persécution.

D'après le psychologue américain Aaron T. Beck, des croyances erronées seraient à l'origine du trouble de la personnalité paranoïaque.

La nomenclature issue du DSM-IV fait le distingo entre le trouble de la personnalité paranoïaque d'une part, et les psychoses paranoïaques (appelées troubles délirants), d'autre part. Le mécanisme est le même, avec simple-ment une intensité et une étendue plus ou moins large des distorsions. Ainsi, un patient souffrant d'un trouble de la personnalité paranoïaque aura une perception irra-tionnelle de la réalité dans quelques domaines seulement, alors qu'un patient psychotique aura une perception ir-rationnelle de la réalité dans presque tous les domaines. Pour être plus précis, on peut dire que les patients psycho-tiques ont malheureusement tendance à réduire le champ

de leur activité mentale à ces seules distorsions. Les ca-pacités de jugement des patients psychotiques étant alors fortement endommagées, il devient très difficile, voire impossible, au thérapeute d'amener l'individu à dévelop-per une approche plus rationnelle et plus saine de ses pro-blèmes. C'est la raison pour laquelle la thérapie cogni-tive est habituellement réservée aux troubles de la per-sonnalité. Elle s'applique, en revanche, difficilement aux troubles psychotiques, tels que les troubles délirants, qui peuvent toutefois devenir accessibles à une psychothéra-pie si le patient suit un traitement médicamenteux (voir neuroleptique).

Pour les théories plus anciennes, issues de la psychanalyse, la paranoïa trouve sa source dans une blessure narcissique précoce (lors des premières interac-tions entre un sujet, plus ou moins fragile, et son milieu, plus ou moins capable de le rendre encore plus vulné-rable). Les premières identifications sont défailtantes et le trouble de la personnalité progresse souvent de manière latente jusqu'à l'adolescence. Freud et Lacan se sont intéressés à la psychanalyse de la paranoïa, notamment à travers l'étude de l'autobiographie d'un magistrat, le Président Schreber. Ils ont décrit des mécanismes de défense prévalents au cours de la paranoïa : le clivage du Moi, la projection et le déni.

7.1 Hypothèse neurotoxique ou lésionnelle



Cet article ou cette section est évasif ou trop peu précis. (septembre 2012)

Améliorez sa qualité à l'aide des conseils sur les sources !

Enfin, des théories de plus en plus répandues au sein de la communauté scientifique affirment que le trouble de la personnalité paranoïaque et les troubles psycho-tiques seraient dus à des micro-lésions cérébrales, sou-vent invisibles à l'œil nu, et pouvant avoir des origines très diverses, parmi lesquelles : un excès de glutamate^[10], un défaut d'oxygénation cérébrale (d'origine acciden-telle), un excès de radicaux libres oxydants, une consom-mation volontaire ou accidentelle de toxiques (alcool, drogues, médicaments, métaux lourds, etc.), un excès de neurotoxines naturelles (comme le cortisol) provoqué par le stress, ou encore un traumatisme crânien léger. Ces lé-sions cérébrales diminueraient les capacités mentales du malade et provoqueraient une perte de contact plus ou moins importante avec la réalité, une plus grande diffi-culté à interagir avec les autres ainsi que des désordres comportementaux^{[11][réf. souhaitée]}. Ces accidents sont en-core plus aptes à générer des troubles psychotiques (ou des troubles de la personnalité apparentés, paranoïaque ou schizoïde par exemple) s'ils remontent à la grossesse ou à la petite enfance.

En réalité, de très nombreux troubles neurologiques s'accompagnent de manifestations psychotiques ou

paranoïaques^[12]. À noter aussi que très souvent, les traumatisés crâniens présentent des symptômes paranoïaques (ex. : syndrome du boxeur) qui peuvent rapprocher de ceux des psychoses.

Cette hypothèse, si elle se révélait être vraie, permettrait d'expliquer pourquoi les psychoses sont généralement irréversibles et nécessitent un traitement à vie : étant donné que les cellules nerveuses ne se régénèrent que très lentement, une région du cerveau qui a été endommagée ne peut être réparée. Par contre, cette région du cerveau peut être empêchée de « mal » fonctionner en empêchant certains neurotransmetteurs (notamment la dopamine) de la stimuler : c'est le mode d'action des neuroleptiques, qui n'auraient alors sur les psychoses qu'une action asymptotique, empirique et rudimentaire puisqu'ils ne combattraient pas les véritables mécanismes neurologiques de ces maladies. Elle pourrait expliquer aussi pourquoi le ginseng (dont les alcaloïdes sont des antagonistes du glutamate) peut enrayer la progression de la maladie, mais ne peut pas permettre une guérison chez quelqu'un qui est déjà malade. Par conséquent, en ce qui concerne les futurs traitements, on pourrait facilement imaginer et mettre au point de nouveaux médicaments qui enrayeraient la progression de la maladie en empêchant les cellules nerveuses de s'autodétruire, en revanche, il serait beaucoup plus difficile (voire impossible) de créer de nouvelles cellules nerveuses afin de régénérer des zones du cerveau qui sont déjà endommagées.

8 Histoire

Historiquement, le terme de paranoïa était utilisé en Allemagne tout au long du XIX^e siècle pour qualifier tout type de délire. En 1879, Richard von Krafft-Ebing isole les formes hallucinatoires (*paranoïa hallucinatoria*) des autres délires (*paranoïa combinatoria*). Emil Kraepelin définit plus précisément la paranoïa à la fin du XIX^e siècle comme le « développement lent et insidieux d'un système délirant durable et impossible à ébranler, et par la conservation absolue de la clarté et de l'ordre de la pensée, du vouloir, et de l'action^[13]. »

Dès lors, la paranoïa est définie comme un délire chronique, organisé, structuré, logique dans son développement, comportant le plus souvent un sentiment de persécution, entraînant une forte adhésion du patient, mais n'entravant pas les autres fonctions psychiques. Ce type de délire, dit délire paranoïaque apparaît préférentiellement chez des sujets marqués par un trouble de la personnalité paranoïaque pré-existant.

En français, l'adjectif qui correspond à paranoïa est « paranoïaque », et il ne doit pas être confondu avec le terme « paranoïde », de sens très différent (dans l'expression délire paranoïde) et utilisé pour décrire certains types de schizophrénie.

9 Utilisation du terme

Une étude^[14] du champ de la sociologie a mis en évidence que l'emploi abusif du terme paranoïa pouvait constituer un moyen de délégitimer la parole de groupes minoritaires. Selon certains auteurs^[Qui ?], le fonctionnement paranoïaque pourrait être appliqué de manière collective à des groupes, notamment à certains groupes à fonctionnement totalitaire.

Un diagnostic de paranoïa posé dans un contexte totalitaire est hautement suspect. Il a parfois été utilisé pour museler les opposants politiques en les faisant interner, comme en URSS : Alexandre Soljenitsyne fut ainsi considéré comme paranoïaque par les autorités de son pays. En URSS, les dissidents politiques russes étaient considérés comme paranoïaques et internés dans des hôpitaux psychiatriques. La paranoïa entretient des liens étroits avec la théorie du complot. Il est parfois très difficile de faire la part des choses, les délires paranoïaques apparaissent souvent comme fortement logiques et cohérents, ils sont susceptibles de convaincre les auditeurs. Dans un certain nombre de cas, les individus affirmant connaître une théorie du complot et se faisant le devoir d'en prévenir le monde sont des sujets paranoïaques.

Enfin, quelques similitudes entre discours paranoïaques et discours religieux (communication personnelle avec Dieu, importance des croyants destinés à sauver le monde, complot allégué visant à éradiquer cette religion, etc.) peuvent prêter à identifications abusives dans un sens comme dans l'autre.

9.1 Systèmes totalitaires



Cet article ou cette section est évasif ou trop peu précis. (septembre 2012)

Améliorez sa qualité à l'aide des conseils sur les sources !

Si le problème est abordé sous un angle plus collectif voire géopolitique, l'hypothèse peut être émise selon laquelle de la même façon qu'un cerveau endommagé où les informations circulent mal génère des symptômes paranoïaques, un pays où les informations circulent mal (c'est-à-dire où règne la désinformation, le mensonge, la propagande, l'obscurantisme ou l'adhésion à des idéologies erronées), peut générer une paranoïa collective.

Les chercheurs en sciences cognitives^[Qui ?] ont mis en évidence les nombreux points communs existant entre le fonctionnement mental de certains groupes totalitaires et celui de grands paranoïaques. Les comportements de certains groupes totalitaires (sectes, extrémisme religieux, dictatures, pseudo-sciences, certains mouvements pratiquant le charlatanisme etc.) rappellent étrangement les symptômes d'un trouble paranoïaque : l'égoïsme, les comportements passifs-agressifs (qui consistent à inciter

les adeptes à se plaindre ou à ressentir un sentiment de révolte et de colère permanent, le plus souvent contre un bouc-émissaire désigné), le dogmatisme (qui se manifeste par adhésion aveugle à une « vérité » irrationnelle proclamée une fois pour toutes, au détriment d'une vie politique normale), l'ignorance du monde extérieur (les membres du groupe n'envisagent pas une seule seconde que d'autres modes de fonctionnement puissent exister), la pensée référentielle (c'est-à-dire l'impression que des événements banals ont une signification particulière et inhabituelle : cette pensée référentielle est encouragée par le système totalitaire, par la condescendance, l'utilisation d'un langage codé pour instrumenter les émotions des gens, ou encore l'ésotérisme, de manière à ce que les pseudo-informations délirantes soient communiquées progressivement à des « initiés »), la propagande permanente, l'anosognosie (le fait que les adeptes n'aient aucun recul et ne se rendent pas compte que leur groupe dysfonctionne), les délires mystiques et l'idéalisme passionné (extrémisme politique et/ou religieux) etc.

La façon dont ces groupes totalitaires trouvent des boucs émissaires rappelle les actes de violence d'un paranoïaque. Souvent, les membres du groupe adhèrent aveuglement à l'idée selon laquelle ce bouc émissaire serait un persécuteur ou un prédateur à abattre, sans envisager une seule seconde qu'ils puissent avoir tort. Les théories conspirationnistes, qui ont d'ailleurs un grand succès dans les groupes totalitaires, présentent de nombreux points communs avec un délire de persécution. Notons d'ailleurs que beaucoup de chefs totalitaires sont paranoïaques. La formation de groupes totalitaires - politiques, religieux ou psychologiques - dirigés par un chef paranoïaque est probablement un phénomène inhérent à l'espèce humaine. (voir totalitarisme)

Des comportements « totalitaires » sont également observés chez les harceleurs. Également, des symptômes paranoïaques sont souvent observés dans les différentes formes de psychopathie^[15].

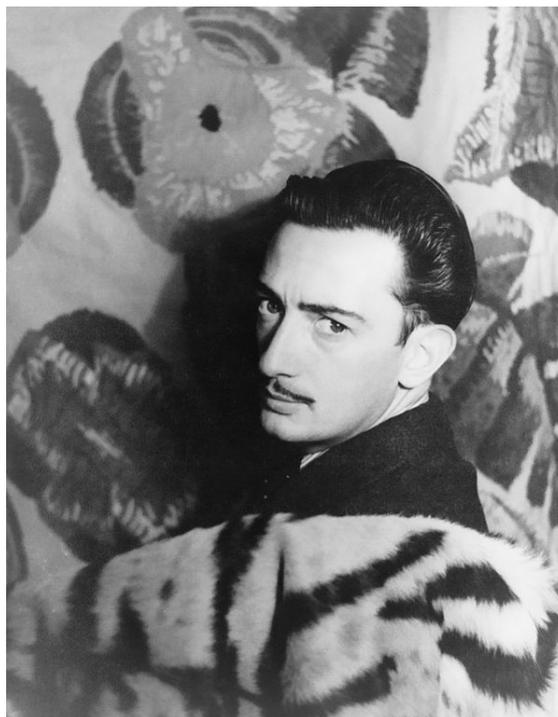
10 Médias

10.1 Art

La paranoïa a joué un rôle important dans la rencontre des théories freudiennes avec le mouvement surréaliste. Salvador Dalí, provocateur, a proposé la méthode paranoïaque-critique comme mode de création artistique^[16].

10.2 Cinéma

- *El*, de Luis Buñuel (1953). Dépeint de manière clinique l'écllosion et l'aggravation d'un délire de jalousie.



Salvador Dalí en 1939.

- *Ouragan sur le Caine* (1954). Film d'Edward Dmytryk tournant autour d'une question récurrente : Queeg, le capitaine du Caine est-il ou non paranoïaque ?
- *Paranoïa*, court métrage de Frédéric Forestier.
- *L'Enfer* (1994), de Claude Chabrol.
- *Complots* avec Mel Gibson, où un chauffeur de taxi paranoïaque découvre qu'une de ses théories du complot est vraie.
- *Les Langoliers* de Stephen King, où le personnage principal (Craig Tóomey) est un schizophrène en proie à de graves troubles du comportement s'accompagnant de délires de persécution.
- *Psychose* d'Alfred Hitchcock. Inspiré partiellement d'un fait divers.
- *Le Locataire* de Roman Polanski. Description fine et détaillée d'une décompensation paranoïaque chez un homme, avec une pointe de fantastique.
- *Répulsion* de Roman Polanski. Évocation du côté féminin d'une semblable décompensation.
- *Rosemary's Baby* de Roman Polanski. Décompensation puerpérale à tonalité paranoïaque.
- *Lost Highway* de David Lynch. Évoque un univers avec des passages incessants du point de vue extérieur au point de vue intra-psychique selon les facettes clivées du héros.

- *Bug* de William Friedkin.
- *Las Vegas Parano* de Terry Gilliam. Mise en scène d'une paranoïa provoquée par des psychotropes.
- *Un homme d'exception* de Ron Howard. Hésitant entre schizophrénie et paranoïa.
- *La Moustache*, d'Emmanuel Carrère. Hésitant entre paranoïa et fantastique.
- *Paranoïak* (2007), long-métrage américain de D. J. Caruso.
- *Shutter Island* de Martin Scorsese. Hésitant entre complot et paranoïa.
- *Le Nombre 23* (film, 2007) de Joel Schumacher. Le personnage interprété par Jim Carrey est obsédé par le nombre 23.
- *Les extraterrestres* (film, 1997) de Timothy Bond. Le personnage joué par Dean Stockwell se justifie : « Ce n'est pas de la paranoïa quand ces gens-là sont vraiment après vous. ».
- Le Long-métrage *Paranoia*, réalisé par Ryan Mitchell, a pour thème principal, la paranoïa du personnage.

10.3 Littérature

- Maurice G. Dantec, *Les Racines du mal*
- Philip Kindred Dick, dont les thèmes essentiels tournent autour de la notion de paranoïa.
- Lu Xun, *Le Journal d'un fou*, 1918. Le narrateur est atteint d'une crise de paranoïa et s'imagine que tous les hommes autour de lui cherchent à le manger, une réécriture de l'œuvre de Nicolas Gogol.
- Mary Higgins Clark, *La Nuit du renard*. Il semblerait que Renard soit atteint de paranoïa : délire érotomane, orgueil démesuré, etc.
- Raquel Capurro et Diego Nin, *Je l'ai tué, dit-elle, c'est mon père*, éd. EPEL, 2005.
- Alexis Vincent Charles Berbiguier de Terre-Neuve du Thym, *Les farfadets, ou Tous les démons ne sont pas de l'autre monde*, éd. Jérôme Millon, 1990.
- Harlan Ellison, *Je n'ai pas de bouche et il faut que je crie* (anglais : *I have no mouth and i must scream*). Ted, le narrateur de la nouvelle, est en proie à de vives crises de paranoïa : il est persuadé que les quatre autres protagonistes le détestent et se liguent contre lui, parce qu'il est le plus jeune et le moins torturé des cinq.

10.4 Musique

- « Paranoid », Black Sabbath (1970)
- « Paranoïa », Michel Berger (1979)
- « Paranoia », Phoebe Killdeer (2008)
- « Paranoïa - 5 majeur », 1995 (groupe) (2013)
- « je suis dans ma paranoïa », Jul (2014)

11 Notes et références

11.1 Notes

- [1] Pour préciser la sémiologie des délires, de leurs mécanismes et types, voir l'article *Délire*.
- [2] Au sens moderne, la passion est une inclination exclusive vers un objet, un état affectif durable et violent dans lequel se produit un déséquilibre psychologique (l'objet de la passion occupe excessivement l'esprit)

11.2 Références

- [1] Eschyle (trad. du grec par Paul Mazon, préf. Pierre Vidal-Naquet), *Les Sept contre Thèbes : Tragédies complètes*, Paris, Gallimard, 1982, 469 p. (ISBN 2-07-037364-9), p. 182
- [2] Sophocle (trad. du grec par Robert Pignarre, préf. Robert Pignarre), *Ajax : Théâtre complet*, Paris, Flammarion, 1964, 371 p. (ISBN 2-08-070018-9), p. 55
- [3] Hérodote (trad. du grec par Larcher), *Enquête : Histoire de Crésus et de Cyrus, t. I*, Paris, Paleo, coll. « Les Sources de l'histoire antique », avril 2005, 269 p. (ISBN 2-84909-131-6), p. 256
- [4] O. Gales, J.D. Guelfi, F. Bayle et P. Hardy, *Troubles de la personnalité*, *Question d'Internat n° 286* [PDF]
- [5] (en) Jagiellowicz J, Xu X, Aron A *et al.*, « The trait of sensory processing sensitivity and neural responses to changes in visual scenes », *Soc Cogn Affect Neurosci*, mars 2010 2010 (PMID 20203139, DOI 10.1093/scan/nsq001)
- [6] (en) Aron EN, Aron A, Davies KM, « Adult shyness : the interaction of temperamental sensitivity and an adverse childhood environment », *Pers Soc Psychol Bull*, vol. 31, février 2005, p. 181–97 (PMID 15619591, DOI 10.1177/0146167204271419)
- [7] Société américaine de psychiatrie, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR)*, Masson, 1996, p. 1056
- [8] « Qu'est-ce que le trouble de personnalité paranoïaque ? », sur www.psychomedia.qc.ca (consulté le 25 juin 2010)
- [9] François Roustang. « Comment faire rire un paranoïaque ? ».

- [10] Pierre Célestin Nguimfack Mbodie, « La théorie de l'excitotoxicité du glutamate et l'implication potentielle des radicaux libres dans l'étiopathogénie de la schizophrénie apporte-t-elle un éclairage nouveau sur les liens entre : prédisposition génétique, facteurs environnementaux et biologie dans le déterminisme de ce trouble ? [Do the glutamate excitotoxicity theory and potential free radicals implication in schizophrenia aetiopathogenesis provide a new enlightenment to links between : genome, environment and biology in the determinism of that disorder ?] », *Encephale*, vol. 28, n° 2, 2002, p. 147-53. (PMID 11972141, résumé)
- [11] <http://www.schizophrenia.com>
- [12] http://www.la.refer.org/psychiatrie_4.5/Cours/troublesSecondaires.htm
- [13] Ginestet D, Hassan O. Paranoïa. In : Porot A. *Manuel alphabétique de psychiatrie* 7^e édition. Paris : PUF ; 1996.p.511-512. ISBN 978-2-13-047148-6.
- [14] Jocelyne Streiff-Fénart, « L'attribution de paranoïa comme délégitimation de la parole des minoritaires : l'exemple d'une entreprise de transports publics » Cahiers de l'Urmis, n° 10-11 Discrimination : perspectives de la psychologie sociale et de la sociologie, III. La Discrimination, de l'école au lieu de travail, mis en ligne le 11 décembre 2006
- [15] « La perversion-psychose dans le registre social du psychisme : passages à l'acte agressifs paranoïaques, attentats, massacres, génocides, guerres totales, "suicides" collectifs... », juin 2009 (consulté le 3 août 2012)
- [16] Salvador Dalí, *Oui. La révolution paranoïaque-critique, l'archangélisme scientifique*, Éditions Denoël, 2004, ISBN 2-207-25621-9.
- Quentin Debray, *L'idéalisme passionné*, Paris, PUF, 1989, ISBN 2-13-042160-1.
 - Sigmund Freud, *Le Président Schreber. Un cas de paranoïa*, Paris, Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot", 2011 (ISBN 978-2228906562).
 - Sigmund Freud, « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (*dementia paranoïdes*). Le président Schreber » (1911), in *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, Paris, (20^e édition), 1997, p. 263-324.
 - Sigmund Freud, « Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique » (1915), traduit par D. Guérineau, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, (12^e édition), 2002, p. 209-218.
 - Ernst Kretschmer, *Paranoïa et sensibilité*, Imago Mundi, G. Monfort éditeur, 1918, 293 p.
 - Jacques Lacan, « D'une remarque préliminaire à tout traitement possible de la psychose » in *Séminaire, Livre III, Les psychoses (1955-1956)*, Paris, Le Seuil, 1981.
 - Jacques Lacan, *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Paris, Le Seuil, 1975 (sa thèse de doctorat en médecine, éditée une première fois en octobre 1932).
 - Jacques Lacan, *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966.
 - Sophie de Mijolla-Mellor, *La paranoïa*, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je ? : le point des connaissances » (n° 3784), 127 p., « La perversion paranoïaque » (ISBN 2130534619 et 9782130534617, présentation en ligne, lire en ligne), chap. V (« Les agirs paranoïaques »), p. 101
 - Luiz Eduardo Prado de Oliveira, *Le cas Schreber : contributions psychanalytiques de langue anglaise (1949-1975)*, Paris, PUF, 1979.
 - Luiz Eduardo Prado de Oliveira, *Schreber et la paranoïa : le meurtre d'âme*, Paris, L'Harmattan, 1996.
 - Luiz Eduardo Prado de Oliveira, *Freud et Schreber : les sources écrites du délire, entre psychose et culture*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1997.
 - François Roustang, *Comment faire rire un paranoïaque ?* Paris, Odile Jacob, 2000.
 - Daniel Paul Schreber, *Mémoires d'un névropathe*, Paris, Le Seuil, 1975.
 - Paul Sérieux et Joseph Capgras, *Les folies raisonnantes ; le délire d'interprétation*, Paris, Alcan, 1909 (ouvrage en accès libre sur le site de la BIUM).

12 Voir aussi

12.1 Bibliographie

- (en) David B. Allison, Prado de Oliveira, Mark S. Roberts, Allen S. Weiss, *Psychosis and sexual identity : toward a post-analytic view of the Schreber case*, New York, State University of New York Press, 1988.
- Benjamin Ball, *Du délire des persécutions ou maladie de Lasègue* Paris, Asselin et Houzeau, 1890.
- Gaëtan Gatian de Clérambault, « Érotomanie pure, érotomanie associé (présentation de malade) » *Bull Soc Cl Med Ment.* juillet 1921, p. 230, repris in *Œuvres psychiatriques*, Paris, Frénésie Édition, 1987, p. 352-355.
- Gaëtan Gatian de Clérambault, « Les délires passionnels : érotomanie, revendication, jalousie » *Bull Soc Cl Med Ment.* février 1921, p. 61, repris in *Œuvres psychiatriques*, Paris, Frénésie Édition, 1987, p. 315-322.

- Paul Sérieux et Joseph Capgras, *Délires systématisés chroniques. Traité de Sergent, Psychiatrie, t. 1*, Paris, Maloine, 1926.
- (en) A. Sims & A. White, « Coexistence of the Capgras and De Clerambault syndromes a case report » *Br J Psych*, 1973 ;123 :653-7.
- Serge Tribolet, Christophe Paradas, *Guide pratique de la psychiatrie*, Paris, Heures de France, 1993.

12.2 Articles connexes

- Schizophrénie
- Classification des psychoses de l'adulte
- Délire de relation des sensitifs
- Délire d'interprétation de Sérieux et Capgras
- Délire paranoïaque
- Délire paranoïde
- Érotomanie
- Neuroleptique
- Psychose
- Trouble de la personnalité paranoïaque

12.3 Liens externes

- Bibliographie sur le site ascodocpsy
- Site belge sur les psychoses, qui concerne toutefois plus la schizophrénie que les délires chroniques
- Les croyances erronées à l'origine des troubles de la personnalité
-  Portail de la médecine
-  Portail de la psychologie
-  Portail de la folie

13 Sources, contributeurs et licences du texte et de l'image

13.1 Texte

- **Paranoïa** *Source* : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Parano%C3%AFa?oldid=131350580> *Contributeurs* : Panoramix, Nataraja, Looxix, Orthogaffe, Traroth, Jeffdelonge, Kelson, HasharBot, Abrahami, Liondelyon, Luk~frwiki, Manchot, Jyp, Amaury~frwiki, Tieum, MedBot, Sam Hocevar, Guil, Phe-bot, Turb, Smily, Staph, Bibi Saint-Pol, Domsau2, Goliadkine, Botvinnik, GL, Jef-Infojef, Apokrif, Leag, Erasmus, Emirix, Sherbrooke, Padawane, Nemios, Vibby, Stéphane33, RobotE, Stanlekub, Romanc19s, Lmaltier, Arnaud.Serander, Buddho, Hoplaaaa, RobotQuistnix, FlaBot, Ultrogothe, YurikBot, Eskimbot, Lydio, Jerome66, Litlok, Loveless, Ofix, MelancholieBot, Cphil, Earendel~frwiki, Cbmarius, WikiVince, Joe le Kiffeur, Pautard, Actorstudio, Apollon, Rosier, SashatoBot, Mwarf, Crocy, Markus3, Bot de Sept Lieues, Nicobzz, PieRRoBoT, Chetao, Pierrot Lunaire, Léon66, Bloubéri, Thijs !bot, Bourrichon, Grook Da Oger, Birdie, Grimlock, Romainbehar, En passant, Snowbear, Kyle the bot, Graouilly, Rémi, Patrokli, JAnDbot, LeFit, Ouicoude, Simon Villeneuve, Eybot, AdQ Bot, Analphobot, Allegra, Salebot, Akeron, Wissensz, DodekBot~frwiki, DorganBot, TottyBot, Cheep, TXiKiBoT, VolkovBot, Henriparsien, Richardbl, Luj, Jorj McKie, Ortholam, BASSone, Pierre-Alain Gouanvic, Orthomaniaque, Rabatakeu, BotMultichill, SieBot, Strangeways, JLM, OKBot, LordAnubisBOT, Vlaam, Dhatier, Hercule, DumZiBoT, Surveyor, Notionis, PixelBot, Orphée, Alexbot, WikiCleanerBot, GrandCelinien, ZetudBot, Ellanore, Ggal, Bub's wikibot, AkhtaBot, Ginosbot, Kwjbot, Luckas-bot, Nallimbot, Cerhab, GrouchoBot, ChenzwBot, Archimèa, Twentycen90, Cantons-de-l'Est, Jacques Ballieu, Woolite, Xqbot, RibotBOT, Rubinbot, GhalyBot, Epistemon, Acha45, JackBot, LucienBOT, Actarus Prince d'Euphor, Coyote du 57, Constantinople, TobeBot, RedBot, Edouard d'Erasmé, Bobodu63, TjBot, Gérard vidal, ManiacKilla, Pkthib, EmausBot, Kilith, Sisqi, Ltrlg, ZéroBot, Pradmania, Vladjoachim, Les3corbiers, ChuispastonBot, Stéphanedelourdes, Nikoro, Euphonie, Wikitavanti, FreCha, G de gonjasufi, Bogocian, Roi du monde, 0x010C, Rigoureux, MerIwBot, Bertol, Symbolium, OrlodrimBot, Le pro du 94 :), Pano38, LouisAlain, Ccourouve, Rene1596, Timn, BonifaceFR, Elfobot, Cesoir, Johndu54, Dimdle, Addbot, Thierry Le Provost, Skymoustache, Ari Sebahg, NaggoBot, Pradoliv, Ec.jacquet, Brenloch, Jason Wynn, Gzen92Bot, Framawiki et Anonyme : 144

13.2 Images

- **Fichier:Confusion_colour.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/6f/Confusion_colour.svg *Licence* : Public domain *Contributeurs* : Travail personnel *Artiste d'origine* : Bub's
- **Fichier:Crystal_Clear_app_kview.png** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/dc/Crystal_Clear_app_kview.png *Licence* : LGPL *Contributeurs* : All Crystal Clear icons were posted by the author as LGPL on kde-look ; *Artiste d'origine* : Everaldo Coelho and YellowIcon ;
- **Fichier:Disambig_colour.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/3e/Disambig_colour.svg *Licence* : Public domain *Contributeurs* : Travail personnel *Artiste d'origine* : Bub's
- **Fichier:Emblem-question.svg** *Source* : <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/48/Emblem-question.svg> *Licence* : Public domain *Contributeurs* : Renamed from File:Ambox emblem question.svg. *Artiste d'origine* : The people from the Tango project ! (combination Rugby471)
- **Fichier:Entonnoir_retourné.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/63/Entonnoir_retourn%C3%A9.svg *Licence* : CC0 *Contributeurs* : Travail personnel *Artiste d'origine* : Pticarus
- **Fichier:Fairytale_bookmark_gold.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/66/Fairytale_bookmark_gold.svg *Licence* : LGPL *Contributeurs* : File:Fairytale bookmark gold.png (LGPL) *Artiste d'origine* : Caihua + Lilyu for SVG
- **Fichier:Gtk-dialog-info.svg** *Source* : <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/b4/Gtk-dialog-info.svg> *Licence* : LGPL *Contributeurs* : <http://ftp.gnome.org/pub/GNOME/sources/gnome-themes-extras/0.9/gnome-themes-extras-0.9.0.tar.gz> *Artiste d'origine* : David Vignoni
- **Fichier:Icon_pscho.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/f/f7/Icon_pscho.svg *Licence* : CC BY-SA 3.0 *Contributeurs* : File:Icon psycho.png and File:Biohazard template.svg *Artiste d'origine* : Reubot
- **Fichier:Info_Simple.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/38/Info_Simple.svg *Licence* : Public domain *Contributeurs* : Travail personnel *Artiste d'origine* : Amada44
- **Fichier:Question_book-4.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/64/Question_book-4.svg *Licence* : CC-BY-SA-3.0 *Contributeurs* : Created from scratch in Adobe Illustrator. Originally based on Image:Question book.png created by User:Equazcion. *Artiste d'origine* : Tkgd2007
- **Fichier:Salvador_Dali_1939.jpg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/24/Salvador_Dal%C3%AD_1939.jpg *Licence* : Public domain *Contributeurs* : Van Vechten Collection at Library of Congress *Artiste d'origine* : Carl van Vechten
- **Fichier:Star_of_life2.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/5b/Star_of_life2.svg *Licence* : Public domain *Contributeurs* : Travail personnel *Artiste d'origine* : Verdy p
- **Fichier:Star_of_life_caution.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/d5/Star_of_life_caution.svg *Licence* : LGPL *Contributeurs* : After Staf of life caution.jpg where User:Mike.lifeguard - merged Nuvola apps important yellow.svg and Star of life.svg *Artiste d'origine* :
- Raster version by User:Mike.lifeguard

13.3 Licence du contenu

- Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0