

# PSYCHOSES ET DELIRES CHRONIQUES

Q278

Dr N. Lafay, Dr Nathalie Papet, Dr Cyril Manzanera, Pr Jean Louis Senon

---

## Plan :

1. LA SCHIZOPHRENIE .....	2
<b>1.1. Historique de la schizophrénie</b> .....	2
<b>1.2. Clinique de la schizophrénie</b> .....	2
1.2.1 Eléments cliniques du diagnostic .....	2
1.2.2. Description du DSM IV .....	3
<b>1.3. Les modalités d'expression clinique et formes cliniques</b> .....	4
1.3.1. L'hébéphrénie.....	4
1.3.2. La catatonie ou schizophrénie catatonique .....	4
1.3.3. La schizophrénie paranoïde .....	5
1.3.4. La schizophrénie simple .....	5
1.3.5. Héboïdophrénie ou schizophrénie héboïdophrénique .....	5
1.3.6. La schizophrénie dysthymique ou trouble schizo-affectif.....	5
<b>1.4. Facteurs étiologiques et prédictifs</b> .....	5
<b>1.5. Les complications de la schizophrénie</b> .....	6
<b>1.6. Modes de début de la schizophrénie</b> .....	7
<b>1.7. Principes thérapeutiques</b> .....	7
1.7.1. Hospitalisation .....	7
1.7.2. La chimiothérapie .....	8
1.7.3. Prise en charge psychothérapique, réinsertion et réadaptation.....	8
2. LES DELIRES CHRONIQUES NON SCHIZOPHRENIQUES.....	9
<b>2.1. Introduction – Généralités - Psychopathologie</b> .....	9
<b>2.2. Caractéristiques générales d'un délire</b> .....	9
2.2.1. Le ou les thèmes : .....	9
2.2.2. Les mécanismes : .....	9
2.2.3. La structure .....	9
2.2.4. La réactivité .....	9
<b>2.3. Clinique des délires chroniques non schizophréniques</b> .....	10
2.3.1. Les paranoïas.....	10
2.3.2. La psychose hallucinatoire chronique (PHC) de G. Ballet.....	11
2.3.3. Les paraphrénies (Kraepelin) .....	11

---

La psychose se caractérise par la perte de contact avec la réalité, la méconnaissance de l'état morbide (anosognosie) et le pronostic relativement sombre de la maladie. Elle se différencie de la névrose dans la mesure où, dans cette dernière pathologie, il n'existe pas de symptômes psychotiques (délire ou dissociation). Cependant, il peut exister des symptômes névrotiques dans une psychose (anxiété, dépression).

Parmi les psychoses et les délires chroniques, la maladie mentale la plus fréquente est la schizophrénie. Elle représente un peu moins de 1% de la population française et le sexe ratio est de 1/1. Les syndromes schizophréniques sont caractérisés par la triade syndrome positif (délire non

systematisé), syndrome négatif (appauvrissement psychique) et syndrome de désorganisation psychique (dissociation psychique, bizarrerie).

Les autres délires chroniques sont représentés par la paranoïa, la psychose hallucinatoire chronique et la paraphrénie.

## **1. LA SCHIZOPHRENIE**

### ***1.1. Historique de la schizophrénie***

Esquirol distinguait les déficits de l'intelligence d'apparition tardive et les états d'arriération d'apparition précoce. Une connotation organique devenait évidente par la découverte de la paralysie générale, démence d'origine syphilitique. Entre ces deux catégories, on décrivait des malades jeunes qui évoluaient vers un déficit avec une présentation bizarre, étrange.

Kraepelin décrit la « démence précoce » qui, au delà de l'intelligence, altère l'affectivité et transforme ce concept en « démence affective ».

En France, on reste assez descriptif, tout en essayant de comprendre cette évolution.

Morel (1860) s'intéresse à la démence précoce ou en cherche en vain l'étiologie organique. Morel évoquera le concept de dégénérescence. Chaslin insiste sur la discordance, une incoordination, une dysharmonie intra-psychique et il décrit la folie discordante qui évolue vers une démence vésanique. Ces malades sont bizarres, incohérents, contradictoires.

En Allemagne, Hecker décrit l'hébéphrénie et Kahlbaum décrit la catatonie, aspect psychomoteur de cette maladie. En 1911, Bleuler affirme un concept psychopathologique : la maladie est due à la dissociation intra-psychique et crée le néologisme de schizophrénie.

Selon lui la dissociation (Spaltung) entraîne donc :

- Des signes directs ou primaires (qui naissent directement du processus pathologique) : discordance, troubles du cours de la pensée, ambivalence.
- Des signes secondaires (issus de la réaction du psychisme du malade) : l'autisme, le rationalisme morbide, le délire paranoïde qui est un essai de reconstruction psychique.

### ***1.2. Clinique de la schizophrénie***

Il n'existe pas de signe pathognomonique de la schizophrénie. Le diagnostic se fait sur un ensemble de critères à la fois symptomatiques et évolutifs. On ne peut parler de schizophrénie que si la maladie évolue depuis un an. La prudence diagnostique au début de la maladie est la règle.

La dissociation de la personnalité entraîne une incapacité de synthèse, donc une incapacité de cohésion et d'efficacité d'où un chaos, une désorganisation.

#### **1.2.1 Eléments cliniques du diagnostic**

##### **1.2.1.1. Au niveau intellectuel**

On retrouve des troubles du cours de la pensée, des barrages, le fading.

Les associations de pensée sont marquées par l'illogisme, la bizarrerie, le désordre.

La perception est altérée : les formes ne sont plus perçues, c'est une approche vague, marquée par une grande pauvreté et par un symbolisme désuniversalisé (F. Minkowska).

### **1.2.1.2. Au niveau du langage**

Il est réduit avec des périodes de mutisme. Son rythme traduit les troubles du cours de la pensée. Le langage est elliptique (du grec Elliptikos, qui omet, qui procède par sous-entendu) avec des néologismes et un symbolisme morbide. Le langage ne se soumet plus aux règles de la syntaxe et peut devenir un verbiage, une schizophasie.

### **1.2.1.3 Au niveau affectif**

Indifférent, le schizophrène est exclu de toute vie affective, et en même temps, il est soumis à des émotions intenses et des pulsions agressives, des réactions immotivées, contradictoires, paradoxales, d'où des accès de rires inadéquats.

Il y a discordance qualitative c'est à dire perte de concordance entre l'affect, le discours et l'expression mimique mais aussi discordance quantitative qui provoque un maniérisme lié au caractère factice de l'émotion et de son expression.

Le schizophrène est ambivalent : plus qu'une simple hésitation (doute du névrotique), il est dans l'impossibilité de choix entre des tendances contradictoires.

### **1.2.1.4. L'autisme**

C'est un monde intérieur pathologique, fermé, sans communication (perte de contact vital avec la réalité pour reprendre la formule de Minkowski), mais aussi sans limite (délire). C'est la perte de la syntonie, un refus de la réalité extérieure.

## **1.2.2. Description du DSM IV**

Les critères diagnostics actuels du D.S.M. IV structurent cette clinique riche en trois dimensions syndromiques :

### **1.2.2.1. Le syndrome positif**

- petit automatisme mental : écho de la pensée, pensées imposées, vol de la pensée, commentaire des actes
- le syndrome d'influence : le sujet à l'impression que ses mouvements, pensées, actions ou sensations sont sous contrôle d'une force extérieure
- les hallucinations (perception sans objet) : elles peuvent intéresser tous les organes des sens. On retrouve des hallucinations auditives, visuelles, olfactives, gustatives, cénesthésiques.
- Le discours est organisé en délire, non systématisé. Les mécanismes délirants sont en général intriqués. On peut retrouver des hallucinations, des interprétations, des imaginations ou des intuitions délirantes. Le thème du délire est variable. Dans notre culture, les thèmes mystiques sont fréquents. On notera aussi des thèmes de persécution (paranoïde), de grandeur (mégalomanie).

### **1.2.2.2. Le syndrome de désorganisation**

- troubles du cours de la pensée et du langage avec barrages, fading, relâchement des associations, néologismes (schizophasie), rires immotivés
- raisonnement pseudo-rationnel (rationnalisme morbide)

- affects inadéquats (discordance idéo-affective)
- ambivalence affective
- catatonie : conservation des attitudes (« oreiller psychique »), négativisme, mutisme, posture catatonique voire stupeur

### **1.2.2.3. Le syndrome négatif**

Il n'est pas en lui-même du à une dépression ou à un traitement neuroleptique. Il comporte :

- apathie
- pauvreté du discours
- émoussement affectif
- apragmatisme, inactivité
- incurie
- retrait et isolement social

En dehors de ces trois dimensions syndromiques, il existe des symptômes associés non spécifiques tels que :

- la présentation, les comportements et les attitudes bizarres
- la tenue vestimentaire inappropriée par rapport à la saison, excentrique ou négligée
- le maniérisme
- le contact froid et méfiant
- le classique et désuet phénotype leptosome
- des symptômes thymiques en général en lien avec le thème délirant (dépressif si persécution, exaltation si idées délirantes de grandeur ou mystiques)
- des angoisses dites « psychotiques » avec déréalisation (impression que le monde environnant n'est pas réel ou se transforme) et dépersonnalisation (impression que le corps se transforme, de perte de l'intégrité corporelle, dysmorphophobie)
- obsessions ou rituels atypiques

## **1.3. Les modalités d'expression clinique et formes cliniques**

Malgré la diversité des manifestations cliniques, le concept pathologique est unique. Quel que soit le tableau clinique, il y a association des trois dimensions syndromiques. C'est la combinaison ou la représentation de telle ou telle dimension qui donnera le tableau clinique, qui peut varier au cours du temps et pour un même patient.

Le début est généralement précoce, entre 18 et 35 ans, un peu plus tardif chez la femme.

### **1.3.1. L'hébéphrénie**

Elle représente 20% des schizophrénies et débute à l'adolescence. Elle est caractérisée par une perturbation des affects, un syndrome de désorganisation. L'expression délirante est en général pauvre. L'évolution est défavorable, de mauvais pronostic. Elle s'associe parfois à un syndrome catatonique (forme hébéphrénico-catatonique)

### **1.3.2. La catatonie ou schizophrénie catatonique**

Prédominant dans cette forme les signes psychomoteurs :

- catalepsie (trouble du tonus moteur et de l'initiative motrice) avec flexibilité cireuse et conservation des attitudes
- stupeur ou mutisme
- négativisme : hypertonie empêchant tout mouvement
- parakinésies : défaut de coordination des mouvements volontaires
- échopraxie : imitation des gestes.

### **1.3.3. La schizophrénie paranoïde**

C'est la forme la plus fréquente où prédomine la dimension positive, délirante. Le délire est flou, incohérent, non systématisé. Il peut y avoir un syndrome de petit automatisme mental. Les thèmes peuvent être associés. Les plus fréquents sont la persécution (sentiments étranges d'être épié via des satellites par exemple), les thèmes mystiques (se prendre pour le Christ ou se sentir investi d'une mission divine). Les mécanismes sont eux aussi multiples avec surtout hallucinations auditives et interprétations délirantes. Avec l'évolution, il y a appauvrissement du contact et de l'activité.

### **1.3.4. La schizophrénie simple**

Elle est à rapprocher des troubles de la personnalité. C'est une forme à minima avec :

- schizoïdie : froideur, émoussement affectif, incapacité à exprimer des sentiments, solitude, désintérêt
- schizotypie : comportements excentriques, croyances ou idées bizarres magiques, affects inappropriés, réticence, perceptions inhabituelles.

Dans ces formes simples, pour parler de pathologie il faut associer désinsertion sociale ou vagabondage.

### **1.3.5. Héboïdophrénie ou schizophrénie héboïdophrénique**

Elle se caractérise par des troubles du comportement et la délinquance. Ce sont des sujets marginaux ou des vagabonds qui présentent une violence impulsive, des comportements antisociaux. On peut les retrouver en détention.

### **1.3.6. La schizophrénie dysthymique ou trouble schizo-affectif**

Comme dans un trouble bipolaire, il y a alternance de périodes dépressives et de périodes d'excitation psychomotrice maniaque. Cependant entre les accès, le sujet présente les critères diagnostics de schizophrénie (à la différence du trouble bipolaire qui est asymptomatique entre les accès). Cette forme est de meilleur pronostic car elle répond bien au traitement. C'est cet aspect évolutif favorable et les antécédents familiaux de troubles de l'humeur qui fait poser aux chercheurs actuels la question de l'appartenance de cette forme au spectre de la schizophrénie.

## **1.4. Facteurs étiologiques et prédictifs**

L'étiologie de la schizophrénie est multifactorielle. Il serait réducteur de n'attribuer qu'une seule cause à cette maladie. De même que la prise en charge doit être biologique, psychologique et sociale, il existe des facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, familiaux et sociaux à son développement et à son évolution. On ne parlera que d'hypothèses étiologiques.

Certains ont retrouvé des facteurs prédictifs obstétricaux :

- un excès de naissance en hiver et au début du printemps avec peut être une exposition au virus influenzae au cours de la grossesse de la mère
- un excès de complications obstétricales avec souffrance cérébrale de la néonatalité

- un faible poids de naissance (<2500g)

On note des anomalies biologiques propres à la schizophrénie :

- hyperdopaminergie mésolimbique à l'origine des symptômes positifs
- hypodopaminergie frontale à l'origine des symptômes négatifs

Le mode d'action des neuroleptiques vient contrecarrer ces dysfonctionnements.

Les nouveaux antipsychotiques relançant la balance sérotonine – dopamine laissent présupposer un dysfonctionnement du système sérotoninergique.

Il existe un facteur génétique certain comme le montrent les études d'agrégation familiale et notamment les études sur les jumeaux :

- risque de 50% pour le jumeau homozygote d'un schizophrène, 20% chez les dizygotes
- risque morbide de 10% dans la fratrie

Ce risque est indépendant d'éventuels facteurs éducationnels ou familiaux (études d'adoption).

Le milieu familial peut jouer un rôle dans le développement de la maladie. Il faut déculpabiliser les parents mais on retrouve un profil particulier des parents de schizophrènes :

- la mère est souvent hyperprotectrice mais aussi froide et détachée (double lien). La froideur excessive peut aller jusqu'à la carence affective sévère. La surprotection entraîne une dépendance fusionnelle mère – bébé qui gêne l'autonomisation psychique de l'enfant.
- le père est décrit comme absent, froid, rigide.

La théorie systémique stipule que dans la dynamique familiale, la famille est un système où la maladie est « le prix à payer » pour le maintien de la cohésion du système. C'est un facteur de chronicisation important.

La combinaison de ces différents facteurs permet d'introduire la notion de vulnérabilité à la schizophrénie. Un sujet « vulnérable » parce que présentant de nombreux facteurs de risque de la maladie développera plus facilement qu'un autre des épisodes psychotiques en réaction à des événements mineurs. Un sujet faiblement vulnérable présentera un épisode psychotique bref lors de circonstances exceptionnelles.

Zubin a développé un modèle théorique Stress – Vulnérabilité intéressant. Une réaction de stress intervient lorsque des contraintes imposées à l'individu nécessitent des réponses adaptatives. L'organisme réagit aux « stressseurs » de nature diverses :

- stressseurs endogènes : de nature chimique, physiologiques (par exemple l'hyperdopaminergie mésolimbique)
- stressseurs exogènes : conflit familial, mariage, deuil, déménagement, bref les événements de vie.

Dans la schizophrénie, un environnement familial pathogène avec un haut degré d'expression émotionnelle représente un stressseur « chronique » important. Il n'y a pas plus de « stressseurs » chez les schizophrènes que chez les non schizophrènes mais les patients ont moins de capacités d'adaptation parce qu'ils sont vulnérables.

### **1.5. Les complications de la schizophrénie**

Malgré les progrès de la recherche et de l'apparition de nouvelles molécules, certains délires ne répondent plus au traitement ou encore le syndrome négatif est inaccessible à la chimiothérapie et l'on voit des évolutions déficitaires avec un appauvrissement psychique intense pouvant laisser penser à un état démentiel.

La dépression « post psychotique », survenant après un épisode délirant traité. Après le délire, le sujet prend conscience de son état et de son handicap, entraînant des affects dépressifs. De plus, l'expérience délirante vient combler un vide psychique qui revient brutalement.

Le suicide est fréquent chez les schizophrènes (un patient sur 10 meurt suicidé). Le suicide est associé soit aux affects dépressifs lors d'une dépression post-psychotique ou lors d'une phase dépressive d'un trouble schizo-affectif, soit au thème du délire.

Du fait du vide psychique et de la symptomatologie négative, la toxicomanie est fréquente (alcool, cannabis surtout), venant combler une partie de ce vide ou venant comme une tentative d'auto-médication. Elle favorise les passages à l'acte et l'expression délirante.

A l'occasion d'un délire avec forte participation thymique et une conviction délirante inébranlable, des passages à l'acte médico-légaux peuvent survenir (agression, meurtre, exhibition, troubles de l'ordre public).

## **1.6. Modes de début de la schizophrénie**

Le début peut être brutal ou insidieux, progressif.

Parmi les modalités brutales d'entrée dans la maladie, on peut retenir :

- une bouffée délirante aiguë
- une trouble de l'humeur avec des signes d'atypicité
- un passage à l'acte inopiné (tentative de suicide, agression, trouble de l'ordre public...)

Ailleurs, le début est progressif car la maladie évolue à bas bruit. Les retards diagnostics sont favorisés par un environnement familial complaisant ou culpabilisé, qui n'ose consulter.

Le sujet se replie, s'isole de plus en plus et semble préoccupé par des lectures ou des thèmes mystiques, philosophiques ou ésotériques. Il y a une réelle « cassure » dans son développement avec fléchissement scolaire.

La symptomatologie peut être d'emprunt, c'est à dire évoquer une autre pathologie mais le tableau ne sera pas typique et l'on remarquera le caractère étrange de ces symptômes :

- obsessions ou compulsions étranges (rituels avec des selles, collectionner des graviers par exemple)
- phobies envahissantes
- dysmorphophobie
- « anorexie mentale » qui n'en est pas une, sous-tendue par un délire avec par exemple des thèmes de persécution, d'empoisonnement ...

## **1.7. Principes thérapeutiques**

### **1.7.1. Hospitalisation**

L'hospitalisation est la règle en phase aiguë devant la symptomatologie bruyante, le risque de passage à l'acte et les « dégâts » psychologiques que représente la désorganisation psychique. Il en est de même pour une symptomatologie négative avec incurie, souvent trop bien tolérée par la société ou l'environnement familial (le malade ne fait pas de bruit).

On a souvent recours à l'hospitalisation sous la contrainte devant la conviction délirante du patient qui ne peut être consentant aux soins.

L'hospitalisation permet aussi au début de la maladie, d'établir un contact et une alliance thérapeutique très utile au travail psychothérapique futur avec le patient. Elle doit aussi être un temps d'échange avec la famille.

### 1.7.2. La chimiothérapie

Rappelons que la majorité des réhospitalisations s'inscrivent dans un contexte d'arrêt du traitement. Les progrès de la recherche ont permis de mettre sur le marché des molécules bien tolérées, avec beaucoup moins d'effets indésirables que naguère. C'est la raison pour laquelle il faut choisir avec le patient une molécule qui n'entraîne pas trop d'effets secondaires dans l'alliance thérapeutique afin d'éviter ces arrêts intempestifs de traitements mal tolérés, arrêts extrêmement délétères pour le patient.

La chimiothérapie repose sur les traitements neuroleptiques et antipsychotiques.

La monothérapie doit être la règle ainsi que le maintien aux plus petites doses de neuroleptiques en phase résiduelle. Cependant, en hospitalisation, pour faire céder plus rapidement une phase aiguë, on peut associer plusieurs molécules (un antidépresseur et un sédatif par exemple).

En fonction du tableau clinique on choisira tel ou tel médicament.

De façon générale, à faible dose les produits sont désinhibiteurs et utiles dans la symptomatologie négative, autistique et sédatifs à forte dose (pour l'agitation). A dose moyenne, ils agissent bien sur le délire et la dissociation.

Lors de manifestations anxieuses, là encore il faut recourir aux neuroleptiques. Les benzodiazépines ne sont pas une indication des angoisses psychotiques.

On peut parfois avoir à utiliser des antidépresseurs et des thymorégulateurs dans les phases dépressives ou maniaques du trouble schizo-affectif. Attention aux antidépresseurs que l'on serait tenté de prescrire dans les symptômes négatifs, ils peuvent favoriser une éclosion délirante par leur mécanisme d'action pharmacologique.

### 1.7.3. Prise en charge psychothérapique, réinsertion et réadaptation

L'accompagnement psychothérapique du sujet et de sa famille peut se faire selon plusieurs modalités, en consultation dans des centres médico-psychologiques (CMP) ou en hôpital de jour :

- psychothérapie de soutien avec attitude empathique, information, réassurance
- psychothérapies structurées d'inspiration analytique (la cure type est contre-indiquée) ou cognitivo-comportementale (jeux de rôles, résolution de problèmes, entraînement aux habiletés sociales)
- entretiens familiaux ...

Un autre aspect de la prise en charge est représenté par la réinsertion sociale et professionnelle. Avec l'aide de la famille, du service de post-cure, de l'assistante sociale, il faut essayer de maintenir un réseau social de soutien au sujet. Les programmes psychothérapiques d'entraînement aux habiletés sociales vont dans ce sens. En effet, l'absence de contacts sociaux favorise l'isolement, le délire, qui marginalisent davantage le patient, etc ..., constituant un véritable cercle vicieux.

Dans la mesure du possible il faut préserver une activité professionnelle soit en milieu ordinaire sur un poste adapté soit en milieu protégé.

## **2. LES DELIRES CHRONIQUES NON SCHIZOPHRENIQUES**

### **2.1. Introduction – Généralités - Psychopathologie**

Ce sont des troubles psychotiques caractérisés par leur durée supérieure à 6 mois, l'absence de syndrome dissociatif ou de désorganisation et leur apparition en générale après 30 ans.

Rappelons que la névrose est un réaménagement intrapsychique et que le délire est un aménagement des relations extérieures avec l'utilisation de défenses psychiques pathologiques comme le déni et la projection.

Le délire est une pensée dominante qui se distingue de l'erreur (reconnue comme telle par celui qui la commet) et du génie qui innove et qui, à plus ou moins long terme, modifie le consensus. Le délire est l'expression psychopathologique d'un désordre, soit de la conscience (comme dans le délirium tremens), soit dans le cas qui nous intéresse, de la personnalité. Toute l'importance de la psychopathologie est de comprendre l'éclosion du délire en fonction de la personnalité, de l'histoire singulière du sujet, des circonstances familiales, socio-économiques.

La personnalité paranoïaque qui fait le lit de nombreux délires est marquée par des mécanismes de défense tels que le déni de la réalité, la projection et une homosexualité latente sur laquelle Freud a beaucoup insisté dans le président Schreiber. Déçu par sa femme qui ne lui a pas donné d'enfant, Schreiber aime un homme, ce qui est interdit, et il dénie ce sentiment. Cet homme devient par mécanisme de projection l'amant de sa femme, ce qui nourrit des idées délirantes de jalousie.

### **2.2. Caractéristiques générales d'un délire**

#### **2.2.1. Le ou les thèmes :**

Ce sont des thèmes divers : persécution, jalousie, amour, grandeur, mystique, ...

Ils peuvent être multiples et s'enchaîner plus ou moins logiquement comme dans les délires paranoïaques. Par exemple l'évolution d'un délire peut passer par le thème d'auto-accusation au thème de persécution puis au thème de grandeur (délire de Lasègue-Falret).

#### **2.2.2. Les mécanismes :**

Ils sont le support de l'idée délirante

- l'intuition délirante : idée sans support réel
- l'interprétation : signification délirante donnée à une perception réelle. Par exemple un cheveu (perception visuelle réelle) sur l'épaule de l'épouse d'un paranoïaque jaloux représentera pour ce dernier la preuve de son infidélité.
- L'imagination et les hallucinations représentent une véritable création d'une néo-perception.

#### **2.2.3. La structure**

S'il est systématisé, le délire peut s'organiser soit de manière cohérente, voire même convaincante pour l'entourage (délire à deux ou collectifs), ou, contrairement, manquer d'organisation par rapport à la logique comme dans le cas des délires non systématisés de la schizophrénie.

#### **2.2.4. La réactivité**

Elle étudie l'impact de la pensée délirante sur le comportement du malade et donc, peut éventuellement évaluer une dangerosité potentielle.

### **2.3. Clinique des délires chroniques non schizophréniques**

On les regroupe en paranoïas, psychose hallucinatoire chronique et paraphrénies

#### **2.3.1. Les paranoïas**

Elles se subdivisent en délires passionnels, délire d'interprétation systématisé et délire de relation des sensitifs. La personnalité pathologique prédisposante est la personnalité paranoïaque marquée par la psychorigidité, la fausseté du jugement, la méfiance, l'orgueil. Ces délires chroniques sont sensibles au traitement neuroleptique, mais on n'obtient rarement une totale disparition des phénomènes pathologiques (facteurs de personnalité).

##### **2.3.1.1. Les délires passionnels**

Le délire est centré sur un postulat que pose le malade. Ces délires sont marqués par l'excitation et l'exaltation qui apparaissent surtout quand le malade aborde le sujet de son délire. Ils se développent en secteur, respectant le reste de la personnalité et les relations avec le monde extérieur en dehors du secteur passionnel sont normales. On décrit 4 grands thèmes :

- l'érotomanie : c'est l'illusion d'être aimé, le sujet pose comme postulat qu'il aime et qu'il est aimé d'une personne en général d'un niveau social plus haut que lui. La pensée va évoluer suivant trois phases : l'espoir et la réussite de cet amour, puis le dépit de cet amour quand il s'apercevra que celui-ci est impossible, et enfin la haine ou la rancune avec son risque de passage à l'acte.
- Le délire de jalousie : le malade affirme l'infidélité de son conjoint. La difficulté est de différencier la jalousie pathologique de la jalousie normale, l'une n'éliminant pas forcément l'autre. « Plût au ciel monsieur qu'il suffise d'être cocu pour n'être point malade » (De Clerambault).
- Les idéalistes passionnés décrits par Dide : c'est un combat mené pour une idéologie généreuse mais utopique.
- Le délire de revendication : ici le préjudice est réel mais d'importance minime, le sujet pose le postulat d'un préjudice très important, d'où une revendication démesurée qui devient source de combat incessant pour faire valoir son bon droit.

##### **2.2.1.2. Le délire d'interprétation systématisé de Sérieux et Capgras ou folie raisonnée**

Le malade donne une signification erronée aux perceptions normales et toutes les perceptions sont sujettes à interprétations congruentes aux thèmes délirants. L'évolution se fait souvent vers un enkystement avec une stéréotypie de l'expression des idées délirantes.

##### **2.2.1.3. Le délire de relation des sensitifs de Kretschmer (ou paranoïa sensitive)**

Il survient chez des sujets hyperémotifs, timides, sensitifs. Le malade se sent épié, surveillé, deviné, jugé, dénoncé et ceci, malgré les hautes exigences éthiques, il se sent coupable, anxieux et fuit. On évoque aussi le terme de « délire de pallier ». Ce type de délire est à rapprocher des délires des masturbateurs, culpabilisés par leur activité de masturbation et qui se sentent devinés, regardés et condamnés par la foule qui les entoure. La personnalité prémorbide est davantage obsessionnelle que paranoïaque (personnalité psychasthénique de Janet).

Ce délire, au niveau thérapeutique est sensible aux antidépresseurs sérotoninergiques (IRS)

### **2.3.2. La psychose hallucinatoire chronique (PHC) de G. Ballet**

Elle est caractérisée par l'importance des phénomènes psychosensoriels avec :

- un petit automatisme mental : un devinement de pensée, un commentaire des actes, écho de la pensée, vol de la pensée, pensées imposées
- un grand automatisme mental avec hallucinations qui touchent tous les organes des sens : hallucinations auditives, visuelles, olfactives, gustatives, cénesthésiques, psychomotrices (impression de gestes imposés), hallucinations psychomotrices verbales (impression d'entendre un autre parler par sa bouche).
- Il existe aussi des hallucinations à thème sexuel, de pénétration.

Tous ces phénomènes sont organisés autour du thème, thème qui est dominé par la persécution. Les thèmes annexes sont l'hypochondrie, le mysticisme, la mégalomanie. Ces thèmes se complètent et s'enchaînent logiquement les uns avec les autres.

La PHC survient plus souvent chez la femme, en période périménopausique.

La personnalité prémorbide sous-jacente est marquée par des traits paranoïaques et obsessionnels.

L'évolution de la PHC se fait vers un enkystement avec des moments féconds.

Il est amélioré largement par le traitement neuroleptique.

### **2.3.3. Les paraphrénies (Kraepelin)**

Ce sont des délires riches, luxuriants, plus ou moins systématisés, qui contrastent avec des capacités intellectuelles intactes et une bonne adaptation à la réalité. Les thèmes sont fantastiques, cosmiques, de mécanisme surtout imaginaire.