

Les délires chroniques

Dr KHAMER

Présentation générale des délires

Définition du délire

- une conviction inébranlable à une réalité fausse parfois choquante.
- Attribution de significations anormales à la réalité, qui sont individuelles et stables,
- Auxquelles le sujet croit avec conviction,
- Qui se manifestent par le discours ou les conduites qui en découlent.

Description clinique

- Les thèmes du délire
- Les mécanismes du délire
- L'organisation ou la structure du délire
- Le terrain

Les thèmes

- C'est-à-dire les sujets sur lesquels porte la conviction délirante
- Les + fréquents:
 - persécution
 - Mégalomanie
 - Thèmes passionnels: jalousie, érotomanie, revendication
 - Référence
 - Hypochondrie
 - Mystique

Les mécanismes - 1

- C'est-à-dire les processus psychologiques altérés conduisant au délire
- **Interprétation**: attribution d'un sens unique et inaccessible à la critique à une perception exacte (par distorsion du jugement)
- **Intuition** : brusque prise de conscience ne reposant ni sur une déduction, ni sur un élément objectif
- **Illusion** : perception déformée d'un objet réel
- **Imagination** : fabulation, invention

Les mécanismes – 2

- **Hallucination** : perception sans objet à percevoir
 - Psycho-sensorielles:
 - Hallucinations auditives :
 - Acoustico-verbales: ceux sont des voix → origine psychique
 - Non verbales: sifflement, souffle du vent → étiologie organique
 - Hallucinations visuelles : tâches, lueurs, animaux, personnages ...stt dans les états confusionnels et les délires aigus
 - Hallucinations olfactives et gustatives désagréables.
 - Hallucinations cénesthésiques (sensibilité) : chaud/froid, picotements, fourmillements, transformations corporelles ...
 - Intra-psychiques :
 - Toutes les impressions d'action d'un pouvoir extérieur sur les processus de la pensée
 - images mentales, voix intérieures, pensées imposées, actes imposés.

Les mécanismes – 3

AUTOMATISME MENTAL

- Syndrome hallucinatoire caractérisé par un fonctionnement automatique d'une partie de l'activité psychique.
- Échappement hors du contrôle de la volonté du sujet de sa pensée, de ses perceptions, voire de ses actes (contrôle par une influence extérieure).
- Automatisme idéo-verbal (petit automatisme de Clérambault) :
 - Commentaires des actes ou de la pensée
 - Écho de la pensée, de la lecture ou de l'écriture
 - Vol et devinement de la pensée (télépathie)
 - Dévidage de la pensée et de souvenirs.
- Automatismes sensitif et moteur (triple ou grand automatisme) :
 - Hallucinations
 - Pensées imposées
 - Au maximum, syndrome d'influence avec actes imposés

Organisation et structure du délire

- Distinction entre organisation délirante **aigüe** et **chronique**:
 - Chronique: ≥ 6 mois \rightarrow schizophrénie et délire chronique
 - Aigu: expérience délirante \rightarrow états délirants aigus
- Distinction selon le **degré de systématisation des délires chroniques**:
 - Délires systématisés: . le degrés de cohérence interne; de logique interne (ex, délire paranoïaque)
 - Délires non systématisés: thématique mal organisée (ex, délire paranoïde)

Classification nosographique française des délires

- **Etat délirant aigu**:
 - BDA
 - Psychose puerpérale
 - pharmacopsychose
- **Etat délirant chronique**:
 - Schizophrénie
 - Délire chronique non dissociatif = psychose non dissociative = délire chronique:
 - Psychose hallucinatoire chronique
 - Délires paranoïaque
 - Paraphrénie

Délires chroniques non dissociatifs

Diagnostic de délire chronique non dissociatif

- Age de survenue > 35 ans
- Délire chronique (> 6 mois)
- Pas de dissociation de la pensée
- Evolution chronique sans traitement contrastant avec un maintien prolongé de l'intégration sociale
- Délire systématisé:
 - Ordonné, compréhensible, logique interne cohérente;
 - **Thématique souvent unique**

Diagnostic de délire chronique non dissociative

- Délire avec un **mécanisme prépondérant** caractérisant chaque délire chronique:
 - Interprétation \rightarrow délires paranoïaques
 - Hallucinations \rightarrow PHC
 - Imagination \rightarrow paraphrénie

1) Psychose Hallucinatoire Chronique (PHC)

- Phase d'état
 - Délire chronique
 - Mécanismes : hallucinations
 - Auditives : injures grossières, bruit
 - Olfactives : odeurs de gaz, d'excréments
 - Gustatives : empoisonnement
 - Cénesthésiques : sphère génitale +++, contacts cutanés, courants électriques, vibrations,
 - Autres mécanismes possible: intuitif, interprétatif
 - Automatisme mental:
 - Constant, riche, multiple et chronique;
 - Phénomènes de devinement et vol de la pensée, écho de la pensée, commentaires des actes, pensées imposées puis syndrome d'influence avec actes imposés.
 - Phase d'état
 - Délire chronique
 - Mécanismes : hallucinations
 - Auditives : injures grossières, bruit
 - Olfactives : odeurs de gaz, d'excréments
 - Gustatives : empoisonnement
 - Cénesthésiques : sphère génitale +++, contacts cutanés, courants électriques, vibrations,
 - Autres mécanismes possible: intuitif, interprétatif
 - Automatisme mental:
 - Constant, riche, multiple et chronique;
 - Phénomènes de devinement et vol de la pensée, écho de la pensée, commentaires des actes, pensées imposées puis syndrome d'influence avec actes imposés.
 - Thèmes : persécution, possession, sexuel et influence
 - Systématisation : délire pauvre et cohérent, monothématique, retentissement socioprofessionnel variable
 - Conviction délirante forte avec réactions pathologiques : dialogue avec les voix, attitudes d'écoute, moyens de défense contre les hallu (bouchage des orifices, barricades ...), hétéro-agressivité, TS
 - Participation affective : passivité

2) Paraphrénie (1)

- Généralités
 - Rare
 - Début entre 30 et 45 ans
- Début:
 - Le plus souvent: début insidieux
- La phase d'état
 - Délire chronique non dissociatif
 - Mécanismes :
 - **Imagination** avec production idéique riche, "pensée magique", fabulations : "comme un récit" → conte, fiction
 - +/- hallucinations (voix et visions) et automatisme mental (télépathie)
 - Thèmes :
 - Fantastique : univers surréaliste sans référence connue d'espace et de temps, dimensions cosmiques, spirituelles ou mythologiques

- Mégalomaniac (idées de grandeur) : le patient est la figure centrale du récit; il a un rôle à accomplir (en tant que Roi, Prophète ou Dieu); il est victime de persécutions (magie, envoûtement, empoisonnement)
- La phase d'état (suite)
 - Structure :
 - Délire riche, incohérent, imaginatif, mais en secteur;
 - Bonne adaptation du patient à la réalité extérieure;
 - "bipolarisation de la vie psychique" avec juxtaposition du monde délirant et du monde réel.
 - Forte adhésion au délire
 - Participation affective :
 - Intense avec exaltation
 - Mais paradoxalement peu de troubles du comportement

3) Délires paranoïaques (1)

- 3 types :
 - Les **délires passionnels**
 - Les **délires d'interprétation**
 - Les **délires sensitifs**
- Caractères communs:
 - Thème: en général **unique**, cohérent, clair et communicable;
 - Mécanisme essentiel et en général exclusif: **interprétation**. Cette interprétation délirante est le postulat fondamental auquel le sujet adhère avec une conviction inébranlable
 - Organisation et structure: un tout homogène.

3) Délires paranoïaques (2)

a) Délires passionnels

- Thèmes:
 - Grands thèmes des passions humaines (persécution, revendication, idéologie, jalousie, mégalomanie, érotomanie)
 - Le thème sert de postulat de base au délire
- Mécanisme unique: interprétation
- Délire débutant brusquement par une interprétation ou une intuition délirante
- S'enrichit secondairement de nombreuses interprétations
- Participation émotionnelle, affective et thymique
- Comportements pathologiques secondaires: lettres, procès, menaces, chantages, actes hétéroagressifs

3) Délires paranoïaques (3)

a) Délires passionnels (suite)

- Plusieurs types de délires passionnels:
 - Délires de revendication;
 - Délire érotomane;
 - Délire de jalousie.

3) Délires paranoïaques (4)

a) Délires passionnels (suite)

■ Délires de revendication

- Querulent processif: demande de réparation judiciaire d'un grief léger, réel ou non
- Inventeur méconnu: revendication de découvertes mineures, inutiles ou fausses, démarches pour obtenir la reconnaissance que la société refuse
- Idéaliste passionné: revendication d'une idéologie politique, religieuse, philosophique ou scientifique, qu'il cherche à transmettre
- Sinistrose (Brissaud): revendication d'un préjudice corporel après un traumatisme

- Filiation: revendication d'une appartenance à une famille prestigieuse
- Hypocondriaque persécuteur: revendication d'une faute médicale

3) Délires paranoïaques (5)

a) Délires passionnels (suite)

■ Délire érotomaniaque (De Clérambault):

- intuition délirante d'être aimé (postulat de base)
- Femmes de 40 à 55 ans
- Interprétations multiples secondaires
- 3 stades successifs:
 - Espoir : attente, lettres, cadeaux;
 - Dépit;
 - Rancune : injures, menaces, actes hétéroagressifs.
- Développement en secteur avec conservation d'un bon fonctionnement socioprofessionnel

3) Délires paranoïaques (6)

a) Délires passionnels (suite)

■ Délire de jalousie:

- Hommes > femmes
- Alcool: facteur déclenchant et/ou aggravant
- Début insidieux
- Idée fixe et obsédante confortée par des interprétations multiples secondaires
- Doute permanent
- Inadéquation de la réaction jalouse : enquêtes, filatures, complots, recherche de preuves ...
- Évolution par poussées
- Risque de passages à l'acte hétéroagressifs et autoagressifs

Diagnostiques différentiels:

- Pathologies non -psychiatrique :
- Démences.
- Encéphalopathies : infectieuses(HIV , Lyme...); inflammatoire ; urémique ; alcoololo-carencielle...
- Intoxication par une substance psycho-actives : cannabis ,traitement par L-dopa ou d'autres agonistes dopaminergiques.
- Pathologies psychiatriques:
- *schizophrénie
- *troubles de l'humeur : manie délirante , mélancolie délirante.
- *dans certains cas les troubles obsessionnels-compulsifs.
- Devant ces diagnostics différentiels un examen clinique complet et des examens complémentaires à réaliser systématiquement devant tout trouble psychotique:
- *hémogramme ,ionogramme ,glycémie , calcémie,TSH , bilan hépatique , ECG et imagerie cérébrale.

Evolution

- L'évolution du trouble délirant peut être émaillée de :
 - Moments féconds: exacerbation délirante avec parfois un mécanisme hallucinatoire.
 - -Moments de rémission, de quelques mois à plusieurs années, qui touche souvent certaines conceptions délirantes mais pas toutes.
 - -Phase dépressive ,avec risque de passage auto- ou hétéro-agressif.

La prise en charge :

- Où:
- -le plus souvent en ambulatoire.

- -une hospitalisation est parfois nécessaire
- lorsque le patient présente un danger pour lui-même ou pour un tiers et elle se fait sous contrainte: hospitalisation d'office.

■ **Traitement pharmacologique:**

*Les antipsychotiques atypiques en première intention: ex: risperidone: 2 à 6mg/j, avec possibilité d'employer une forme retard injectable :risperdal consta :1 injection toutes les deux semaines ou xéplion: 1 injection /mois. Garantie d'une meilleure observance.

- En seconde intention :neuroleptique classique de type halopéridol(haldol*),également disponible en forme retard : haldol décanoas.
- L'efficacité sur le délire est inconstante , mais le traitement permet souvent de diminuer l'impulsivité et le risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif.

. *Traitements adjuvants:

- sédation par des benzodiazépines ou neuroleptiques
- Sédatifs(nozinan , largactil , loxapac) en cas d'anxiété ou d'agitation.
- traitement antidépresseur en cas de composante dépressive.
- traitement d'éventuelles addictions

Psychothérapie: la thérapie individuelle semble plus efficace que la thérapie de groupe . Proposer une psychothérapie de soutien ou une psychothérapie cognitivo-comportementale en association au traitement médicamenteux.

Sociothérapie: resocialisation

-En agissant sur l'entourage familial et professionnel qui doivent être bien informés des difficultés de ces patients.