

2/ Délires chroniques

I. Introduction générale

En commun avec la schizophrénie: existence d'un délire (plus structuré), caractère chronique mais pas de signes négatifs, pas de désorganisation

Délire = construction de conviction non fondées sur les données du réel et non partagées par le groupe auquel le patient appartient. Le patient adhère totalement à sa conviction.

3 types de délires

- Psychose hallucinatoire chronique: mécanismes hallucinatoires
- Paraphrénie: mécanismes imaginatifs
- Délires paranoïaques: mécanismes interprétatifs

Diagnostics différentiels

Confusion: délire transitoire et non structuré, comportement inadapté, irritable ou agressif

Démence: le délire pouvant précéder la détérioration des fonctions supérieures

Dépression: délire secondaire

Manie: agitation, délire mégalomane

Schizophrénie, bouffée délirante aiguë: délire bizarre non structuré, hallucination, retentissement sur les activités socio-professionnelles

II. La psychose hallucinatoire chronique

Psychose délirante chronique organisée sur la base d'un syndrome d'automatisme mental avec un délire essentiellement hallucinatoire et relativement systématisé à thématique dominante persécutive et qui évolue au long cours vers une détérioration marquée de la personnalité

Terrain: souvent personnalité prémorbide non spécifiée

Caractères du délire: essentiellement hallucinatoire, systématisation pauvre, vécu dans une atmosphère dépressive

Thèmes: persécution, influence, possession

Chronique: extinction des phénomènes hallucinatoires et persistance du délire, avec maintien d'une vie sociale

Sans traitement: détérioration du fonctionnement social et isolement

Traitement: neuroleptiques, antidépresseurs (si dépression majeure), psychothérapie individuelle ou de groupe, sociothérapie

III. La paraphrénie

Rare

Idées délirantes souvent de persécution, de transformation, de possession, d'influence

Thématique fantastique où prévaut l'imaginaire

Pas de systématisation

Incohérence structurable du récit
Conservation de l'adaptation au réel

Evolution: aboutit à un état délirant imprévisible parfois évolution vers une incohérence idéoverbale schizophasie

Traitement: neuroleptiques en phase aiguë et traitement de fond, parfois adjonction du lithium, psychothérapie voire sociothérapie

IV. Les délires paranoïaques

Paranoïa: délire complètement systématisé, sans hallucination, de début tardif, ne guérissant pas, mais n'entraînant pas une détérioration inéluctable

Thèmes du délire: persécution, jalousie, hypochondriaque, érotomane, mégalomaniaque

Clinique du trouble délirant: construction délirante permanente et inébranlable organisée en secteur

Syndrome de Sériex et Capgras (vers la quarantaine après un événement traumatique)

- Délire explosif ou subaigu, systématisé en réseau à partir de faits réels, mécanisme interprétatif
- Thème: persécution, grandeur, hypochondrie, jalousie
- Souvent: sensation de transformation du monde extérieur
- Evolution: juxtaposition de nouveaux éléments, peut s'aggraver de passages à l'acte agressif

Délire de relation des sensitifs: idées de persécution sur un fond sensitif (hyperémotif). Sujet replié sur lui-même, angoissé, scrupuleux, timide, hanté par des doutes perpétuels. Tonalité dépressive fréquente.

V. Les délires passionnels

Jalousie pathologique: plus fréquente chez l'homme. Dangerosité potentielle. Croyance anormale que le conjoint est devenu infidèle. D'autres idées délirantes peuvent être associées. Le patient surveille son conjoint, se montre inquisiteur, irrité, agressif, voire menaçant ou violent. Sa personnalité serait caractérisée par une faible estime de soi, un décalage entre ambition et succès et une grande importance accordée à son statut social.

Erotomanie délirante: surtout les femmes. Souvent femme seule. Conviction qu'une personne célèbre ou inaccessible est amoureuse d'elle. 3 phases = espoir, dépit, rancune.

Délires de revendication: plaintes et revendication à l'égard des autorités ou succession d'actions judiciaires

VI. Autres types de délires

Hypochondrie délirante: croyance inappropriée d'être atteint par une maladie, traitement antipsychotique (efficacité limitée)

Syndrome de Capgras (illusion des sosies): croyance qu'un proche a été remplacé par un double

Syndrome de Frégoli: le patient croit qu'un de ses familiers change son apparence pour prendre celles de différentes personnes n'ayant aucune ressemblance physique avec lui

Folie à deux: délire paranoïaque (le plus souvent persécutoire) chez un sujet entretenant une relation étroite avec une personne présentant un délire similaire

VII. Traitement des délires paranoïaques

Prise en charge psychologique

Très difficile (méfiance du patient)
Importance de la relation thérapeutique
Psychothérapie de soutien ou cognitive
Hospitalisation s'il existe un risque de violence
Possible hospitalisation sous contrainte

Traitement pharmacologique

Délire paranoïaque atténué par les antipsychotiques, mais résultats souvent incomplets
L'échec du traitement médicamenteux peut être dû à une mauvaise observance pouvant nécessiter le recours à un neuroleptique d'action prolongé
Un suivi régulier comprenant une évaluation clinique soigneuse permet de poser l'indication d'une poursuite de traitement à la même dose, d'une réduction posologique ou d'une interruption du traitement

www.fiches-ide.com