



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Communication

## Concept actuel de paraphrénie et lien avec les troubles thymiques

### *Actuality of paraphrenia and link with affectives disorders*



Bruno Roméo<sup>a,\*</sup>, Walid Choucha<sup>b</sup>, Cécile Hanon<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hôpital Erasme secteur 92G9, 143, avenue Armand-Guillebaud, 92160 Antony, France

<sup>b</sup>Service de psychiatrie adulte, hôpital Pitié Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

<sup>c</sup>Hôpital Erasme Secteur 92G20, 143, avenue Armand-Guillebaud, 92160 Antony, France

#### INFO ARTICLE

##### Mots clés :

Attitude thérapeutique  
 Paraphrénie  
 Trouble bipolaire  
 Trouble délirant persistant  
 Trouble dépressif récurrent

##### Keywords:

Bipolar disorder  
 Paraphrenia  
 Persistent delusion  
 Recurrent depressive disorder  
 Therapeutic strategy

#### R É S U M É

**Objectifs.** – À partir d'une observation clinique, nous allons dans un premier temps évoquer l'intérêt du diagnostic de paraphrénie et, dans un deuxième temps, décrire les différents liens possibles entre paraphrénie et trouble thymique.

**Observation.** – M. B., 42 ans, est hospitalisé en soins psychiatriques en péril imminent pour troubles du comportement avec idées délirantes. Initialement, il présente une excitation psychomotrice, une tristesse de l'humeur et un délire bien systématisé en secteur, centré sur sa famille, avec des thèmes mégalomaniaque et de persécution à mécanisme imaginatif et interprétatif.

**Discussion.** – M. B. présente tous les critères de paraphrénie. L'hyperthymie retrouvée dans la paraphrénie confabulante pourrait expliquer l'excitation psychomotrice initiale. Dans ce référentiel, au niveau thymique, ce patient présenterait donc un trouble dépressif récurrent et non, comme il a été diagnostiqué, un trouble bipolaire. Quatre hypothèses semblent possibles pour évoquer un lien entre paraphrénies et trouble thymique.

**Conclusion.** – La détermination de ce lien entre ces deux types de troubles pourrait permettre de définir une attitude thérapeutique et une simplification de la prise en charge au long cours.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### A B S T R A C T

**Objectives.** – From a clinical observation, firstly we will discuss the clinical value of such diagnosis of paraphrenia. Secondly, we will describe possible associations between paraphrenia and affective disorder.

**Observation.** – We present the clinical observation of M. B., 42 years, hospitalized in psychiatric department against his will for behavioral troubles and delusional ideas. He previously suffered twice from depression that needed hospitalizations (in 1995 and 2010). After the last hospitalization, a treatment by escitalopram was prescribed but the patient didn't follow this treatment. When he was rehospitaled, he showed a psychomotor excitation, a depressive mood and insomnia without fatigue. He also had systematized delusions centered on his family, with imagination and interpretation mechanisms and megalomania and persecution thematics. The patient was not desorganised. A treatment by risperidone and valproic acid was prescribed and resulted in a good regression of the different symptoms within two months.

**Discussion.** – If we apply the international classification like the ICM 10, this patient could be diagnosed: "persistent delirium and bipolar disorder". But if we apply other criteriae such as those of Ravidran and al., M. B. could be considered as presenting a paraphrenia. If we consider the euphoria and the psychomotor excitation as being a part of confabulatory paraphrenia, the affective disorder could be considered as a recurrent depressive disorder rather than a bipolar disorder. Thus, this clinical observation may link paraphrenia to affectives disorders and this link could be supported by four hypotheses. First, paraphrenia can be an affective disorder. Two observations support this hypothesis: the cyclic evolution and some symptoms, like the psychomotrice excitation, which are common between paraphrenia and mania. Second, paraphrenia may be considered as a kind of evolution of affectives disorders as a delusional reconstruction

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [brunoromeo@hotmail.fr](mailto:brunoromeo@hotmail.fr) (B. Roméo).

scarring. Nodet even described the paraphrenia post-mania and the paraphrenia post-depression. Third, patient with a paraphrenia may be more prone to develop an affective disorder and the delusional disorder mixing reality and imaginary elements may result in difficulties for the adaptation to environmental stress. Fourth, same risks factors such as genetic or epigenetic factors, emotional deprivation and/or social isolation are common to paraphrenia and affective disorder. However, paraphrenia is frequently associated with cluster A personality disorder (paranoiac and schizoid) while affective disorder are more linked to cluster B personality disorder (borderline).

*Conclusion.* – The efficacy of a treatment combining neuroleptic and mood stabilizers and the preservation of social insertion are important and indicate a therapeutic strategy that is different from schizophrenia. Thus, the determination of a link between paraphrenia and affective disorders could allow better therapeutic strategy and better follow-up on the long run.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Le terme de paraphrénie a été utilisé pour la première fois par Kahlbaum [11]. C'est une pathologie qui a été redéfinie en 1912 par Kraepelin [14,15]. De nombreux auteurs ont repris ce concept en définissant d'autres troubles délirants, on peut citer H. Ey qui définira « la psychose fantastique » avant de reprendre le terme de paraphrénie dans sa sixième édition du manuel de psychiatrie [8]. Pour Kraepelin, les paraphrénies s'interposent entre les diagnostics de psychose paranoïaque et de troubles schizophréniques, appelés à l'époque démences précoces. Elles permettent d'établir une continuité entre ces diagnostics. À ce jour, elles ne font pas partie des diagnostics reconnus dans les classifications telles que le DSM-IV-TR [3] ou la CIM-10 [20] et correspondent aux diagnostics de *troubles délirants persistants* ou de *psychoses atypiques*. Après avoir présenté un cas clinique, nous aborderons la question de la paraphrénie sous deux angles :

- quelle est la pertinence et l'actualité de ce diagnostic ?
- quel lien entretient la paraphrénie avec les troubles thymiques ?

## 2. Observation clinique

Nous rencontrons Monsieur B., 42 ans, au moment de son hospitalisation dans notre service, pour « troubles du comportement avec idées délirantes ». Il est adressé en soins psychiatriques contraints (SPPI) par le CPOA. Il s'agit de sa troisième hospitalisation en milieu psychiatrique, la première en 1995 pour tentative de suicide par ingestion de cyanure suite à une rupture sentimentale. La deuxième en 2010, en SPDT pour épisode dépressif. Un traitement par Escitalopram<sup>®</sup> est prescrit, avec une bonne tolérance et efficacité. À la sortie, la rupture thérapeutique est rapide, il arrête le traitement et ne se rend pas au rendez-vous de suivi proposé par le CMP de secteur.

Dans ses antécédents familiaux, on retrouve une dépendance à l'alcool chez son père et un syndrome de Diogène chez la mère. Il n'y a pas d'antécédents thymiques retrouvés.

Dans ses antécédents médicaux, il présente un diabète non insulino-dépendant traité par Gliclazide<sup>®</sup> 60 mg avec un suivi irrégulier et une mauvaise observance.

Sur le plan biographique, Monsieur B est fils unique. Il a été marié et est en instance de divorce depuis avril 2012. Il a quatre filles, âgées de cinq, sept, neuf et 11 ans. Il a perdu son père d'une maladie cancéreuse, alors qu'il n'avait que 13 ans. Il a été correctement scolarisé et est titulaire d'un BTS de Chimie. Depuis 15 ans, il travaille comme chimiste à la mairie de Paris. Il résidait à Chartres mais est retourné vivre chez sa mère à Puteaux depuis la séparation d'avec son épouse.

En 2011, il est accusé de violences conjugales et de négligences vis-à-vis de ses enfants et une mesure de protection judiciaire est prononcée. Il lui est alors interdit de se rendre au domicile familial et d'approcher sa femme et ses enfants. Une mesure d'AEMO est

mise en place pour ses filles. Au niveau médical, la désignation d'un expert afin d'examiner le patient ainsi qu'une injonction de prise en charge psychologique sont stipulées dans l'ordonnance de protection judiciaire.

Histoire récente : trois semaines avant son admission, Monsieur B. va se rendre à Chartres, au domicile familial, où il constatera des changements (peinture des murs, disposition des meubles ainsi que la disparition de nombreux objets accumulés dans la maison évoquant également un syndrome de Diogène chez notre patient) dont il dira qu'ils l'ont perturbé. Il est rapidement interpellé par les forces de l'ordre et mis à distance du domicile, rien de plus. Cette interpellation va entraîner ce qu'il qualifiera de « choc émotionnel », et s'installe alors un état d'excitation psychique avec anxiété. Il cherche alors à consulter son psychiatre traitant, mais celui-ci est en congé. Il prend rendez-vous au CMP de secteur (où il n'est pas connu ni suivi) mais il y a deux mois d'attente. Il se présente enfin au CPOA, mais ce sera pour y demander des soins psychiatriques pour... son épouse et non pour lui ! À son arrivée, il présente une excitation psychomotrice, une logorrhée avec diffuence, une certaine tristesse de l'humeur, des troubles du sommeil à type d'insomnie ainsi qu'un sentiment de culpabilité. Cette symptomatologie évoque donc un état mixte. Des idées délirantes sont verbalisées et s'organisent en secteur autour de sa « sphère intime » (selon les dires du patient) correspondant à sa famille. Les mécanismes retrouvés sont l'imagination, l'interprétation, et les thèmes sont la persécution, la mégalomanie et la religion.

En particulier, il est persuadé que son épouse est atteinte d'une maladie rare, étrange, dont il a pris conscience récemment. Il la nomme « hystonie », terme qu'il explique par le mélange d'une forme d'hystérie et d'un hermaphrodisme. Il n'y aurait que trois façons de traiter cette atteinte : faire un enfant tous les deux ans, suivre des séances d'hypnose ou de psychothérapie.

De fait, des enfants, il en a eu depuis huit ans de manière effective tous les deux ans ! Il décrit sa volonté très appuyée d'avoir un garçon, ce qu'il considère comme « une mission » pour perpétuer son nom. Or, comme il n'a eu que des filles, il en a conclu que sa femme était une « amazone hermaphrodite » et que, par définition, elle ne pouvait pas avoir de garçon. Elle aurait présenté, à la naissance, une malformation urinaire ayant nécessité de multiples opérations durant les six premières années de sa vie. À partir de cet élément de réalité, Monsieur B. élabore sa construction délirante et conclut que « l'hystonie » dont souffre sa femme est consécutive aux multiples opérations qu'elle a subies pour soigner son « hermaphrodisme » et qu'elle présente une anomalie anatomique du sexe qui rend impossible le fait d'avoir un garçon.

L'adhésion au délire est totale, la conviction et la participation affective sont majeures. Initialement, le patient présente une attitude de toute-puissance et une rigidité dans le contact. Les troubles du comportement qu'ils présentent sont anciens, et consistent essentiellement en des bris d'objets, à une fréquence fixée d'« une fois tous les six mois ». Il nous explique qu'il « casse »

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/314876>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/314876>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)