

PSYCHIATRIE DE L'ADULTE – Les bouffées délirantes
Th. Lemperière, A. Féline
Masson, 1989, Paris

Les bouffées délirantes se caractérisent par l'apparition soudaine d'un délire riche et polymorphe, procédant d'altérations des perceptions, d'intuitions subites, de distorsions du jugement et de débordement imaginaires entraînant un bouleversement profond mais transitoire du fonctionnement psychique et des relations du sujet avec le monde extérieur. (...) = psychoses délirantes aiguës, psychoses hallucinatoires aiguës, états oniroïdes, expériences délirantes primaires, schizophrénies aiguës, P 238 (Lemperière, Féline, 1989)

Causes pouvant intervenir dans le déterminisme de ces accidents : facteurs réactionnels accidentels, facteurs psychogènes, facteurs endogènes déjà évoqués (prédisposition psycho-physiologique) (...) fragilité psychologique particulière (...) Devenir de ces moments délirants aiguës : si certains d'entre eux restent uniques ou récidivent sur un mode toujours exclusif mais entièrement résolutif, d'autres marquent l'entrée et/ou les moments féconds de psychoses chroniques. P238 (Lemperière, Féline, 1989)

La bouffée délirante est généralement le fait d'un adolescent ou d'un sujet jeune, souvent immature, ayant eu des difficultés d'identification et d'adaptation, et chez lequel on retrouve volontiers des antécédents psychiatriques familiaux de registres très divers. P239 (Lemperière, Féline, 1989)

Le bouffée délirante est d'émergence brutale : tout au plus, dans les jours précédents, des comportements insolites, des perturbations du sommeil, une inquiétude imprécise sont-ils retrouvés, qui ne récupèrent qu'à posteriori leur signification inaugurale. Parfois l'épisode pathologique paraît en relation directe avec un traumatisme (choc émotionnel, échec affectif ou professionnel, deuil, abandon), une première expérience sexuelle, un succès non escompté ?. Pour retenir la responsabilité de tels événements, il faut que la survenue de la psychose délirante aiguë se produise à court terme par rapport à l'agent déclanchant. Un certain nombre de situations qui sont l'occasion d'une rupture avec les repères affectifs ou spatio-temporels, se retrouvent fréquemment à l'origine de ces bouffées : emprisonnements (psychoses carcérales), transplantation, incorporation au service militaire. P239 (Lemperière, Féline, 1989)

SÉMEIOLOGIE DE LA BOUFFÉE DÉLIRANTE)ANS SA FORME TYPIQUE PRESENTATION ET COMPORTEMENT

L'effraction délirante aiguë introduit un bouleversement total et sans cesse :n mutation, de soi et du monde extérieur : le sujet paraît à la dérive, divagant au gré de ses fantaisies imaginaires, désintéressé de la réalité présente. Tantôt immobile, sidéré et comme fasciné par l'étrangeté de ce qu'il voit ou entend, tantôt mobilisé par l'adversité et le désordre catastrophique intensément vécus en lui et autour de lui.

L'instantanéité, le caractère d'extraordinaire nouveauté de cette épopée délirante provoquent des troubles du comportement infiniment variés : attitudes d'extase, de fuite, d'agitation anxieuse ou euphorique, encore majorée par la faillite de la communication verbale. Le discours ne peut rendre compte de l'ineffable expérience actuellement vécue. P239 (Lemperière, Féline, 1989)

LES SIGNES PSYCHIQUES

Les idées délirantes sont polymorphes, s'enchaînant ou se heurtant l'une l'autre, sans aucune systématisation : ce caractère « protéiforme»(Legrain) fait toute l'originalité du délire.

- L'automatisme mental décrit par G. de Clérambault est toujours présent, matriciel, consistant en une mécanisation, une perte d'intimité de la pensée : les idées, les intentions, les actes sont devancés, répercutés, imposés, commentés. Ces phénomènes d'hallucinations psychiques sont l'amorce de la déréalisation et du sentiment de perte de la maîtrise de soi.
- Les hallucination psycho-sensorielles sont riches, multiples (acoustico-verbales, visuelles, cénesthésiques, olfactives parfois), avec un haut degré de sensorialité.
- Les intuitions soudaines, révélatrices, les intuitions, les illusions perceptives sont également des mécanismes générateurs de ces psychose aiguës.

- Les thèmes sont eux-mêmes multiples : les plus fréquents sont d'ordre mystiques, messianiques, mégalomane, érotique, mais aussi persécutif et alors à base d'agression angoissante émanant du monde extérieur. (...)
- Ces idées délirantes, en projetant à l'état brut des fantasmes inconscients, véhiculent souvent une problématique imprégnée de conflits oedipiens (angoisse de castration, crainte et/ou désir de rapports sexuels incestueux, comportements régressifs, etc.)
- La dépersonnalisation est profonde s'exprimant en termes de dédoublement, de transformation, de dissolution affectant le corps autant que l'esprit. L'influence, voire la possession par des forces extérieures bienveillantes ou maléfiques est possible.
- La participation thymique est constante. L'adhésion au délire étant totale, le sujet oscille et parfois d'un moment à l'autre, entre deux pôles extrêmes de l'exaltation euphorique et de la sidération dépressive et anxieuse. L'humeur subit en fait les fluctuations successives des vagues délirantes et du désordre idéique.
- La conscience vigile n'est pas réellement altérée, tout au plus observe-t-on une certaine obnubilation associée à une distractivité extrême, une dispersion de l'attention sans cesse sollicitée par l'appréhension fragmentaire et mouvante du monde extérieur, par des récurrences mnésiques et par les productions imaginaires. Cet état de conscience oniroïde est proche de celui du rêve. Aussi, les notions de temps et d'espace subissent-elles des remaniements partiels, des contradictions et des réfractions liées au développement de l'expérience délirante. P239-240 (Lemperière, Féline, 1989)

LES SIGNES PHYSIQUES ET BIOLOGIQUES

Seuls les troubles du sommeil et en particulier l'insomnie sont d'une grande fréquence. Les autres signes (anorexie, constipation, élévation thermique) sont contingents, variables dans le temps, en tout cas non spécifiques. Lorsqu'une hospitalisation est décidée, elle permet de faire un bilan biologique et de pallier une déshydratation, fréquente dans les bouffées délirantes avec agitation. L'électro-encéphalogramme ne fournit pas de perturbations d'enregistrements caractéristiques. p240- 241 (Lemperière, Féline, 1989)

FORMES CLINIQUES

Elles ont été décrites par référence aux mécanismes élaborant l'expérience délirante ; dans la forme typique, précédemment exposée, thèmes et mécanismes délirants sont multiples et non systématisés, se développant ou se réduisant au gré des intuitions, révélations ou inspirations délirantes. La prévalence voire l'exclusivité d'un mécanisme permet de retenir :

- Des formes imaginaires aigues : l'imagination et la fabulation déploient des fresques épiques ou rocambolesques, des romans fantastiques que le sujet paraît inventer au fur et à mesure qu'il les exprime. Ces formes sont plutôt le fait de personnalités hystériques ou débiles. L'exubérance imaginative emprunte souvent une thématique mystique ou érotique.
- Des formes interprétatives aigues : leur participation émotionnelle est très vive et d'autant plus qu'il existe souvent une problématique passionnelle de jalousie ou des idées de préjudice.
- Des formes hallucinatoires aigues où le syndrome d'influence est important et où les hallucinations acoustico-verbales ont un indice esthétique très élevé. P241 (Lemperière, Féline, 1989)

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Il se fonde sur l'examen psychiatrique du sujet, sur les renseignements obtenus de l'entourage et relatifs :

- au mode de survenue de l'épisode délirant actuel, de sa précession éventuelle par un événement précis,
- - aux antécédents personnels (notion de psychose délirante aiguë analogue),
- - à la personnalité pré-morbide,
- - à la connaissance d'une hérédité psychopathologique.
- Les expériences délirantes primaires survenant « ex abrupto », sans relation compréhensible avec un agent causal précis, sont les plus fréquentes. Elles se rencontrent souvent chez des débiles ou, à tout le moins, des sujets frustrés, immatures, plastiques et suggestibles, mais aussi chez des sujets ayant des traits hystériques de passivité et de dépendance et chez des déséquilibrés psychopathes. Chez les individus inhibés, schizoïdes, se posent tout particulièrement les questions de la signification et du pronostic du moment fécond.
- Les bouffées délirantes psychogènes ou réactionnelles ne peuvent être affirmées telles que lorsque est retrouvé un traumatisme émotionnel précis et généralement subit, imprévisible, ayant provoqué une situation psychologique d'angoisse ou de frustration intense. Ce mode de réaction très particulier comportant une coloration affective toujours importante, pose le problème de l'« aptitude à délirer » de certains sujets.
- Tous les facteurs d'agression encéphaliques (traumatiques – infectieux – vasculaires – métaboliques – endocriniens – médicamenteux) peuvent être l'occasion d'une bouffée délirante. Ils entraînent, plus

volontiers, des syndromes confuso-oniriques que des bouffées délirantes oniroïdes : c'est au chapitre des formes étiologiques des « états confusionnels » que l'on se rapportera pour connaître la variété des causes médicales possibles – on retiendra très particulièrement que les drogues hallucinogènes (dérivés du Cannabis – L.S.D.- Mescaline – etc.) provoquent des psychoses aiguës expérimentales tout à fait exemplaires. Les psychoses puerpérales, certaines psychoses post-opératoires s'expriment parfois par une symptomatologie délirante aiguë. P241-242 (Lemperière, Féline, 1989)

ÉVOLUTION

La bouffée délirante, par son caractère même d'accès, évolue vers la résolution, l'extinction des productions oniroïdes ; la guérison peut être brusque du jour au lendemain ou plus souvent progressive, en quelques jours ou quelques semaines.

Sans conséquences, sinon sans lendemain» (Magnan), la bouffée délirante pose la question de son devenir :

- correctement traitées, les bouffées délirantes ont actuellement une chance sur deux de rester l'accident unique dans la vie du sujet.
- Une évolution intermittente s'observe dans un quart des cas : il s'agit soit de récurrences d'accès délirants «à éclipses» du même type que le premier, soit de la survenue secondaire d'épisodes plus nettement dysthymiques. Dans ce cas, la bouffée délirante aiguë a représenté le premier épisode psychopathologique d'une psychose maniaco-dépressive dont les accès ultérieurs seront généralement très délirants.
- Les évolutions vers la chronicité font soit d'un seul tenant, soit après la répétition de plusieurs « moments féconds» ; chez le sujet jeune, elles inaugurent une évolution schizophrénique dissociative, chez le sujet plus âgé une organisation délirante chronique (psychose hallucinatoire – délire paranoïaque, etc.). p242 (Lemperière, Féline, 1989)

PRONOSTIC

Sont généralement retenus comme éléments de pronostic favorable :

- l'instantanéité du début – la notion d'un facteur déclenchant – une prolifération délirante relativement superficielle n'engageant pas profondément l'identité de la personne – des troubles thymiques francs dépressifs ou expansifs la connaissance d'une personnalité pré-morbide extravertie ayant une adaptation stable et des investissements affectifs et sociaux bien ancrés – la brièveté de « accès ou son éradication rapide sous traitement.
- A l'inverse, apparaissent de moins bon pronostic : les bouffées délirantes ayant été précédées, pendant des mois ou des années, de troubles du comportement, de tentatives de suicide, de difficultés d'adaptation chez une personnalité mal structurée, renfermée, ayant des relations inter pers on ne Il es difficiles. L'émergence délirante moins riche, les thèmes de persécution, les préoccupations hypocondriaques entraînant une profonde angoisse d'anéantissement, l'évolution surtout vers une résolution incomplète, une critique imparfaite du délire sont également plus suspects d'évolution dissociative.
- En fait, il faut savoir que ces éléments n'ont qu'une valeur relative et quelle pronostic, initialement jugé favorable ou défavorable, peut se trouver démenti à moyen ou long terme. P243 (Lemperière, Féline, 1989)

TRAITEMENT

La bouffée délirante polymorphe est une urgence psychiatrique. Dans la grande majorité des cas, elle commande une hospitalisation, parfois difficile à faire admettre à un sujet qui ne se reconnaît pas malade et qui est en rupture de communication avec ceux qui l'entourent : le recours à l'internement (placement volontaire surtout) est alors nécessaire. L'institution d'un traitement médicamenteux doit tenir compte de la découverte d'une étiologie médicale endogène ou exogène, de la correction de déséquilibres hydro-électrolytiques associés. Actuellement, l'intervention thérapeutique initiale est essentiellement à base de neuroleptiques [Largactil, Nozinan, Moditen, Majeptil, Tercefluzine, Haldol, Dogmatil] (...). p243 (Lemperière, Féline, 1989)

La sismothérapie ne se justifie que lorsque la désorganisation conceptuelle, la prolifération délirante et les troubles du sommeil résistent à une cure, chimiothérapique, conduite à doses suffisantes, pendant au moins deux semaines. P244 (Lemperière, Féline, 1989)

La psychothérapie, rendue possible par la chimiothérapie, consiste d'abord à rassurer le délirant en lui offrant des références et des informations cohérentes, ensuite à examiner avec lui les conflits et les tensions passés et actuels. Certains, prenant appui sur le matériel inconscient exprimé durant l'expérience délirante n'hésitent pas à livrer leurs interprétations des émergences fantasmatiques et ceci, dans l'actualité même du voyage délirant. La valeur symbolique du matériel exprimé est en effet souvent très grande, comparable au contenu non-déguisé de

certains rêves. Le traitement chimique implique, une fois l'épisode aigu contrôlé, son allègement en milieu hospitalier (en s'assurant de l'absence de récurrence délirante et en traitant la survenue d'un syndrome dépressif secondaire), une surveillance extra-hospitalière de plusieurs mois lorsque s'engage la réinsertion socioprofessionnelle. C'est durant cette post-cure que pourra être évaluée au mieux la qualité du réajustement psychologique (autorisant alors l'arrêt du traitement) ou que pourront être observées les évolutions délirantes chroniques ou dysthymiques nécessitant alors la poursuite de traitements adéquats. P244 (Lemperière, Féline, 1989)