

La paranoïa est une psychose chronique dont les caractéristiques principales sont un délire de persécution construit et s'appliquant à tous les pans de la vie de la personne (il est qualifié de « systématisé »). La paranoïa s'accompagne de troubles du jugement et de la perception (Tribolet, S. & Shahidi, M., 2005). Cette maladie n'a pas d'impact sur le fonctionnement intellectuel de la personne.

■ Comment raisonne une personne paranoïaque ?

La psychose paranoïaque a pour élément central le délire de persécution. Ce type de délire a été défini par Sérieux et Capgras en 1909. À partir d'un fait, d'une sensation, d'un propos réels, la personne va élaborer différentes suppositions, déductions et commentaires erronés. L'individu vit tous les éléments de son environnement comme lui étant personnellement destinés. Les propos et les gestes de personnes proches ou d'inconnus sont intégrés afin de renforcer et confirmer son système de pensées (Sérieux, P. & Capgras J. *Le délire d'interprétation et la folie systématisée*, 1910).

Par exemple : d'un regard échangé par hasard avec un inconnu croisé dans la rue, la personne élabore tout un scénario selon lequel elle serait surveillée. Un ralentissement dans sa connexion à internet est interprété comme la preuve qu'elle est espionnée.

Freud a mis en lumière un mécanisme essentiel à la paranoïa : la projection. Cet élément explique comment le délire de persécution se construit à partir de sentiments vécus comme intolérables et déniés pour cette raison (Postel, *Paranoïa*, 1998).

■ Le diagnostic actuel

Abondamment documentée par les psychanalystes et plus particulièrement par les auteurs français, la paranoïa a progressivement perdu sa place dans les manuels de classification internationaux. Elle ne figure plus dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM V) (American psychiatric association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e éd., 2013). Dans la Classification internationale des maladies (CIM 10), elle n'apparaît qu'en filigrane (Organisation Mondiale de la Santé, 1992).

La disparition progressive de la paranoïa en tant que diagnostic vient probablement du fait qu'il s'agit d'une maladie difficile à appréhender et à traiter. La paranoïa s'est donc « dissoute » dans d'autres pathologies telles que la schizophrénie ou les troubles de la personnalité (Chambaud, 2011). Le DSM V conserve uniquement le trouble de la personnalité paranoïaque (code 301.0). Ce dernier est caractérisé par une méfiance envahissante envers les autres. La personne est emplies de doutes injustifiés concernant la loyauté de son conjoint ou de ses amis. Elle attribue aux autres des intentions malveillantes et s'attend à ce qu'ils tentent de l'exploiter ou de la tromper. La personne paranoïaque recherche des significations cachées dans tous les événements de sa vie. Elle perçoit des attaques personnelles dans des commentaires ou attitudes anodines. Elle se confie peu, garde une profonde rancune et est prompte à (contre) attaquer l'autre.

Ces symptômes ne doivent pas survenir dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble de l'humeur. Par contre, une personnalité paranoïaque peut précéder une entrée dans la schizophrénie. Elle est alors qualifiée de personnalité prémorbide. L'entrée dans la schizophrénie est nommée « décompensation ».

Le délire de persécution apparaît dans le DSM V sous la catégorie des « Troubles délirants » (code 297.1). Ce trouble est caractérisé par une ou plusieurs idées délirantes sur des thématiques persécutives. Leur durée est supérieure à un mois. Il n'existe pas ou peu d'hallucinations et de troubles du comportement ou de l'humeur. Les symptômes ne sont pas liés à une prise de toxiques (alcool ou drogue).

La Classification internationale des maladies (CIM10) conserve les diagnostics de la « Schizophrénie paranoïde » (code F20.0) et de la « Personnalité paranoïaque » (code F60.0). La paranoïa n'apparaît pas à proprement parlé mais figure en tant que sous-catégorie des « Troubles délirants » (code F22.8) et des « Autres troubles psychotiques aigus essentiellement délirants » (code F23.3).

Tableau 1 : Principaux symptômes de la paranoïa, de la schizophrénie paranoïde et du trouble de la personnalité paranoïaque selon la CIM10 (page 24)

Pathologie	Autres troubles psychotiques aigus essentiellement délirants/Paranoïa	Troubles délirants/Paranoïa	Schizophrénie Paranoïde	Trouble de la personnalité paranoïaque
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> Idées délirantes ou hallucinations stables Si les idées délirantes sont stables et persistantes, le diagnostic est modifié en « trouble délirant » 	<ul style="list-style-type: none"> Idée délirante unique ou ensemble d'idées délirantes apparentées Absence d'hallucination (sauf chez les personnes âgées) Absence d'idées délirantes d'influence affectif Absence d'émoussement affectif 	<ul style="list-style-type: none"> Idées délirantes de persécution, de référence, de naissance de rang élevé, de mission spéciale, de modification corporelle ou de jalousie Hallucinations (verbales ou non-verbales) Hallucinations olfactives, gustatives, sexuelles (plus rarement, hallucinations visuelles) Au cours des phases aiguës : <ul style="list-style-type: none"> Troubles du cours de la pensée Expression singulière des émotions et/ou perturbation de l'humeur (irritabilité, accès de colère, etc.) Symptômes négatifs de la schizophrénie (émoussement affectif, perte de la volonté, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilité aux échecs Rancune Caractère soupçonneux Combativité Mise en doute de la fidélité de son conjoint Tendance à surévaluer sa propre importance Préoccupation par des préoccupations sans fondement, à type de conspiration, concernant les événements se déroulant autour de lui

Nous dressons les principales caractéristiques de ces différentes pathologies.

La CIM10 évoque également la paranoïa dans le cadre des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives. Elle apparaît en tant que symptômes pour les troubles psychotiques dus à l'alcool (F10.5) et aux drogues (F19.5). Nous évoquerons les symptômes psychotiques liés aux prises de toxiques dans une partie ultérieure.

Bien qu'ayant inspirée une littérature scientifique abondante, la paranoïa est à présent absente des manuels diagnostics. Elle apparaît en filigrane dans d'autres pathologies.

Dans les manuels diagnostics, la schizophrénie est le trouble psychotique le plus abondamment décrit. Toutefois, cette entité ne fait pas consensus et certains auteurs considèrent que les symptômes présents dans cette pathologie sont trop disparates et ont des manifestations très différentes d'un individu à l'autre pour être considérée comme une seule entité pathologique (Chadwick, 1996).

■ Quelles sont les origines de la schizophrénie et de la schizophrénie paranoïde ?

Les recherches scientifiques actuelles estiment que la schizophrénie est liée à des causes génétiques (Zai, 2017), cérébrales (anomalies au niveau du développement de certaines aires cérébrales, au niveau des neurotransmetteurs, etc.) (Sugihara, 2017) ou toxiques (notamment l'absorption de drogues).

Bien que la schizophrénie paranoïde se développe à l'adolescence et à l'entrée dans l'âge adulte, il apparaît que certains troubles psychocomportementaux de l'enfance (notamment le trouble oppositionnel avec provocation ou le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ou encore les troubles émotionnels) constituent des facteurs de risques (Nivard, 2017). De même, des troubles de la personnalité, telles que la personnalité schizoïde, la personnalité schizotypique ou paranoïaque sont considérées comme des éléments pathologiques (Barrantes-Vidal, 2015).

La présence d'un ascendant souffrant d'une schizophrénie constitue un facteur prédisposant au développement d'une schizophrénie paranoïde (Kendler, 2018). Le fort stress généré par les événements de vie dramatiques ou, au contraire, des événements heureux (mariage, naissance, réussite à un examen...) peuvent être des facteurs provoquant l'apparition de symptômes (Bebbington, 1993).

■ Caractéristiques générales de la schizophrénie

Il existe plusieurs formes de schizophrénies. Certains symptômes apparaissent dans chacune d'entre elles. Il s'agit notamment :

- **Symptômes positifs** : le terme « positif » n'est pas à entendre comme un jugement de valeur. Ce mot désigne qu'une activité est produite. Les symptômes positifs regroupent les idées délirantes, les hallucinations, ainsi que la désorganisation des comportements et des pensées.
- **Symptômes négatifs** : le terme « négatif » fait ici référence à une réduction ou une absence d'activité. Il correspond à la perte de la logique, une aboulie (perte de volonté), un émoussement affectif, une baisse de la fluidité idéique, une alogie (perte de la faculté de parler). Des troubles lexicaux sont également observés. Les schizophrènes ont plus de difficultés à générer des mots et leurs discours sont émaillés de néologismes. La maladie induit également un dysfonctionnement social.

Le diagnostic de schizophrénie peut être posé si la personne présente au moins deux des symptômes cités ci-dessus. Ces derniers persistent pendant au moins un mois et induisent des altérations de la qualité de vie sur une période d'au moins 6 mois.

■ Les troubles associés la schizophrénie

D'autres caractéristiques, sans être l'apanage de la schizophrénie, sont fréquemment observées. Il s'agit notamment d'un manque d'insight (capacité à prendre conscience de ses propres états mentaux et émotionnels), une forte anxiété (notamment lors des interactions sociales) et des difficultés à ajuster son comportement.

Avec l'avancée en âge et surtout si la personne subie des crises répétées, des troubles neuropsychologiques peuvent apparaître. Il s'agit de troubles de l'attention, de la mémoire, de la planification (capacité à organiser ses actions, à les mettre en œuvre et à anticiper leurs résultats) ainsi que de la flexibilité (habilité à ajuster son comportement en fonction des situations et de ses objectifs).

Les déficits neuropsychologiques ont un impact important sur la régulation des comportements, ainsi que sur la manière dont les individus interagissent avec le monde et sur leur qualité de vie (Volman, 2011).

■ Définition de la schizophrénie paranoïde

La schizophrénie paranoïde est caractérisée par des idées délirantes et des hallucinations (généralement auditives). Le discours, les comportements, les pensées et les émotions sont moins désorganisées que dans les autres types de schizophrénie.

■ Distinctions entre la schizophrénie paranoïde et la paranoïa

Classiquement, la distinction entre paranoïa et schizophrénie paranoïde se fait autour des points suivants :

- La présence d'hallucination dans la schizophrénie paranoïde et l'absence de celles-ci dans la paranoïa.
- L'organisation des idées délirantes (un persécuteur unique et un délire systématisé et chronique dans la paranoïa).
- La présence d'une dissociation dans la schizophrénie paranoïde. La dissociation a été définie par Janet comme étant une rupture dans l'unité psychique de la personne. Une manifestation dissociative peut être identifiée dans diverses situations. Par exemple, lorsque la personne interrompt brutalement une action, reste en suspens, puis adopte un comportement différent ou en désaccord avec ce qu'elle faisait précédemment (Kédia, 2009). La dissociation est présente dans la schizophrénie paranoïde. Elle est l'une des raisons pour lesquelles le délire dans cette pathologie est polymorphe, mal construit et changeant. Par contre, elle est absente de la paranoïa, d'où le fait que, dans cette maladie, le délire est bien organisé, logique et facilement compréhensible par un tiers.

Les différences entre schizophrénie paranoïde et paranoïa peuvent être modélisées comme suit :

Tableau 2 : Distinctions entre paranoïa et schizophrénie paranoïde

Pathologie Symptômes	Paranoïa	Schizophrénie paranoïde
Idées délirantes	Oui (bien construites, à thème unique, rigides, un seul mécanisme (interprétations))	Oui (plusieurs thèmes et mécanismes (interprétatif ou imaginatif) possibles, fluctuantes)
Hallucinations	Non	Oui (hallucinations auditives)
Dissociation	Non	Oui