

**Trouble psychotique partagé  
"folie à deux"**

**Shared psychotic disorder  
"folie à deux"**

**اضطراب ذهاني موزع  
الحمق عند اثنين**

A. Belaouchi - H. Amine - S. Kjiri - K. Raddaoui - J. E. Ktiouet

**ملخص :**

هذه الحالة أطلق عليها اسم "الحمق عند اثنين" وحاليا تعرف طبقا لمعايير المرجع DSM IV الاضطراب الذهني المتقاسم "المتشارك" وهو نوع نادر وفريد للاضطرابات الذهنية. الاضطراب الذهني المتقاسم "المتشارك" يتميز بوضع جهاز ذهاني للمريض يرتبط بالتتابع بعلاقة وطيدة بمرض. نورد هنا حالة واحدة للحمق عند الاثنين. حالة الهذيان الأولى كان المصاب بها ابن مرتبط بعلاقة وثيقة بأمه مما حرض لديها حالة الهذيان. بالفحص السريري وجد تشابه تام للمريضين حيث أنهم كانوا يتحدثون نفس الكلام الهذيان الخاص بالاضطهاد والسحر. شخصت حالة الابن باضطراب ذهاني قصير الأمد. خطة العلاج تكمن في وضع المريضين بقسمين منفصلين. عولجت الأم بعلاج مضاد للقلق أدى إلى الشفاء السريع. أما الابن فقد عولج بمضادات الهذيان. حالاتنا السريرية توضح تشخيص الاضطراب الذهاني المشترك تبعا للمعايير التشخيصية لـ DSM IV. عدة نقاط هامة تم طرحها في هذه الدراسة من بينها أهمية التفاعل بين الابن والأم، الدور الفعال للعوامل الثقافية في بلورة المحتوى الهذيان ووظيفة الهذيان عند الأم. بالنسبة للمستوى العلاجي عملنا على الفصل بين المريضين. توضيحنا السريري أثار أيضا التفكير في العلاقة بين المعالج ومريض الهذيان.

**الكلمات الأساسية :** الحمق عند اثنين – أمراض الهذيان – الثقافة – الهذيان – الهذيان.

**Résumé :**

L'appellation "folie à deux" et celle actuelle du manuel diagnostique et statistique (DSM) IV, trouble psychotique partagé (TPP), désigne une entité aussi rare que singulière.

Le trouble psychotique partagé est caractérisé par la mise en place d'un système délirant chez un sujet, et cela consécutivement à une relation étroite avec un inducteur.

Nous rapportons un cas de folie à deux. Le délirant primaire était le fils qui avait induit le délire chez la mère. Mère et fils entretenaient une relation fusionnelle. Sur le plan clinique, les deux patients rapportaient les mêmes propos délirants de persécutions et d'ensorcellement.

Chez le fils le diagnostic de trouble psychotique bref a été retenu.

L'attitude thérapeutique a consisté à hospitaliser les deux patients dans deux services différents. La mère a été mise sous traitement anxiolytique avec résolution rapide de la symptomatologie. Le fils a bénéficié d'un traitement neuroleptique.

Notre cas clinique illustre le diagnostic de trouble psychotique partagé selon les critères diagnostiques du DSM IV.

Plusieurs points d'intérêt ont été soulevés, parmi lesquels, l'importance de l'interaction entre le fils et sa mère, le rôle déterminant des facteurs culturels dans l'élaboration du contenu délirant, la fonction du délire chez la mère. Sur le plan thérapeutique nous avons procédé à la séparation des deux patients.

Notre vignette clinique a suscité aussi la réflexion sur la relation entre thérapeute et psychotique délirant.

**Mots-clés :** folie à deux, psychose partagée.

**Abstract :**

The so called "folie à deux" recently known according to DSM IV as shared psychotic disorder, is a rare and peculiar pathology of psychosis. Shared psychotic disorder is characterized by placing of delirium system in the subject, consecutive to a tight relationship with an inductor. We report a case of "folie à deux". The primary delirious patient was a son who induced his delirium to his mother. The mother and son maintained a fusing relationship. clinically both of them said the same delirious talks about persecutions and bewitchment. The son's case was diagnosed as a brief psychotic disorder. Therapeutic attitude consisted of hospitalising both patients in two separated departments. The mother underwent an anxiolytic treatment with a rapid symptomatic resolution. The son benefited from a neuroleptic treatment.

Our clinical case illustrates the diagnosis of shared psychotic disorder depending on the diagnostic criteria of DSM IV.

Many interesting points were raised, among them is the importance of the son's mother interaction, the determining cultural factors in elaboration of delirious content and delirium function in the mother. On the therapeutic level we proceeded to separate the two patients. Our clinical illustration aroused also reflection on the relation between the therapist and the delirious psychotic patient.

**Key-words :** folie à deux, delirium psychosis.

**Tiré à part :** A. Belaouchi : clinique universitaire. Hôpital Ar-Razi. CHU Rabat-Salé – Maroc.

## Introduction

La mise en commun d'un même discours délirant, phénomène auquel l'usage médical consacre le terme de «folie à deux» est rare.

Jules Baillarger fut le premier à décrire ce syndrome en 1860 l'appelant «folie communiquée», bien que la première description soit communément attribuée à Ernest Charles Lasègue et Jules Falret, qui décrivirent l'affection en 1877 et lui donnèrent le nom de folie à deux [1].

Depuis Lasègue et Falret, plusieurs formes cliniques ont été isolées : «folie imposée», «Folie simultanée», «Folie induite» ce qui montre la complexité de cette pathologie.

Actuellement la folie à deux est une entité clinique présente dans les classifications psychiatriques internationales.

L'association américaine de psychiatrie, dans le DSM IV place le trouble psychotique partagé (Folie à deux) dans le chapitre Schizophrénie et autres troubles psychotiques[2].

Dans la CIM10 ce trouble est appelé : « trouble délirant induit » [3].

Les définitions de la CIM10 et du DSM IV sont similaires.

*DSM : manuel diagnostique et statistique (APA), DSM IV : 4<sup>ème</sup> édition.*

*CIM : classification internationale des maladies (OMS), CIM10 : 10<sup>ème</sup> édition*

## Vignette clinique

Mme Fatima et son fils Abderrazak ont été amenés en urgence à l'hôpital ARRABI de Salé par le père et des voisins pour agitation psychomotrice et propos délirants similaires : le médecin de garde a évoqué le diagnostic de folie à deux.

Mère et fils ont été hospitalisés dans deux services différents et le suivi thérapeutique a été assuré par deux psychiatres différents.

Nous allons tenter de rapporter les éléments de l'histoire des troubles et de la biographie de la mère et du fils.

Mme Fatima est âgée de 56 ans, mariée et mère de sept enfants femme au foyer et son fils Abderrazak, âgé de 27 ans, célibataire, tôlier de profession, habitent en milieu rural (parents, frères et sœurs) à une vingtaine de kilomètre de Rabat.

A l'admission ils ont été vus séparément. Les entretiens ont montré chez la mère une tendance à l'agitation et une logorrhée dans un contexte théâtral. D'emblée elle exprimait des idées délirantes mal systématisées tournant essentiellement autour de l'ensorcellement dont l'auteur serait pour elle sa belle sœur aidée par leur voisin qui se trouve être un "fkih". Les idées délirantes étaient exprimées avec une forte participation affective et une anxiété manifeste.

Le contact avec le fils était marqué par de la froideur, il exprimait avec une forte adhésion les mêmes propos délirants que ceux de sa mère. Par ailleurs il présentait un automatisme mental : «il aurait agressé le "fkih"» obéissant à une voix divine qui lui demandait de sortir et d'aller réparer le mal fait par le "fkih".

Le début de ces troubles semblait remonter d'après les accompagnants à quinze jours avant la consultation en urgence. Le fils avait présenté une rupture avec son comportement antérieur, il avait abandonné son travail, s'était replié sur lui-même, s'isolant en permanence dans sa chambre et sa consommation de cannabis avait augmenté.

Durant cette période il parlait uniquement à sa mère (cette dernière explique le comportement de son fils par du surmenage et un manque de repos).

Cinq jours après, le patient était sorti dans la rue torse nu et avait commencé à hurler, à frapper à la porte d'un voisin (le "fkih"), à l'insulter, à lancer des obscénités et à le traiter de sorcier. Il l'accusait d'avoir ensorcelé sa famille et d'être à l'origine de tous leurs malheurs. C'est avec beaucoup de difficultés que son père et les voisins ont pu le maîtriser et le ramener au domicile. Il avait alors commencé à casser tout, à accuser son père de vouloir se remarier et de priver ses enfants et sa femme de leurs biens.

C'est alors que la mère avait commencé à tenir les mêmes propos. Mère et fils ne se quittaient plus, se déplaçaient partout ensemble, ne mangeaient plus les repas préparés à la maison avec le reste de la famille, sous prétexte que tout était ensorcelé (ils ne se nourrissaient que d'aliments en conserves).

La nuit, ils restaient éveillés jusqu'à des heures tardives, à répéter à haute voix les mêmes propos délirants, ensuite ils s'endormaient dans la même chambre. Par moment et de façon anarchique, le fils faisait l'appel à la prière.

Au cours des entretiens, il ressort que la mère présente des traits de personnalité de type hystérique, une vie conjugale conflictuelle, une relation très tendue avec sa belle sœur et une croyance intense à la sorcellerie (c'est une cliente fervente et fidèle des "fkih" et des sorciers).

Dans ses antécédents, on trouve des troubles conversifs qui faisaient suite à des conflits interpersonnels.

Abderrazak est le quatrième après deux sœurs et un frère aîné handicapé mental. Il est décrit comme quelqu'un de bien adapté sur le plan socioprofessionnel. D'après le père, il est très proche de sa mère dont il serait le fils préféré. Elle discute tout le temps avec lui, prend son avis avant toute décision, elle l'accompagne le matin à son travail et elle reste éveillée le soir jusqu'à son retour.

La relation de Abderrazak avec son père est très distante (le père est décrit par le patient comme sévère et autoritaire). Dans le service, la mère a été mise sous anxiolytiques seulement. Revue le lendemain elle était déjà calme, et rapportait des

plaintes somatiques (lourdeurs du membre supérieur droit, précordialgies et céphalées). Elle s'empresse de demander des nouvelles de son fils. Elle a spontanément parlé de ses difficultés existentielles, de la maltraitance du mari, de la prise en charge de son enfant handicapé et elle a exprimé de la tristesse. Par rapport aux idées délirantes elle a pris du recul.

Les moments des visites du mari étaient marqués par des disputes et des crises d'agitation.

Chez le fils le diagnostic de trouble psychotique bref a été retenu et il a été mis sous traitement neuroleptique (Largactil\* 300mg/j ; Haldol\* 10mg/j).

Il est resté délirant pendant une vingtaine de jour avant la régression puis la disparition de la symptomatologie. L'hospitalisation de la mère a duré une vingtaine de jours et la patiente avait retrouvé son état initial.

L'hospitalisation du fils a duré environ un mois et il est sorti sous traitement neuroleptique.

## Discussion

La caractéristique essentielle du trouble psychotique partagé (Folie à deux) est la mise en place d'un système délirant, consécutivement à une relation étroite avec une autre personne parfois appelée «l'inducteur» ou le «cas primaire», qui elle, a déjà un trouble psychotique avec des idées délirantes prononcées. Le sujet en vient à partager partiellement ou complètement les croyances délirantes du cas primaire.

Critères diagnostiques du trouble psychotique partagé (selon DSM IV) [2]

A. Survenue d'idées délirantes chez un sujet dans le contexte d'une relation étroite avec une ou plusieurs personnes, ayant déjà des idées délirantes avérées.

B. Le contenu des idées délirantes est similaire à celui de la personne ayant déjà des idées délirantes avérées.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble psychotique

(p.ex, une schizophrénie/ ou un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

La personne dominante est habituellement atteinte de schizophrénie, d'une psychose paranoïaque ou d'un trouble psychiatrique similaire, mais rarement de symptômes psychotiques liés à un trouble de l'humeur ou une démence.

La personne dominante est habituellement l'aînée, plus intelligente et possède un meilleur niveau d'éducation. La personne soumise peut être prédisposée à souffrir d'un trouble mental et avoir un trouble de la personnalité avec des caractéristiques de dépendance ou de suggestibilité. Elle peut aussi avoir des antécédents de dépression, de caractère suspicieux et d'isolement social [1].

Les deux (ou plus) personnes vivent obligatoirement ensemble ou entretiennent une relation très étroite. A cette proximité s'ajoutent un passé d'expériences partagées, des espoirs et des besoins communs et souvent, des rapports émotionnels profonds.

Notre vignette clinique comporte tous les éléments qui nous permettent de poser le diagnostic de folie à deux (selon les critères diagnostiques du DSM IV

- La mère et son fils ont des relations étroites.

- Le contenu des idées délirantes est identique.

- La mère ne présente pas de trouble psychotique pouvant expliquer son délire, et pas de notion de prise de substance donnant lieu à un abus ou d'affection médicale générale.

Par ailleurs on relève un argument chronologique qui montre que le délire de la mère a été induit. Le diagnostic retenu chez le fils est celui d'un épisode psychotique aigu.

Nous avons noté une particularité dans notre vignette clinique, le délirant primaire est le fils qui a imposé le délire à sa mère; ce qui est une situation rare.

Parmi les points d'intérêt que ce cas suscite, nous avons souligné que le délire chez la mère a été le résultat d'une forte interaction avec son fils. Ce délire a eu pour base les postulats culturels sur la sorcellerie et la polygamie. Il est à signaler que les représentations culturelles restent très ancrées dans toutes les couches sociales.

Dans notre contexte culturel la seule croyance à la sorcellerie ne permet pas de distinguer, une conviction délirante d'une idée dominante partagée par la communauté. Mais notre patiente reste dans une logique délirante en ce sens que sa conduite n'est pas celle codifiée par la culture.

Parmi les facteurs étiopathogéniques, les facteurs socioculturels semblent jouer un rôle déterminant, plusieurs études ont relevé leur importance :

Un cas de folie à deux en milieu africain a été rapporté à Ouagadougou (Burkina Faso [4] (facteurs culturels sur la sorcellerie). Une étude japonaise [5] portant sur 97 cas de folie à deux et une autre faite en Nouvelle Zélande [6] portant sur cinq cas ont relevé l'importance des facteurs religieux.

Dans notre vignette la réflexion sur la fonction du délire s'impose. Le délire trouve un sens dans l'histoire de la mère: dans sa vie conjugale conflictuelle avec crainte du remariage de son mari ; dans sa relation conflictuelle avec la belle sœur et sa forte croyance à la sorcellerie. Ce qui montre comment peut fonctionner la participation de l'autre, dès lors que le délire rencontre ce que les auteurs appellent :

«le roman que chacun a tout prêt dans sa tête» [7-8] pour la mère qui est désignée comme confidente, c'est le roman qu'elle a dans sa tête qui lui a permis de participer au délire.

Concernant la prise en charge, malgré que la nature du trouble suggère de séparer les deux patients, il n'existe pas de consensus sur une démarche précise «faut-il ou non séparer les deux patients ? » [4-9].

## Conclusion

Pour notre vignette nous avons procédé à la séparation des deux patients, le résultat était satisfaisant avec une résolution et disparition rapide des symptômes chez la mère uniquement sous anxiolytique.

Par ailleurs un suivi psychothérapique semble nécessaire afin de modifier la dynamique familiale et prévenir les récurrences.

Le trouble psychotique partagé est une entité clinique à part entière. Caractérisée par la présence d'idées délirantes similaires et d'une relation particulière qui unit les deux patients.

Pour la prise en charge, la séparation des patients paraît bénéfique.

Notre travail souligne l'importance des facteurs socioculturels dans l'élaboration du contenu délirant et pousse à réfléchir sur le sens du délire et sur la relation entre thérapeute et psychotique délirant.

## Références

1. Kaplan et Sadock. Synopsis de psychiatrie. 8<sup>ème</sup> édition. Traduction française coordonnée par Patrice Louville. 1998 Masson Paris.
2. Association Américaine de Psychiatrie DSM IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, coordinateur général de la traduction française Guelfi . J.D. et al Masson, Paris 1996.
3. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, CIM 10, 1992 (Traduction française par CB Pull et al). Paris, Masson 1993.
4. Ouedraogo .A. Un cas de folie à deux en milieu africain à Ouagadagou (Burkina-Faso) l'évolution psychiatrique 62, 4, 1997, 703-710.
5. Kashiwas H, Kato M. Folie à deux in japan - analysis of 97 case in the japanese literature departement of psychiatry, National defense medical college, Namiki, Tokorozawa, japan.
6. Kraya Na, Patrickc. Folie à deux in Forensic setting. Régional Forensic psychiatric service, health waikato, Hamilton, New Zealand.
7. Covello .A et Lairy . G.C. A partir de folie à deux : de Lasègue et Falret à Lacan et au delà. l'évolution psychiatrique 49,4,1984,991-1021
8. Tremine .T. Folie à deux et fonction du délire pour l'autre, l'évolution psychiatrique 48,1,111-128,1983.
9. Mentjoxr. Vann-Houten C.A et Kooiman C.G, induced psychotic disorder : clinical aspets, theoretical considerations, and some guidelines of traitement, compr. psychiatry, 1993,34, pp 1.20.126.