

# The “folie à deux” invites herself in forensic psychiatry, about a case

## La "folie à deux" s'invite en psychiatrie légale, à propos d'un cas

C. Otmane Telba, R. Ali-Bachir, K. Chenaoui, M.A. Bencharif

Université Blida1, faculté de médecine de Blida, service de psychiatrie légale, établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie, hôpital Frantz Fanon de Blida, Algérie.

### ABSTRACT

The Folie à deux or Induced delusional disorder is a rare psychiatric curiosity, still current in the practice of a psychiatrist. Most of the theoretical data is based on case studies, trying to understand and explain this disorder, which poses nosographic and management problems and questions us about the "contagion" of the symptom in psychiatry. Our work aims to illustrate this rare disorder and to respond to the various problems it poses. Our work presents a clinical case of Induced delusional disorder in a couple. The review of the literature confronted with our case, allowed us to bring out the clinical characteristics of this entity, the conditions favoring the "contagion" of the symptom in psychiatry, the nosographic difficulty as well as its therapeutic modalities.

**KEYWORDS:** Folie à deux, Induced delusional disorder, Shared psychosis, Shared delusional, Contagion of psychosis.

### RESUME

La folie à deux est une curiosité psychiatrique rare, désuète, toujours actuelle dans la pratique d'un psychiatre. La plupart des données théoriques sont basées sur des études de cas, essayant de comprendre et d'expliquer ce trouble qui pose des problèmes d'ordre nosographique, de prise en charge et nous interroge sur la "contagion" du symptôme en psychiatrie. Notre travail a pour but d'illustrer ce trouble rare et de répondre aux différents problèmes qu'il pose. Il présente un cas clinique de folie à deux dans un couple. La revue de la littérature confrontée à notre cas, nous a permis de faire ressortir les caractéristiques cliniques de cette entité, les conditions favorisant la "contagion" du symptôme en psychiatrie, la difficulté nosographique ainsi que les modalités thérapeutiques de ce concept.

**MOTS CLES:** Folie à deux, Délire à deux, Psychose partagée, Folie imposée, Contagion de la folie.

### INTRODUCTION

Malgré la réalité de la folie à deux dans la pratique du psychiatre, sa rareté ainsi que le peu de données dans la littérature font de cette entité une œuvre de fantaisie. Elle laisse apparaître un ensemble de mythes et de questionnements autour d'elle, et creuse d'avantage le fossé qui la sépare de la psychiatrie.

Nous avons fait un parallélisme entre une revue de la littérature et notre cas clinique, dans un but d'illustrer et d'asseoir la véracité des données théoriques et d'essayer d'apporter des réponses à certaines interrogations de ce concept doublement "FOU".

### UN COUPLE EN PSYCHIATRIE LEGALE, EXEMPLE D'UNE PATHOLOGIE RARE

Le 24 mai 2019, le service de psychiatrie légale reçoit un couple marié en internement judiciaire pour le chef d'inculpation : négligence et maltraitance de leurs enfants. Ils sont hospitalisés séparément dans 2 unités différentes. Aucun d'eux ne souffre d'antécédents médico-chirurgicaux.

Les différents entretiens et examens cliniques et paracliniques avec eux, font ressortir les éléments suivants :

Monsieur B.I âgé de 40 ans, marié depuis plus de 18 ans, père de 2 enfants (3 et 8 ans). Il est issu d'une ethnie qu'il qualifie de très conservatrice et patriarcale, où la femme est absente de la place publique. Il a entamé des études universitaires en génie mécanique qu'il finit par abandonner par désintérêt à l'âge de 22 ans. L'année qui suit, il entame la maçonnerie à son propre compte et décide de se marier avec une femme du même village que lui comme le veut la tradition locale. Il épouse alors, la nommée H.S âgée alors de 17 ans.

H.S est issue d'une famille modeste, avec un niveau d'instruction de 3<sup>ème</sup> année moyenne. Elle dit avoir reçu une éducation qui met l'accent sur l'importance de la place du mari au sein du couple, sur l'honneur et le devoir de le servir et lui obéir. La description qu'elle fait de son mari est celle d'un "homme-Dieu", de quelqu'un qu'elle idéalise au quotidien.

Le couple entame sa vie dans la grande maison des parents du mari, entre temps l'époux démarre la construction d'une maison dans le village et finit par déménager 8 ans après. Une année après leur installation dans leur propre demeure, le couple a eu le 1<sup>er</sup> enfant puis un 2<sup>ème</sup> quatre ans plus tard. Ils décrivent leur relation, comme une relation harmonieuse en parfaite symbiose, basée sur l'amour, la solidarité et le respect mutuel.

En 2010, quelques mois après leur déménagement, le mari dit avoir relevé un changement de comportement de ses parents envers lui. Il dit qu'ils étaient devenus froids, distants et qu'ils ne lui manifestaient plus de respect. Il pense qu'ils n'ont jamais apprécié le fait qu'il ait quitté la grande maison. Le patient argumente en nous disant que c'est à travers leurs expressions faciales, leurs mimiques et leurs faits et gestes qu'il a compris leurs intentions malsaines vis-à-vis de lui et de sa famille. Persécuté et convaincu qu'il était haï par sa famille, il décide de rompre tout contact avec eux et va jusqu'à s'absenter au mariage de son frère et aux funérailles de sa grand-mère.

Les mois qui suivent, le couple ne reçoit plus que la famille de l'épouse. Cette dernière essaie d'intervenir pour régler ce conflit. Ceci amène le patient à se sentir surveillé et persécuté par sa belle-famille et partage son malaise avec son épouse. Cette dernière doutait des propos de son mari au début et les trouvait très étranges, car il n'y avait aucune raison pour que sa famille leur veuille du mal, mais au bout d'une année et demi, elle dit qu'elle a commencé à voir la réalité en face, et qu'elle a fini par comprendre que sa famille les persécute. Elle dit qu'elle a compris cela en faisant attention aux faits et gestes très subtils mais tellement évidents des différents membres de sa famille qui leur rendaient visites. Il s'agissait : de regards de travers, de geste avec les mains, de grimaces...etc. Convaincue à son tour que sa famille cachait des intentions malveillantes, elle décide avec son mari de rompre la relation avec eux.

Pris dans cette psychose de persécution et ayant peur que les deux familles fassent appel aux voisins du quartier pour les atteindre, le couple décide de s'isoler complètement dans sa maison, de rompre tout contact avec les habitants et ce dès 2016. Depuis cette date, le couple puise dans ses réserves pour survivre, ils ne sortent que les dimanches et les mercredis pour faire les courses ou faire promener leurs enfants auxquels, ils interdisent tout contact avec le monde extérieur. Plus que cela, ils vont jusqu'à décider de ne pas scolariser leur fils aîné qui a dépassé d'un an l'âge obligatoire de scolarisation. Désespérés face à cette situation très inquiétante, les parents du couple ne voient qu'une seule issue, déposer plainte auprès de la justice.

Les différents examens et entretiens avec eux durant leur séjour à l'hôpital, nous ont mis à chaque fois face à un couple avec une bonne présentation, un discours clair et compréhensible. Ils étaient convaincus de la justesse de leurs croyances et de l'idée d'être persécuté par leur entourage. Ils cherchaient à gagner notre adhésion en usant d'un discours plausible d'interprétation et de démonstration. L'ensemble de ces éléments et l'absence d'affection médicale ou d'une prise de substance qui peut expliquer ces troubles, nous ont amenés à poser chez l'époux le diagnostic de trouble délirant conformément au manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) [1]. D'un autre côté, ces éléments nous ont amenés à se poser la question quant au diagnostic possible de l'épouse, et ceci compte tenu du contexte d'apparition de ses troubles, à savoir : Un contenu délirant identique à celui du mari et un décalage chronologique du début de ses troubles. Une première question nous a vite interpellés : coïncidence ou une véritable influence ?

Nous avons tenté d'apporter des réponses à certaines interrogations en faisant une revue de la littérature.

### REVUE DE LA LITTERATURE

Tout d'abord, il faut savoir que la folie à deux est une entité psychiatrique rare, la plupart des données sont basées sur des rapports de cas, les premières descriptions furent apportées par Lasègue et Falret en 1877 [2] qui se sont penchés sur cette entité et celui de la "contagion" du symptôme en psychiatrie. Cependant, ils se sont vite heurtés à un paradoxe : comment peut-on parler de contagion et expliquer l'absence de recrudescence des maladies mentales chez leurs soignants ?

Caractéristique clinique et condition de la "contagion" du symptôme en psychiatrie

Dans leurs études, Lasègue et Falret ont dégagé des principes et des conditions bien spécifiques afin que la contagion de la folie soit possible d'une personne à une autre :

- L'un des deux individus est un élément actif, plus intelligent que l'autre, il crée le délire et l'impose à l'autre qui constitue l'élément passif qui est généralement vulnérable, de sexe féminin et d'un caractère docile.
- L'élément passif résiste d'abord puis réagit à son tour dans une certaine mesure pour rectifier, coordonner le délire qui leur devient commun.
- Il faut que les deux individus vivent pendant longtemps une vie commune partageant le même mode d'existence.
- Le délire doit avoir un caractère de vraisemblance.
- Le délire maintient ou renforce la cohésion du groupe [2].

De Clérambault apporte en 1923 du nouveau et fait la distinction dans ses publications entre la psychose à deux et le délire à deux contrairement à ses prédécesseurs. Pour de Clérambault, ce qui se transmet sont les thèmes idéiques, l'adhésion à ces thèmes et le fond affectif. Les délires se transmettent, mais non les psychoses [3].

Tout récemment, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa quatrième édition, propose des critères de diagnostic proche des définitions historiques sous le diagnostic "Trouble psychotique partagé" [4]. Il propose des critères de diagnostic du sujet passif seulement considérant que le sujet actif ne doit bénéficier que de son seul diagnostic propre.

**A)** survenue d'idées délirantes chez un sujet dans un contexte d'une relation étroite avec un sujet ayant déjà des idées délirantes.

**B)** Le contenu des idées délirantes est similaire à celui de la personne ayant des idées délirantes.

**C)** la perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble psychotique ou une affection médicale [4].

La cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux apporte du nouveau en proposant dans le sous-groupe "Autres troubles du spectre de la schizophrénie", le diagnostic de "symptômes délirants chez le conjoint d'une personne souffrant de trouble délirant" [5].

## THÉRAPEUTIQUE ET PRISE EN CHARGE

Du côté thérapeutique, il n'existe à ce jour aucun protocole ou recommandation spécifique des folies à deux. Lasègue et Falret proposent la séparation des co-déliants comme pilier du traitement des sujets passifs et il arrive que le sujet guérit quand il est privé du point d'appui de celui qui lui a communiqué le délire sans avoir recours à un traitement pharmacologique [2].

En effet, l'isolement sociale des co-déliants qui est un facteur quasi-constant dans les cas de folie à deux, nous semble être un élément clé qui peut expliquer l'éclosion du délire chez l'élément passif, par l'impossibilité de confronter les croyances délirantes de l'autre avec l'extérieur surtout face à un délire vraisemblable, créant un besoin d'avoir recours à l'imagination et l'intuition. Ajouter à cela, les conséquences d'une dépendance affective du lien symbiotique [6].

Certains auteurs considèrent la folie à deux comme une pathologie du lien et place la thérapie familiale au centre de la prise en charge du sujet passif, l'objectif étant de comprendre la nature du lien entre les co-déliants et "l'utilité" individuelle et collective de ce délire commun [7].

## DISCUSSION

Un parallélisme entre notre cas clinique et les données de la littérature concernant les caractéristiques cliniques et les conditions de la contagiosité du symptôme en psychiatrie avec notre cas, nous renvoie à un tableau typique de folie à deux, tel qu'il est décrit par Lasègue et Falret.

L'ensemble des définitions de la folie à deux de Lasègue et Falret au DSM-4 puis le 5 en passant par de Clérambault, se heurtent à la complexité de cette entité, créant une véritable confusion nosographique et un casse-tête pour le psychiatre.

Une anomalie est à relever avec la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Ce dernier affirme implicitement qu'un sujet psychotique peut contaminer de sa psychose un autre sujet non-malade et de ce fait, ignore complètement les apports de De Clérambault. La cinquième édition rectifie le tir mais limite le diagnostic de la folie à deux seulement au conjoint d'un sujet souffrant d'un trouble délirant.

Du côté thérapeutique, qu'en est-il des modalités de séparation des co-déliants telle qu'elle est recommandée par Lasègue et Falret dans leur approche thérapeutique ? Doit-on hospitaliser les deux co-déliants comme ça a été fait dans notre cas, ou seule l'hospitalisation du co-déliant actif suffit pour améliorer la symptomatologie du sujet passif, et de ce fait, lui éviter une hospitalisation et ses retombées.

Dans notre cas, chez notre patiente, et malgré sa séparation de son époux, l'activité délirante a persisté, ce qui nous a amené à introduire un antipsychotique à faible dose. Ceci a permis une amélioration clinique nous laissant sur

notre fait quant à la véracité des recommandations thérapeutiques de Lasègue et Falret, qui proposent la séparation des co-déliants comme pilier du traitement des sujets passifs.

## CONCLUSION

Dans ce travail, la description du cas clinique du couple, illustre certains des facteurs communs tels que décrits dans la littérature : deux sujets, vivant en association proche, dans un milieu clos et coupé de l'extérieur, partagent des idées délirantes. Ainsi, la contagion de la maladie mentale est impossible dans les conditions habituelles et nécessite un ensemble de conditions et un contexte relationnel particulier.

La prise en charge du sujet passif repose sur la séparation des Co-déliants. Une amélioration clinique du sujet passif après cette séparation est d'une valeur sémiologique importante et conforte le diagnostic de la folie à deux.

La folie à deux est un concept psychiatrique d'allure rocambolesque, décrivant à la fois l'état du sujet, son partenaire et leur relation et nous amène à nous poser d'avantage de questions : L'ambivalence dans la demande des soins, la rationalisation du délire, ainsi que la banalisation et la tolérance de certaines familles envers leurs parents délirants, n'est-elle pas une forme atténuée de la folie à deux ?

## REFERENCES

- [1] DSM-5 –American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème éd (Version internationale, Washington DC, 2013). Traduction française par M-A Crocq et J-D Guelfi, Paris : Masson, 2015, 107 p.
- [2] Lasègue C, Falret J. La folie à deux. Arch Gen Med 1877 ;30 :257—97.
- [3] de Clérambault GG. Œuvre psychiatrique. Paris : P.U.F; 1942.p 3—89.
- [4] DSM-IV — American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e ed. (Version internationale, Washington DC, 1995). Traduction française par J.-D. Guelfi et al, Paris : Masson, 1996.
- [5] DSM-5 –American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème éd (Version internationale, Washington DC, 2013). Traduction française par M-A Crocq et J-D Guelfi, Paris : Masson, 2015, 143 p.
- [6] Porot M, Couadau A, Petit G, et al. Reflexions sur le délire à deux. Ann Med Psychol 1968 ;126 :435—41.
- [7] Drucker M, Shapiro S. Issues of separation related to psychosis in twins. Compr Psychiatry 1982 ;23 :136—42.