

# *Sémiologie*

Licence 2

PHILIPPE SPOLJAR

Courriel : [philippe.spoljar@u-picardie.fr](mailto:philippe.spoljar@u-picardie.fr)

## **La composition d'une étude de cas**

Une étude de cas se structure et se présente en reprenant les éléments recueillis dans le travail clinique et puis évalués au cours de l'analyse, et en les composant d'une manière qui s'appuie sur un schéma "historique", de référence, établi par J. Bergeret, qui propose d'examiner les éléments suivants :

- l'*anamnèse* et l'*histoire du sujet*
- la *sémiologie* (signes et symptômes)
- le *type d'angoisse* et la nature des *conflits psychiques*
- les *mécanismes de défense* utilisés par le sujet, relativement à ces angoisses et conflits
- le type de *relation d'objet* prévalent (incluant les questions de la position narcissique et de la culpabilité)
  - l'*organisation ou structure de personnalité*, qui comprend l'histoire infantile, la construction œdipienne, les particularités de l'adolescence et les événements psychiquement significatifs de la vie adulte.

### **1. Présentation du patient**

On trouve là les données qui correspondent à l'état civil, et quelques éléments d'intérêt pour la personne ou la situation, typiquement et notamment :

- l'âge, la situation personnelle, et professionnelle ;
- les antécédents personnels et familiaux.
- également et les éléments médicaux, si nécessaire
- on indique également les conditions et motifs de consultation, ainsi que les éléments relatifs à la demande du patient

### **2. Sémiologie**

Quand cela est possible, on commence par présenter la chronologie des troubles, avec des indications concernant :

- les modes d'entrée et de sortie de la pathologie (pour les symptômes *perceptibles*),
  - son caractère aigu ou chronique
  - et son évolution
- > il s'agit bien sûr de la *manifestation* des troubles et non des causes des troubles (qui peuvent parfois s'originer avant la naissance)

Apparaissent ensuite dans cette même rubrique les données essentielles de la sémiologie, et c'est généralement la partie la plus longue. Il s'agit là de présenter les signes cliniques, *ordonnés par catégories*.

Il est important de mettre de l'ordre, parce que cette catégorisation porte un principe d'intelligibilité. C'est là où la connaissance en psychopathologie vient relayer la démarche clinique.

### **3. Diagnostic psychiatrique**

Un premier moment de synthèse est possible ici en livrant un diagnostic psychiatrique, au vu de la

sémiologie, et en procédant si nécessaire à un diagnostic différentiel. Cela permet d'indiquer le type de maladie dont le sujet est atteint, et de sa forme clinique.

L'établissement du diagnostic dépendant de la qualité du travail d'ordonnancement opéré dans la rubrique précédente.

#### **4. Types d'angoisse**

La question du *type d'angoisse*, ensuite, constitue la rubrique charnière entre les deux volets psychiatrie et psychopathologie : il s'agit là de décrire :

- d'une part, l'angoisse symptomatique = les symptômes simples
- d'autre part, les conflits fondamentaux qui correspondent à ces angoisses

#### **5. Mécanismes de défense**

Il s'agit ensuite d'indiquer les mécanismes de défense repérables dans l'observation, qui apparaissent le plus souvent en lien avec la symptomatologie

#### **6. Relations d'objet**

On décrit dans la rubrique suivante les types de relations que le sujet entretient avec son monde et ceux qui vivent dans ce monde, selon les trois axes suivants :

##### **6.1. Les relations à autrui**

Cela commence par les relations avec les autres, qui sont évidemment le point sensible et significatif des problématiques en psychopathologie. On entend donc tout d'abord la notion de relation d'objet au sens strict, puisque l'objet en question est un autre sujet

##### **6.2. La culpabilité**

Ensuite, il s'agit d'indiquer les manifestations de culpabilité (névrotique ou psychotique), qui relève aussi du rapport au monde et aux autres

##### **6.3. Le narcissisme**

On procède également à la description des positions et problématiques narcissiques, qui constitue un autre axe de la construction de la personne, en lien bien sûr avec le monde extérieur

##### **6.4. Relation avec le psychologue**

C'est aussi dans ce cadre de la relation avec les autres que peuvent être mentionnés les particularités de la *relation* entretenue entre le patient et le psychologue/thérapeute.

#### **7. Organisation/structure de la personnalité**

Il s'agit alors, dans la dernière partie, de mettre tous les éléments en lien pour obtenir une vue d'ensemble sur la personne.

## **7.1. Histoire**

Cela commence par les éléments significatifs de l'histoire personnelle et psychique (au-delà de l'anamnèse, qui se limite au médical), en particulier les situations et événements de vie majeurs :

- auxquels la personne a du se confronter
- et qui ont donc été déterminants dans sa construction, comme des séparations, des deuils, des rencontres, etc.

## **7.2. Construction œdipienne**

Du côté de l'histoire résolument psychique, il s'agit également de procéder à la description de la position du sujet par rapport à l'Œdipe : dépassement ou fonctionnement pré-oedipien.

Cela inclut par exemple et notamment la description des imagos parentales.

## **7.3. Synthèse (évaluation psychopathologique)**

On arrive ainsi à cette dernière rubrique qui rassemble tout ceci dans l'organisation d'une personnalité :

- avec ses traits normaux et pathologiques
- souvent rendus compréhensibles lorsque l'on connaît les aspects problématiques de l'histoire de la personne.

## **Exemple : Monsieur T., 48 ans, jalousie délirante**

*Lôo Henri, Olié Jean-Pierre, Cas clinique en psychiatrie, Paris, Flammarion, 2009*

Ce premier cas présente une analyse rapide des éléments sémiologiques et diagnostic d'un cas de jalousie délirante.

*Monsieur T., âgé de 48 ans, cadre dans une petite agence bancaire, est amené aux urgences par la police après avoir agressé un commerçant. À l'entretien, Monsieur T. se révèle agressif verbalement et physiquement. Il explique avec véhémence qu'il entend bien « laver son honneur, dans le sang si besoin ». Il précise que sa femme a quitté leur appartement pour aller chez sa sœur : « Sa sœur est dans le coup, j'en ai la preuve, les indices concordent : elle me trompe. Je l'ai découvert il y a 4 mois déjà. » Il a ainsi repéré que sa femme a changé de parfum, et que les commerçants lui font des clins d'œil. « Hier encore, elle est arrivée en retard, c'est le 5-à-7, c'est évident. »*

*L'entourage de Monsieur T. indique que ce dernier a toujours été très possessif, particulièrement suspicieux et peu ouvert aux discussions. C'est lui qui organise la vie de son agence bancaire, cette discipline ayant été à l'origine d'un conflit avec le siège de la banque depuis que deux employées au guichet ont souhaité leur mutation. Depuis le décès de son père il y a 2 ans, Monsieur T. s'est mis à boire, se montrant parfois violent lorsqu'il est ivre. Néanmoins Monsieur T. poursuit son activité professionnelle, semble-t-il avec efficacité, ces débordements ne se produisant qu'en soirée.*

### **Quel est le diagnostic pour l'épisode actuel ?**

Délire paranoïaque passionnel de jalousie, devant :

- syndrome délirant ;
- aigu (moins de 6 mois) ;
- à thème de jalousie ;
- mécanismes interprétatif (retard de l'épouse, clins d'œil des commerçants) et intuitif ;
- systématisé ;
- organisation en secteur : vie professionnelle non

envahie par ce délire ;

- adhésion totale ;
- participation émotionnelle forte sans organisation sur un pôle exclusivement dépressif ou maniaque ;
- pas de syndrome dissociatif ;
- terrain : homme, alcoolisme, facteur déclenchant (décès du père).

### **Que dire de la personnalité ?**

Personnalité paranoïaque :

- psychorigidité (peu ouvert aux discussions) ;
- méfiance (possessif et suspicieux) ;
- hypertrophie du Moi ;
- méfiance, susceptibilité ;

- fausseté du jugement, absence d'autocritique.

NB : un délire paranoïaque peut survenir en l'absence de trouble de la personnalité, ou en lien avec un autre trouble de la personnalité.

## **Exemple : Monsieur J. 21 ans, schizophrénie**

Cette étude reprécise tout d'abord les éléments méthodologiques présentés schématiquement plus haut, en les appliquant aux cas de Monsieur J.

### **1. Principes généraux de l'étude de cas (rappel)**

Chaque situation crée ses outils et sa position ; la pratique de psychologue n'est pas la pratique psychiatrique ni psychanalytique. Pour fixer les idées sur les différents niveaux de l'analyse d'un cas - ou de la manière idéale dont peut être présenté un dossier après l'enquête - on peut reprendre le modèle suivant :

#### **a) Analyse sémiologique**

Elle consiste en une reprise de tous les signes et suppose donc la connaissance de l'ensemble de ces signes. Dans le cas des psychoses, il appartient au clinicien de rechercher les signes évocateurs d'idées délirantes, d'hallucinations, de discordance, de troubles du cours de la pensée, de troubles majeurs du comportement, signes qui se repèrent autant dans ce que dit le malade, que dans la relation qu'il établit avec le psychologue. Il ne saurait toutefois être question de se limiter à ces seuls signes ; il convient de relever aussi les signes généraux. Cette analyse doit nécessairement (sauf si l'on manque de certains éléments) reprendre :

- le motif de consultation
- les antécédents personnels et familiaux
- l'histoire des troubles (ou histoire de la maladie),
- l'anamnèse
- les événements récents
- la nature de l'épisode actuel (analyse sémiologique complète de l'épisode actuel), qui vise à mettre en évidence la présence de certains syndromes (au sens de regroupement de signes) et l'absence de certains signes qui pourraient être essentiels. Cette description de l'épisode actuel est un point important. La lecture sémiologique de ce qui est présenté par le patient se double donc d'une enquête sur ce qui n'est pas présent (et donc pourrait être présent) :

- la sémiologie de la personnalité
- la sémiologie des mécanismes de défense
- les éléments médicaux
- l'évolution

Cette lecture aboutit à un regroupement syndromique qui va permettre la discussion du diagnostic (en termes de maladie). Elle suit les lois habituelles du diagnostic médical et/ou psychiatrique et procède à une production des signes et à une transformation des symptômes en signes, qu'il s'agisse des signes de maladie ou des traits de personnalité. A ce niveau peuvent intervenir des échelles d'évaluation, voire des questionnaires de personnalité.

Cette analyse sémiologique est naturellement un inventaire qui doit être ordonné. Mais il serait faux de penser que la sémiologie se passe de toute interprétation. Reconnaître une hallucination et la définir comme psychique, par exemple, est un acte et suppose une interprétation conditionnée par la

connaissance, l'expérience, et pouvant faire l'objet d'une discussion ; il faut cependant des arguments et non pas seulement des "impressions".

### b) Analyse diagnostique

Ce deuxième niveau suit nécessairement le premier qui lui sert de préalable. Le regroupement des signes en tableaux ordonnés permet la reconnaissance de la maladie, la discussion de sa forme clinique, et l'exclusion des autres possibilités. La démarche est déductrice et correspond à une certaine logique qui peut être figurée sous la forme d'arbres décisionnels. Certains seront fournis ultérieurement.

### c) Analyse psychopathologique

#### c.1. Étude du "mode de fonctionnement mental du sujet" (métapsychologie)

En s'appuyant sur le schéma de Bergeret, on peut développer la démarche suivante :

- étude des mécanismes de défense, dont il convient de connaître la liste, les formes et l'importance
- étude du symptôme et de la demande
- étude des modes d'investissements libidinaux (relation d'objet)
- étude de la nature du conflit psychique
- analyse de la relation avec l'interlocuteur (qui ne se confond pas avec l'analyse de la demande).

#### c.2. Analyse de l'histoire du sujet

Le principe de ce mode d'analyse, qui est complémentaire du précédent, est de s'appuyer sur le récit de la vie du sujet telle qu'il la raconte. Il va alors être possible de relever des "faits saillants" (événements externes) mais ce qui importe, ce sont :

- les liens temporels qui sont établis par le psychologue dans la linéarité de l'histoire : cette analyse diachronique permet de faire des hypothèses sur les réactions possibles du sujet.
- les faits saillants de l'histoire tels que le sujet les rapporte et la manière dont il les interprète. Il s'agit en fait d'une analyse synchronique puisque ce qui importe c'est ce que dit le sujet au moment où il parle (hic et nunc : ici et maintenant).
- les répétitions de son histoire.
- les zones inabordables.

Cette approche doit être considérée comme clinique puisqu'elle prend en compte différents aspects du sujet.

#### c.3. Étude de la structure

Selon les paradigmes auxquels on se réfère, ce point peut se confondre avec l'analyse du fonctionnement d'un sujet ou bien être totalement différent. Définir la structure n'est toutefois pas suffisant, la question est celle de la singularité, c'est-à-dire des modalités de cette structure chez le sujet : définir une structure hystérique est une chose, mais la question est de savoir comment elle est manifestée par ce sujet.

On peut par ailleurs considérer que l'analyse de la structure peut aussi s'appuyer sur le repérage des

répétitions (dans le discours du sujet) et de ce qui pourrait être appelé "signifiants électifs". Certains propos du sujet sont ainsi particulièrement déterminants dans son histoire dans la mesure où ils condensent et rendent manifestes des éléments de la structure.

#### c.4. Interprétation clinique

L'ensemble des éléments précédents doit aboutir à une analyse clinique des différentes positions du sujet. Cette analyse clinique représente la formulation d'une série d'hypothèses tenant directement compte de la singularité de ce sujet et non un placage de théories ou de modèles tout faits.

Parler d'analyse psychopathologique, c'est donc se référer à des paradigmes permettant de faire des hypothèses soit sur la pathologie considérée, soit sur la manière dont se constitue le sujet. On voit aussi apparaître la question de la nécessité d'une forme de diagnostic, d'évaluation diagnostique, ou de représentation des problèmes. Ce diagnostic opère à plusieurs niveaux, mais il ne constitue pas forcément une réponse. Il faut en effet distinguer le diagnostic qui permet de nommer les symptômes et la maladie, et le diagnostic qui permet, en définissant une structure ou un mode de fonctionnement, de poser certaines questions au matériel clinique, de faire certaines hypothèses (représentation des "possibles") à partir de la théorie de la structure concernée.

## 2. Etude de cas

### a) Texte de l'observation

(les mots soulignés désignent un signe qu'il faut reconnaître et nommer ; la lettre entre parenthèses renvoie à cette nomination)

Monsieur J., 21 ans est amené par sa mère à la consultation de psychiatrie. Elle nous dit que c'est à la suite d'une rupture sentimentale (A) que son fils aurait "craqué" nerveusement. Elle précise qu'il s'est renfermé sur lui-même (B), a perdu l'appétit (C) et a beaucoup maigrì (D) ; il se réveillait tôt le matin (E), ruminant la perte de son amie (F), ne trouvant plus d'issue pour lui (G) car certain de ne plus pouvoir aimer. C'est 15 jours après l'apparition de ces troubles que M. J. aurait commencé à présenter des troubles du comportement. D'après la mère, il serait devenu bizarre (H), parlant seul (I) dans sa chambre, éclatant de rire sans savoir pourquoi (J) lorsque sa mère lui demandait de venir dîner.

A l'entretien, le discours de M. J. est lent (K) et incohérent (L), mais on peut y saisir des fragments de pensée délirante : "mon sexe a été mutilé (M), des micros enregistrent mes pensées (N), je suis surveillé (O) par mon ancienne amie et toutes les femmes du monde sont ligées contre moi pour me punir d'une faute que je n'ai pas commise (P)". La plupart du temps M.J. est apragmatique, paraît triste (Q)".

L'entretien avec la mère nous apprend qu'en réalité son fils "ne va pas bien depuis 3 ans (R)". Elle en a brutalement pris conscience, il y a un an, le jour où il a tenté de forcer la porte de sa chambre à coucher car il fallait, disait-il, "coucher avec sa mère pour réaliser son oedipe et être bien (S)" Mais elle avait déjà constaté des attitudes bizarres chez lui : "Il se regardait sans arrêt dans la glace (T), ne sortait presque exclusivement que (U) pour consulter des médecins, prétextant une transformation anormale de son sexe (V) et le caractère inesthétique de son nez qui lui valait les regards hostiles et méprisants des gens dans la rue (W)".

Depuis 3 ans son isolement social (X) ne faisait que croître ; à 20 ans, il avait abandonné une licence de psychologie dès la première année et cherchait depuis "un petit boulot" (Y).

### b) Analyse sémiologique

Avant d'entreprendre cette analyse, il faut préciser que les informations contenues dans cette observation sont étroitement dépendantes du discours de la mère. Bien que ce type de situation soit assez fréquent, bien que les données de l'entretien avec le patient confirmant les informations données par la mère, une nécessaire prudence est de règle devant le discours des proches. Pour des raisons pédagogiques, nous traiterons cependant ce matériel comme fournissant des informations valides et fiables. Dans la pratique clinique quotidienne, les proches peuvent être sujets à des erreurs d'interprétation, il peut leur arriver de minimiser ou de maximiser les informations, et, en quelques occasions d'être de mauvaise foi. Contrairement à ce qui se produit dans les situations cliniques, cette observation a déjà regroupé certains éléments, a nommé quelques signes et a conservé les informations essentielles.

- (A) Facteur déclenchant (pour la mère qui, d'ailleurs, se contredira) de l'épisode : rupture sentimentale
- (B) Repli sur soi (symptôme d'interprétation ambiguë car se retrouve dans plusieurs types de troubles)
- (C) & (D) Anorexie et amaigrissement (symptôme d'interprétation ambiguë car se retrouve dans plusieurs types de troubles : épisode dépressif, anorexie mentale, sitiophobie... ; faire préciser les raisons pour lesquelles il ne mange pas)
- (E) Insomnie de fin de nuit
- (F) Ruminations mentales
- (G) Pessimisme (peut-être perte d'espoir ; à vérifier)
- (H) Bizarrie du comportement
- (I) Parle seul (soliloque ou dialogue hallucinatoire ; à préciser)
- (J) Rires immotivés
- (K) Lenteur du discours => Bradypsychie, troubles du cours de la pensée ?
- (L) Incohérence verbale
- (M) Idée délirante à thème hypocondriaque (ou "somatique")
- (N) Vol de la pensée (signe d'automatisme mental)
- (O) Idée délirante de persécution (ou de référence ?)
- (P) Idée délirante de persécution (mais aussi de culpabilité non congruente à l'humeur)
- (Q) Apragmatisme, tristesse (éléments dépressifs ?)
- (R) Début des troubles il y a trois ans => le trouble est chronique
- (S) Troubles du comportement à caractère bizarre, déréel. Le contenu archaïque de la pensée entraîne une conduite instinctuelle inadaptée pouvant évoquer la prééminence du monde intérieur sur la réalité (indice de la pensée autistique du schizophrène). Rationalisme morbide et hermétisme.
- (T) Signe du miroir (souvent sous-tendu par un sentiment de transformation corporelle ou de perte de l'identité)
- (U) Dégradation du mode de fonctionnement antérieur ; isolement social, repli sur soi
- (V) Idée délirante hypocondriaque (transformation corporelle)
- (W) Idées délirantes de persécution, de référence et de transformation corporelle

(dysmorphophobie).

(X) Isolement social depuis trois ans

(Y) Détérioration du mode de fonctionnement. Fléchissement scolaire pouvant évoquer des troubles du cours de la pensée.

### c) Réorganisation de la sémiologie

#### c.1. Motif de la consultation

Consultation demandée par la mère. (NB : il serait intéressant, d'un point de vue psychopathologique, de savoir pourquoi la mère a attendu aussi longtemps et ce qui a motivé cette consultation).

#### c.2. Antécédents (personnels et familiaux)

Aucune information => à faire préciser (dans ce cas) par la mère.

#### c.3. Histoire des troubles.

- Age de début probable : 18 ans

- Les épisodes antérieurs (ou plus exactement les comportements et manifestations antérieurs puisque les troubles paraissent constants) révèlent :

\* des troubles du comportement évoquant la bizarrerie (S) (T), l'hermétisme (S) (T) et le repli sur soi (X)(Y)(U), voire la pensée autistique (T). Ces éléments suggèrent l'existence d'une discordance.

\* des idées délirantes à thèmes hypocondriaque (V), de persécution, de référence (W) et une dysmorphophobie (W)

- La personnalité pré morbide est impossible à définir du fait de l'absence d'informations.

#### c.4. Épisode actuel

- Le mode de début est présenté comme aigu. Cependant, les troubles évoluent depuis trois ans et les thèmes semblent identiques. On ne peut donc considérer que le trouble est aigu. Il faut toutefois constater qu'une symptomatologie récente est venue s'ajouter à l'ancienne

- Il existe un facteur déclenchant (d'après la mère)

- L'accès actuel est caractérisé par trois types de manifestations :

. des signes évoquant un syndrome dépressif : troubles du sommeil avec réveil précoce, anorexie, rumination de la perte de son amie, pessimisme (ou perte d'espoir), tristesse et ralentissement. Certains de ces signes sont toutefois d'interprétation ambiguë et aucun n'est pathognomonique.

. des signes évoquant un syndrome délirant : (M), (N), (O), (P). Ce syndrome délirant présente les caractéristiques suivantes :

+ Thèmes : hypocondriaque, transformation corporelle, persécution, référence

+ Mécanismes : intuitif (les éléments s'imposent au sujet) ; la question de l'automatisme mental reste posée (à cause du vol de la pensée) mais on ne note pas d'hallucinations (pour l'instant car il est possible que les idées délirantes somatiques soient sous-tendues par des hallucinations).

+ Systématisation : l'existence de thèmes différents qui ne sont pas rattachées entre eux amènent à le définir comme non systématisé.

+ Extension : impossible de répondre à cette question (d'ailleurs sans intérêt ici).

- + Participation émotionnelle : les idées ne sont pas congruentes à l'humeur
  - + Chronicité ou acuité : d'après la mère les idées délirantes sont apparues depuis trois ans.
- Le délire peut être considéré comme chronique.

. des signes atypiques : bizarrerie (H), rires immotivés (J), incohérence verbale (L), hermétisme (S).

Ces différents éléments évoquent des signes de discordance dans la sphère du comportement (repli sur soi, signe du miroir, comportement avec sa mère...), de la pensée (idées délirantes) et de l'affectivité. On retrouve en effet : des bizarreries, un détachement de la réalité, un repli sur soi, des signes de pensée autistique. L'ambivalence n'est pas très présente encore que le fait de forcer la porte de sa mère et les idées de culpabilité puissent l'évoquer.

#### **c.5. Éléments médicaux**

Absence d'information

#### **c.6. Evolution**

Aucune information

#### **c.7. Conclusion**

- 1 - Apparition récente de signes dépressifs chez un sujet jeune
- 2 - présentant depuis trois ans un syndrome dissociatif
- 3 - avec des idées délirantes non systématisées, non congruentes à l'humeur, à mécanisme intuitif, des signes d'automatisme mental
- 4 - et des troubles du comportement (détachement de la réalité et conduites bizarres).

### **d) Discussion du diagnostic**

La présentation de cette discussion peut se faire de plusieurs manières. Nous retiendrons ici la technique consistant à faire une hypothèse, à la justifier, à préciser la forme clinique, puis à exclure les autres possibilités.

#### **d.1. Hypothèse**

Cette hypothèse a été suggérée par le regroupement sémiologique - dont il convient de noter qu'il n'est pas neutre mais qu'il tient déjà compte de l'organisation des tableaux - qui nous laissait devant trois syndromes principaux (délirant, dépressif et des éléments atypiques) et nous avions souligné l'existence d'une discordance. Dans ce cas, la discordance est l'élément principal. Celle-ci est pathognomonique de la schizophrénie.

Nous faisons donc l'hypothèse de l'existence d'une schizophrénie

Toutefois, comme certains troubles d'étiologie organique peuvent fournir des tableaux qui ressemblent fort à la schizophrénie, il convient d'exclure cette possibilité. Ici, aucun signe ne va dans ce sens. Donc l'hypothèse est maintenue.

#### **d.2. Justification de l'hypothèse**

- 1- Il existe des idées délirantes non systématisées

- 2- Il existe des signes de dissociation d'évolution chronique
- 3- Les signes atypiques sont au premier plan du tableau actuel
- 4- Les thèmes délirants ne sont pas congruents à l'humeur dépressive
- 5- Les signes dépressifs sont d'apparition secondaire.

#### **d.3. Définition de la forme clinique**

Il existe plusieurs formes de schizophrénie (catatonique, hébéphrénique, paranoïde, pseudo-névrotique, héboïdophrénie, dysthymique, hébéphrénocatatonique, simple...). Il faut donc préciser la forme clinique. L'existence d'un syndrome dépressif oriente la recherche vers les formes thymiques.

1 - Il ne peut s'agir d'une schizophrénie dysthymique car les signes thymiques sont secondaires, il n'y a pas de périodicité et pas de restitution *ad integrum* entre les accès

2 - Nous sommes en présence d'une schizophrénie avec trouble thymique. L'absence d'informations concernant le délire invite à différer l'hypothèse d'une schizophrénie paranoïde avec trouble thymique. D'autre part les signes de discordance sont au premier plan par rapport au délire. Dans le cas du délire paranoïde, l'explosion délirante est généralement plus riche.

#### **d.4. Exclusion des autres troubles**

L'existence de troubles thymiques avec culpabilité, apragmatisme, transformation corporelle... aurait pu orienter le diagnostic vers une mélancolie délirante mais les signes dépressifs auraient dû apparaître avant les signes dissociatifs

La même démarche pourrait être répétée avec d'autres entités, encore qu'il s'agisse là d'une pure démarche scolaire. Exemples :

- Bouffée délirante : impossible car le trouble est chronique
- Délire chronique : impossible car non systématisé
- PHC : impossible car les hallucinations sont secondaires au délire, les éléments hallucinatoires ne sont pas déterminants
- etc...

#### **e) Lecture psychopathologique - repérage d'éléments**

Cette lecture ne vise pas à reconnaître des signes mais à relever des éléments cliniquement pertinents à cause de ce qu'ils impliquent soit quant à l'organisation de ce sujet (ce qui lui est propre) soit quant à la nature des processus en cause. Le repérage de ces éléments correspond en fait à un ensemble de questions que l'on peut se poser. Il va sans dire que différentes lectures psychopathologiques sont possibles et n'est présentée ici que l'une des facettes (se référant à la psychanalyse). La phénoménologie, la psychologie existentielle, ont chacune leurs techniques d'analyse qui mettent en évidence d'autres liens et d'autres hypothèses. De même, la lecture ici proposée ne saurait prétendre à l'exclusivité : la clinique est un domaine "ouvert" dans lequel il s'agit de se poser des questions pour aider le patient à modifier ses positions subjectives. Dans la pratique clinique, un psychopathe ne perdra pas son temps à analyser les choses de cette manière et ira droit à l'essentiel en fonction, le plus souvent, de son expérience (analogie avec

d'autres cas) et de son adhésion à certains paradigmes. Mais comme il s'agit ici d'illustrer les différents aspects d'une analyse psychopathologique, ils seront présentés avec leurs lacunes, leurs défauts et leurs excès. Pour éviter d'alourdir l'analyse, ne sont retenus dans un premier temps que quelques éléments qui ont été effectivement fournis par le patient ; seront donc laissés de côté les informations données par la mère, informations qui devraient être utilisées dans une analyse psychopathologique, à condition toutefois de bien considérer que ce qui provient du discours de la mère n'est pas à traiter de la même façon que ce que le sujet dit.

(M) "*Mon sexe a été mutilé*" : Il s'agit d'une plainte formulée comme une certitude et considérée comme une réalité. Noter l'utilisation du passé, la référence à l'anatomie, à la différence des sexes et à la castration, la notion de mutilation et l'utilisation de la voie passive. Quelle signification peut posséder une mutilation sexuelle pour le sujet ? (Questions que ne peut manquer de se poser le clinicien : évocation de la "castration", du "morcelement", modification de l'image du corps ?)

(N) "*des micros enregistrent mes pensées*" : Même remarque concernant la plainte formulée comme une certitude et considérée comme une réalité. A noter l'utilisation du présent, l'aspect indéfini ("des micros"), l'absence de désignation d'un persécuteur, et que c'est la pensée qui est en cause. Cette dernière est contrôlée (par qui ?) passivement. Noter aussi que l'expérience affecte uniquement le sujet et qu'il est au centre de l'expérience (il serait utile de lui demander si les micros n'enregistrent que ses pensées ou s'ils enregistrent aussi celles du thérapeute). La pensée qui est autonome est donc atteinte par quelqu'un, ou par quelque chose. Mais cette pensée est présentée implicitement comme une parole qui peut être enregistrée. (Questions que ne peut manquer de se poser le clinicien : quelle est cette machine qui enregistre, pourquoi enregistre-t-elle, s'agit-il d'un phénomène identique à celui de la "machine à influencer" de V. Tausk, peut-on considérer qu'il s'agit d'une identification projective, doit-on renverser la formule et situer le sujet comme enregistrant la pensée de quelqu'un d'autre, quels rapports le sujet établit-il entre pensée et parole.... ?)

(O) "*je suis surveillé par mon ancienne amie*" Noter la présence du "je" et de la voie "passive" ; le patient est l'objet passif d'une expérience, l'accent est mis sur lui et non sur l'amie. La séparation est apparemment reconnue ("ancienne") mais il persiste un lien avec cette amie puisqu'elle le surveille. La surveillance est celle d'une femme avec laquelle une relation avait été nouée. (Questions que se posera sans doute un clinicien : le délire ne restitue-t-il pas une relation inversée (la relation existe toujours mais la surveillance a remplacé l'amour), s'agit-il d'une projection sur le modèle de celle définie par Freud dans Schreber (elle me surveille parce qu'elle me hait < je la surveille parce que je la hais < je la hais parce qu'elle ne m'aime plus), le délire est-il l'édition d'une néo-réalité, quels rapports y a-t-il entre cette surveillance et la mutilation de son sexe et les micros, peut-on considérer qu'il n'y a pas eu travail de deuil après la séparation, quel statut a cette amie (objet total ou objet partiel ou double narcissique)... ?

(O) "*et toutes les femmes du monde sont liguées contre moi*" Noter ici la différence : les "femmes" deviennent l'élément central (elles sont le sujet de la phrase). Il existe donc un complot contre le sujet, complot uniquement féminin - les hommes n'en font pas partie. L'amie est à la fois distinguée des autres femmes et intégrée à elles. L'essentiel est ici le "toutes les femmes" (aucune n'y échappe,

y compris sa mère !) ; il existe une entité globale féminine qui lui en veut. Cette conception appelle les mêmes questions que celles précédemment posées à propos de son amie : de quelle haine le sujet est-il porteur contre les femmes, femmes qui sont représentées auprès de lui par son ancienne amie et par sa mère ? L'expérience de ce patient apparaît-elle comme celle d'un homme sexuellement mutilé victime de toutes les femmes, c'est-à-dire peut-être de La Femme (représentée par l'amie et la mère) ? De quelle toute-puissance sont investies les femmes ? Que représentent sa mère et son amie ? Où est le père dans cette histoire ? Quels sont les bénéfices narcissiques d'être le seul homme face à toutes les femmes ?

(P) "pour me punir d'une faute que je n'ai pas commise" Apparition d'une justification de l'attitude des femmes, de la notion de faute et d'une défense du sujet. L'expérience du sujet est celle de l'injustice, mais s'il l'on reconstruit la logique du délire on a les éléments suivants :

- mon amie me surveille
- généralisation derrière "toutes les femmes"
- camouflage du motif ("faute")
- défense contre ce camouflage avec utilisation de la négation ("que je n'ai pas commise")

Questions : de quelle faute s'agit-il ; doit-on retourner la formule et considérer que le sujet parle d'une faute commise par les femmes (amie et/ou mère) ? De quelle culpabilité s'agit-il ?

Le repérage des éléments essentiels donne donc les points suivants :

- mutilation sexuelle
- pensées enregistrées
- surveillance
- femmes
- faute non commise

Le délire place donc le sujet comme mutilé, victime de toutes les femmes - à cause d'une erreur - mais paradoxalement le fait d'être le seul homme face à ces femmes traduit l'existence d'une position pour le moins mégalomane : il est injustement victime, mais il n'est pas n'importe quelle victime.

## f) Analyses psychopathologiques

La présentation qui suit est scolaire et n'a donc pas d'autre but que d'illustrer ce qui a été dit précédemment. Il va sans dire que le travail d'un clinicien se doit d'être un peu moins obsessionnel et un peu plus fin. D'autre part, l'aspect limité du matériel ne permet aucunement de conclure.

### f.1. Étude du "mode de fonctionnement mental du sujet"

#### Etude des mécanismes de défense

- dénial de la réalité : attesté au moins par la notion de "sexe mutilé"
- projection : attestée par son rapport aux femmes et à la faute (Pour Freud il existe dans ce mécanisme trois temps consécutifs : tout d'abord la représentation gênante d'une pulsion interne est supprimée, puis ce contenu est déformé, enfin il fait retour dans le conscient sous la forme d'une représentation liée à l'objet externe" (Bergeret J. Abrégé.. p. 98).

- identification projective : ici plus difficile à reconnaître mais peut être déduite du morcellement et de l'enregistrement de la pensée. C'est un terme introduit par Mélanie Klein pour désigner un mécanisme qui se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler.

- dédoubllement du Moi : ici l'utilisation de ce concept est discutable dans la mesure où il semble bien être en échec (il s'agit d'un mécanisme de défense contre l'angoisse de morcellement : "une partie du Moi va demeurer en contact opératoire avec la réalité non gênante pendant qu'une autre partie de ce même Moi va perdre tout contact avec cette réalité dans ce qu'elle présente d'angoissant pour lui, cherche à dénier tous les aspects trop angoissants et, au besoin reconstitue (délire) en compensation une néoréalité plus rassurante et plus désirée à la fois" (Bergeret J. Abrégé.. p. 106). Il s'agit naturellement d'un mécanisme psychotique.)

- régression : plus facile à cerner dans le discours de la mère désignant le comportement du patient ; cette régression est ici triple formelle, temporelle, topique à cause des manifestations hallucinatoires, du comportement et du mode de pensée ("Dans un processus psychique comportant un sens de parcours ou de développement, on désigne par régression un retour en sens inverse à partir d'un point déjà atteint jusqu'à un point situé avant lui. Prise au sens topique, la régression s'opère, selon Freud, le long d'une succession de systèmes psychiques que l'excitation parcourt normalement selon une direction donnée. Dans son sens temporel, la régression suppose une succession génétique et désigne le retour du sujet à des étapes dépassées de son développement (stades libidinaux, relations d'objet, identifications, etc.). Au sens formel, la régression désigne le passage à des modes d'expression et de comportement d'un niveau inférieur du point de vue de la complexité, de la structuration et de la différence". (Vocabulaire de la psychanalyse). Toute situation de maladie mentale implique pour Freud un conflit et une régression plus ou moins importante).

#### Etude du type de relation d'objet

Il est certes plus facile ici de se servir de ce que dit la mère que de ce que nous fournit le discours du sujet. On peut toutefois noter : l'absence de distanciation objectale stable (enregistrement de la pensée), les éléments d'ambivalence (avec la mère), des éléments mettant en cause la distinction entre dedans et dehors (micros et pensée), la difficulté à gérer les manifestations pulsionnelles (avec la mère), l'aspect persécuteur de l'objet, la nature probablement partielle de l'objet (encore que ce soit difficile à percevoir sauf peut-être dans ce qui est mentionné de son propre corps et dans la manière dont il reconstruit la relation avec son ancienne amie à laquelle il fait jouer ce rôle particulier), l'absence de référence au père, les risques d'empiétement par l'objet (les femmes, les gens dans la rue), le mode de fonctionnement sans tenir compte de l'autre (relation à la mère). La relation à la mère semble étonnante puisque ce sujet vit avec elle, qu'il pense que les femmes sont toutes ligées contre lui et qu'il tente d'avoir un rapport sexuel avec elle. La question de l'interdit de l'inceste semble jouer un rôle particulier puisque sa transgression permet d'atteindre la jouissance. De manière schématique (car il nous faudrait plus d'éléments) on pourrait avancer qu'il existe une menace de relation fusionnelle (dans laquelle le sujet ne sait pas démêler ce qui est lui et ce qui est

l'autre).

#### **Etude du type d'angoisse**

On peut nommer les éléments suivants : angoisse d'intrusion (micros), angoisse de destruction d'une partie du corps, angoisse de destruction de l'identité. Étant donnés les autres éléments on aurait tendance à conclure à une angoisse de morcellement.

#### **Etude du symptôme et de la demande**

La demande est celle de la mère et, pour l'instant, le sujet semble ne rien demander. Il faut donc déduire sa demande des plaintes qu'il formule concernant la persécution, la faute, le morcellement, le vol de la pensée. Le symptôme est ici une plainte concernant ce dont il est victime de la part de persécuteurs ; ce que le sujet met en avant c'est son corps, sa pensée et les femmes. D'une certaine manière la question porte, dans son délire, sur les femmes.

#### **Etude des modes d'investissements libidinaux**

Pour ce qui concerne l'extérieur, on perçoit seulement la dimension féminine des objets (femmes), ou, si l'on reprend le discours de la mère, les "regards" et elle-même. On notera que, dans le peu d'éléments que nous avons, la question du désir et de l'autonomie de ces objets n'est pas directement posée. En ce qui concerne les éléments propres à lui-même, il s'agit d'organes isolés (nez, sexe, pensée), de son image dans le miroir, témoignant peut-être d'une activité auto-érotique portant sur des objets partiels, et spéculaires. On pourrait faire une hypothèse en termes de stase de la libido du moi (Cf. S. Freud (1914) « Pour introduire le narcissisme ». Dans *La vie sexuelle*, 1969, P.U.F, Paris). Il faut tout de même s'interroger sur l'apparition de manifestations dépressives dont le sens n'est pas clair : qu'est-ce que la perte d'objet chez le psychotique ? existe-t-il un travail de deuil chez le psychotique ? qu'est-ce que le sujet a perdu ? De même la question de la prédominance de certains placements libidinaux chez ce sujet reste obscure.

#### **Analyse des relations avec l'interlocuteur**

L'observation ne les mentionne pas mais il ne semble pas que le contact est syntone et que l'interlocuteur ait une quelconque importance.

### **f.2. Analyse de l'histoire du sujet**

Rappelons que cette analyse procède de plusieurs manières : liens que l'on peut établir de l'extérieur dans la linéarité de l'histoire, répétitions de l'histoire relevées par le psychologue, manière dont le sujet reconstruit son histoire. Ici encore nous devons utiliser, faute de mieux, le discours de la mère. Mais on devrait, en toute rigueur s'intéresser à l'histoire de la mère selon les trois mêmes axes et réfléchir à la manière dont la mère perçoit (consciemment et inconsciemment) son fils, et ce point ne concerne pas seulement la mère mais aussi le père.

#### **f.2.a. liens temporels**

L'épisode actuel est survenu après une relation sentimentale dont l'échec reste à discuter : sommes nous devant une situation "classique" dans laquelle le sujet ne supporte pas la séparation ou bien devant une situation dans laquelle le sujet ne tolérait pas la relation elle-même parce qu'elle

devenait dangereuse pour une partie de lui. Notons qu'une tentative de séduction de la mère (avec une certaine violence) a précédé d'un an l'épisode actuel. On peut reconstituer la pathobiographie de la manière suivante :

- il y a 3 ans (à 18 ans) début du processus
- période de dysmorphophobie qui concerne le nez et le sexe, d'attitudes bizarres et de fascination narcissique pour son image, et de persécution par le regard des autres (projection). Perte du contact avec la réalité
- tentative agie de transgresser le tabou de l'inceste, transgression présentée comme possible, nécessaire, procurant un plaisir et peut-être comme une auto-guérison,

NB : si le matériel paraît oedipien, il ne s'agit en rien d'une position oedipienne. La structuration oedipienne concerne les fantasmes inconscients et non le passage à l'acte réel ; ce type de comportement accompagné de sa justification et de son contexte est pratiquement toujours le fait de psychotiques. Si l'inceste n'est pas forcément le cas de sujets psychotiques, la manière dont ce sujet l'évoque, le rapport qu'il entretient avec les femmes dans son délire est un phénomène psychotique. Le propre de certaines psychoses est précisément de formuler directement, voire de réaliser ce qui, chez les névrosés, reste parfaitement inconscient. Chez le schizophrène le symbolique est réel. Une des plus grandes erreurs avec les psychotiques consiste à les considérer comme des névrosés sous prétexte qu'il existe chez eux des thèmes manifestes qui rappellent les thèmes révélés par la psychanalyse à propos des névrosés. Chez les psychotiques il existe bien un matériel à contenu apparemment oedipien, mais il n'y a pas de structuration oedipienne :

- relation (de quelle nature ?) avec une amie
- rupture
- apparition de manifestations dépressives puis, 15 jours après
- apparition de bizarries comportementales, puis
- éléments dépressifs et délirants à thèmes projectifs de surveillance et de mutilation.

On remarque donc que la perte de son amie a été suivie d'un phénomène d'allure dépressive, rapidement accompagné de bizarries qui se superposent à la tristesse, puis d'un délire mettant en cause les femmes. Cette succession peut apparaître comme une série de tentatives de réaction à une perte (dont on ne connaît pas la nature exacte). En effet, il est hautement probable qu'il ne s'agissait pas d'un objet total, mais d'un objet partiel qui d'objet bon est devenu persécuteur.

### **f.2.b. répétitions de l'histoire**

Le manque d'information nous empêche d'y répondre, mais que répète la séparation avec l'amie, quand le sujet a-t-il été persécuté par une femme, quand son sexe (et son nez, pourquoi pas ?) se sont-ils transformés (La question des transformations de la puberté doit être ici posé).

### **f.2.c. reconstruction de l'histoire par le sujet**

Le sujet est apparemment incapable de construire son histoire, les choses sont présentées sur le même plan. Il faudrait lui demander comment il évalue la situation en particulier en l'invitant à établir des relations de causalité entre la perte de son amie et la persécution par les femmes. De même il faudrait savoir comment il situe sa mère là-dedans et comment il interprète la demande de

consultation.

### f.3. Étude de la structure

Avec aussi peu d'éléments, elle est impossible. Toutefois on peut remarquer : la référence aux femmes et l'absence d'hommes, la présentification de la castration, l'empiétement par l'Autre (toutes les femmes) en position déterminante, la tentative de transgression de la Loi de prohibition de l'inceste, la constitution d'une néoréalité mettant en scène la féminité, l'ambivalence autour du même objet (amie), l'occultation de la place de la mère (qui est pourtant là), l'occultation de la place du père, la réapparition dans le réel délivrant de certaines questions... Plusieurs possibilités apparaissent

*1ère ligne d'interprétation* : L'utilisation des équations théoriques tirées de l'analyse de Schreber (Voir Freud S. (1911) Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa. In Cinq psychanalyses. 1953. Paris, PUF ; Lacan J. (1958) D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. In Ecrits. 1966, Paris, Seuil) permettrait de poser des questions quant à la position du sujet comme objet essentiel à l'ensemble des femmes (liguées contre lui). Une rapide équivalence entre "femmes" et "mère" permettrait de faire quelques hypothèses structurales sur la place que ce sujet croit occuper dans le désir de sa mère et dans la relation de toute-puissance qui les lie.

*2ème ligne d'interprétation* : On emploierait une "équation théorique freudienne" (Voir S Freud (1924) « Névrose et psychose », dans *Névrose, psychose, perversion*, Paris, PUF, 1973) : le "délire est un processus restitutif de guérison", il y a dans le délire un fondement de vérité historique, le délire remplace quelque chose qui a été dénié dans le passé... On s'interrogerait alors sur l'identité entre la situation délirante et une situation infantile et sur ce que le délire dit de "vrai" quant aux incertitudes du sujet concernant la sexualité, la femme, les autres.

Ces deux lignes sont purement hypothétiques et ne servent qu'à interpréter le matériel. Elles pourraient être complétées par d'autres lignes faisant référence aux travaux de Mélanie Klein (fixation, position paranoïde-schizoïde, identification projective), à ceux de G. Pankow (image du corps), de Racamier.... Le problème n'est cependant pas uniquement de ramener cette histoire à une généralité, mais aussi de cerner ce qui se passe chez ce sujet précis. Sur ce plan, il faut faire quelques hypothèses cliniques.

### f.4. Hypothèses cliniques (succinctes)

1 - Une des premières choses qui frappent est la dimension de l'expérience corporelle de ce patient. Il rapporte - à nous ou à sa mère - des transformations qui, dans un autre contexte, pourraient évoquer des idées hypocondriaques. Cette plainte à propos de son corps traduit une expérience corporelle qui évoque la souffrance, alors que l'observation devant le miroir pourrait constituer une autre expérience moins destructrice pour le sujet. Cette plainte, cette contemplation, traduisent l'existence d'une modification de l'image consciente du corps et sans doute de l'image inconsciente. La demande est sans doute à reconnaître dans ce qu'il en dit au médecin. Mais l'origine de la modification de l'expérience corporelle est à situer ailleurs que dans le corps ; de quelles pensées ces manifestations sont-elles le représentant ?

2 - Le second élément concerne le rapport aux femmes. Pour contradictoire que soit son discours, il n'en ressort par moins que les femmes sont perçues comme dangereuses. Il ne s'agit aucunement d'en déduire qu'il ne fait que retraduire là le comportement réel de sa mère. Mais il est sans doute vrai que son inquiétude et son interrogation portent sur la différence des sexes, sur le désir de sa mère et sur ce qu'il est pour elle. Le complot, l'enregistrement de la pensée constituent des tentatives de réponses à ces questions. C'est sans doute ce qu'il est allé demander, sans s'en rendre compte, aux psychiatres. Cependant il faut aussi comprendre toutes ces tentatives comme des essais pour se démarquer de la toute-puissance prêtée à la mère qui n'est évidemment pas la mère réelle, mais l'Objet primordial (présent dans l'imago maternelle) représenté par la mère réelle.

3 - L'épisode d'apparente transgression du tabou de l'inceste est à considérer non pas comme une réelle transgression, mais comme une complète ignorance de cette Loi. Dans son univers, il est tout à fait possible de réaliser ce genre de désir. Ce mode de fonctionnement régressif suppose que le sujet soit hors organisation oedipienne. Il est possible que l'expérience délirante de mutilation sexuelle puisse être mise en relation avec ce désir. Tout se passe comme si le sujet était agi dans le réel par ces désirs.

4 - L'existence de l'amie et l'apparition de manifestations dépressives laissent penser que l'amie possédait un statut particulier pour lui, statut différent des autres objets partiels. Sa capacité à se dé-primer pourrait témoigner d'une tentative structurante d'élaboration de l'objet. Toutefois cette tentative a échoué ; les mécanismes de défense mis en place contre le processus schizophrénique ont été sans effets. Il est possible que le même type de situation se reproduise avec un thérapeute.