

OBSERVATION N° 29

Aiwoz : j'aime mes voix

Un homme de 30 ans présente depuis de nombreuses années un important délire, riche et fantastique, à thèmes multiples, mais il reste assez bien adapté à la réalité.

Aiwoz : c'est le nom qu'il s'est donné pour son blog sur Internet.

Aiwoz avait 20 ans quand il a commencé à présenter des troubles. Il est le cadet d'une fratrie de deux, l'aînée est une sœur. Il est issu d'un milieu aisé. Il a obtenu son bac littéraire après une scolarité normale, puis a échoué à sa première année de droit ; il s'est réorienté vers des études de lettres et à nouveau il a échoué ; une dernière tentative en philosophie soldée par un nouvel échec a marqué la fin de ses espoirs universitaires.

Actuellement Aiwoz a 30 ans et il habite toujours chez ses parents. Au moment où les troubles ont commencé, il consommait des drogues diverses : du haschisch, des amphétamines, de l'héroïne et surtout du LSD. À 22 ans il a été pour la première fois hospitalisé en psychiatrie : le diagnostic de psychose schizophrénique fut évoqué et un traitement neuroleptique instauré. À sa sortie de l'hôpital, Aiwoz a interrompu le suivi et le traitement neuroleptique.

De l'âge de 22 à 28 ans, c'est une longue succession de prises et d'interruptions de traitements, de consommations de drogues et de séjours à l'hôpital. Il a passé un an et demi dans une clinique de thérapie institutionnelle. En 2004, il a été admis au foyer de postcure du secteur pour évaluer son autonomie et voir s'il était possible de le séparer de ses parents en lui faisant intégrer un appartement thérapeutique.

L'essai n'étant pas concluant, Aiwoz est retourné vivre chez ses parents.

Entretien au centre médico-psychologique (CMP), en 2004 : Aiwoz est un jeune homme avenant, souriant, de bonne humeur, courtois, qui répond volontiers aux questions. D'emblée, il parle de drogues et dit qu'il voudrait de la méthadone, évoquant un manque qui ne semble pas physique. Il n'insiste pas.

Il dit souhaiter quitter le domicile de ses parents pour vivre de façon autonome : il a reçu un héritage de sa grand-mère et pense qu'il pourrait ainsi s'acheter un studio avec l'aide de ses parents. Il passe, dit-il, ses journées à regarder des DVD, à jouer de la flûte à bec et à faire du dessin automatique.

Lors de cet examen il est tout à fait présent, bien orienté, mais le délire apparaît vite dans son discours. Il affirme que depuis 6 ans, alors qu'il est en traitement, il entend des voix ; elles n'ont jamais cessé avec les neuroleptiques et heureusement, ajoute-t-il, car il aime ses voix, et si les médicaments les arrêtaient, il ne les prendrait plus.

Lorsqu'on le laisse parler librement, le délire apparaît foisonnant, avec de nombreuses ramifications. Néanmoins dans le même entretien il peut raconter clairement des événements de son histoire. Il évoque l'été 2000 comme une période ayant été difficile pour lui : ses parents excédés par son comportement lui avaient demandé de quitter leur maison. Il a dû vivre dans la rue pendant 6 mois ; il se souvient qu'il était parti dans le sud, qu'il « faisait un peu la manche » quand son compte bancaire était vide. En 2006, lorsque Aiwoz se décidera à écrire son histoire, il dira que cet été fut un été meurtrier pour lui, qu'il était en contact télépathique avec son père qui lui faisait voir des scènes de torture où on lui arrachait les membres, il subissait un viol mental, on effaçait sa mémoire, il vivait des transformations corporelles effrayantes et douloureuses.

À l'automne 2000, il est revenu chez les parents. Actuellement, il dépense toute son allocation adulte handicapé pour acheter des CD, des crayons, du papier, des couleurs. Sa mère lui achète ses cigarettes en grande quantité. Il est nourri et blanchi à la maison.

Il dit : « Je suis Dieu, le Diable et Satan ; de temps en temps ils se dissocient mais en général ils parlent d'une seule voix. J'ai la chance d'avoir trois personnalités : une est claire, polie, qui joue de la flûte ; une deuxième est noire, insultante, se drogue et pratique des rituels sataniques ; une autre est médiane, attirée par les femmes siciliennes. »

« On m'a montré des photos de moi, c'était une radio de mes reins, on voit que j'ai un jumeau, le cadavre d'un jumeau que j'ai avalé parce que j'étais le plus fort. »

« Dieu m'a fait des mensonges. C'est lui qui me crée des faux souvenirs pour créer le mythe de ma naissance. Mes parents sont des parents adoptifs. »

Aiwoz explique avec beaucoup de détails qu'il s'est engendré lui-même, en employant diverses formulations : « Dieu enjolive les histoires, il m'a fait croire que j'étais né de moi. » Puis : « Je me suis enfanté de moi-même. » Et il précise : « En regardant une femme, je l'ai mise enceinte de triplés. Alors j'ai dit "on va encore dire que c'est Dieu Satan le Diable ! Est-ce qu'ils ne pourraient pas fusionner ?" Ils fusionnent en un. J'ai eu la vision d'un Dieu fusionné... La femme est secourue par un hélicoptère qui l'envoie dans le passé. C'est une femme albinos et comme je sais que ma mère était albinos, alors je sais que c'est moi, je me suis enfanté de moi-même. »

Aiwoz est encouragé par son psychiatre traitant à écrire son histoire et il envisage l'achat d'un ordinateur pour ce travail. Il dit : « Je veux écrire mon livre ».

Six mois après le premier contact avec le CMP, il accepte de fréquenter un hôpital de jour, dont on espère qu'il lui permette de reprendre des relations sociales. Parallèlement à l'hôpital de jour, le projet d'un appartement autonome se met en place, souhaité par Aiwoz autant que par ses parents : ceux-ci ont conscience qu'ils ne seront pas toujours aux côtés de leur fils pour veiller sur lui, et Aiwoz sait bien qu'il compte trop sur eux pour gérer sa vie quotidienne. Il semble donc nécessaire de travailler à la séparation d'Aiwoz et de ses parents, améliorer son autonomie en l'encourageant à s'occuper lui-même de ses affaires.

Il est orienté vers un service d'accompagnement à la vie sociale, mais il montre une grande inertie dans cette démarche et il faudra deux ans pour qu'il accepte de rencontrer les éducateurs de ce service. Les contraintes de la vie quotidienne le font fuir, alors qu'il n'est pas du tout incapable d'initiatives lorsqu'il s'agit de choses qui touchent à son domaine délirant. Par exemple, Aiwoz a acheté une boule de cristal et une planchette wi ja pour faire du spiritisme.

En avril 2005, Aiwoz doit être réhospitalisé car il se drogue à nouveau : LSD, ecstasy, haschisch. Il ne rêve qu'à entrer en transe pour communiquer avec ses voix. Il s'est acheté un ordinateur et a appris beaucoup de choses, puisqu'il se crée son propre site où il met tous ses dessins automatiques.

En septembre 2005 il va bien, il écrit, fréquente l'hôpital de jour, s'entend bien avec ses parents et en même temps son délire fantastique est ce qui l'intéresse le plus. Il prie, dit-il, pour que les voix lui répondent. C'est de la Claire Audience : ce sont les voix qui lui ont appris que cela s'appelait ainsi.

Il envisage de s'installer comme médium pour gagner sa vie, et se lance même dans la recherche d'un local pour mener à bien ce projet. Dans le même temps il ne se vexe pas si on plaisante sur ses capacités divinatoires. Sa conviction de posséder des dons est variable. Il admet que son psychiatre ne pense pas comme lui et ne s'en formalise pas. Il ne cherche pas à convaincre les autres.

Aiwoz se montre parfois préoccupé, anxieux, avec une évidente souffrance psychique. Il rapporte alors un vécu délirant : l'idée qu'il est victime d'un viol mental revient, et il recommence à accuser son père. Il écrit : « J'ai cru me souvenir plusieurs fois de scènes de tortures où l'on arrachait des membres... tout ce que je sais, c'est que je me suis réveillé un jour avec des doigts de pieds deux fois plus longs que la veille... mes empreintes digitales varient d'une année sur l'autre et elles ne sont pas du même type d'une main à l'autre, d'un doigt à l'autre... »

Il revient sur sa filiation délirante : son père n'est pas son vrai père, il s'est engendré lui-même, il est Dieu, son histoire est écrite dans la Bible : « La vraie Bible ou le vrai Coran, c'est l'histoire de ma vie telle que retranscrite par les voyants sur le millénaire, car je suis éternel, je survivrai à Dieu... il n'y a qu'un personnage dans la Bible et c'est moi. Que ce soit Abraham ou Moïse, ainsi qu'Adam ou Caïn, c'est toujours de moi qu'il s'agit. Sans l'aide des esprits, je serais persuadé de continuer une vie tranquille sans torture et sans viol, et au 21^e siècle, sur Terre. Je sais qu'il n'en est rien... je sais qu'entre chaque jour je suis mis en relais sous différentes formes, ce qui me laisse le temps de composer les chansons à la mode et les émissions télévisées ou les films, qui le plus souvent parlent de moi ou de mon avenir. »

Lorsqu'on l'interroge sur ses relations avec les femmes, il est très prolix sur ses rencontres hallucinatoires et les aventures qu'il a pu avoir par télépathie avec de superbes femmes.

Lorsqu'il décide de casser son plan d'épargne logement pour s'acheter du LSD, ses parents demandent l'ouverture d'une mesure de protection de ses biens.

En octobre 2005 il doit être réhospitalisé pour quelques jours.

À partir de janvier 2006, il remet à son psychiatre son histoire tapée sur ordinateur, et il commence à chercher activement un studio. En juin une promesse d'achat est signée mais Aiwoz reste réticent à l'idée de fréquenter le service d'accompagnement à la vie sociale, pourtant indispensable pour l'aider à vivre seul. L'été suivant il part six semaines en vacances avec ses parents, et ne présente pas de troubles.

Quelles sont les particularités de cette psychose chronique ?

Il s'agit d'un délire chronique a priori non schizophrénique. On ne met en évidence aucun symptôme de dissociation idéo-affective ni de discordance. Hormis le délire, l'adaptation à la réalité est assez bonne. L'importance du délire et sa nature évoquent une paraphrénie.

Le mécanisme du délire est d'abord hallucinatoire. Il existe des hallucinations psychiques (« la télépathie ») et psychosensorielles essentiellement verbales, mais aussi visuelles et cénesthésiques. Ces dernières peuvent être de nature terrifiante lorsqu'il s'agit de scènes de torture, de démembrément ou de transformations corporelles, ou bien au contraire il peut s'agir de sensations voluptueuses qu'il ressent lorsqu'il est, comme il le dit, « en contact télépathique avec ses femmes ».

Les hallucinations, les intuitions, les interprétations concourent à élaborer un délire très imaginatif avec des fabulations.

Le thème du délire reste stable. Il s'agit d'une vaste construction schrébérienne, qui ne varie pas dans le temps, progressivement élaborée : il est Dieu en trois personnes, il est présent dans le passé, le présent et l'avenir, il s'est engendré lui-même en fécondant sa

mère par son regard ; son histoire est écrite dans la Bible et le Coran ; son existence est démultipliée grâce aux jours qui s'intercalent entre les jours, ce qui lui permet de vivre une infinité de vies différentes et d'être l'auteur des chansons ou des films qui lui plaisent.

Il existe aussi un automatisme psychomoteur, ce qu'Aiwoz appelle le dessin automatique : il dessine au pastel des formes arrondies colorées, plus ou moins coalescentes. Ce sont des dessins « inspirés », et il en interprète après coup la signification.

Aiwoz est capable de faire la démarche d'acheter un ordinateur, d'apprendre à s'en servir et de réaliser des choses complexes avec cet outil, à partir du moment où il s'y intéresse ; mais il investit peu en dehors de son délire.

Le traitement neuroleptique est prescrit sous forme retard injectable, car Aiwoz reste assez opposé à un traitement ; si celui-ci devient trop efficace et le prive de la présence hallucinatoire, il déprime ou bien n'hésite pas à prendre du LSD. Un travail de longue haleine est nécessaire pour lui permettre d'investir la réalité, avoir des relations sociales qui puissent prendre la place de ses investissements délirants.

Qu'est-ce que le délire paraphrénique ?

Kraepelin a isolé les délires paraphréniques des formes délirantes de la démence précoce et des délires paranoïaques.

Il définit quatre formes de paraphrénie :

- confabulante : délire très riche à mécanisme surtout imaginatif ;
- fantastique ;
- systématique avec des hallucinations prédominantes, proche de la psychose hallucinatoire chronique ;
- expansive avec une exaltation de l'humeur proche d'une manie délirante.

La psychose d'Aiwoz répond bien aux critères caractérisant les psychoses paraphréniques : des thèmes délirants riches et fantastiques, l'importance des

mécanismes hallucinatoires et imaginatifs, la bonne adaptation à la réalité contrastant avec la luxuriance du délire, l'évolution à long terme non déficitaire à l'inverse de la schizophrénie.

La forme assez systématisée du délire d'Aiwoz se rapproche de la paraphrénie systématique ; cependant les thèmes délirants sont des thèmes fantastiques ; enfin Aiwoz se montre parfois exalté, ce qui peut infléchir dans le sens d'une paraphrénie expansive.

Aiwoz pourrait aussi nous faire évoquer le délire d'imagination de Dupré, par le caractère richement imaginatif de ses récits ; cependant, le mécanisme du délire est d'abord hallucinatoire.

Que l'on se réfère à la classification allemande ou à celle de l'école française, les auteurs décrivent une

conservation de la personnalité. La personnalité fait référence au Moi : dans la paraphrénie en général et chez Aiwoz en particulier, cette personnalité est conservée dans le sens où le patient a gardé ses capacités intellectuelles, capable d'apprendre à se servir d'un ordinateur et de réaliser des choses assez complexes. On peut parler avec lui de beaucoup de sujets : ses réponses sont adaptées tant qu'on n'approche pas de son délire. Mais est ce que son Moi est vraiment intact ? Évidemment, par rapport à la désintégration schizophrénique, Aiwoz garde une consistance moïque qui lui permet de vivre et d'agir avec une relative autonomie.

Mais pour aller au-delà du diagnostic psychiatrique et de cette idée des aliénistes d'un Moi conservé, il convient de s'intéresser au syndrome d'inter-métamorphose qu'Aiwoz présente :

- parfois ses parents ne sont plus ses parents ;
- il a trois personnalités ;
- il est Dieu, Satan, le Diable ;
- il a un jumeau dans le ventre ;
- il s'est transformé temporairement en femme pour la cloner et rencontrer ensuite ces femmes ;
- dans la Bible c'est toujours de lui que l'on parle, il était Abraham, Moïse, Caïn, Adam etc.

Ces éléments renvoient à deux ordres de phénomènes : d'une part la non-reconnaissance, ou non-identification, de personnes proches et d'autre part des phénomènes de duplication de l'image spéculaire (« il a un jumeau dans le ventre » nous renvoie à l'idée du double, et « il est Dieu, Satan et le Diable » à une triplication). Cela s'accentue encore dans ses références à la Bible, où la démultiplication se systématisé.

Ces phénomènes peuvent être compris grâce à la théorisation du stade du miroir et aux études des pathologies de la reconnaissance de l'image spéculaire. Lacan a précisément élaboré la notion de stade du miroir en réponse aux syndromes de méconnaissance systématique qui étaient repérés pour la première fois au début du 20^e siècle :

- le syndrome des sosies de Capgras et Reboul Lachaud où l'image est reconnue mais l'objet n'est pas identifié ;
- le syndrome de Fregoli où derrière des images différentes c'est toujours le même objet qui est identifié ;
- le syndrome d'inter-métamorphose qui mélange les deux premiers syndromes avec des transformations, ce qui fait que, dans ce cas, ni l'image ni l'objet ne tiennent de façon stable.

Diagnostic : Délire chronique de type paraphréniique

RÉFÉRENCES

- DUPRÉ E. Pathologies de l'imagination et de l'émotivité. Paris, Payot, 1925.
 KRAEPELIN E. Les paraphrénies. Ornicar Analytica, 1980, n° 19.
 LACAN J. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. In : Ecrits, le champ freudien. Paris, Seuil, 1967 : 93-100.

- OLIÉ JP, BENHADJALI B, RONDEPIERRE C, LÔO H. Le diagnostic de paraphrénie - À propos d'un cas. Annales de Psychiatrie, 1986, 1 (2) : 212-214.
 THIBIERGE S. Pathologies de l'image du corps. Paris, PUF, 1999.

OBSERVATION N° 36

À la suite d'un surmenage et de contrariétés, un homme de 47 ans change de caractère et de comportement. Il perd son enthousiasme, son énergie et le goût à la vie alors qu'il était un bon vivant.

André cède enfin à la pression de sa femme, l'incident de l'autre jour l'ayant fortement impressionné : il s'est battu avec un automobiliste pour une stupide place de parking.

« Il paraît que j'ai besoin d'un psychiatre » dit André sur un ton où percent résignation et agressivité. Cela faisait des mois que sa femme, Jacqueline, le suppliait de consulter. Plusieurs fois il a vu son généraliste, qui est aussi son ami, mais la consultation tournait à la conversation de salon et se soldait par une prescription de fortifiants et de somnifères.

André parle d'abondance, comme s'il y avait un trop-plein. Il faudra le canaliser pour obtenir les informations nécessaires au diagnostic : cela n'est possible que dans un deuxième temps.

Fatigue, difficultés de sommeil et de concentration sont quelques plaintes qui émaillent son discours spontané. Il situe le début des troubles à cinq ou six mois environ, laisse planer l'idée qu'il a trop de travail, trop de responsabilités, trop de difficultés professionnelles.

L'interrogatoire fera apparaître que les troubles ont débuté beaucoup plus tôt. Ce constat, André le fait assez spontanément tout en s'en montrant surpris.

Depuis un an, André a changé. Sa femme lui faisait remarquer son irritabilité : il se mettait en colère pour un rien. Au travail, il se contrôlait mieux mais se montrait tout de même intolérant, ne supportait plus d'avoir à discuter, encore moins à expliquer. Il redoutait les réunions durant lesquelles il est apparu absent à plusieurs reprises : cela l'épuisait anormalement.

André s'étonne de constater sa lenteur : rédiger la moindre lettre exige de s'y prendre à plusieurs fois. Ce qu'il faisait auparavant avec facilité et efficacité est devenu une entreprise pénible, épuisante, et le résultat est, selon lui, de mauvaise qualité : « Ça ne peut pas durer, on va s'en rendre compte, on va me licencier. » Il ferme la porte de son bureau pour qu'on ne le voit pas « ne rien faire et transpirer ». Il s'annonce soulagé d'apprendre que cet état, c'est de l'angoisse.

D'ailleurs, depuis quelques mois, il évite les gens, comme si on pouvait voir son malaise. Le matin est pénible. La vision de la journée à venir l'accable, la fatigue est extrême. Le soir, il se sent moins mal. Mais il dit boire beaucoup depuis quelques mois, ce qui explique selon lui les algarades avec Jacqueline et son mauvais sommeil. Il se réveille vers les quatre ou cinq heures du matin et des idées noires l'assaillent alors.

« Je n'y pense pas vraiment, je ne peux pas leur faire ça, je n'ai pas le courage » dit-il à propos d'idées de suicide survenant en fin de nuit. La libido est « plus ralentie » depuis de nombreux mois. Il n'y pense pas. Cela n'arrange pas les relations avec Jacqueline, mais il a le sentiment qu'ils se sont depuis longtemps éloignés l'un de l'autre. D'ailleurs, il se demande si Jacqueline ne trouve pas des compensations dans d'autres bras. Ce n'est pas de la jalousie mais plutôt l'évocation d'un naufrage conjugal. L'entretien se prolongeant, André prend progressivement conscience de son état anormal.

Dans la famille, il n'a plus guère de présence ; il se retire dans son whisky, son mauvais caractère. Il n'a plus d'autorité. Et pourtant ! Il y a un an, Sylvain, son fils aîné de 18 ans, a été arrêté par la police pour détention de haschisch. C'est là que tout a basculé. Sur le coup, André a bien fait face. Il a œuvré pour sortir son fils de ce mauvais pas. Sylvain lui en a su gré, mais sans plus !

Quelques semaines après s'infiltrent un sentiment d'échec, l'idée d'avoir failli vis-à-vis de sa femme et de ses enfants. Les ruminations tournent autour de la critique négative de ses ambitions, de sa carrière. Le « syndrome de Peter » revient de façon obsédante à son esprit. Il est convaincu d'avoir atteint son niveau d'incompétence, non seulement sur le plan professionnel, mais au regard de la vie dans son ensemble.

Quels éléments sémiologiques fondent le diagnostic ?

Il s'agit donc d'une dépression nerveuse. Ce diagnostic repose sur l'analyse d'un certain nombre de symptômes.

Il y a rupture avec l'état antérieur. En effet comment reconnaître, dans ce patient, le cadre d'entreprise encore jeune, sportif, joyeux, entreprenant, volant apparemment de succès en succès ? La trajectoire a changé, il y a cassure. Cette notion est fondamentale pour le diagnostic de dépression. Le souligner au patient l'aide à prendre conscience du phénomène pathologique qui conditionne son état présent.

Le changement est illustré par l'analyse de la biographie et de la responsabilité. André est un extraverti, syntone, s'adaptant parfaitement aux situations. Son anxiété était largement canalisée dans l'action, elle le stimulait et participait à sa réussite. Une culpabilité latente vis-à-vis de sa famille le poussait à s'activer, l'obligeait à réussir. Elle se trouvait bien apaisée puisque, jusqu'alors, femme et enfants bénéficiaient largement du niveau de vie qu'il leur procurait.

André n'a jamais fait de dépression et pensait ne jamais devoir en faire. Dans sa famille, personne n'est déprimé.

Il y a changement et cela est durable (un an).

La dépression comporte ici une constellation sémiologique assez claire et n'ouvrant guère sur des diagnostics différentiels. La fatigue est physique et psychique. André renonce au sport, comme il s'exaspère de ne pouvoir se concentrer, de ne pouvoir participer à la conversation : « J'ai du mal à penser ». Outre l'atteinte des fonctions cognitives, il est apparu une hyperémotivité, des troubles du caractère (irritabilité, susceptibilité) caractéristiques de l'état dépressif.

L'humeur est triste, la pensée centrée sur la dévalorisation, la culpabilité, l'échec. L'angoisse est présente. Le sommeil est perturbé, marqué par le réveil précoce. Au petit matin, s'imposent les idées de mort. Le danger de passage à l'acte est bien réel même (voire surtout) s'il est nié par le déprimé.

Cette dépression est réactionnelle. Sous ce terme, on suggère une certaine logique à la survenue de l'état dépressif. Il y aurait lien de causalité entre un événement et l'installation de l'état dépressif, celui-ci évoluant par la suite pour son propre compte. L'exemple le plus évident est celui de la mélancolie de deuil.

Pour André, l'événement serait l'acte délictueux de son fils. À l'analyse, on se rend compte que la dépression d'André est réactionnelle à une somme d'événements :

- l'arrestation de son fils ;
- un surinvestissement dans le travail dont la finalité s'estompe avec les réussites et l'âge ;
- mais aussi, une culpabilité longtemps refoulée qui s'impose brutalement ;
- et une fatigue chronique ne favorisant pas le recul face à l'événement. La personnalité d'André, de type phobique hyperactif, a favorisé ce cumul.

Plus que causal, l'événement est précipitant. La dépression réactionnelle intervient aussi dans un contexte particulier, à un moment de l'histoire du sujet dont la personnalité est en mesure de participer à la réaction dépressive. L'homme est trop complexe pour qu'un événement, fût-il majeur, entraîne à lui seul une dépression. Il y a généralement conjonction entre l'événement et le structurel.

OBSERVATION N° 20

Céline, âgée de 18 ans, est allée voir son médecin généraliste car elle ne se sent pas bien depuis quelques semaines. Elle a du mal à dormir depuis environ trois mois, elle ne va presque plus en cours car cela ne l'intéresse plus et elle pense qu'elle ne pourra jamais rattraper son retard pour pouvoir passer le baccalauréat de français. Incapable de se mettre au travail, elle tourne en rond dans l'appartement, grignote des sucreries, et quand elle s'assied à son bureau elle n'arrive pas à se concentrer, a du mal à retenir ce qu'elle lit, est absorbée dans ses pensées qui portent sur l'avenir de la planète.

En fait Céline pense que l'avenir n'est pas dans les études mais dans la vie associative : elle souhaite aider les plus défavorisés et voudrait s'y engager dès qu'elle se sentira mieux. Mais actuellement, elle ressent de drôles d'impressions ; elle pense parfois qu'elle n'est pas elle et que quelqu'un d'autre pense à sa place sans en être sûre. Quand elle se regarde dans la glace, elle a l'impression que ses oreilles grandissent et elle se dit que c'est pour mieux entendre le présentateur du journal télévisé qui s'est adressé à elle il y a deux jours. Elle a parfois l'impression que son cuir chevelu se déforme, que des sortes d'antennes sortent de sa tête et, dans ces moments, elle se demande si elle n'est pas une sorte d'extraterrestre. D'ailleurs elle est passionnée par les planètes, persuadée qu'il y a d'autres formes de vie qui lui conviendraient mieux sur d'autres planètes. Elle dit à son médecin que ces symptômes ne l'inquiètent pas pour autant car « ils disparaîtront si je retrouve la concentration ». Par moment, il lui arrive d'être angoissée et de pleurer sans savoir pourquoi. De plus elle ressent une grande fatigue « du matin quand je me lève jusqu'au soir quand je me couche. Il me faudrait des vitamines, docteur, pour tenir le coup ».

Céline est l'aînée d'une fratrie de trois : elle a deux frères cadets. Elle habite chez ses parents. Sa mère est responsable marketing dans une entreprise et son père avocat international : il voyage beaucoup et voit peu ses enfants. En fait, les deux parents travaillent beaucoup. Le soir c'est souvent elle qui s'occupe de ses frères mais elle a de plus en plus de mal à le faire : elle leur propose de regarder la télévision, ce qu'ils font mais pas elle car elle préfère aller se coucher. Ses parents lui ont demandé de consulter vite afin qu'elle se remette au travail et puisse à nouveau mieux s'occuper de ses frères après le lycée. Quand son médecin lui demande si elle est triste ou si elle a des idées noires elle répond négativement, tout en avouant que mettre fin à ses jours est une possibilité à laquelle il lui arrive de penser, mais pas en ce moment.

Devant ce tableau, le médecin a mis en place un traitement antidépresseur et demandé à sa patiente de venir le voir chaque semaine.

Deux mois plus tard, lors de la consultation, Céline vient avec ses parents inquiets de la situation. Hormis les troubles du sommeil qui se sont un peu améliorés, le tableau clinique est inchangé. Le médecin généraliste a décidé d'orienter Céline vers un confrère psychiatre.

Quels signes cliniques peuvent orienter une hypothèse diagnostique ?

Il est important de rechercher un abus de substances (cannabis, alcool ou autres drogues) aussi bien que d'autres facteurs déclenchants (stress, difficulté affective) ayant favorisé l'émergence de tels symptômes. Il faut aussi rechercher des symptômes que le patient n'aurait pas spontanément révélés : hallucinations visuelles, auditives, olfactives, thèmes délirants persécutifs, ou mystiques, ou de grandeur.

Il est utile aussi d'identifier d'éventuelles périodes d'excitation avec tachypsychie, accélération du cours de la pensée, logorrhée, idées de grandeur, troubles du sommeil, ou au contraire des moments dépressifs.

Il faudra prendre en compte les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, médicaux, les antécédents de suicide dans la famille ou de trouble de l'humeur, voire de pathologie psychotique, s'ils existent.

Quelles hypothèses diagnostiques peut-on évoquer ?

Les hypothèses sont :

– une dépression masquée : les symptômes en faveur de cette hypothèse sont l'existence de troubles du sommeil, les difficultés de concentration et de mémoire (inhibition, cognition), les angoisses, la fatigue, les pleurs ; en revanche il n'y a pas de tristesse exprimée, de dévalorisation ou de culpabilité, et il existe des symptômes peu évocateurs d'une pathologie dépressive à type d'hallucinations cénesthésiques et intrapsychiques ;

– un début de schizophrénie, diagnostic en faveur duquel existent de nombreux symptômes : hallucinations cénesthésiques psychosensorielles (impression que des antennes poussent sur le cuir chevelu, que ses oreilles se déforment), dépersonnalisation (se demande si c'est bien elle qui agit), idées de référence (impression que le présentateur TV lui parle), rationalisme morbide avec discours flou portant sur des questions vastes comme l'existence, les planètes.

Dans l'hypothèse d'un trouble schizophrénique, quels prodromes peut-on relever ?

Les signes évoquant les prodromes de la maladie sont le fléchissement scolaire et l'absentéisme depuis plusieurs mois, les troubles du sommeil et de la concentration, la sensation de malaise depuis quelques semaines.

Les signes prodromiques sont des symptômes non spécifiques durant quelques semaines, mois ou parfois années avant l'éclosion des premiers symptômes psychotiques. Les signes prodromiques les plus fréquemment cités dans la littérature sont la diminution de l'attention et de la concentration, la diminution de l'énergie et des motivations, l'humeur dépressive, les troubles du sommeil, l'anxiété, le retrait social, le sentiment de suspicion, une altération globale du fonctionnement scolaire et social, l'irritabilité.

Le diagnostic d'une schizophrénie débutante reste donc difficile à poser et on peut repérer trois phases évolutives :

- la phase pré morbide identifiant les sujets à risque,
- la phase prodromique,
- la phase psychotique franche.

La phase psychotique franche peut s'exprimer selon trois formes :

- les formes aiguës dont la fréquence est estimée de 30 à 50 % selon les auteurs ; il s'agit le plus souvent de la bouffée délirante aiguë ou du trouble d'allure maniaque, mélancolique ou mixte, inquiétants par leur caractère atypique ;
- les formes progressives ou subaiguës : états délirants d'évolution subaiguë souvent avec automatisme mental mais aussi états pseudo-névrotiques ;
- les formes insidieuses – les plus difficiles à détecter – où s'observent volontiers un fléchissement ou même un effondrement scolaire, voire des conduites bizarres, impulsives ou compulsives.

L'angoisse est le trait commun à tous ces modes de début. Elle est diffuse, envahissante. Il existe parfois une bizarrerie des conduites et une froideur du contact.

OBSERVATION N° 38

La grande bouffe

Ève croque la vie à pleines dents...

Ève, 29 ans, vient solliciter un avis spécialisé : depuis 8 mois, son médecin traitant est impuissant à la traiter. Elle dit souffrir « d'un trouble bipolaire avec boulimie, hyperactivité et d'une névrose d'autodestruction ». Les troubles ont débuté à l'âge de 16 ans, au cours d'un séjour aux États-Unis. Lors d'accès de boulimie, Ève ingère de grandes quantités d'aliments surgelés. Elle boit également 8 à 9 litres d'eau ou de thé vert. Après chaque crise elle provoque des vomissements, mais ne pratique pas d'exercice physique excessif. Elle se sent très coupable lors des accès. Ève est traitée par Prozac® et Xanax® pendant 6 mois, avec une efficacité sur ses symptômes. Son poids se stabilise.

À 18 ans, elle interrompt ses études. Au même moment des crises de boulimie réapparaissent : « C'était l'enfer, je fouillais les poubelles. » Elle continue de vomir à l'issue de ses ingestions. Son poids peut varier de 50 à 100 kg. Elle décrit en outre des accès de rage, de colère pouvant la conduire à se bagarrer et des périodes d'intense émotion où elle pleure facilement. Elle est « speed » en permanence.

C'est alors qu'on découvre deux nodules thyroïdiens traités par Lévothyrox® à petites doses. Son médecin lui a récemment prescrit du lithium dans l'hypothèse d'un trouble bipolaire et du Forlax®, à sa demande. Ève a mal toléré le lithium, alléguant une « léthargie », et l'a arrêté d'elle-même au bout de 6 mois. Elle continue de prendre tous les matins deux sachets de laxatif.

Aujourd'hui, elle pèse 59 kg pour 1,75 m. L'entretien note une patiente excitée : « Je pourrais danser si vous me le demandiez. » Le débit verbal est accéléré. Ève s'excuse à de nombreuses reprises de son comportement qu'elle ne contrôle pas.

Ève est l'aînée d'une fratrie de trois. Sa sœur de 26 ans souffre d'une rectocolite hémorragique et serait « hypocondriaque ». Le jeune frère de 17 ans a été suivi en pédopsychiatrie pour un déficit de l'attention/hyperactivité et traité par Ritaline®. Son père est un « paranoïaque ». « Il ne m'aime pas beaucoup et il est très exigeant. » Sa grand-mère maternelle est sous lithium et une tante paternelle est décrite hyperthyrmique.

Ève a mené une bonne scolarité jusqu'à l'obtention d'un bac littéraire avec mention. Inscrite en faculté de Droit, elle abandonne au bout de 6 mois à cause de la fréquence des crises de boulimie qui ont commencé deux ans plus tôt. Elle s'inscrit alors en faculté de Langues, étudie l'espagnol pendant un an pour être « professeur de français en Argentine ». Ève est passionnée, c'est une idéaliste. Elle est extrêmement sociable. Elle multiplie les sorties en discothèque, au cours desquelles elle consomme divers toxiques : ecstasy, LSD, cannabis, car elle dit être à la recherche de sensations, et notamment d'excitation.

Elle devient monitrice de plongée sous-marine, après avoir délaissé l'espagnol. À 23 ans, elle quitte sa famille et part à Tahiti avec un billet d'avion aller-simple. Là-bas, elle vit avec un ami alcoolique et rencontre de nombreux partenaires sexuels d'un soir. Pour fuir ces fréquentations de plus en plus douteuses, elle part à la Réunion, puis en Afrique, où elle anime avec beaucoup de dynamisme des groupes de bénévolat. En dehors de la plongée qu'elle continue de pratiquer régulièrement, Ève fait du parapente et du saut à l'élastique. Elle aime aussi le ski de vitesse et se décrit comme casse-cou.

À 28 ans, Ève passe avec succès l'examen d'entrée des études en soins infirmiers. Lors d'un stage en gériatrie qu'elle juge difficile, ses crises de boulimie reviennent. Alors que son poids était stabilisé depuis environ deux ans, elle vole de la nourriture dans le service et grossit de 20 kilos en quelques mois. Une nouvelle fois elle doit interrompre ses études.

Ève vit depuis quelques mois avec un homme, disc-jockey, rencontré sur Internet. Cette relation sentimentale semble la stabiliser tant sur le plan de l'humeur que de son alimentation. Elle vient de débuter un travail de

vendeuse en prêt-à-porter et maroquinerie ; son patron loue son énergie communicative et sa facilité de contact auprès des clients.

Quels sont les diagnostics à discuter ?

Parmi les troubles cliniques de l'axe I

Trouble de l'humeur : trouble bipolaire II, épisode actuel hypomaniaque

Sont en faveur de ce diagnostic : l'humeur expansive, le désir constant de parler, la fuite des idées, l'engagement dans des activités à risque (plongée sous-marine, parapente, saut à l'élastique, ski de vitesse).

La présence d'au moins cinq des symptômes suivants : expansivité de l'humeur, irritabilité, augmentation de l'estime de soi, réduction du besoin de sommeil, augmentation du flux verbal, accélération idéique, distractibilité, hyperactivité et augmentation de prise de risques, permet de retenir le diagnostic d'hypomanie dans les phases intercritiques d'un trouble bipolaire.

Trouble de l'humeur : trouble bipolaire II, épisode actuel mixte

Le sentiment de culpabilité inapproprié est un symptôme dépressif, qui doit faire discuter la coexistence de symptômes thymiques de polarité opposée à la manie. Le trouble de l'humeur mixte peut évoluer vers des cycles rapides.

Trouble de l'humeur avec cycles rapides

Dans la majorité des cas (80 %), il s'agit d'une modalité évolutive d'un trouble de l'humeur plutôt que

d'un diagnostic d'emblée. Cette spécification ne s'applique qu'aux troubles bipolaires I et II. Pour pouvoir porter ce diagnostic, il faut avoir éliminé notamment la consommation de substances et une hypothyroïdie insuffisamment traitée.

Toutefois, Ève n'a pas présenté quatre épisodes thymiques au cours des 12 derniers mois (critère définissant les cycles rapides). Son état thymique n'a jamais été stable, donc le diagnostic de cycles rapides est peu probable chez elle.

Parmi les troubles de l'axe II : trouble de personnalité, personnalité limite (borderline)

Ce cadre nosographique est controversé du fait de son polymorphisme symptomatique. Il inclut :

- une cyclicité des troubles de l'humeur ; chez Ève, « l'humeur ne cesse de fluctuer entre tristesse, ennui, colère, vacuité, révolte, exaltation, abattement » depuis l'adolescence ;

- des manifestations anxieuses.

Sont aussi en faveur d'une personnalité limite :

- l'instabilité et l'excès dans les relations interpersonnelles ;

- l'impulsivité (sexualité, usage de toxiques) ;

- l'instabilité affective ;

- les colères intenses.

Trouble bipolaire ou personnalité limite ?

Selon les critères diagnostiques du DSM IV-TR, la personnalité limite est définie par au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés.
2. Mode de relations interpersonnelles instable.
3. Perturbation de l'identité : instabilité de l'image ou de la notion de soi.
4. Impulsivité.
5. Répétition de comportements suicidaires.
6. Instabilité affective.
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères.
9. Idéation persécutoire ou symptômes dissociatifs.

Ces manifestations entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social et professionnel.

Dans le *trouble bipolaire II* (TBP II), l'impulsivité, définie comme l'engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables, est l'un des symptômes de l'épisode hypomaniaque (marqueur-état). Benazzi, en 2007, suggère que l'impulsivité serait également un trait du trouble bipolaire II, dans 41 % des cas, par défaut d'inhibition.

La difficulté diagnostique réside dans le fait que les TBP coexistent souvent avec une personnalité limite. L'existence d'un trouble de personnalité limite est fréquente dans le trouble bipolaire II : 46,3 % des cas.

Comment comprendre les rapports entre trouble bipolaire et trouble du comportement alimentaire chez Ève ?

Épidémiologie

Les études épidémiologiques ont montré que la prévalence de TBP au cours des troubles du comportement alimentaire (TCA) est élevée, de même que la prévalence de TCA au cours des TBP. Ces deux types de troubles sont souvent comorbides, en particulier boulimie et trouble bipolaire II. Ainsi, la prévalence de TCA sur la vie entière d'un TBP est de 6 %, avec une prédominance de la boulimie (4 %) par rapport à l'anorexie (2 %). Chez la femme bipolaire, une consommation d'alcool et des comportements de « *binge-eating* » (absorption d'une grande quantité de nourriture en une période de temps limitée) sont fréquents.

Phénoménologie

En outre, TBP et TCA présentent des similitudes phénoménologiques.

Dérégulation de l'appétit et du poids

La boulimie se caractérise par la survenue récurrente de crises de *binge-eating* et de comportements compensatoires inappropriés et récurrents : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. Le poids reste stable ou augmente. Dans le spectre bipolaire, l'hypomanie, la manie se traduisent par une hypophagie, aboutissant à une perte de poids.

Perturbations thymiques

Les TCA sont caractérisés par deux symptômes centraux de la bipolarité : perturbations thymiques et activation comportementale. Les perturbations thymiques au cours des TCA sont variées. On peut décrire : l'atypicité (c'est-à-dire une réactivité particulière de l'humeur), la labilité thymique (forte réactivité émotionnelle), la cyclicité (fluctuations rapides de l'humeur), la

mixité (alternance ou présence simultanée de critères d'épisode dépressif et maniaque).

Le *binge-eating* s'accompagne d'affects dépressifs, anxieux ou négatifs avant la crise de boulimie, puis d'un soulagement durant la crise, enfin d'affects dépressifs à type d'auto-accusation, culpabilité ou dégoût après la crise de boulimie.

Impulsivité et compulsion

Impulsivité (incapacité de résister à ses impulsions) et compulsion (besoin irrésistible) sont deux caractéristiques des TBP et des TCA. L'impulsivité reste élevée lorsque le TBP est en rémission. En outre, la comorbidité psychiatrique élevée du TBP avec l'abus de substances (dont l'alcool), le déficit de l'attention/hyperactivité, les troubles des conduites en général, est en faveur d'un marqueur clinique commun. L'impulsivité, plus qu'un simple symptôme, serait un marqueur-trait de bipolarité.

Les TCA peuvent être catégorisés en fonction du trouble de personnalité dominante, du type de comportement alimentaire : impulsif/dérégulation émotionnelle, compulsif/restriction alimentaire.

Au total, TBP et TCA partagent d'importantes similitudes phénoménologiques.

Modalités évolutives

TBP et TCA débutent classiquement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Tous deux évoluent de manière épisodique ou chronique.

Histoire familiale

La fréquence des troubles dépressifs, notamment de TBP, parmi les apparentés de patients bipolaires ou ayant un TCA, fait supposer l'existence d'un substratum héréditaire commun.

OBSERVATION N° 11

Madame G., 50 ans, souffre d'états dépressifs depuis de nombreuses années. Elle évoque une situation familiale qu'elle a du mal à supporter avec un mari qui, du fait de son métier, l'oblige à déménager tous les trois ans. Chaque déménagement occasionne des états d'angoisse et de dépression. Elle a dans ses antécédents plusieurs tentatives de suicide par ingestion médicamenteuse. Elle les explique comme « la seule solution possible à cause de l'angoisse ». Elle ne peut alors rien exprimer et « organise son départ ». Les crises d'angoisse peuvent aussi survenir sans cause particulière.

Dans les antécédents familiaux on relève une mère dépressive qui l'a eue jeune et lui a toujours reproché sa naissance, un père qui lui a fait subir violences physiques et mauvais traitements. Tout au long de son enfance elle a tenté d'être une fille sage, de ne pas faire de bruit de peur d'être battue. Vers l'âge de 12 ans elle a régulièrement subi des attouchements de son père, ce qui l'a rendue insomniaque. Dès les premières années de son mariage elle a cessé toute relation avec ses parents et considéré qu'elle n'avait plus de famille.

Son mari, peu communicatif, ne lui permet pas de s'épancher beaucoup. Elle n'a pas travaillé et a eu deux enfants qu'elle aurait voulu élever « comme une mère parfaite », mais dès leur naissance elle s'est sentie dépassée. Le fils aîné est sujet à des accès de violence et, malgré des capacités intellectuelles prometteuses, il n'a fait que de courtes études et est entré dans la vie active à 17 ans.

Madame G. décrit des états d'angoisse déclenchés par des faits minimes : seul le recours aux benzodiazépines l'aide dans ces moments. Elle entre alors dans des cycles où elle se réfugie au fond de son lit, tremblante, attendant le sommeil que lui procure l'apaisement de l'anxiolytique. Dans les phases anxieuses, elle fait une surconsommation de benzodiazépines, qu'elle arrive péniblement à interrompre lorsqu'elle va mieux.

Madame G. se juge incapable, pense qu'elle ne peut pas faire face à ses responsabilités, n'a aucune confiance en elle et a peur de tout. Elle traverse des « moments de vide » où elle ne peut rien verbaliser et où elle pense qu'elle n'a pas sa place dans la vie réelle. Elle est même alors incapable de téléphoner pour demander de l'aide.

Une thérapie de soutien avec adjonction d'une chimiothérapie a été entreprise. Un antidépresseur séotoninergique et de la thioridazine ont été prescrits, ainsi que de la cyamémazine pour l'aider à dormir la nuit. Durant quelques mois elle a ainsi pu se stabiliser mais une nouvelle décompensation est apparue à l'approche de la fête des mères : elle s'est sentie incapable de contacter sa mère. Puis elle a appris, par son fils, un futur déménagement et son mari lui a déclaré que celui-ci devait se faire dans les deux mois en raison d'une nouvelle mission. Un état d'angoisse paroxystique avec des moments confusionnels et des idées suicidaires s'est alors déclaré : un séjour en clinique a été décidé. Une hospitalisation de quatre mois avec perfusions de clomipramine a abouti à ce que Madame G. retrouve sa famille après que celle-ci ait fait le déménagement et se soit installée dans le nouveau logement.

Avec de fortes doses de clomipramine, Madame G. se présente avec des troubles de la mémoire immédiate qui la handicapent. Elle ne peut se souvenir de la date, fait des chutes dans la rue, se réveille au milieu de la nuit en appelant son mari pour qu'il aille au travail et oublie les rendez-vous de psychothérapie. Le mari se voit contraint de lui téléphoner toutes les heures pour lui rappeler ce qu'elle doit faire. Les tentatives de réduction de la clomipramine entraînent une réactivation anxieuse. Peu à peu, grâce à l'antidépresseur et aux séances pluri-hebdomadaires de psychothérapie, les troubles mnésiques s'estompent et Madame G. retrouve confiance en elle. Elle explique l'intensité de la dernière crise par le fait qu'elle n'était pas d'accord avec son mari qui avait choisi de déménager alors qu'il avait la possibilité de prolonger sa mission.

Quel diagnostic évoquer ?

Il s'agit d'un état limite. Ce diagnostic est fondé sur de nombreux symptômes : angoisse déstructurante, envahissante, avec sidération mentale et moments « confusionnels » pouvant correspondre à un syndrome de déréalisation. Cependant les prises d'anxiolytiques peuvent faire évoquer une confusion par surconsommation de benzodiazépines. On retrouve également une impossibilité de verbalisation et un sentiment de vide psychique.

À côté de ces manifestations d'angoisse et sensations de vide, existent des symptômes dépressifs pouvant aller jusqu'à des états dépressifs caractérisés, voire mélancoliques, avec sentiment d'incapacité, de culpabilité et pensées suicidaires. Ces états dépressifs entraînent une impossibilité à faire face aux aspects de la réalité externe et une clinophilie.

Divers éléments de risque sont à relever : tentatives de suicide dans les antécédents, pensées suicidaires récurrentes, planification du geste suicidaire, impossibilité de demander de l'aide.

La surconsommation de benzodiazépines et plus généralement des conduites de dépendance sont fréquentes lors des états limites.

La présence de symptômes amnésiques durant le dernier état d'angoisse paroxystique est un symptôme d'allure névrotique à type de conversion hystérique : cela est aussi fréquemment retrouvé dans les états limites. Ces phénomènes surviennent souvent dans un contexte conflictuel, ce qu'on retrouve ici chez la patiente qui veut en quelque sorte punir son mari de ce nouveau déménagement.

Madame G. organise sa vie relationnelle de manière pauvre, avec attente passive de satisfactions et manipulation agressive du partenaire. Le corollaire est l'impossibilité de transmettre une relation affective de bonne qualité à ses enfants : on retrouve des troubles du caractère et des échecs scolaires chez l'aîné.

Certains éléments biographiques sont typiques des états limites : traumatismes précoce au cours du développement en raison de mauvais traitements et abus sexuels, antécédents maternels dépressifs.

Diagnostic différentiel

Dans cette observation on ne retrouve pas d'éléments psychotiques. Il n'y a jamais eu d'épisodes délirants.

L'angoisse exprimée par la patiente est à la limite de l'angoisse névrotique et de l'angoisse psychotique. Il ne s'agit pas d'une angoisse de morcellement psychotique : les frontières entre soi et autrui sont respectées. Il ne s'agit pas non plus d'un sentiment d'échec mais plutôt d'une angoisse de perte d'objet ou d'un sentiment d'abandon majoré par la pauvreté du recours à la verbalisation et l'incapacité d'élaboration psychique.

La conduite de dépendance n'est pas au premier plan chez cette patiente : le recours aux anxiolytiques n'est prédominant que dans les moments anxieux paroxystiques. Cette consommation d'anxiolytiques paraît insuffisante pour expliquer les épisodes de déréalisation ou de confusion que la patiente décrit.

Le diagnostic d'hystérie peut aussi être évoqué mais les symptômes conversifs ne comportent pas d'éléments d'érotisation et de fantasmatisation. On ne retrouve pas de personnalité histrionique, ni de bénéfices secondaires évidents.

Le diagnostic de mélancolie doit être évoqué et nul doute qu'à l'acmé des moments anxiodépressifs, il existe une thématique mélancolique avec un risque de passage à l'acte suicidaire. Mais cet état coexiste avec une anxiété, un vide psychique, une pauvreté d'élaboration psychique ; de plus le trouble des attachements plaide en faveur d'un état limite.

Un diagnostic d'anxiété généralisée peut aussi être évoqué mais la coexistence de nombreux autres symptômes et les éléments biographiques conduisent bien au diagnostic d'état limite.

Etat limite : quelques notions

L'état limite est à la frontière entre névroses et psychoses. La prévalence de la personnalité border-

line est estimée entre 0,2 et 2 % au sein de la population générale.

On retrouve dans l'étiologie une vulnérabilité dépressive, des traumatismes précoce au cours du développement, avec des violences physiques, en particulier sexuelles. Ces éléments interviennent comme générateurs de la libilité émotionnelle, du sentiment diffus d'insécurité. La prise en charge spécialisée des sujets borderline se fait en général en fin d'adolescence où ils sont amenés à consulter à la suite d'un passage à l'acte suicidaire, de troubles alimentaires volontiers boulimiques.

Un large éventail de symptômes psychiatriques est susceptible d'être rencontré. On retrouve le plus souvent l'angoisse, les symptômes d'allure névrotique (phobiques, conversifs, idées obsédantes), les troubles thymiques, les comportements impulsifs à l'origine d'hospitalisations en urgence.

Lors des moments dépressifs, il existe peu de ralentissement psychomoteur, une désadaptation du sujet par rapport à sa réalité interne et externe, peu de culpabilité : prédominent le vide, le désespoir et l'in incapacité à faire face. Le vide psychique semble lié à l'échec des attachements dans l'enfance et induit des conduites de dépendance. Les conduites impulsives

sont des actes autoagressifs : tentatives de suicide, automutilations, troubles des conduites alimentaires de type boulimique.

Les modalités relationnelles sont caractérisées par le manque de distance et une avidité affective toujours insatisfaite, avec un mode de réponse auto- ou hétéro-agressif face aux non-réponses de l'interlocuteur.

Il peut exister des moments psychotiques transitoires, facilement régressifs sous traitement.

Face à ces éléments cliniques assez composites, le test de Rorschach peut être un élément déterminant pour poser le diagnostic. Il met en évidence :

- un maintien des liens avec la réalité ;
- une luxuriance des « protocoles » (liberté des associations, nombre élevé de réponses) exprimant la richesse de la vie fantasmatique mais aussi le manque de structuration des défenses névrotiques ;
- des indices d'anxiété ;
- un trouble de l'identité et une toute-puissance magique renvoyant à une vision manichéenne du monde avec la prédominance des mécanismes de clivage.

OBSERVATION N° 47

Ave verum corpus

Une femme de 50 ans présente de multiples troubles physiques sans anomalie organique décelable.

Madame X., 50 ans, divorcée, deux enfants, en arrêt maladie depuis deux ans, est admise en neurologie pour un tremblement du membre supérieur droit évocateur d'une maladie de Parkinson.

Ce tremblement a commencé six mois auparavant, s'ajoutant à des crises de tétanie et de spasmophilie qui étaient connues depuis plusieurs années. Madame X. a déjà consulté plusieurs psychiatres il y a une vingtaine d'années et se souvient que son état s'était amélioré sous Athymil® et Lexomil® et aussi « grâce aux entretiens avec le psychiatre ».

Madame X. vient d'interrompre, à cause de ses troubles, son activité d'hôtesse d'accueil dans une maternité où elle a travaillé pendant plus de quinze ans. Les différents bilans neurologiques effectués depuis six mois ont écarté toute organicité.

Madame X. est souriante, volubile, habillée avec coquetterie. Elle semble ignorer le symptôme pour lequel ses médecins ont demandé un avis.

L'intonation de sa voix, l'expressivité, la coloration affective de ses propos excluent une pathologie thymique. Nous décidons de la revoir en consultation et ne proposons aucune prescription.

Quelques jours plus tard, nous retrouvons une patiente dont la présentation s'est notablement modifiée : le tremblement atteint tout le corps. Madame X. s'accroche aux murs en grimaçant de douleur pour avancer. Elle accepte l'hospitalisation. Quelques heures plus tard, elle devient rayonnante, tentant déjà de manipuler l'équipe infirmière avec une certaine tyrannie.

L'exposé de la biographie est chaotique, semé d'oublis, de lacunes puis de réminiscences. Voici ce qu'il est possible de retenir.

Madame X. est la dernière d'une fratrie de trois. Sa sœur, d'un an son aînée, est décédée de maladie pendant la Seconde Guerre mondiale à l'âge de 5 ans. Son père s'est illustré dans les combats de la résistance ; il est mort à l'âge de 50 ans.

La vie de Madame X. a été émaillée de deuils successifs. Sa mère est décédée brusquement. Le même jour, son frère aîné était victime d'un accident de la voie publique qui le laisse dans un statut d'invalidité à 100 %. À cette occasion, Madame X. est hospitalisée pendant un mois à la Pitié-Salpêtrière en neurologie pour une paralysie des membres inférieurs spontanément résolutive en quelques jours.

Sa vie sentimentale est un échec total. Le seul homme qu'elle a fréquenté était connu comme le coureur de jupons du canton ; enceinte, elle s'est mariée contre l'avis de ses parents. D'emblée, la mésentente du couple fut évidente : alcoolisme chez le mari, fréquentes disputes conduisant à des « crises de nerfs ». Dès lors surviennent, à intervalles rythmés par les conflits conjugaux, des crises de tétanie et de spasmophilie.

La deuxième grossesse a été accidentelle, l'enfant non désiré par le mari. Madame X. était frigide, insensible aux pratiques érotiques que lui imposait son mari ; celui-ci a fini par partir avec une autre femme.

Madame X. s'est alors retrouvé quelques jours « sans jambes », tremblante. Ces troubles ont resurgi lorsqu'elle a revu son mari pour la procédure de divorce et le partage des biens. Depuis maintenant huit ans, elle élève ses enfants seule.

De sa prime enfance, elle évoque surtout un souvenir traumatique à caractère sexuel : alors qu'elle avait 5 ans, un oncle l'aurait contrainte à toucher son sexe puis à laisser toucher le sien.

Sa scolarité n'a pas été brillante ; elle a échoué au CAP de sténodactylo.

Son médecin traitant est seul à trouver grâce à ses yeux, tout dévoué à ses maux, jour et nuit, ajoute-t-elle.

Vis-à-vis de ses enfants, elle exerce un sévère chantage affectif. Elle a clairement demandé à son fils de renoncer à se marier tant qu'elle n'aurait pas refait sa vie...

Elle ne travaille plus depuis deux ans et les bénéfices secondaires de ses troubles semblent la conforter dans ce mode de vie : elle attend l'invalidité avant la préretraite. Dès à présent, l'assurance invalidité qu'elle a contractée finit de payer les traites de la maison.

Depuis deux ans, les épisodes pathologiques sont plus rapprochés, leur résolution toujours spontanée déconcertant l'entourage.

Le théâtralisme est évident, les attitudes souvent emphatiques. La démesure et la dramatisation en situation de crise soulignent l'hyperexpressivité des attitudes. Ne va-t-elle pas se jeter à la rivière après une dispute conjugale ou encore crier en public qu'elle est abandonnée, qu'il ne lui reste plus qu'à mourir ? Elle est d'une grande plasticité psychologique, ce qui rend compte du caractère fluctuant des symptômes.

Elle se plaît à raconter à la façon d'un roman courtois comment la relation avec son psychiatre précédent aurait dû trouver une issue romanesque. Elle joue le rôle de sœur Anne qui, ne voyant rien venir, se lamente avant de se sacrifier. Ainsi à deux reprises, elle s'est jetée dans l'escalier au sortir de sa consultation.

Quel diagnostic évoquer devant cet ensemble symptomatique ?

On retrouve les classiques traits de caractère de la personnalité hystérique : l'histrionisme, la labilité émotionnelle associée à la dysphorie et ses débordements incontrôlés, la facticité des affects, l'érotisation des rapports sociaux, la dépendance affective, la mystification.

L'hystérique vit « des histoires plutôt que son histoire » : c'est une vie par procuration.

L'hystérique éprouve, de bonne foi, des sentiments exacerbés mais son emportement manque de mesure et de constance, évitant toute rencontre authentique avec autrui.

Les manifestations émotionnelles sont complexifiées par des comportements manipulatoires (à l'égard des enfants, du conjoint, des médecins).

Quels sont les arguments et, plus particulièrement, les éléments sémiologiques qui permettent le diagnostic d'hystérie de conversion ?

Bilan somatique normal

La topographie des troubles correspond davantage à une représentation mentale du corps qu'à une distribution anatomique. Le caractère commun des troubles est d'atteindre spécifiquement la vie de relation. L'examen clinique doit veiller à ne pas être suggestif, rester neutre vis-à-vis du symptôme.

L'interrogatoire oriente le diagnostic

Nous retrouvons des antécédents de conversion avec résolution spontanée et restitution ad integrum.

La conduite du récit est chaotique, les explications embrouillées, la chronologie floue.

L'interrogatoire est l'occasion de demander au patient ce qu'il pense de ses troubles, ce qu'il pourrait entreprendre s'il en était débarrassé : cela peut aider à approcher le sens du symptôme, sa valeur symbolique.

Contexte de survenue des troubles

Dans les cas les plus typiques, les troubles apparaissent à l'occasion d'un choc émotionnel, d'un conflit psychologique aisément repérable.

Valeur symbolique du symptôme

La biographie, les circonstances récentes éclairent la signification du symptôme. La conversion résulte d'un conflit intrapsychique inconscient. Elle exprime par le corps une représentation mentale refoulée génératrice d'angoisse. Le symptôme est donc une tentative de résolution d'un conflit, il supprime l'angoisse intolérable. C'est ce qui est désigné sous le terme de « bénéfice primaire ». Ultérieurement apparaissent des bénéfices secondaires qui peuvent entretenir le symptôme : sollicitude de l'entourage, possibilité de se décharger de certaines responsabilités mal assumées, etc.

Diagnostic différentiel : dangers du diagnostic d'hystérie de conversion

L'examen psychiatrique ne permet pas à lui seul d'affirmer le caractère non organique de manifestations à expression somatique. Plus de 30 % des patients pour qui le diagnostic a été celui d'accident de conversion se révèlent ultérieurement atteints d'affections organiques sous-tendant les symptômes allégués. L'organicité peut donc jouer un rôle dans le choix du symptôme (« complaisance somatique »).

Les causes d'erreurs de diagnostic sont nombreuses : examen initial incomplet entraînant l'omission

d'un diagnostic organique non recherché ; attribution hâtive d'un diagnostic d'hystérie devant des symptômes dont l'anamnèse évoque une psychogenèse, la personnalité hystérique modifiant l'expression du trouble somatique ; conversion surajoutée à une affection organique (épilepsie et crise d'hystérie, sclérose en plaques, maladie de système).

Le problème de la simulation s'observe en situation particulière : milieu militaire ou carcéral, contexte médico-légal pouvant donner droit à réparation.

L'aphorisme de Slater s'applique bien aux problèmes du diagnostic : « Tous les signes de l'hystérie sont les signes non pas de la maladie mais de la santé ».

Quel traitement envisager ?

Il commence dès la rencontre avec l'hystérique. La chimiothérapie traite les complications : dépression, anxiété, alcoolisme.

Les méthodes psychothérapeutiques sont l'essentiel de la thérapeutique : psychothérapie de soutien, psychothérapie comportementale à visée symptomatique, psychothérapie analytique.

Pour les conversions proprement dites, des méthodes cathartiques par suggestion sous hypnose, par narco-analyse amphétaminée peuvent être employées avec succès.

Des méthodes par abord corporel (relaxation, rééducation psychomotrice) essaient d'obtenir des résultats similaires.

Comprendre ce que recherche l'hystérique permet d'aider à un aménagement affectif, existentiel, social qui a valeur thérapeutique. La neutralité dite souvent « bienveillante » n'est pas synonyme de froideur, l'empathie est nécessaire mais doit rester mesurée.

C'est à ces conditions que nous pouvons « nous prescrire nous-mêmes » sans risque d'effets iatrogènes.

Durant cette première hospitalisation en psychiatrie, le tremblement de Madame X. a disparu en quelques jours. Un traitement anxiolytique et antidépresseur a été institué, un suivi ambulatoire étant proposé après quinze jours d'hospitalisation, mais la malade a disparu.

Deux mois plus tard, elle a repris contact avec l'équipe hospitalière au sortir d'une clinique où elle avait été hospitalisée au décours d'une tentative de suicide médicamenteuse.

Un an plus tard, Madame X. a toujours des expériences conversives au gré des contrariétés mais elles durent peu.

Aphone récemment, elle cherche sa voix durant trois jours. La lecture à voix haute lui redonne les tonalités et elle achève sa guérison en apothéose en chantant l'Ave Verum Corpus de Mozart : la « phonation » est retrouvée.

La résolution de cet épisode conversif passe par une louange à la Vérité du Corps, mais également à sa mort. Par un mécanisme de déplacement, la célébration de l'Ave Verum Corpus Christi de Saint Thomas d'Aquin, chant d'adoration de l'Ostie qui célèbre le miracle de l'Eucharistie et de l'incarnation de Jésus, est transformée par Madame X. en une célébration de l'ensevelissement du corps du Christ par Marie. Elle y retrouve son verbe.

Diagnostic : Hystérie de conversion

RÉFÉRENCES

- ADÈS J. Historique et évolution du concept de névrose. In : J Adès, F Rouillon. Les états névrotiques. Paris, Upjohn, 1992 : 11-40.
- DARCOURT G, LAFONT A. Place de la conversion hystérique en pratique médicale. Conc Med, 1977, 99 : 206-210.
- DEBRAY Q, NOLLET D. Les personnalités pathologiques, approche cognitive et thérapeutique. Paris, collection Médecine et Psychothérapie, Masson, 1995, 240 pages.

- ESCANDE M. Hystérie. Encycl Med Chir (Paris, Elsevier) Psychiatrie, 37-340-A-10, 1996.
- FREUD S. Fragments d'une analyse d'hystérie. In : Cinq psychanalyses. Paris, PUF, 1973, 422 pages.
- ISRAEL L. L'hystérique, le sexe et le médecin, 5^e ed. Paris, Masson, 1983, 251 pages.
- ISRAEL L, DEPOUTOT JC, KRESS JJ et al. Hystérie. Encycl Med Chir (Paris, Elsevier), Psychiatrie, 37340 A10, 10, 1985, 16 pages.

LEMPÉRIÈRE T, PERSE J, ENRIQUEZ M. Symptômes hystériques et personnalité hystérique (Étude clinique et psychométrique). Rapport du 63^e Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (Lausanne, 1965). Paris, Masson, 1966 : 77-198.

MOULIN JF, BOUREAU F. Douleur chronique et psychiatrie. Encycl Med Chir (Paris, Elsevier) Psychiatrie, 37-677-A-40, 2000.

OMS. Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève, Paris, Masson, 1993.

RODIÈRE-REIN C. L'hystérie. In : J Adès, F Rouillon. Les états névrotiques. Paris, Upjohn, 1992 : 217-242.

OBSERVATION N° 12

Madame Z., 50 ans, mariée, mère de deux enfants, est adressée par son psychiatre traitant qui ne sait plus que proposer à sa patiente déprimée, en arrêt maladie depuis 2 ans. Une hospitalisation est décidée.

Le problème actuel se cristallise autour d'une agoraphobie compliquée d'attaques de panique. Ces troubles sont apparus depuis 2 ans, peu de temps après que la patiente ait été menacée au cours d'un vol à main armée. Elle avait poursuivi l'agresseur au péril de sa vie. Elle a développé les premières manifestations d'une névrose traumatique 48 heures après : cauchemars avec syndrome de répétition de la scène d'agression, revécience du drame, insomnie, anxiété.

Dans la rue, elle se sent aux abois. Elle se retourne fréquemment et sursaute au moindre bruit. Elle s'efforce d'éviter les pensées et les conversations en rapport avec le traumatisme. Elle ne peut fréquenter sans angoisse les lieux de l'agression.

Elle est en arrêt de travail depuis le hold-up. Des comportements de retrait, d'indifférence, de désintérêt avec une coarctation de la vie affective et le sentiment d'une obstruction de son propre avenir s'installent. Elle se décrit comme irritable, excessivement réactive. Elle se plaint de difficultés pour se concentrer.

Les IMAO vont l'améliorer très significativement en 8 semaines d'hospitalisation. Elle réussit à évoquer une possible signification inconsciente de son attitude lors de l'agression : elle voulait être tuée...

L'anamnèse permet de retrouver les premiers troubles cliniquement repérables vers l'âge de 17 ans. Elle avait commis une tentative de suicide qui a inauguré une série de plus de 30, toutes médicamenteuses.

Sa biographie comporte une suite ininterrompue d'échecs affectifs et de drames familiaux : confiée par sa mère malade à la grand-mère maternelle, elle n'est revenue au domicile des parents qu'à l'âge de 4 ans. Elle aurait subi des sévices sexuels de la part d'un oncle. Madame Z. est issue d'une famille nombreuse dont les liens se sont rapidement distendus en raison de multiples conflits exacerbés par l'abus d'alcool. Ses quatre frères sont décédés violemment avant l'âge de 50 ans : l'un d'eux a été écrasé par un camion sur une autoroute alors qu'il tentait de la traverser à pied en état d'ivresse ; deux se sont suicidés (pendaison, révolvérisation) ; l'un a été poignardé à mort dans une rixe de bar.

Toute la famille du côté maternel présente des conduites alcooliques à la fois chroniques et sévères. Elle-même s'est mariée à un alcoolique dont elle s'est séparée après 6 ans : il la battait. Un second mariage lui a permis d'avoir deux enfants. Son seul fils est décédé à la suite d'une intoxication médicamenteuse volontaire impulsive : il a avalé le traitement antipaludéen de sa concubine lors d'une dispute. Alors hospitalisée pour dépression, Madame Z. n'a pas pu se rendre à l'enterrement, ni voir une dernière fois son fils. Elle en garde un sentiment de culpabilité tenace. Par la suite, elle a été réhospitalisée pour dépression plus de douze fois. Elle se plaint fréquemment d'éprouver un sentiment de solitude, voire d'abandon. Elle a été victime de plusieurs accidents de voiture (refus de priorité, endormissement au volant, rencontre avec un chauffard ivre remontant l'autoroute à contresens...). Elle a contracté un paludisme consécutif à une chimoprophylaxie inadéquate : elle avait changé de destination au dernier moment. Non seulement la chimoprophylaxie prévue n'était pas adaptée, mais elle a de plus déclenché une aplasie médullaire qui a rétrocédé à l'arrêt du médicament.

Depuis son agression, Madame Z. a été licenciée, sans contester son licenciement (elle était en arrêt maladie). Elle a négligé ses droits que l'assistante sociale tente de rétablir. Il s'avère enfin que depuis quelques semaines, elle s'alcoolise sur un mode dipsomaniaque.

Les relations conjugales sont difficiles. Les rapports sexuels sont épisodiques et vécus sans plaisir. Pour éviter le chômage son mari a dû accepter un travail posté de nuit qu'il cumule avec un emploi de gardien d'immeuble dans la journée : ils ne se voient pas. Monsieur Z. ne supporte pas les alcoolisations de son épouse et menace de la quitter.

Redoutant que son mari ait une maîtresse, elle a demandé un test sérologique à la recherche du virus VIH qui est revenu positif. Elle avait été transfusée en 1985 à la suite d'une fracture ouverte du tibia. Elle est suivie régulièrement en gastro-entérologie pour une rectocolite hémorragique actuellement quiescente.

Nous voici donc avec Madame Z., hospitalisée pour une agoraphobie, chez qui nous découvrons ce qu'il faut bien appeler une névrose de destinée, marquée par une succession de drames.

Devant ce tableau clinique complexe, quelle catégorie nosographique peut-on retenir ?

Madame Z. appelle, chez ses interlocuteurs, une foule de sentiments : la compassion, la lassitude, le débordement, l'agressivité, la sympathie, l'impuissance...

Ces patients sont avant toute chose repérés comme des victimes sur qui s'acharne l'improbable, des « losers » sur qui s'obstine le hasard tragique. Ils attirent donc une certaine sympathie après avoir tant attiré le malheur.

Mais, à y bien regarder, ces patients sont proches de l'hystérie, des troubles anxieux, des avatars du narcissisme, des états limites, des pathologies psychosomatiques, de la dépression... Ils ont une présentation « socialement correcte », des complications « médicalement correctes », des dépressions « psychologiquement correctes ».

Les frontières de l'hystérie

L'incapacité sociale, l'invalidité fixent la patiente dans un statut de dépendance. La réalité des agressions subies dédouane Madame Z. d'une quelconque responsabilité dans les conséquences de son infortune.

En fait, le malheur n'est là que pour servir de faire-valoir narcissique. Les mésaventures sont imprégnées de masochisme moral. L'ironie du sort, à laquelle Madame Z. se trouve confrontée malgré elle, lui donne une stature au regard des autres. La perversion du

hasard qui défie les règles probabilistes l'érige en une sorte de héros tragique. La compulsion de répétition concerne sa trajectoire existentielle, mais aussi trans-générationnelle, par la perpétuation de la tragique destinée familiale. La patiente réduit progressivement ses champs d'intérêt. Sa sexualité s'appauvrit. Son refoulement, ses résistances ne lui permettent pas de dépasser les traumatismes qu'elle rencontre. Au contraire, ils nourrissent la justification d'une démission.

Les frontières de la dépression

Madame Z. s'installe dans une position dépressive renforcée par les conséquences du choc traumatique du hold-up. Cette position dépressive peut être vue comme un équivalent de rébellion, d'opposition à la dynamique d'échec.

L'alcoolisme, les tentatives de suicide, la pharamanie chez certains patients sont les complications des dépressions.

Les frontières des états limites

Madame Z. emprunte aux états limites leur polymorphisme clinique et symptomatologique, l'anacli-

tisme affectif, social, médical. L'intolérance à la solitude, la crainte de l'abandon avec des provocations

ambivalentes de ruptures viennent en écho de carences affectives précoces qui grèvent souvent la biographie des états limites. L'alcoolisme, la maltraitance, l'absence, l'instabilité, la carence de repères stables et solides, le suicide, la dépression infiltrent l'histoire familiale et personnelle de Madame Z. Sa vie est en miroir du mythe familial gangrené par la malédiction alcoolique et dépressive.

Madame Z. fonctionne par idéalisations successives, par clivage. Elle présente des comportements indirectement ordaliques par son inattention (accidents, complication avec les antipaludéens, etc.). Ils passent pour de la malchance alors qu'ils ne sont que la traduction logique d'une conduite inconsciente d'échec et d'un assujettissement à la fatalité.

Les complications de la névrose traumatique font le lit de symptômes névrotiques qui évoluent ensuite pour leur propre compte : symptômes de conversion (vue brouillée, vertiges, asthénie...), symptômes phobiques (agoraphobie). Des symptômes hypocondriaques peuvent se développer et entretenir une note revendicatrice. Les manifestations anxieuses sont plus proches de l'angoisse de perte d'objet que de l'angoisse névrotique de castration ou de l'angoisse psychotique de

morcellement. L'angoisse reste volontiers diffuse, flottante mais rattachée aux contingences du réel.

On retrouve chez Madame Z. cette difficulté des états limites à lier l'angoisse de manière efficace et à la contrôler par la mise en place d'opérations défensives stables ou de compromis symptomatiques satisfaisants.

Les manifestations dépressives limites sont rarement connotées du sentiment de culpabilité. Ici la répétition des drames, l'exonération d'une responsabilité directe permettent l'externalisation du conflit. Des sentiments de colère, d'hostilité, de rage peuvent se manifester contre le destin.

Madame Z. parle fréquemment de désespoir, d'impuissance face à ce qui lui apparaît comme son destin. Elle explique ainsi son désintérêt croissant et son détachement puisqu'elle n'a plus prise sur le réel.

Les nombreux gestes suicidaires de Madame Z. peuvent être compris comme autant de tentatives d'affirmations victorieuses de reprise en main de la conduite de son destin.

À la différence des états limites victimes de leur impulsivité et de leurs idéalisations déçues, les névroses de destinée tendent lentement mais sûrement vers un objectif : le destin supposé connu et non interchangeable.

Les frontières des pathologies psychosomatiques

Madame Z. présente une rectocolite hémorragique. Le mode de pensée opératoire rapproche la névrose de destinée des pathologies psychosomatiques. Le patient abandonne son destin aux aléas tout puissants des dysfonctionnements de son corps. La régression des affects et la perte de la vitalité de la vie psychique dans les aspects fantasmatisques et imaginaires représentent les procédés défensifs prépondérants chez le patient psychosomatique. La pensée opératoire est démétaphorisée, au contraire de ce qui se passe dans l'hystérie où le refoulement permet de garder un lien avec l'inconscient. Pour Madame Z., la pensée n'est pas réellement séparée de l'inconscient, mais la fonction de liaison à l'intérieur du Moi des angoisses de castration, de séparation, de perte d'objet, n'est plus effective. Les chaînes associatives trop excitantes sont coupées, l'activité éla-

boratrice du fantasme est court-circuitée. La fonction de l'imaginaire est réprimée, ce qui la maintient dans des modalités de fonctionnement hyperconformistes, normatives. Ces sujets essaient de s'adapter aux exigences familiales et sociales à travers l'idée rigide et stéréotypée de ce qu'ils pensent être « comme il faut ». Le conflit est, de principe, évacué. La contradiction est impensable. Ils sont sur des rails vers une destination fixée par d'autres qu'eux.

Les aménagements particuliers que l'on retrouve chez les alexithymiques leur confèrent ce discours inhabité, l'absence d'insight, le besoin marqué et idéalisé de maîtriser toutes les situations à l'aide d'une pensée hyperrationnelle. L'agressivité est retournée contre soi d'où l'hypothèse d'une conversion somatopsychique et l'émergence d'une maladie.

Quelles sont les perspectives thérapeutiques pour ces patients ?

Madame Z. se trouve ainsi aux confins de divers cadres nosographiques, au carrefour de l'hystérie, des états limites et des pathologies psychosomatiques. Ces patients s'inscrivent en marge de la vie, comme des

parias, et risquent d'être des victimes de la médecine les perpétuant dans ce rôle singulier qui n'a de consistance qu'à se mouler dans l'échec.

Les différentes facettes symptomatiques trouveront les traitements qui leur sont traditionnellement associés (anxiolytiques, antidépresseurs).

La comorbidité est élevée pour ces figures névrotiques incomplètes : alcoolisme, dépression, troubles du comportement alimentaire, complications somatiques, toxicomanies, suicides.

Les psychothérapies comportent un risque de décompensation et de passage à l'acte suicidaire ou de renforcement de la passivité et de l'abandon entre les mains du destin (SIDA, rectocolite ulcéro-hémorragique, accidents, etc.).

Une évaluation du degré de mentalisation des conflits pulsionnels, de l'importance de la désertification affective en rapport avec la régression de l'imaginaire et l'interdiction de la régression fantasmatische sont nécessaires avant d'engager ce type de patients dans une psychothérapie qui risque d'être un nouvel avatar de la destinée tragique.

La psychothérapie doit se fixer des objectifs pragmatiques, reconnaître et supporter les affects, créer des activités de liaison et réenclencher une chaîne associative qui ne court-circuite pas l'inconscient.

Madame Z. s'est engagée dans un travail de relaxation avec une psychomotricienne pendant l'hospitalisation.

Nous lui avons proposé un traitement par lithium en association avec un IMAO dans le but de mieux contrôler sa réactivité à fleur de peau et d'agir sur la dimension thymique du trouble associée à l'alcoolisme dipsomane, que certains d'entre nous ont voulu considérer comme un équivalent symptomatique du spectre de la maladie maniaco-dépressive.

Dès qu'elle est sortie du service, une grève des transports lui a permis de rationaliser ses difficultés : elle a abandonné la relaxation. Elle est de nouveau suivie par son psychiatre traitant qui l'a adressée en postcure de convalescence pour deux mois, ce qui a rassuré la patiente, la famille et le médecin.

Diagnostic : Névrose de destinée

RÉFÉRENCES

FREUD S. Au-delà du principe de plaisir. In : S Freud. Œuvres complètes - Psychanalyse, vol. XV : 1916-1920. Paris, PUF, 2002 : 273-338.

LAFORGUE R. Psychopathologie de l'échec. Paris, Payot, 1939.