



HAL
open science

Étude d'un cas clinique : complexité diagnostique, schizophrénie ou psychose hystérique

Sandra Daninos

► **To cite this version:**

Sandra Daninos. Étude d'un cas clinique : complexité diagnostique, schizophrénie ou psychose hystérique. Psychiatrie et santé mentale. 2015. dumas-01291187

HAL Id: dumas-01291187

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01291187v1>

Submitted on 21 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS
Année universitaire 2014-2015

2015 - 100.

**ETUDE D'UN CAS CLINIQUE :
COMPLEXITE DIAGNOSTIQUE,
SCHIZOPHRENIE OU PSYCHOSE HYSTERIQUE.**

THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité Psychiatrie

Soutenue le 14 septembre 2015

Par Mme Sandra DANINOS

Vu : les Membres de Jury

Le Président de Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

Les Juges,

Monsieur le Professeur Christian MILLE

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Monsieur le Professeur Pierre KRYSTKOWIAK

Le directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jacques HELLUY

DEDICACES

A mes juges :

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pédopsychiatrie)
Coordonnateur régional du DES de psychiatrie

Monsieur le Professeur Christian MILLE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pédopsychiatrie)
Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pédiatrie)
Responsable du centre d'activité "Pédiatrie médicale et médecine de l'adolescent"
Pôle "Femme - Couple - enfant"
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Monsieur le Professeur Pierre KRYSTKOWIAK
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Neurologie)
Assesseur du 2^{ème} cycle

Monsieur le Docteur Jacques HELLUY
Praticien Hospitalier
Chef de Service Fitz James 9. CHI Clermont de l'Oise
Président de C.M.E CHI Clermont de l'Oise
(Psychiatrie)

*Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail.
Soyez assurés de ma considération et de mon profond respect.*

*A tous mes maîtres de stage, chefs de service, praticiens hospitaliers et aux équipes soignantes, auprès desquelles j'ai pu effectuer mon internat.
Je vous remercie de m'avoir permis de tant apprendre à vos côtés.*

Aux Professeurs Guilé, Mille et Boudailliez avec lesquels j'ai découvert avec enchantement, le monde de la psychopathologie de l'adolescence.

Aux Docteurs Helluy et Flipo avec lesquels j'ai pu explorer les complexités diagnostiques présentées par les patients au cours de discussions passionnantes.

Au Docteur Idasiak pour ces précieux conseils tout au long de cet internat.

A ma famille, à mes amis, pour votre présence et votre soutien tout au long de ses années.

A Eva et à Thomas, mes enfants... avec toute mon affection.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
I. CAS CLINIQUE	9
I.1. Anamnèse	9
I.2. Antécédents psychiatriques avant les hospitalisations au CHI de Clermont	12
I.3. Antécédents médicaux et chirurgicaux	12
I.4. Eléments cliniques psychiatriques lors des hospitalisations au CHI Clermont	12
I.4.1. Hospitalisation en mai 1996	12
I.4.2. Hospitalisation en septembre 1996	14
I.4.3. Hospitalisation en mai 1997	15
I.4.4. Hospitalisation en juin 2000	15
I.4.5. Hospitalisation en août 2000 (SPDT)	16
I.4.6. Hospitalisation en mars 2001 (SPDT)	16
I.4.7. Hospitalisation en septembre 2001 (SPDT)	16
I.4.8. Hospitalisation en 2002	17
I.4.9. Hospitalisation en février 2003	17
I.4.10. Hospitalisation actuelle	21
I.5. Eléments cliniques somatiques lors des hospitalisations au CHI Clermont	21
II. SCHIZOPHRENIE	22
II.1. Historique	22
II.1.1 Schizophrénie selon Kraepelin	22
II.1.2. Schizophrénie selon Bleuler	22
II.2. Critères diagnostiques de la schizophrénie débutante	23
II.2.1. Epidémiologie	23
II.2.2. Les différentes phases évolutives	23
II.3. Description clinique de la schizophrénie	24
II.3.1. Le syndrome dissociatif	24
II.3.1.1 La dépersonnalisation	24
II.3.1.2 Les troubles de la pensée	25
II.3.1.4. Les troubles de l'affectivité	25
II.3.1.5. Les troubles psychomoteurs	25
II.3.2. Le syndrome délirant	26
II.3.3. Le syndrome autistique	26

II.3.4. Les troubles des conduites	27
II.4. Critères diagnostiques selon le DSM V	27
II.4.1. Critère A	27
II.4.2. Critère B	27
II.4.3. Critère C	27
II.4.4. Critère D, E et F	28
II.5. Corps et schizophrénie selon Gisela Pankow	28
II.5.1. Image du corps et concepts structuraux	28
II.5.1.1. La première fonction de l'image du corps	28
II.5.1.2. La deuxième fonction de l'image du corps	30
II.5.1.3. Le phénomène du corps perdu	30
III. HYSTERIE	31
III.1. Historique	31
III.2. Définition	32
III.3. Les symptômes hystériques	32
III.4. La personnalité hystérique	33
III.4.1. Histrionisme	33
III.4.2. Suggestibilité	34
III.4.4. Labilité émotionnelle	34
III.4.5. Facticité des affects	34
III.4.6. Dépendance affective	35
III.4.7. Troubles de la sexualité	35
III.4.8. Critères diagnostiques selon le DSM V et le DSM IV-TR	35
III. 5. Psychopathologie de l'hystérie	36
IV. PSYCHOSE HYSTERIQUE	40
IV.1. Historique	40
IV.1.1. Le courant aliéniste	40
IV.1.2. Le courant psychanalytique	41
IV.1.3. La notion moderne de psychose hystérique	41
IV.2. Concept de psychose hystérique	42
IV.3. La folie hystérique selon Maleval	43
IV.3.1 Le délire hystérique n'est pas un délire dissocié	43
IV.3.1.1 Nécessité d'une personnalité hystérique	43
IV.3.1.2. Modalité de projection et contenu dans la folie hystérique	43

IV.1.3.3. Le délire onirique	44
IV.3.3.4. Dédoublément de personnalité et trouble de la fonction spéculaire	46
V. DISCUSSION	48
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	56
ANNEXES : LETTRES DE Mme T.	59

INTRODUCTION

Lors de mon premier stage d'internat, la rencontre de Mme T. a suscité de nombreuses interrogations. Ces symptômes psychiatriques bruyants, fluctuants laissaient l'équipe soignante dubitative. Un diagnostic de schizophrénie a été posé. Toutefois, le refus de la patiente de prendre les traitements et les manifestations somatiques n'ont fait qu'augmenter ma curiosité.

Nous proposons dans ce travail de discuter et réfléchir sur la complexité diagnostique entre la schizophrénie et la psychose hystérique. L'hystérie peut porter le masque d'éléments psychotiques d'où une difficulté à porter un diagnostic. Pourquoi chercher à distinguer ces deux pathologies ? La prise en charge psychiatrique d'une structure psychotique et d'une structure névrotique est évidemment différente.

Une première partie de ce travail contient la majorité des éléments sémiologiques et anamnestiques recueillis dans les dossiers médicaux et soignants, des lettres écrites par la patiente au cours de vingt ans d'hospitalisation.

Une seconde partie consiste en une revue de littérature et des signes psychiatriques de la schizophrénie. Nous regarderons l'approche de Gisela Pankow, dont le travail a porté sur le corps et la schizophrénie.

La troisième partie de ce travail évoque les signes cliniques de la personnalité hystérique et quelques éléments psychopathologiques sur la névrose hystérique. Ensuite une revue de littérature sur la psychose hystérique, concept ancien de la psychiatrie, sera présentée. Nous nous référerons aux travaux de Maleval sur la folie hystérique.

La dernière partie de ce travail portera sur la discussion théorique et sémiologique entre schizophrénie et psychose hystérique.

I. CAS CLINIQUE

Mme T. est hospitalisée au CHI de Clermont de l'Oise depuis 1996. Les hospitalisations sont nombreuses et se sont effectuées dans différents modes (SPL, SPDT). Ma rencontre avec la patiente date de novembre 2011, lors de mon premier stage d'internat, dans le service du Dr Helluy, secteur de Noyon. Elle n'était pas ma patiente, mais était à l'époque régulièrement en chambre de soins sécurisée, ce qui m'a amené à la rencontrer. Ces symptômes étaient très bruyants, voir impressionnants, étant jeune interne. Ses symptômes et sa pathologie m'ont toujours posé question. Les données cliniques exposées dans ce travail, émanent des dossiers cliniques (observations médicales et soignantes) durant ces vingt dernières années.

I.1. Anamnèse

Tout au long de ses hospitalisations, des données anamnestiques sont recueillies, lors des entretiens individuels et familiaux. Ces informations semblent avoir été difficiles à récolter au vu de la dynamique familiale : père omniprésent, mari très revendiquant concernant la prise en charge hospitalière (somatiques et psychiatriques), fratrie absente. Mme T. durant ses hospitalisations a écrit des lettres (cf. Annexe), dans lesquelles nous pouvons trouver des éléments d'anamnèse.

Mme T. est née en 1960, en Picardie. Elle est issue d'une fratrie de trois, elle est la deuxième. Son frère est infirmier psychiatrique, et lors de sa première hospitalisation en 1996, il travaillait à Compiègne. Sa sœur est secrétaire dans une entreprise.

Ses parents étaient mariés. Son père était professeur puis directeur d'un collège. Un de ses frères a été déporté pendant la deuxième guerre mondiale, le père de Mme T. ayant échappé de « justesse » à la déportation. Sa mère est décédée en janvier 1980 d'un cancer du pancréas, à l'hôpital. Au décès de sa mère, elle s'est occupée de sa fratrie et de son père.

Mme T. est née prématurée à 7 mois de grossesse. Dans l'enfance elle a présenté des retards de langage et de la marche. Sa mère s'inquiétait de son calme. La patiente est décrite comme « réservée et passive ». Elle n'a pas rencontré de difficultés scolaires. Elle a été secrétaire dans le collège que dirigeait son père, a travaillé pendant cinq ans, avant d'être en incapacité pour des troubles psychiatriques. *« Ensuite j'ai commence à avoir des troubles physiques et à perdre l'équilibre et à tomber, j'avais des trous de mémoire et un jour j'ai dû arrêter de travailler car je ne tenais plus debout, j'étais devenue un légume, je restais allongée car je n'avais plus de muscles et quelque chose avait claqué dans ma tête si bien que j'en déchirais*

la tapisserie »[Annexe4] « Je voudrais que tu me ramènes si j'étais un légume car plus jeune je faisais de la boulimie ça a claqué dans ma tête et j'ai mon cervelet dans mon bouche c'est pour cela que cliniquement morte. » [Annexe2]

Son grand père paternel est décédé à l'âge de 90 ans (1974), sa grand-mère paternelle en 1987. Elle n'a pas connu son grand père maternel (mort jeune), et sa grand-mère maternelle est décédée en avril 1996.

A l'âge de 15 ans, elle va en internat et n'y reste que quatre mois. Elle énonce, lors de différents entretiens, plusieurs attouchements sexuels de la part d'enseignants, travaillant dans le collège où son père est directeur : à l'âge de 4-5 ans et à l'âge de 12-14 ans. « *A 14 ans j'ai été violé et cela je ne l'ai jamais dit à mes parents (à personne) et c'est pour cette raison que j'avais une peur bleue des hommes et que je me suis mis à faire de la boulimie* »[Annexe1]

Mme T. explique que l'adolescence a été une période « traumatique ». « *Quand j'étais plus jeune surtout à l'adolescence quand le corps se forme ce n'est pas un père que je voulais mais une mère. Mon corps ne ressemblait pas à celui de ma mère et je voulais qu'elle m'aide à être une femme avec son corps. Je ne vois plus clair et mes vêtements me tiennent. J'ai de fortes douleurs dans la tête et mal au ventre.* »[Annexe5]

Après le décès de sa mère, elle se marie une première fois, à l'âge de 20 ans, avec un homme qu'elle décrit comme violent et alcoolo-dépendant. Un an après son mariage, elle tombe enceinte. Alors qu'elle est chez sa grand-mère maternelle, « *pour avoir des conseils sur sa grossesse* », son mari est arrêté au domicile pour braquage et agression sur son propre grand père. Son père prend la décision du divorce et de l'avortement. Mme T., par la suite, explique qu'elle a subi de son premier mari des violences physiques et sexuelles pendant leur année de mariage. « *Il y a une quinzaine d'année, je me suis mariée, avec un délinquant, ce que je ne savais pas quand je me suis mariée car il avait une situation, moi aussi d'ailleurs puisque j'étais secrétaire dans un collège. Un jour, je suis rentrée chez moi et j'ai trouvé des inspecteurs et un commissaire de police qui arrêtait mon mari. En effet il avait fait un braquage et avait agressé son grand père alors âgé de 80 ans. Moi j'étais alors enceinte et j'étais partie quelques jours chez ma grand-mère à Toulouse pour me reposer et pour qu'elle me conseille sur ma grossesse. Je tiens à vous préciser que j'ai perdu ma mère d'un cancer du pancréas alors que j'avais 17 ans. Sur les conseils des inspecteurs, je suis retournée chez mon père qui était venu me chercher à mon appartement. Je travaillais toujours, et je n'étais pas bien, je devais me faire avorter, car je ne pouvais pas garder un enfant ayant un mari en*

prison. Surtout qu'il m'avait trompé et que je n'acceptais pas cela. Après mon avortement et mon divorce, je me suis sentie vidée en manque d'affection, et là est venu le drame, j'ai commencé à faire de la boulimie. »[Annexe4]

A 25 ans, elle se marie une deuxième fois avec un homme, dont les parents sont originaires de Croatie, alcoolo-dépendant avec des éléments dépressifs. Il travaille comme électromécanicien dans une entreprise automobile. *« Je ne voyais plus claire et je délirais, un jour ma sœur s'est occupée de moi. Elle m'a lavée, habillée, prêtait des affaires et elle m'a emmené en discothèque...Là mon mari m'a vu et a discuté avec moi, nous avons fait connaissance, mais j'avais honte de moi car j'étais un légume. Il a voulu me revoir et moi aussi car j'étais amoureuse de lui. Nous nous sommes fréquentés au moins 6 mois avant qu'il ne me présente à sa famille et qu'il vienne habiter à la maison. Un jour ma sœur lui a dit que je faisais rien et nous sommes partis en studio, à Compiègne, là aussi je délirais, puis je suis tombée enceinte sans m'en rendre compte car je ne sentais plus quand je faisais l'amour comme j'étais un légume et que j'avais perdue tous mes muscles »[Annexe4]*

Elle est enceinte à 28 ans, la grossesse est décrite comme difficile par la patiente avec des altérations de l'image corporelle. *« J'ai accouché et j'étais déjà dans le coma croyez un jour. Rupture d'anévrisme comme légume. »[Annexe5]* Elle accouche d'une fille qu'elle prénomme Claire. Après l'accouchement, elle est hospitalisée pendant six mois, période pendant laquelle des cures par sismothérapie ont été effectuées *« nous sommes partis en studio, à Compiègne, là aussi je délirais, puis je suis tombée enceinte sans m'en rendre compte car je ne sentais plus quand je faisais l'amour comme j'étais un légume et que j'avais perdue tous mes muscles. Ensuite j'ai commencé à fréquenter les hôpitaux psychiatriques à avoir des médicaments à me tuer et à m'achever. Un médecin a eu même l'idée de me faire faire des électrochocs après la naissance de Claire car je ne réagissais plus. Je souffre terriblement de la tête et ce n'est pas des calmants qu'il me faut au contraire il me faut des trucs pour réagir, si ces explications ne vous suffisent pas, je suis prête à vous expliquer. »[Annexe4]*

Son père se remarie. Sa belle-mère semble impliquée dans la dynamique familiale, et est avec la patiente assez chaleureuse.

I.2. Antécédents psychiatriques avant les hospitalisations au CHI de Clermont

En 1980, Mme T., âgée de 20 ans, est hospitalisée au CHS Maison Blanche (93) pour troubles des conduites alimentaires (anorexie-boulimie). En 1981, elle est hospitalisée au CHS de Toulouse pour les mêmes motifs.

En 1984, elle est hospitalisée à la clinique psychiatrique de La Roseraie à Soissons, pour une indication inconnue. En 1987, elle est à nouveau hospitalisée dans cette clinique, suite à la naissance de sa fille : la grossesse et l'accouchement ayant été difficiles et mal acceptés. Huit semaines de psychothérapie ont été effectuées.

En 1993, à la suite d'un coma hyponatrémique consécutif à une potomanie, elle est hospitalisée quatre mois au CH de Compiègne puis transférée à la clinique de La Roseraie. Quelques jours après sa sortie, elle est réadmise au CH de Compiègne puis transférée au CHS de Maison Blanche pour une intoxication volontaire par médicaments.

Un diagnostic de psychose est alors posé.

I.3. Antécédents médicaux et chirurgicaux

Mme T. ne présentait aucun antécédent médical ni chirurgical.

I.4. Eléments cliniques psychiatriques lors des hospitalisations au CHI Clermont

Nous évoquons les différentes hospitalisations et les éléments cliniques recueillis. La symptomatologie étant très riche, complexe et fluctuante en fonction des différents événements de vie de la patiente, il a été difficile de synthétiser avec logique ces éléments cliniques. Ainsi, nous avons pris le parti de dégager les symptômes psychiques importants selon les diverses hospitalisations durant ces vingt dernières années.

Il faut rajouter que les traitements médicamenteux prescrits à la patiente n'ont pas été précisés. En effet, nous pouvons dire qu'elle a eu toutes les classes de médicaments (neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs, thymorégulateurs, antiépileptiques...) sans grand effet. Il n'y a eu aucun changement psychique en fonction des traitements médicamenteux. De plus, Mme T. ne les prenait pas régulièrement ou les refusait.

I.4.1. Hospitalisation en mai 1996

Il s'agit de la première hospitalisation au CHI de Clermont de l'Oise. Elle est hospitalisée tout d'abord au CH de Compiègne suite à une intoxication volontaire par médicaments et un coma

hyponatrémique dû à une potomanie, dans un contexte de conjugopathie et d'angoisse massive. Elle est transférée sur le secteur de Noyon.

Lors de cette hospitalisation, la patiente présente essentiellement des oppositions concernant l'alimentation : refusant de s'alimenter à la moindre contrariété avec son mari, suivant ses appels ou non, ou ses visites.

Elle arrive près de l'équipe soignante et dit qu' « elle est anorexique » avec le sourire et une belle indifférence. Après discussion et/ou réassurance, elle accepte alors de manger. Son état thymique fluctue en fonction de la présence ou la qualité des appels téléphoniques de son mari. Parfois après les repas, elle pleure et dit qu'elle a « l'impression de délirer, son corps fond ».

La nuit elle se réveille avec la nausée, avec « un drôle de goût dans la bouche et sur la langue ». Son mari ne pouvant venir que l'après-midi en visite, alors qu'elle l'attendait le matin, elle refuse de manger et dit que « son foie ne fonctionne plus, qu'elle a peur d'être grabataire et démente ». Si tout se déroule bien avec son mari, Mme T., est capable de participer aux activités organisées par les soignants.

Ses propos peuvent être discordants :

- elle demande un entretien aux soignants pour évoquer son angoisse, en pleurant, sur sa peur d'avoir quelque chose au cerveau, qu'on la laissera mourir sans s'occuper d'elle, qu'elle a détruit son corps (le foie) mais souhaite participer aux activités.
- elle s'est inquiète pour son cerveau qu'il ne fonctionne plus et qu'elle ne veut pas mourir, puis dit « *bon il faut que je me raisonne et que je pense à autre chose, je vais faire des mots croisés* ».

Les plaintes somatiques sont constantes. Elle rationalise en demandant à passer un scanner cérébral, demande à être alimentée par perfusion car elle a des douleurs abdominales et ne peut plus manger. Elle craint de tomber dans le coma puis quelques minutes après elle dit qu'elle se laisse mourir. Il existe aussi une dimension de théâtralisation.

Son discours entre chaque propos incohérents ou crise, est cohérent et adapté.

Elle refuse d'aller dans le service sauf en salle à manger car qu'elle dit « être condamnée ».

En entretien familial, avec son mari, elle réitère sa demande de passer un scanner cérébral car « *il y a quelques années j'ai fait de la boulimie, je mettais les doigts dans la bouche pour me faire vomir et quelque chose à claquer dans ma tête et puis maintenant je fais de l'anorexie. Croyez-vous que je sois malade ? Je serais rassurée de passer un scanner.* »

Fréquemment elle demande si elle est « démente », après une réassurance elle pleure. Elle dit « *ne pas être comme tout le monde, son ventre tombe, c'est pourquoi elle garde ses collants en dessous de son pantalon* ».

Pour la fête des mères, elle bénéficie d'une permission, pendant laquelle elle va au restaurant avec son père, son mari et sa fille. Tout se déroule sans problème. Le lendemain dans le service d'hospitalisation, elle s'urine dessus et dit être « incontinente ». Elle refuse de se mettre à table puis finalement s'installe en mangeant peu. Ensuite, elle fait une lettre au médecin où elle y décrit des symptômes dysmorphophobiques et une impression de transformations corporelles.

Son mari demande si sa femme peut appeler tous les soirs « la nourrice pour l'équilibre de sa fille Claire ». Le lendemain, Mme T. se plaint « d'avoir les yeux révulsés » et demande des injections, qui lui sont refusées. Suite au refus, Mme T. dit que tout va bien.

Mme T. dit « *qu'elle est morte depuis qu'elle a commencé à faire de la boulimie* ».

Lors d'un entretien familial, Mme T dit qu'elle « regrette son passé ». L'entretien met en avant une préoccupation permanente concernant la mort, mettant en lien la mort de sa mère et son état comateux suite à la potomanie. Sa fille Claire semble avoir une place d'enfant parent. Mme T. refuse toute prise en charge avec sa fille. Mr T., son mari, appréhende l'amélioration psychique de sa femme.

I.4.2. Hospitalisation en septembre 1996

Mme T. est hospitalisée pour une recrudescence anxieuse et une potomanie (5 à 6 L d'eau par jour) pour « purifier son corps ». Elle est adressée par son médecin traitant pour une « déstabilisation familiale » : son mari présentant une dépression et la patiente n'allant plus au CATTP.

Elle présente une idée de culpabilité par rapport à son mari et sa fille, craignant de les ennuyer avec son état. Son angoisse est massive, elle pleure beaucoup et a peur de retomber dans un coma hyponatrémique.

Lors d'une permission, elle ne prend plus son traitement antidépresseur mais celui de son mari. Après sa sortie d'hospitalisation elle prend une grande quantité de médicaments (ceux de son mari), sans intentionnalité suicidaire.

En octobre 1996, lors d'une synthèse clinique, est reposé le diagnostic de psychose. Il est souligné que dès que son père s'éloigne, la patiente ne va pas bien. Le père semble « intouchable » dans le discours de Mme T. Le mari peut verbaliser que son beau-père est trop

intrusif dans leur vie de couple. Personne ne connaît les « secrets de famille » dont le fil conducteur semble être la mort.

I.4.3. Hospitalisation en mai 1997

Mme T. est hospitalisée pour troubles du comportement : depuis quelques jours elle est prostrée, vomit et est anorexique. A son admission, elle pleure, présente une angoisse massive. Elle dit qu'elle a « *peur de mourir folle, malade de la vache folle* ». Elle demande à faire de nombreux examens complémentaires pour s'en assurer, déambule. Elle dit qu'elle a des crises oculogyres, se plaint d'avoir des malaises et des chutes.

Son père est parti dans le sud de la France. Elle dit que pendant l'hospitalisation : « *Ne me laissez pas mourir. Je suis grabataire. J'ai la maladie de la vache folle* ». Ses plaintes somatiques sont constantes : « *comme des aiguilles dans le ventre* ».

Le discours peut être cohérent et adapté. Sa fin d'hospitalisation coïncide avec le retour de son père dans la région.

I.4.4. Hospitalisation en juin 2000

Mme T. est hospitalisée pour une ingestion volontaire de médicaments (ceux de son mari), Elle dit qu'elle a un cancer du foie. Elle se plaint de constipation, qu'elle n'a plus de muscles, ce qui entraîne une recrudescence anxieuse massive mais refuse de prendre des traitements.

Elle a un sentiment de dévalorisation et de culpabilité par rapport à la tentative d'autolyse, s'isolant des autres. Malgré la recrudescence anxieuse elle refuse le traitement car « veut s'en sortir seule ». Régulièrement, en soirée, elle vient demander « *si elle est folle* », « *je ne suis pas folle ? Je ne suis pas grabataire, cela se verrait ? Ca me fait mal dans la tête* », « *je suis égoïste, je ne pense qu'à moi* ». Elle est alors accessible à la réassurance.

Pour la fête des pères, elle achète un cadeau pour son père et son mari.

Au cours de l'hospitalisation, elle se demande pourquoi elle perd la tête, dit qu'elle se rend compte de son état, qu'elle a peur de sortir et d'affronter sa famille.

En juillet 2000, des éléments dépressifs plus marquants apparaissent avec des idées d'incurabilité et d'indignité : « *je dois mourir* », « *je ne mérite pas d'être sur Terre* », « *je me rend compte que je délire* ».

En début d'une nuit, elle ne sent plus son corps ni ses muscles qu'elle soit debout ou allongée au repos. Elle dit « *qu'elle se sent comme un légume parmi les autres gens* » dans une attitude discordante, en souriant.

Elle présente un épisode boulimique disant qu'elle «*est obligée de manger des gâteaux*».

I.4.5 Hospitalisation en août 2000 (SPDT)

Mme T. est hospitalisée pour une intoxication volontaire de médicaments (ceux de son mari), refuse les soins et a des propos incohérents. Elle dit qu'elle «*est dématérialisée, qu'elle n'a plus de corps*». Elle demande si son nerf optique fonctionne, si elle n'a pas perdu ses muscles. Le soir apparaît des angoisses massives avec des épisodes avec des yeux révulsés.

Lors d'un entretien avec le psychologue, elle évoque avec un sourire avoir retrouvé son corps. Puis apparaît une angoisse massive et dit avoir la crainte d'être un légume, de retomber dans le coma. Elle s'inquiète de ne pas être capable de se prendre en charge.

Par le mari, nous apprenons qu'elle fait des dépenses inconsidérées, jusqu'à 8000 euros.

Au mois d'octobre 2000, elle réitère son propos concernant le fait de ne plus sentir son corps. Son mari dit être fatigué de «*porter sa femme*» et de faire «*face à ses caprices*». Les entretiens familiaux s'arrêtent.

Elle présente des douleurs dorsales (examens clinique et complémentaires sans particularités) : elle se demande si elle a «*assez de muscles, de nerfs et d'os pour tenir debout*».

Les relations deviennent de plus en plus conflictuelles avec son mari. Lors d'une permission, une angoisse massive apparaît avec ensuite un épisode où ses yeux se sont révulsés. Dans le service, elle se plaint de trouble de la vision de l'œil gauche (examen ophtalmique et neurologique normaux). Mme T. a «*peur d'avoir une tumeur au cerveau*», «*peur de mourir et d'être un légume*».

Avant d'aller en permission, elle présente une angoisse anticipatoire avec de nombreuses somatisations.

I.4.6. Hospitalisation en mars 2001 (SPDT)

La patiente est hospitalisée pour une tentative d'autolyse par ingestion volontaire de médicaments (ceux de son mari), des dépenses inconsidérées et des déambulations. Elle est contentionnée à un membre, et demande si elle est délirante.

Ses propos sont parfois incohérents demandant si son cerveau fonctionne, «*dites moi si je perds la tête*», «*mes yeux se révulsent*», «*quelque chose a claqué dans ma tête*».

I.4.7. Hospitalisation en septembre 2001 (SPDT)

La patiente est hospitalisée pour une tentative d'autolyse par ingestion volontaire de médicaments (ceux de son mari), des propos incohérents (dit avoir la maladie de la vache

folle). Elle exprime une souffrance psychique et dit qu'elle « *ne veut pas être un boulet pour son mari* ».

Le soir elle présente des hallucinations cénesthésiques et une dysmorphophobie avec le sentiment d'avoir les bras déformés. Son discours reste toujours centré sur « *peur d'être délirante, ça claque dans la tête, est malade du foie* ».

I.4.8. Hospitalisation en 2002

Mme T. est hospitalisée pour des angoisses de morcellement, des hallucinations cénesthésiques. Elle présente des angoisses massives suite au départ de son père dans le sud de la France.

1.4.9. Hospitalisation de février 2003

La patiente a ingéré volontairement des médicaments (son traitement). Elle devait rejoindre son père dans le sud de la France, mais ne voulait pas. Après la prise de deux boîtes de neuroleptiques et une boîte de benzodiazépines, elle s'est mise au fond de son jardin. Elle explique son geste par « un manque de communication ». Elle dit que dans son couple « tout va bien ». Elle exprime le fait qu'elle doit dire à son père d'arrêter « de la harceler ». Son père s'est remis en couple avec sa seconde femme, « qu'elle ne supporte pas ». Le frère de Mme T. a arrêté de voir son père. Elle critique son passage à l'acte, sa verbalisation est cohérente.

L'entretien familial, en présence de son mari et de sa fille, est centré sur l'ambivalence du père de Mme T., liée à la relation avec la conjointe de son père. Cette dernière « remplace » Mme T. et a « *une relation privilégiée avec lui* », comme femme ou comme fille ? Mme T. peut exprimer qu'elle « se sent perdue sans son père ».

Un sentiment de culpabilité est présent suite à la tentative d'autolyse.

Au mois d'avril 2003, Mme T. présente une agitation psychomotrice dans un contexte d'angoisse massive. Elle dit « *qu'elle délire plus que d'habitude* », qu'elle est sûre de « *ne plus avoir de nerf ni de muscle* ». Son mari met en lien cette instabilité psychomotrice avec le déménagement du frère de la patiente dans une autre région et les mauvais résultats scolaires de sa fille.

Parallèlement, Mr T. est très revendiquant et mécontent de la prise en charge de sa femme : sa femme « est rejetée ».

Tout au long de l'hospitalisation, le discours est centré sur son corps, décrit des cénesthopathies et des angoisses de morcellement. Lors des permissions, elle est anxieuse, angoisse s'apaisant lors des réintégrations dans le service.

En décembre 2003, elle verbalise sur le fait qu'elle « *ne peut plus tolérer rester plus longtemps chez elle* ». Les hallucinations cénesthésiques persistent. Elle précise que d'écrire des poèmes « l'améliore ». Avec l'arrêt des permissions au domicile, l'état psychique se stabilise.

En février 2003, lors d'une permission au domicile, dans un contexte d'angoisse massive, elle se réfugie chez ses voisins et demande à bénéficier des cures de sismothérapie.

En avril 2003, elle se fait une plaie avec une lame de rasoir sur l'hypocondre droit, avec une intentionnalité suicidaire. Elle a une présentation thymique mélancoliforme. Elle est placée en chambre d'isolement sécurisée. L'équipe soignante se pose la question, si l'antidépresseur mis en place n'est pas efficace, de l'indication de la sismothérapie.

Régulièrement, lors de ses retours de permissions, Mme T. revient dans le service avec des médicaments cachés dans la doublure de son manteau. Elle fait aussi de nombreuses ingestions volontaires de médicaments. Elle les explique soit parce que « *sa présence est trop lourde pour sa famille* », soit parce que sa fille, gérant beaucoup des choses quotidiennes à la maison, « *prend un peu la place de la maman* ».

Elle présente aussi des troubles du comportement à type achats inconsidérés en volant des chèques du compte joint.

En mai 2005, Mme T. est toujours hospitalisée, avec de nombreuses permissions (courtes) au domicile. Ses propos sont toujours axés sur le corps. « *J'ai l'impression de ne plus avoir de cerveau* ». « *J'ai mal dans ma tête* ». « *Mon mari me demande trop* ». Elle exprime un sentiment d'inutilité. Elle reconnaît avoir des difficultés dans le quotidien. Il existe une forte ambivalence entre le désir de rentrer chez elle et de rester hospitalisée, entraînant alors une forte culpabilité.

Les symptômes s'aggravent et deviennent de plus en plus bruyants.

En mai 2006, dans un contexte de souffrance morale intense, elle se laisse tomber au sol à deux reprises. Elle réitère les mêmes questions à l'équipe soignante : « *si je deviens un légume ?* », « *je n'ai plus de muscles, de tendons, j'ai des anomalies au cerveau* ».

Elle exprime ses questions à son mari en lui disant qu'elle n'a plus de corps : son mari lui donne des claques sur la poitrine (présence d'ecchymoses).

En octobre 2006, naît sa petite-fille. Elle se plaint alors de baisse d'acuité visuelle ; l'examen ophtalmologique ne retrouve rien. Elle réintègre le service le jour de Noël, suite à des angoisses massives.

En janvier 2006, ses propos sont de plus en plus délirants, dysmorphophobiques. Elle dit que son « *cervelet et son hypothalamus ont été enlevés* », « *j'ai mon hypothalamus dans la gorge* ». Alors apparaît une incontinence urinaire, nécessitant des sondages urinaires, sans étiologie somatique retrouvée. Le mari s'oppose au sondage urinaire.

Elle va alors s'alcooliser au domicile.

Au vu de la symptomatologie, Mme T. est transférée, en 2009, dans une unité de long séjour, avec des patients chroniques et déficitaires. Elle s'urine plusieurs fois par jour sur elle, refuse de se changer. Son comportement devient de plus en plus régressif. Elle urine au lit. Elle pense « *que personne ne l'aime* ». Elle prend les vêtements des autres patients, les porte. Son comportement peut être agressif envers les soignants et les autres patients.

Pour partir en permission, elle dit qu'elle ne s'urinera pas dessus. Son mari lors d'une permission, appelle dans le service pour signaler que sa femme dissimule des rasoirs et des médicaments dans ses collants.

Les troubles du comportement s'accroissent. Elle urine devant le pavillon, devant les patients, avec indifférence. Elle ne sait plus prendre des initiatives, à besoin qu'on la guide en permanence. Elle garde sa nourriture dans la bouche ou la cache sous la table. Elle se promène pieds nus dans le service. Lors des activités, elle copie les attitudes des patientes.

La prise des traitements est aléatoire. Un syndrome de persécution à bas bruit apparaît : « *on la fait mourir avec les traitements* ». Elle multiplie les chutes devant l'équipe et les patients, avec beaucoup de théâtralisation.

Lors d'une permission, le mari amène sa femme devant l'appartement où elle a vécu avec son premier mari, elle fait un malaise. De retour dans le service, Mme T. dit que « *quand je serai dans le coma vous verrez que j'avais raison* », « *je vais finir à l'hôpital* », « *les médecins me manipulent ils ne décèlent pas le cancer du foie* », « *on veut me tuer* ».

Le mari explique que « *sa femme lui fait payer ses premières hospitalisations* ». Mme T. a un comportement de plus en plus inadapté. Elle se « *trouve trop folle, trop hystérique* ». Elle met ses serviettes hygiéniques dans le lavabo commun du service, urine au lit et dans ses affaires.

Elle persiste à dire qu'elle est un légume, va jusqu'à se jeter dans le potager où poussent des salades, et demande à aller en soins palliatifs.

Elle arrive alors à verbaliser ses agressions sexuelles par des enseignants où son père était directeur à l'âge de 4-5 ans et 12-14 ans, et son passé traumatique avec son premier mari « violent et violeur ».

En mars 2009, elle peut faire des activités avec les soignants, mais présente toujours des troubles du comportement : elle cache sa nourriture dans son pantalon. « *je me sens comme une larve* », « *je n'ai plus de corps, je sens mon cervelet dans mon corps* », « *j'ai peur de faire un anévrisme* ». Son mari, toujours très revendiquant, se plaint de l'hygiène de sa femme.

Elle tombe régulièrement au sol devant l'équipe, et se relève lorsqu'on lui demande de le faire.

Lors d'une opération chirurgicale anodine de sa fille, elle se laisse tomber par terre plusieurs fois violemment, s'urine dessus, dit qu'elle n'a plus de cerveau, que son foie est pourri, qu'elle a le cancer du foie.

Elle dit qu'elle « *ne sent pas comme une femme, mais comme un légume et que c'est pour cette raison qu'elle voudrait aller en soins palliatifs* ».

Elle cache son paquet de cigarettes coupé en deux dans ses fesses, cache plusieurs fois un rasoir dans son vagin : dit qu'ainsi elle n'aura pas de relations sexuelles avec son mari, qu'elle a peur d'être violée, qu'elle a été violée à l'hôpital. Elle présente des troubles du comportement à type d'auto et hétéroagressivité. Elle est alors transférée dans une unité fermée, en novembre 2009.

Elle dit qu'elle est « hallucinée ». Elle est très agitée, cache son vomi dans l'oreille, urine au sol, nie les faits en répondant « qu'elle n'est pas folle ». Ses symptômes sont polymorphes : met du rouge à lèvres et demande « si elle est belle », défèque sur son lit, se scarifie sur les cuisses et les fesses, cache des couteaux dans sa chambre, dit ne plus se voir dans le miroir, se plaint qu'on lui a volé son alliance pour réapparaître avec l'anneau à son doigt, se laisse tomber devant les soignants. Elle se plaint d'avoir un trou dans la bouche.

Mme T. présente une altération de l'état général avec une hypothermie à 32°C, une déshydratation, une bradycardie à 40 battements par minute. Le pronostic vital est engagé.

Son mari est appelé dans la nuit. Lorsqu'il est dans la chambre sa fréquence cardiaque remonte ainsi que sa température corporelle. Aucune étiologie somatique n'est retrouvée. Peu de jours après elle réintègre le service et explique qu'elle ne veut pas mourir.

En 2013 et 2014 elle fait de nombreuses crises convulsives.

I.4.10. Hospitalisation actuelle

Mme T. a été transférée dans une unité ouverte, est en hospitalisation libre. Son traitement comporte uniquement des anxiolytiques. Il faut souligner qu'elle a été transférée dans ce service non pas en rapport avec son état psychique (extrêmement bruyant), mais pour permettre un séjour de rupture pour l'équipe soignante, épuisée, malmenée, se posant des questions sur une maltraitance psychique.

L'état psychique de la patiente s'est très vite améliorée avec disparition de l'agitation, des propos délirants, des phases régressives du comportement. En parallèle, Mr T. a suivi une psychothérapie et les tensions conjugales se sont apaisées.

I.5. Eléments cliniques somatiques lors des hospitalisations au CHI Clermont

Lors de toutes les hospitalisations, Mme T. a eu de nombreux examens complémentaires et examens cliniques de nombreux spécialistes (neurologie, endocrinologie, gynécologie, ophtalmologie, hépato-gastroentérologie...).

Une hypothyroïdie est découverte, avec une prise de traitement aléatoire.

En janvier 2011, elle a un cancer du sein T1N0M0 avec une mastectomie gauche avec un curage axillaire. Elle bénéficie d'une cure de chimiothérapie, arrêtée suite à une aplasie fébrile. Mme T. refuse par la suite tous les traitements. Elle est actuellement en rémission. Lors de la réunion pluridisciplinaire, le comité d'éthique a été saisi devant le refus, les troubles psychiatriques et l'état cachétique dans lequel se trouvait à l'époque la patiente.

Aucune métastase cérébrale n'est présente.

Elle a aussi eu une thrombopénie fluctuante, sans explication hématologique.

Elle a eu une exérèse d'une masse osseuse sterno-claviculaire droite, tumeur bénigne.

Suite à une chute, elle a bénéficié d'une ostéosynthèse d'une fracture per-trochantérienne gauche.

II. SCHIZOPHRENIE

II.1. Historique

Sous le nom de schizophrénie sont désignés généralement une maladie ou un ensemble syndromique, caractérisés par des symptômes plus ou moins spécifiques évoluant vers une désorganisation profonde de la personnalité [1]. Avant les travaux de Kraepelin[2](1856-1926) et Bleuler[3,4] (1857-1939), certains auteurs ont décrit, parmi les démences observées, des tableaux cliniques frappant des sujets jeunes ayant une évolution déficitaire importante (Esquirol : idiotie acquise ; Morel : démence précoce ; Kahlbaum : *paraphrénia hebetica* ; Hecker : *hebephrenia*).

II.1.1 Schizophrénie selon Kraepelin

Kraepelin[2] distingue la psychose maniaco-dépressive de la *dementia praecox* sur le critère évolutif de l'état démentiel terminal. Il décrit trois grandes formes cliniques (paranoïde, hébéphrénie et catatonie) et différencie les délires paranoïdes des délires paranoïaques et des paraphrénies dont le potentiel évolutif déficitaire est moindre. La démence précoce de Kraepelin a deux caractéristiques : il s'agit d'une maladie chronique sans cause extérieure et évoluant généralement de façon déficitaire, et le trouble fondamental est l'appauvrissement émotionnel et intellectuel.

II.1.2. Schizophrénie selon Bleuler

En 1911, Bleuler [3,4] invente le terme de schizophrénie, différant légèrement de la démence précoce de Kraepelin. Ainsi, pour Bleuler, la schizophrénie n'est pas une maladie mais un groupe syndromique : il y intègre la paraphrénie et des formes mineures. Le critère de la dislocation *Spatlung* des fonctions psychiques n'est pas évolutif mais clinique, et l'évolution déficitaire n'est pas constante. Il définit l'évolution de la schizophrénie comme «tantôt chronique, tantôt faite de poussées intermittentes et qui peut céder ou rétrocéder à tout moment mais sans permettre une totale *restitutio ad integrum*». Bleuler décrit les troubles fondamentaux du syndrome schizophrénique : le relâchement des associations, la baisse de l'affectivité, l'ambivalence et l'autisme. Il oppose deux types de manifestations : les troubles primaires qui reflètent le processus schizophrénique (trouble élémentaire des associations, accès d'obtusion, troubles de l'humeur, tendance aux stéréotypies et aux hallucinations) et les troubles secondaires (le délire, l'ambivalence, l'autisme) qui sont psychogéniques.

Depuis Bleuler, de nombreux travaux ont été effectués sans amener de nouvelle synthèse. Le courant phénoménologique de Minkowsky [5] fait de la perte du contact vital au réel le trouble fondamental de la maladie. Dans l'ensemble, l'école française garde une conception assez restrictive de la schizophrénie centrée sur les notions de maladie chronique et de potentialité évolutive déficitaire : «la schizophrénie est au terme de l'évolution» (Henry EY [6]).

II.2. Critères diagnostiques de la schizophrénie débutante

II.2.1. Epidémiologie

La prévalence en France de la schizophrénie est de 1,4 à 4,6 pour mille entre 15 et 54 ans [7]. Elle est de 1% de la population générale dans le monde[8]. Elle est augmentée dans les couches sociales modestes et dans les agglomérations urbaines. Le sex-ratio est de 2 hommes pour 1 femme entre 15 et 24 ans [7]. Pour 62% des hommes et 42% des femmes, la schizophrénie se situe avant 25 ans [9].

II.2.2. Les différentes phases évolutives

La majorité des schizophrénies débutantes [8] sont progressives et insidieuses. Elles sont caractérisées par différentes phases évolutives [8,10,11] : la phase pré-morbide, la phase prodromique, la phase symptomatique, la phase de rémission plus ou moins complète.

- La phase prodromique

Elle apparaît souvent durant l'adolescence. Son intensité est variable, ainsi que sa durée et son expression. Les symptômes négatifs précèdent les symptômes positifs mais sont non spécifiques. Ils sont d'ordre thymique et pseudo-névrotique. Parmi les symptômes négatifs, une modification du comportement est notée : irritabilité, épisodes de dépersonnalisation minima, sensations corporelles étranges, recours aux toxiques. Les auteurs [8] soulignent l'importance d'un dépistage précoce afin de diminuer le risque suicidaire. Le changement de comportement et le vécu des sujets marquent l'émergence des signes prodromiques. Les prodromes sont égodystoniques. Ils sont souvent reconnus rétrospectivement. Les auteurs [8,12] les classent en sept catégories : à type névrotique : anxiété, colère, irritabilité, troubles obsessionnels compulsifs ; à type thymique : humeur dépressive, anhédonie, culpabilité, idée suicidaire ; trouble de la volition : apathie, perte de motivation et d'intention, ennui ; trouble cognitifs : trouble de l'attention et de la concentration ; symptômes physiques de plaintes, d'impressions corporelles bizarres ; modifications comportementales : retrait social,

détérioration scolaire, impulsivité. Il faut insister sur l'apparition d'une modification de la conscience de soi et la perte de l'évidence naturelle éprouvée spontanément.

- La phase symptomatique

Lors de cette phase, apparaissent les symptômes positifs mais sont peu nombreux et peu marqués. Souvent, il s'agit d'idées délirantes de référence et de persécution.

II.3. Description clinique de la schizophrénie

II.3.1. Le syndrome dissociatif

Il s'agit d'un processus de dislocation et de désagrégation susceptible d'affecter tous les secteurs de la vie mentale et relationnelle. Il évoque la faille structurale à partir de laquelle s'amorce l'effraction de la personnalité par la psychose. Ce terme est proposé par Chaslin, en 1912, avec une connotation psychopathologique évoquant la dysharmonie, le décalage entre l'humeur et la formulation délirante, l'état émotionnel et le langage...

Il existe une perte de l'unité et de l'homogénéité de la personnalité donnant lieu à des symptômes négatifs. Henry Ey [13] la classe dans le vécu délirant du schizophrène et parle d'«expérience de dépersonnalisation». Les épisodes entraînent un vécu angoissant et pénible. Cet effondrement brutal ou progressif des rapports du sujet et du monde, la mise en échec de la communication avec autrui portent la marque de l'étrangeté, de la bizarrerie et de la discordance.

II.3.1.1 La dépersonnalisation

La dépersonnalisation est la perte du sentiment d'individualité de la personne, affectant l'intégrité somatique et corporelle, l'identité, la conscience du Moi, s'accompagnant de l'impression d'étrangeté (déréalisation). Elle est différente de celle observée dans les états névrotiques : apparition d'une angoisse intense de division, de néantisation, de morcellement dissociatif. Elle peut être brutale dans un épisode aigu délirant ou d'installation insidieuse conduisant à des gestes de l'existence d'un vécu corporel morcelé : contemplation des mains, signe du miroir (longues stations devant la glace). Il existe un doute sur les limites corporelles, une impression de changement de forme, de volume des segments du corps, entraînant des vérifications par la vue, le palper ou la demande de réassurance par un tiers.

II.3.1.2 Les troubles de la pensée

Les troubles de la pensée sont considérés comme fondamentaux et caractéristiques de la schizophrénie depuis Bleuler. Les capacités opératoires peuvent être conservées dans certains domaines. L'idéation schizophrénique est une incapacité à utiliser les connaissances acquises par la présence d'un relâchement dans l'agencement et la coordination des idées. Une perte du raisonnement logique et déductif apparaît progressivement pour ensuite devenir incohérent. Il existe une atteinte dynamique de l'enchaînement du cours de ses idées. Une persévération et une contamination par une idée parasite peuvent apparaître entravant l'enchaînement des idées. Le cours de la pensée est anarchique et discontinu. Un barrage est caractéristique du trouble du cours de la pensée chez le schizophrène, suspendant le discours du sujet sans raison apparente. L'incohérence du discours devient totale quand des élaborations imaginaires, délirantes, intuitives se mêlent aux données objectives. Le rationalisme morbide apparaît, s'alimentant de ratiocinations systématiques, pseudologiques.

II.3.1.3. Les troubles du langage

Le langage oral et écrit sont affectés traduisant les perturbations du cours de la pensée. Des états de mutisme ou de semi-mutisme sont observables. Il existe des altérations syntaxiques, des néologismes pouvant aboutir parfois à un paralangage.

II.3.1 .4. Les troubles de l'affectivité

L'affectivité du schizophrène est remplie d'ambivalence : « chaque pulsion affective véhicule tout à la fois de l'amour et de la haine, le désir de séduire et d'agresser » [7]. Une anesthésie affective, la froideur et le détachement tentent de neutraliser une sensibilité exacerbée mais immédiatement retenue. La sexualité du schizophrène est marquée par cette distorsion profonde de la relation à l'autre. Elle est soit autoérotique et masturbatoire et privée souvent de scénarios imaginaires, soit elle engage le partenaire uniquement comme le sexe complémentaire susceptible de procurer des satisfactions génitales rapides, brutales et désaffectivées. Parfois des désirs sexuels réprimés (inceste, perversion) sont agis sans retenue.

II.3.1.5. Les troubles psychomoteurs

Les troubles psychomoteurs témoignent de la discordance de l'activité motrice, décrite sous le nom de catatonie : indécision du geste, indétermination des attitudes, mouvements automatiques... Il existe aussi des stéréotypies.

II.3.2. Le syndrome délirant

Selon Henry Ey [13], le vide créé avec l'apparition du syndrome dissociatif tend à se commuer en une production délirante positive. Certains auteurs considèrent que le délire paranoïde est secondaire à la dissociation. Selon Freud, il constitue « une tentative de guérison ».

L'extériorisation du délire fait apparaître souvent un syndrome d'automatisme mental, où les actes peuvent être commentés, la pensée volée ou entravée.

Un syndrome hallucinatoire psychosensoriel émerge avec des hallucinations en rapport avec tous les sens.

Concernant le délire schizophrénique : il est désorganisé, de mécanismes (interprétatif, intuitif...) et thèmes (persécution, mégalomane, mystiques...) multiples. L'adhésion au délire est totale avec absence de critique, avec une forte participation affective.

Sur le plan évolutif, l'expression délirante emprunte des formules variées : soit des expériences délirantes polymorphes successives, soit une évolution continue sur un mode délirant permanent.

II.3.3. Le syndrome autistique

Pour beaucoup d'auteurs, le syndrome autistique est la conséquence de la dissociation. Il existe une reconstruction d'un monde à soi, soumis aux productions fantasmatisques et indépendant de la logique de la réalité. L'autisme explique alors le repli sur soi-même, l'indifférence et l'impénétrabilité.

Minkowski [5] définit le repli autistique comme la « perte de contact vital avec la réalité ».

II.3.4. Les troubles des conduites

Les perturbations psychiques plurifocales impliquent une désorganisation majeure au niveau des conduites. L'aboulie, le désintérêt concernant les activités scolaires ou professionnelles, les responsabilités familiales, jusqu'alors investies, parfois de manière brusque sont constatées. Ainsi peut s'instaurer un apragmatisme, des comportements insolites marqués par l'instabilité.

Bleuler considérait la suicidalité « comme le symptôme le plus sérieux ». Environ 40 % des patients font une tentative de suicide [7], avec souvent des procédés très violents avec une forte létalité (10 % [7]). Sont à l'origine de ces gestes, la thymie dépressive mais aussi les productions délirantes.

Les troubles de conduites alimentaires sont fréquents, polymorphes (potomanie, refus d'aliments, pica, anorexie restrictive..), sous tendus par des idées d'empoisonnement ou de rationalisation morbide.

Des manifestations hétéro-agressives peuvent s'observer, le plus souvent dans une phase aigüe.

II.4. Critères diagnostiques selon le DSM V

II.4.1. Critère A

Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3 :

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé (c.-à-d., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. Symptômes négatifs (c.-à-d., réduction de l'expression émotionnelle, aboulie)

II.4.2. Critère B

Pendant une partie significative du temps depuis la survenue le début du trouble, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou dans l'adolescence, incapacité à éteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).

II.4.3. Critère C

Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c.-à-d. symptômes de la phase active), et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurants dans le

critère A présents sous une forme atténuée (p.ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

II.4.4. Critères D, E et F

Critère D : Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit 1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active, soit 2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.

Critère E : La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale.

Critère F : En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

II.5. Corps et schizophrénie selon Gisela Pankow

Les manifestations psychiques de Mme T. s'expriment majoritairement par le corps. Ainsi il nous semblait intéressant d'exposer le travail de Gisela Pankow concernant le corps et la psychose.

Gisela Pankow (1914-1998), est une psychiatre et psychanalyste française, d'origine allemande. Elle fut l'élève de E. Kretschmer.

II.5.1. Image du corps et concepts structuraux

Selon G. Pankow [14,15], dans ses deux livres L'Homme et la psychose, et Structure familiale et psychose, le phénomène de la dissociation peut se manifester de deux manières : l'une correspondant à la fonction formelle de l'image du corps, l'autre à sa fonction de contenu.

II.5.1.1. La première fonction de l'image du corps

La première fonction de l'image du corps concerne uniquement sa structure spatiale en tant que forme ou *gestalt*. Cette structure exprime un lien dynamique entre les parties et la totalité

du corps. Ainsi, sous cet angle de la forme, une distinction devient possible entre la dissociation dans une schizophrénie et dans un délire chronique non schizophrénique.

Pour le schizophrène, chaque partie du corps est un corps tout entier. Le phénomène de déplacement des parties du corps n'existe plus comme tel. Dans la schizophrénie, l'image de la totalité est elle-même détruite. Un corps dissocié exprime que la possibilité même d'une organisation du corps n'existe plus. Le schizophrène « vit dans un monde débris, mais il n'a pas conscience que ce sont des débris » [14].

G. Pankow entend donc par « dissociation » le fait que le schizophrène n'est plus capable de reconnaître une partie du corps comme partie. Au cours de ce phénomène qui apparaît comme spécifique de la psychose, le corps n'est plus ressenti comme entité.

Cette destruction de l'image peut amener des réactions différentes : soit une partie prend la place de la totalité d'un corps de telle manière qu'il puisse être encore reconnu et vécu comme un corps limité, soit il existe une confusion, spécifique de la psychose, entre le dedans et le dehors [16].

Le miroir se présente comme un lien unissant le monde du dehors et le monde du dedans, lien faisant apparaître les failles provoquées par la maladie mentale. Une patiente de G. Pankow [14], qui était âgée de 16 ans a vu deux images dans la glace, hallucination isolée. « J'essayai de me regarder dans le miroir. A cet instant, quelque chose se produisit. Je sentis deux personnes en moi. A partir de ce moment je me sentis persécutée ». C'est donc du dehors, dans le miroir, que la malade reconnaît ce qui, auparavant a été ressenti du dedans. Ainsi se produit la cassure entre ce qui est ressenti du dedans et l'image du dehors.

Le « dedans » devient donc le « dehors ». Il s'agit de la cassure caractéristique de l'expérience psychotique du monde. La dissociation de l'image du corps et l'hallucination ont la même « forme » (*gestalt*).

A la suite d'une dissociation, certaines parties du corps peuvent réapparaître dans le monde externe. Parfois, elles sont encore reconnues comme des débris d'un corps primitivement entier, mais souvent elles réapparaissent sous forme d'hallucinations auditives ou visuelles [17].

Pour G. Pankow, il ne s'agit pas de conflits au sens classique mais de conflits de la spatialité du corps vécu, corps qui chez le schizophrène se brise en un tas de fragments. Par exemple, la patiente Véronique, décrite dans l'un des ouvrages de G. Pankow [14], rêve d'un homme qui après avoir coupé sa propre jambe, la met au réfrigérateur pour lutter contre la faim. Cette jambe n'a plus de lien avec le corps vécu. Dans le monde psychotique, une pareille jambe

devient une chose tout autre : une nourriture pour combler le vide. Pour cette malade, il n'y a que le vide et la nécessité de le combler sans qu'il existe de lien logique entre la jambe coupée et le corps mutilé de l'homme. Mise au réfrigérateur et à jamais séparée du corps, la jambe a pris une toute autre signification. C'est justement cette faille, cette impossibilité de rétablir le lien entre les parties et la totalité du corps qui désigne le terme de dissociation.

Si le schizophrène peut, grâce à l'intervention thérapeutique, rétablir l'unité du corps détruit, il peut apprendre à l'habiter. Les efforts de la thérapeutique de G. Pankow visent à réunifier ce dynamisme du corps, de façon à ce que celui-ci, se saisissant comme désir, retrouve son image et entre dans le domaine du temps de son histoire . En effet, la destruction de l'image du corps s'accompagne simultanément d'une perte de la relation historique de la vie du sujet.

II.5.1.2. La deuxième fonction de l'image du corps

La deuxième fonction de l'image du corps ne concerne plus la structure comme forme, mais le contenu et le sens. C'est ici que la représentation ou reproduction d'un objet, ou même comme renvoi à autre chose, joue un rôle considérable.

Dans le délire chronique (non schizophrénique), la première fonction de l'image du corps est intacte, aussi la reconnaissance du corps comme forme est possible.

II.5.1.3. Le phénomène du corps perdu

Pourquoi l'homme qui perd son corps doit-il perdre sa raison ? Pour G. Pankow, le psychotique « a perdu le corps vécu, en tant que pays natal, en tant que maison, en tant qu'enveloppe protectrice ». Le malade ressent son corps comme un récipient qui a perdu son contenu. Le schizophrène ne peut plus sortir de son monde.

III. HYSTERIE

III.1. Historique

La notion d'une maladie hystérique est très ancienne. En Egypte ancienne sont retrouvés les premières descriptions médicales dans le « Papyrus Kahun », datant environ de 1900 av J.C. Provenant du mot grec *hustera* (utérus), elle est définie dans l'Antiquité, par Hippocrate, comme une maladie affectant essentiellement les femmes, n'ayant pas eu d'enfants ou abusant des plaisirs charnels. Platon imagine l'utérus comme un organe en errance dans le corps féminin, capable de provoquer des maladies s'il reste trop longtemps stérile, idée reprise par Galien.

L'histoire des névroses s'est longtemps confondue avec celle de l'hystérie. A la fin du XIXe siècle, en France, Charcot [18] étudie l'hystérie avec des méthodes d'observation médicale, conservant l'idée d'une localisation cérébrale ; il émet l'idée d'une origine psychogène en faisant apparaître et disparaître les symptômes par l'hypnose. Il décrit cinq manifestations de la grande crise hystérique : les grandes attaques hystériques, les formes mineures (crise syncopale, la crise à type de syndrome extrapyramidal, l'hystéro-épilepsie, les crises tétaniformes), les états crépusculaires, les amnésies paroxystiques, les attaques cataleptiques.

Babinski, collaborateur de Charcot, réussit à délimiter avec précision le domaine de l'hystérie de celui de la neurologie lésionnelle. Ainsi, l'hystérie n'est pas une maladie localisable, susceptible d'une définition anatomo-clinique et d'une description par accumulation de signes : « l'hystérie étant devenue ce qui n'est pas en neurologie ».

Pierre Janet commence à étudier les relations de l'hystérie avec l'hypnose et les automatismes psychologiques. Freud, avec Breuer [19] en 1895, étudie une malade qui guérissait périodiquement de ses symptômes par l'évocation de ses souvenirs, il conçoit l'idée du refoulement, de son origine sexuelle et de l'importance du transfert affectif dans sa thérapeutique.

Il faut noter l'influence toute particulière des données socioculturelles sur les manifestations extérieures de l'hystérie. Les symptômes ont beaucoup varié depuis l'époque de Charcot, variant selon les cultures, les progrès de la médecine. Mais il n'en va pas de même pour la structure hystérique qui, sous des dehors variables, constitue le fond permanent et invariant de la névrose.

III.2. Définition

Selon Laplanche [20], l'hystérie est une classe de névroses présentant des tableaux cliniques très variés. Les deux formes les mieux isolées sont :

- l'hystérie de conversion où le conflit psychique vient se symboliser dans les symptômes corporels les plus divers, paroxystiques ou plus durables,
- l'hystérie d'angoisse où l'angoisse est fixée de façon plus ou moins stable à tel ou tel objet extérieur (phobies).

Pour Henri Ey [13], il s'agit d'une névrose caractérisée par l'hyper-expressivité somatique des idées, des images et des affects inconscients. Ses symptômes sont les manifestations psychomotrices, sensorielles ou végétatives de cette « conversion somatique ». Depuis Freud, cette névrose est appelée hystérie de conversion. L'hystérique doit être défini par rapport à la structure de sa personnalité caractérisée par la psychoplasticité, la suggestibilité et la formation imaginaire de son personnage.

III.3. Les symptômes hystériques

Sydenham (1624-1689) désigne la symptomatologie hystérique comme « protéiforme ». Nous nous proposons de décrire la sémiologie hystérique de manière non exhaustive et en soulignant les symptômes les plus fréquents.

Serge Tribolet [21] définit un syndrome de conversion dans lequel nous retrouvons une association d'un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles suggérant souvent une affection neurologique ou une affection médicale. Ces troubles peuvent être transitoires ou durables mais sans support anatomo-clinique. Ils prédominent souvent sur des organes permettant la relation à l'autre. Il est important de souligner qu'il ne s'agit pas d'une simulation, le patient n'a pas de contrôle volontaire sur le symptôme.

L. Israel [22] et H. Ey [13] précisent que les manifestations les plus connues de l'hystérie sont des accès aigus d'agitations, « des crises » faisant référence à la grande crise décrite par Charcot.

Il existe donc une absence d'atteinte organique et une absence de systématisation anatomo-clinique à ces manifestations somatiques, point important afin de permettre le diagnostic différentiel avec des pathologies organiques.

Souvent il existe peu d'angoisse accompagnant le discours du patient sur la survenue des signes somatiques, ce qui est décrit comme « une belle indifférence ». L. Israel [22] précise qu'après s'être plaint de nombreux symptômes somatiques, le patient pourra fort bien ne plus

y penser et parler des évènements actuels de sa vie. Comme si, une fois que ces signes cliniques avaient permis une entrée en relation avec l'autre, qu'ils avaient joué un rôle, ils pouvaient disparaître ou s'atténuer. Inversement, aussi longtemps que la réponse reste insatisfaisante, par exemple sous formes d'actes médicaux, ils persistent, et passent même à la surenchère.

Ces symptômes sont variables, labiles et sont soumis à l'influence de l'entourage social, familial. Nous parlons alors de suggestibilité.

Concernant le retentissement fonctionnel, la survenue des symptômes induit des bénéfices secondaires pour le patient : par exemple une paralysie des membres inférieurs permet l'évitement des tâches ménagères, de l'attention de la part de son entourage... Evidemment il existe des bénéfices primaires pour le patient apportant un soulagement aux tensions intrapsychiques.

Le terme de conversion indique à la fois le rôle étiologique de conflits psychiques et un mécanisme de défense incriminé dans leur genèse : il s'agit de la transposition d'une représentation mentale inacceptable ou génératrice d'angoisse en une perturbation physique comportant une symbolique inconsciente.

III.4. La personnalité hystérique

La notion de personnalité hystérique émerge progressivement des travaux de la psychopathologie classique. L'existence d'une personnalité hystérique forme un terrain favorisant l'apparition de symptômes hystériques.

La personnalité hystérique a été essentiellement décrite chez la femme.

III.4.1. Histrionisme

L'histrionisme ou le « donner à voir » [22] est considéré comme le trait de personnalité central et le plus unanimement retenu par les auteurs. Néologisme, il fait référence à l'histrion, à Rome qui était un comédien jouant des farces bouffonnes et grossières. L'hystérique est une comédienne, jouant avec la subjectivité de l'observateur. Il ne s'agit pas forcément d'un jeu délirant. Quel est le jeu de l'hystérique ? L'imitation d'une autre personne. Le discours et le comportement de l'hystérique ne sont pas « naturels », ils sont affectés [22]. C'est une bien mauvaise comédienne, car nous pouvons percevoir la représentation d'un modèle. La personnalité hystérique a besoin de spectateurs, existe-t-il des comédiens sans spectateurs ? Ce comportement théâtral est variable dans le temps, et selon les circonstances.

Elle adopte un discours différent selon le personnage auquel elle croit pouvoir faire correspondre l'analyste ou le spectateur. Ce n'est que lorsque les différentes possibilités sont épuisées qu'apparaît celle qui se cachait derrière ces discours, c'est à dire le véritable sujet de l'hystérique : un personnage à multiples facettes.

Ainsi l'hystérique joue la femme. L'hyperféminité est classique avec l'exagération des critères féminins qui sont glanés dans l'entourage social, familial et culturel.

L'histrionisme englobe le plaisir d'être le point de mire des regards d'autrui [1]. Selon T. Lempérière [23], afficher un personnage permet à l'hystérique d'éviter une rencontre authentique avec autrui. Elle ne se laisse pas connaître.

III.4.2. Suggestibilité

La personnalité hystérique est réceptive aux influences extérieures (autrui ou circonstances) ou personnelle (autosuggestion). Dans le terme de « suggestibilité », il peut exister différentes significations : la labilité des identifications hystériques mais aussi la plasticité des rôles joués ou la grande sensibilité à la suggestion utilisée comme agent thérapeutique. La personnalité hystérique apparaît comme un « individu plastique ». Selon H. Ey [13], elle est influençable et inconsistante, sa personne ne parvenant pas à se fixer dans l'authenticité d'une identité personnelle fermement établie.

III.4.4. Labilité émotionnelle

La réactivité émotionnelle est excessive, parfois incontrôlable, se calmant rapidement. Les affects exprimés sont intenses mais superficiels et labiles. Le comportement peut être adapté et sans raison passer par une crise d'agressivité sans relation avec la situation vécue. Parfois peut apparaître de l'impulsivité et de l'intolérance à la frustration.

III.4.5. Facticité des affects

Les affects sont exprimés régulièrement avec conviction, souvent de manière exagérés. Selon Guelfi [1], cette outrance dans l'expression des émotions est une alternance d'allégations d'amour et des déclarations de guerre. Ainsi il existe une tendance à érotiser les relations les plus banales au sein desquelles la personnalité hystérique peut afficher des comportements de séduction inappropriés. H. Ey explique qu'elle vit dans un monde factice par l'effet du refoulement et ne cesse de tirer des bénéfices secondaires par une sorte d'érotisation de l'imagination, devenant une technique de satisfaction libidinale.

La personnalité hystérique ne cesse de falsifier ses rapports avec autrui, se donnant en spectacle, son existence n'étant qu'une série discontinue de scènes et d'aventures imaginaires [13].

III.4.6. Dépendance affective

La personnalité hystérique est dépendante d'autrui par sa recherche constante d'attention et par son mode captatif de relation interindividuelle. Selon L. Israel [22], il lui arrive de trouver une personne devant laquelle il s'incline. La dépendance semble prendre la forme d'une sorte d'abdication de sa propre personnalité pour se confondre avec celle de l'autre. Cette dépendance peut revêtir une perte d'autonomie matérielle et psychique. C'est aussi à cette dépendance que nous pouvons rattacher un autre trait de personnalité : l'infantilisme. Faire l'enfant prend toute sa signification à être placée dans la relation à l'autre [22]. L'infantilisme actualise une partie du fantasme de l'hystérique : prouver qu'on est bien l'enfant de tel parent, et son enfant préféré.

III.4.7. Troubles de la sexualité

Ces troubles de la sexualité ont donné le nom à cette pathologie psychique. La sexualité est profondément troublée, la personnalité hystérique n'est pas dans l'hypersexualité. Il peut s'agir d'une frigidité simple, un dégoût affirmé pour la sexualité, voire un oubli, domaine considéré avec indifférence comme étranger de soi.

III.4.8. Critères diagnostiques selon le DSM V et le DSM IV-TR

Dans le DSM IV-TR, les troubles de la personnalité étaient au nombre de 10 dont la personnalité histrionique. Actuellement dans le DSM V, ils ne sont plus qu'au nombre de six avec la disparition de la personnalité histrionique. Ainsi actuellement sont définies les personnalités : antisocial, évitant, borderline, narcissique, obsessionnel-compulsif et schizotypique.

L'enjeu, semble-t-il, est de limiter le nombre de troubles de personnalité et de définir des dimensions de personnalité, sans enfermer, comme le faisait le DSM IV, les patients dans une dizaine de « cases » contestables selon certains auteurs. En particulier, dans le DSM IV, le *trouble de personnalité non spécifié* se trouvait être la plus utilisée dans certaines études.

Reportons nous alors à la classification du DSM IV-TR :

Il s'agit d'un mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- (1) le sujet est mal à l'aise dans les situations, où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui ;
- (2) l'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante ;
- (3) expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante ;
- (4) utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi ;
- (5) manière de parler trop subjective mais pauvre en détails ;
- (6) dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle ;
- (7) suggestibilité, est facilement influencé par autrui ou par les circonstances ;
- (8) considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité ;

III. 5. Psychopathologie de l'hystérie

La dynamique névrotique [20,24] désigne une modalité de fonctionnement du psychisme dans laquelle les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit ayant pris naissance dans l'histoire du sujet. Le conflit est de nature sexuelle, se référant à l'évolution libidinale et à l'organisation oedipienne. Ce conflit oedipien peut se traduire par des modes symptomatiques et emprunter des voies différentes. Il est donc essentiel de distinguer le symptôme, les modes défensifs et la nature de l'angoisse.

Dans les structures névrotiques, le lien avec la réalité n'est pas aboli. Les expressions symptomatiques peuvent entraîner des distorsions au niveau de la communication, des interprétations fausses du rapport aux autres et de l'environnement. Le symptôme névrotique est toujours une adresse à un autre objet, une sorte de dialogue avec les objets parentaux de l'enfance, via l'instance surmoïque. Roussillon [24] explique qu'il est possible de modéliser le développement des névroses à partir de la nature de l'angoisse et les destins du refoulement. Il fait référence à deux théories de Freud : la première [25] désignant le refoulement comme cause de l'angoisse, la deuxième [26] où l'angoisse devient la cause du refoulement.

Dans l'hystérie de conversion, nous nous intéressons à la première théorie de l'angoisse de Freud [25]. Au sein du psychisme, le système représentatif repose sur le lien entre la représentation et le quantum d'énergie psychique, l'affect. Le refoulement est l'opération par laquelle le sujet cherche à maintenir ou à repousser dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion. L'effet du refoulement est de détacher de la

représentation le quantum d'affect. Ainsi, le quantum redevient libre et cette augmentation d'énergie psychique est ressentie comme une angoisse. Pour résumer, l'angoisse est le signe qu'un refoulement a eu lieu. Dans le cadre de la névrose hystérique, le quantum d'affect délié est alors immédiatement lié au symptôme corporel, donc théoriquement pas de développement d'angoisse. La transformation est immédiate, permettant alors au sujet hystérique « une belle indifférence » par rapport aux symptômes corporels.

La conversion est la transformation d'une représentation refoulée en symptôme qui met le corps en scène. Le corps mis en scène n'est pas somatique mais sexué et fantasmé, un corps libidinal.

Reprenons plus en détail les différentes étapes psychiques du mécanisme :

- La trace psychique du trauma

Au début de son œuvre, Freud postule que le sujet hystérique a subi lors de son enfance une expérience traumatique. Le trauma est la présence d'affect inconscient important, en l'absence d'une angoisse nécessaire permettant au Moi de l'enfant de supporter la tension psychique excessive. S'il est trop violent, il existe une émergence de ce trop-plein d'affect non senti consciemment mais inconsciemment reçu. Cet excès de quantum d'énergie est en errance, n'arrivant pas à se décharger. Cela entraîne aussi une « image suractivée [27] » par cette énergie sexuelle accumulée qui est une représentation intolérable.

Le Moi de l'enfant, futur hystérique, est « une surface psychique faites de différentes images corporelles organisée comme un corps imaginaire, caricature du corps anatomique [27] ». L'impact traumatique se fera sur une image d'une partie corporelle imaginaire. L'excédent de tension psychique se concentre sur cette partie et l'investit à tel point qu'elle se désolidarise du reste des autres images corporelles imaginaires. Le trauma dont souffre l'enfant n'est pas l'agression extérieure mais la trace psychique laissée par l'agression. Nous pouvons considérer que cette image hautement investie est la source du symptôme hystérique.

- Défense inappropriée du Moi

Selon Freud, la névrose hystérique est provoquée par la maladresse avec lequel le Moi veut neutraliser la représentation sexuelle intolérable. Cette dernière acquiert son pouvoir pathogène lorsqu'elle est attaquée par un Moi qui se débat. Plus le Moi attaque la représentation plus il l'isole, c'est le refoulement. Il existe donc un conflit entre la représentation porteuse d'un excès d'affect et le refoulement rendant la représentation plus virulente. Le Moi s'épuise et s'affaiblit. Le rôle de la défense dans l'étiologie de l'hystérie a

été pour Freud si important qu'il nomme initialement l'hystérie « hystérie de défense ». Plus tard il l'appelle « hystérie de conversion ».

- Echec du refoulement : la conversion

Le conflit surcharge d'affect/refoulement est le fondement des névroses. La représentation intolérable investie, surchargée d'affect, peut contourner l'échec du refoulement selon trois directions : investir une représentation quelconque de la pensée (obsession), du monde extérieur (phobie), du corps (hystérie). Concernant l'hystérie, il s'agit de l'échec du refoulement par la conversion.

- Siège de la conversion

Comment s'opère le choix de l'organe ? La région somatique affectée par le symptôme conversif correspond à la partie jadis atteinte par le trauma devenue une image déterminée. Ainsi il existe trois états successifs du corps : le corps perçu (dans la scène traumatique), le corps imagé (image inconsciente), le corps souffrant (siège de la conversion) [27].

En 1900 Freud introduit l'origine de l'hystérie dans un fantasme inconscient et non plus dans une représentation. La conversion est alors l'angoisse fantasmatique et non plus une surcharge de la représentation. Cela implique qu'il n'est plus nécessaire, pour expliquer l'apparition d'un symptôme, de trouver un événement réel traumatique dans l'histoire du patient mais un événement psychique chargé d'affect, « véritable micro-trauma local », centré sur une région érogène du corps, consistant en la fiction d'une région d'une scène traumatique : le fantasme. Cette modification est essentielle car dans la première théorie l'incident traumatique provient d'un adulte sur un enfant, dans la deuxième théorie c'est le propre corps érogène de l'enfant qui introduit l'évènement psychique.

J-D. Nasio [27] explicite l'hystérie comme un lien malade avec autrui, notamment dans le cas d'une cure psychanalytique. Cette névrose, précise-t-il, est généralement latente, et éclot lors d'évènements marquants ou critiques de la vie d'un sujet, comme par exemple l'adolescence. Il distingue trois états ou états permanents du Moi hystérique dans une relation transférentielle : le Moi insatisfait, le Moi hystérisant et le Moi tristesse.

Concernant le Moi insatisfait, le patient hystérique, pour atténuer son angoisse, n'a trouvé comme autre recours d'entretenir sans cesse un état d'insatisfaction, dans ses fantasmes et sa vie. La satisfaction de la jouissance maximale le met en danger et est ressenti comme une

menace. Pour l'écarter, le sujet hystérique invente inconsciemment un scénario fantasmatique à se prouver et prouver aux autres qu'il n'y a de jouissance qu'insatisfaite.

Pour le Moi hystérisant, le sujet hystérique ne perçoit pas ses propres objets internes ou les objets externes du monde tels qu'ils sont communément perçus. Il les transforme en réalité fantasmée : « il hystérise le monde ». « Hystériser », c'est érotiser une expression humaine quelle qu'elle soit, alors qu'elle-même n'est pas de nature sexuelle. Il s'approprie, à travers le filtre de ses fantasmes à contenu sexuel, tout geste ou parole qu'il perçoit chez l'autre ou qu'il adresse à l'autre. Précisons que le mot « sexuel » définit, non pas un contenu pornographique, mais plutôt une évocation lointaine et transfigurée des gestes sexuels, dont le moindre élément anodin peut servir de déclencheur d'un orgasme auto-érotique. La sexualité hystérique n'est pas une sexualité génitale mais une pseudo-sexualité plus proche des attouchements masturbatoires et de jeux sexuels infantiles que d'un réel engagement dans un véritable acte sexuel. Le sujet hystérique transforme l'objet le plus insignifiant en un signe évocateur et prometteur d'un acte sexuel. Toutefois, ces signes sont rarement suivis d'actes sexuels.

Le Moi hystérique est très malléable et plastique pour permettre un étirement sans discontinuité entre le point le plus interne de son être vers le bord le plus extérieur du monde : la frontière séparant les objets internes et les objets externes devenant parfois incertaine. Cette singularité entraîne une réalité confuse, mi-réelle mi-fantasmée avec des identifications multiples et contradictoires à divers personnages [27]. Ceci se fait au prix d'être étranger à sa propre identité d'être et particulièrement à l'être sexué. Le sujet occupe invariablement la place de l'exclu, qu'il déclenche ou apaise un conflit dans la relation à l'autre. Le fait d'être rejeté à cette place explique la tristesse dont sont souvent accablés les patients hystériques. Apparaît alors le Moi tristesse, synonyme de l'identification de l'hystérique avec la souffrance propre de l'insatisfaction.

Le corps de l'hystérique souffre d'être divisé entre la partie génitale, anesthésiée (frigidité, impuissance, dégoût sexuel...) et tout le reste, non génital, du corps qui apparaît paradoxalement très érotisé et soumis à des excitations sexuelles permanentes.

IV. PSYCHOSE HYSTERIQUE

IV.1. Historique

Le concept de psychose hystérique est une notion ancienne de la psychiatrie classique. Il a été introduit en 1878 par Krafft-Ebing [28], psychiatre allemand. En 1880, il apparaît dans les travaux de Magnan [29]. Pour Postel [30], dès le 19^e siècle, l'hystérie se regroupe en trois catégories : la conversion (tropisme somatique), la dissociation (tropisme psychique), la psychose hystérique (troubles psychotiques aigus).

Selon De Luca [31], le concept de psychose hystérique s'appuie sur deux courants de recherche : le courant aliéniste et psychiatrique français, d'un côté, et la recherche psychanalytique sur l'hystérie, de l'autre.

IV.1.1. Le courant aliéniste

Les premières classifications des aliénistes du 19^e siècle utilisent la notion de folie hystérique. Au fil des différentes théorisations, les notions de délire et de psychose hystérique sont précisées. K. Libbrecht [32] situe vers 1860 la naissance de la notion moderne de folie hystérique : « une forme spécifique de folie en tant que maladie mentale issue de la névrose hystérique ». Auparavant, cette notion recouvrait des domaines divers et peu différenciés. B.A. Morel [33], en 1860, décrit les caractéristiques de la folie hystérique. Ainsi il s'agit d'une apparition et disparition rapide du délire, le sujet ayant conscience de son délire. Son comportement peut être impulsif et il existe une association de troubles neurologiques spécifiques de l'hystérie.

J. Moreau de Tours [34], complète le travail de Morel en 1865, en introduisant trois catégories de folie hystérique, qu'il nomme « folie névrotique » : le délire hystérique, la folie hystérique, les transformations héréditaires de nature hystérique. Pour Morel, la folie hystérique y est pensée comme un délire proche de l'état stuporeux, ce nous appelons actuellement un délire onirique, transitoire avec des troubles du comportement de type hétéro-agressifs. Magnan [29], en 1895, fait la synthèse de ces travaux en introduisant la notion de psychose, caractérisée comme un trouble mental avec une lésion organique neurologique, en opposition avec la notion de névrose. Cette scission entre psychose et névrose hystérique est à l'origine des conceptions modernes de l'hystérie. Le concept de psychose ou folie hystérique fait débat en France, engendrant de nombreuses controverses. En 1969, J. Cottraux [35] met en avant les travaux de 1910 de Mairet et Salager [36] qui classent les différentes formes cliniques de la

folie hystérique. Kraepelin [37], en 1905, s'intéresse aussi au concept de psychose hystérique qu'il introduira dans ses classifications successives de maladie mentale. Dans sa huitième édition, il enracine la folie hystérique dans une personnalité hystérique, entraînant une séparation entre personnalité hystérique et manifestations cliniques comme les états crépusculaires. Ainsi, l'addition des deux permet de porter le diagnostic de psychose hystérique.

En 1889, Ganser décrit un syndrome, qui depuis porte son nom, associant hallucinations visuelles, réponses à côté, angoisse. Ce syndrome se retrouve en majorité chez les détenus. Ganser [38] explique qu'il s'agit d'un état crépusculaire hystérique. Actuellement, ce syndrome fait débat pour savoir s'il s'agit d'hystérie ou de simulation. Par la suite, l'intérêt des psychiatres pour la psychose hystérique diminue au profit de la schizophrénie et la psychose, et sur les névroses traumatiques débouchant ensuite sur la dissociation. En 1913, Claude [39], en France va faire la synthèse entre la psychiatrie allemande et le courant analytique en introduisant la notion de schizose ou maladie par dissociation. Il range l'hystérie dans les mécanismes et non dans une entité nosographiques. Pour lui, il existe une proximité entre hystérie et schizophrénie.

L'ensemble de ces théories démontrent la richesse clinique de l'entité « hystérie » et les difficultés à la cerner dans une seule approche clinique. De tous ces travaux émanent les débats actuels sur les liens entre hystérie et délire, entre dissociation et hystérie, ou entre délire onirique et psychose hystérique.

IV.1.2. Le courant psychanalytique

Les travaux de Freud vont compléter et enrichir la compréhension de la psychose hystérique. Initialement, Freud définit la psychose hystérique comme une complication de l'hystérie. Puis il affine son analyse en faisant le parallèle entre conversion somatique et conversion psychique qui induit le « delirium » et les états seconds. Finalement, il débouche à la notion de psychonévrose de défense [20,40] (hystérie, phobie, obsession). Freud souligne l'importance de l'état de conscience particulier qui permet l'émergence du fantasme dans les rêveries diurnes (le refoulement). Janet s'oppose à cette vision : il postule la dissociation et la coexistence de plusieurs états de conscience chez l'hystérique.

IV.1.3. La notion moderne de psychose hystérique

La notion moderne de psychose hystérique est décrite en 1961 par Follin, Chazaud et Pillon [41]. En s'appuyant sur deux cas cliniques, ils définissent les contours du concept de psychose

hystérique. Cet article a entraîné de nombreuses controverses, notamment concernant le terme de psychose. Maleval, psychiatre et psychanalyste actuel, s'intéresse à la folie hystérique, en refusant le terme de psychose hystérique. Il rapproche le délire hystérique du délire onirique présent notamment chez les alcoolo-dépendants, le délire d'action, décrit par Tausk [42].

IV.2. Concept de psychose hystérique

Le concept de psychose hystérique reste peu courant dans la nosographie française, car source de polémique. Il met en question un éventuel continuum entre névrose hystérique et psychose. Il questionne l'émergence du délire chez une personnalité hystérique comme défense quand le fantasme ne joue plus son rôle. L'introduction des notions de troubles limites de la personnalité, même si elles ne font pas l'unanimité, a permis de combler ce vide clinique entre la névrose et la psychose.

Pour Follin et Chazaud [41,43] la psychose hystérique est un épisode psychotique psychogène, transitoire, de durée relativement brève, qui apparaît sur une personnalité hystérique. Son évolution est généralement favorable. Dans l'anamnèse du sujet il existe un événement déclenchant (fréquemment une perte, de type rupture sentimentale). Ce délire est protéiforme, mal structuré, le sujet apparaissant comme spectateur et acteur doutant par moment de la véracité du délire. L'agressivité et la dépressivité sont constantes. Ils expliquent que l'agressivité est liée à une rage orale archaïque. La dépressivité s'inscrit dans une identification négative au désir maternel insatisfait.

Hollender et Hirsch [44], en 1964, complètent ces observations issues de l'article princeps [41] en identifiant cinq critères permettant de différencier la psychose hystérique des autres syndromes psychotiques : début brutal et dramatique, dans les suites d'un événement traumatique, une désorganisation comportementale et un délire flou avec dépersonnalisation, durée de 3 à 6 semaines avec guérison sans séquelles, survenant chez des personnalités hystériques.

La dynamique familiale semble être aussi un facteur déterminant [45] : le père y est présenté comme inadéquat et hostile. La famille semble partager certains des fantasmes, conduisant au thème du délire (thématique sexuelle, immaturité psycho-sexuelle). L'événement traumatique entraîne un risque accru de tentative de suicide. Gift [46], en 1985, dans une analyse de 86 cas de psychose hystérique, montre la présence de plus de 66 % d'éléments délirants avec une thématique persécutive, mystique ou satanique.

IV.3. La folie hystérique selon Maleval

Maleval, dans son ouvrage Folies hystériques et psychoses dissociatives [47], démontre qu'un délire hystérique n'est pas régi par les mêmes mécanismes qu'un délire psychotique [48]. Il expose plusieurs caractéristiques. Le mécanisme fondamental de la psychose est la forclusion du Nom-du-père, tandis que celui de l'hystérie est le refoulement. La majeure partie du délire psychotique ne déploie pas une signification qui renvoie à une autre signification.

IV.3.1 Le délire hystérique n'est pas un délire dissocié

IV.3.1.1 Nécessité d'une personnalité hystérique

Maleval précise qu'avant tout, il faut une structure hystérique pour qu'il y ait apparition d'un délire hystérique. Il remarque que la personnalité hystérique a une difficulté d'être. C'est la forme la plus fréquente de la pathologie hystérique. Un sujet hystérique est dans l'insatisfaction du désir. Les rêves oedipiens, l'érotisation des propos, les fantasmes de prostitution et de viol par le père, la culpabilité sexuelle, la phallicisation du corps propre sont des éléments bien connus des discours des hystériques.

L'hystérique doit préserver l'insatisfaction essentielle de son désir, de crainte que le manque ne lui manque, mais aussi « pour sacrifier à la culpabilité de ce qui le ronge ».

Les hystériques prédisposés au délire ont toujours été diagnostiqués après leur délire. Il frappe des hystériques quelconques que rien ne désignait spécialement.

Certains auteurs soulignent à propos de « l'hystérique à l'hôpital », que les dossiers portent presque toujours, à l'emplacement réservé « personne à avertir » ou « nom du correspondant », le nom et l'adresse du personnage que l'hystérique a besoin de rendre spectateur, l'autre acteur du drame, « le personnage conflictuel » [49].

Freud parle communément des « hallucinations de l'hystérie » [50,51]. La présence d'hallucinations visuelles va rarement chez les hystériques, selon Maleval, sans un certain nombre d'autres troubles : fantasme de morcellement de corps, capacités à la désidentification et aux projections identificatoires, aptitudes à la régression, à des demandes infantiles, parfois vif attachement à un objet phallique.

IV.3.1.2. Modalité de projection et contenu dans la folie hystérique

La projection délirante des folies hystériques est à différencier du mécanisme qui suscite le délire des psychoses dissociatives.

Le refoulement de l'évènement traumatique ne peut avoir lieu ; en ces circonstances le sujet hystérique ne dispose que d'une défense archaïque : la projection. La projection délirante semble être la seule possibilité qui s'offre à la patiente pour mettre à distance les représentations inassumables.

Lacan a dégagé le concept de forclusion, les éléments forclos revenant dans le réel pour constituer le délire psychotique; la projection hystérique apparaît plutôt de l'ordre de « cette sensation réprimée de l'intérieur » et « projetée vers l'extérieur », ce que Freud reconnaît parfois être à l'œuvre dans le rêve.

Le délire hystérique est constitué par la projection dans la réalité d'éléments refoulés et non forclos. Le retour du refoulé s'effectue dans la mondanité du sujet. La projection du délire hystérique est un mécanisme spécifique. D'une part, elle suscite l'émergence des éléments de signifiants refoulés mais d'autre part, elle maintient à l'écart de la conscience, d'une manière particulière, l'évènement traumatique présent. L'évènement traumatique n'est pas refoulé, il est transformé.

Certes le refoulement écarte aussi de la conscience l'évènement traumatique, mais il semble le laisser moins transparaître : il le voile, cherche à l'effacer, tandis que la projection délirante le met sur le devant de la scène en le magnifiant.

Le retour du refoulé par l'intermédiaire de la projection peut se présenter sous des aspects multiples dans l'hystérie.

Il est exceptionnel qu'un délire psychotique puisse donner une impression de compréhensibilité. Dans le discours des grands hystériques, la thématique oedipienne se laisse souvent déchiffrer sans grande difficulté.

Ce sens latent, que Janet nommait « idée fixe », est précisément ce en quoi il reconnaissait dès 1892, la spécificité du délire hystérique par rapport aux autres états délirants [52]. Il importe de souligner la présence, voire l'omniprésence de la signification phallique et de la thématique sexuelle.

Les éléments constitutifs de la projection délirante ne sont pas forclos, ce sont des signifiants refoulés qui font retour dans la réalité. Le déclenchement des troubles, l'omniprésence de la signification phallique, la richesse des métaphores, l'absence de néologismes et de ritournelles, la non-dissociation des propos délirants, tout cela ne correspond pas à la forclusion du Nom-du-Père donc au délire psychotique. La révélation des traumatismes refoulés entraîne la résolution des symptômes, qu'il s'agisse de conversion, d'hallucinations ou de délire. Le sujet tente de maintenir son désir insatisfait, sinon le manque lui manque.

C. Villechenoux va jusqu'à indiquer que la rencontre avec un objet sexuel serait la cause déclenchante spécifique de la folie hystérique [53].

IV.1.3.3. Le délire onirique

Pour Maleval, le délire hystérique présente toutes les caractéristiques de ce que la psychiatrie, particulièrement française, dégage sous le terme de « délire onirique ». Ce concept apparaît un peu plus tard que celui de la folie hystérique. C'est en 1881, que Lasègue publie dans son article [54] : « le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve ». En 1901, Régis établit que le délire onirique est analogue au somnambulisme et aux états seconds des hystériques [55] : « il domine le sujet au point de lui faire vivre et agir sa vie subconsciente ou inconsciente ; il est comme un état second, susceptible d'être influencé par l'hypnose ».

Dans la projection du délire hystérique les mécanismes propres au rêve se reconnaissent : le déplacement (métonymie) et la condensation (métaphore). Le déplacement est loin d'être absent du délire dissocié ; en revanche la condensation implique que le signifié délirant puisse se révéler en liaison avec des signifiants. A l'inverse des psychotiques dissociés, les patients hystériques savent que leur délire « veut dire quelque chose ».

Le délire onirique est parfois structuré comme un cauchemar. Ce dernier résulte du relâchement de la censure lorsqu'elle devient trop insuffisante, lorsque le sujet se trouve trop près de ses désirs incestueux. L'angoisse apparaît et les vampires surgissent de la réalité. La projection délirante de la folie hystérique est une défense moins efficace que le refoulement : elle laisse plus aisément transparaître les désirs interdits. C'est sans doute pour cette raison qu'une intense culpabilité est rarement absente du monde de l'hystérique délirant.

Maleval précise que le délire, comme les autres symptômes hystériques, représente une castration imaginaire, par exemple par le risque d'hospitalisation qu'il fait courir au sujet, le trouble étant spectaculaire [56]. En d'autres circonstances, il apparaît que l'hôpital constitue un « abri ».

Le délire hystérique apparaît pour ce qu'il est, à savoir, dans le même temps, une castration imaginaire et une source de satisfaction auto-érotique. En cela il ne diffère pas des autres symptômes hystériques. Les bénéfices secondaires du délire hystérique ne sont pas négligeables : le sentiment d'être un OVNI s'accompagnait pour une patiente d'un plaisir intense.

Tous ces éléments incitent à faire du délire hystérique un cas particulier des délires oniriques, tels que ceux suscités par l'alcool ou les drogues hallucinogènes. Comme en ces derniers, le

sujet éprouve des satisfactions narcissiques extrêmes, parfois interrompues ou précédées par des terreurs cauchemardesques. Tausk a dégagé chez les alcooliques la notion de « délire d'action » [42]. En élargissant ce concept aux folies hystériques, il décrit assez justement les multiples passages à l'acte qui rendent si difficiles les cures des grands hystériques. Outre les thèmes oedipiens, ceux de castration, de culpabilité et de satisfaction narcissique, les éléments constitutifs du délire hystérique semblent émaner des significations essentielles de l'histoire du sujet. A cet égard, dans les Etudes sur l'Hystérie, Freud écrit qu'une « partie des anciens souvenirs traumatiques constitue le fondement du délire » [57]. Il existe une extrême condensation de certains éléments du délire hystérique.

IV.3.3.4. Dédoubllement de personnalité et trouble de la fonction spéculaire

Il existe des formes de transition de l'hystérie ordinaire à la folie hystérique : ces phénomènes observés au XIXe siècle que l'on regroupa sous le terme de « personnalités successives » ou de « dédoublement de la personnalité ». Il s'agit d'un mécanisme analogue à celui du délire hystérique, à savoir, un retour du refoulé par l'intermédiaire de la projection, qui suscite les dédoublements de la personnalité. Follin, Chazaud et Pilon parlent de fascination « par l'image construite du miroir de la scène délirante », ajoutant que le drame de l'hystérique est celui de l'identité de son personnage, tandis que le schizophrène vit celui de l'existence de sa personne [41].

Maleval distingue le délire hystérique comme étant un drame de l'imaginaire, de la fonction spéculaire, du délire psychotique « un marasme du symbolique, de l'articulation signifiante ». Lorsque le double est projeté hors du moi, il apparaît, selon Freud « un degré extraordinaire d'inquiétante étrangeté » (« Unheimlich ») [58]. Otto Rank arrive à la conclusion concordante en décelant un puissant sentiment de culpabilité à l'origine d'une des caractéristiques les plus frappantes du double qui « pousse le héros à ne plus prendre sur lui la responsabilité de certaines actions de son Moi, un Double qui est personnifié dans le Diable lui-même ou dans un symbole » [59].

Maleval se questionne sur l'image spéculaire et pourquoi elle « devient celle du double, dont le sujet est captif dans le délire d'influence hystérique ? ». Quand le manque vient à manquer, le phallus confond soudain l'image du double, puisque l'investissement phallique subsiste au niveau du corps. Le manque devient soudain représentable et s'incarne en une image de la toute puissance, du destin, à laquelle le sujet, fasciné se voue.

Maleval situe ainsi l'origine de la folie hystérique au trouble de la fonction spéculaire.

Il s'appuie sur plusieurs études cliniques dont la patiente Marie-Christine. « Elle ne se retranche pas derrière une indifférence, une athymhormie, ne témoigne pas de désintérêt vis-à-vis des autres, ni de la dévitalisation que l'on s'accorde à retrouver habituellement chez les schizophrènes. Elle réagit vivement aux paroles et interprétations qui lui sont formulées. Ses aspects théâtraux et souvent infantiles répondent beaucoup aux facteurs d'ambiance et d'environnement. On dirait que « deux processus psychopathologiques se côtoient : l'un d'ordre hystérique et l'autre évoquant une schizophrénie. Elle reproduit, elle laisse place à des tendances mimétiques, dans un concerto de plasticité symptomatologique. Le caractère parfois superficiel des troubles, leur modification par suggestion, les jeux de séduction, l'expressivité forcée, sont des données qui viennent étayer le diagnostic d'hystérie. Il est question de reconnaître des états crépusculaires et seconds évoluant dans un état d'hypnose de la conscience. Les hallucinations auditives sont à la limite de l'idée obsédante ».

Chacune de ces personnalités se regardant l'une et l'autre suscitant une étrangeté, ont été décrites auparavant par Freud [60]. Cette notion de double est à rapprocher de la fragilité narcissique propre des psychoses hystériques. Les difficultés identitaires s'expriment à travers le délire : « ce que l'hystérique met en jeu dans le délire c'est la quête dramatique et dérisoire de son identité et de ses identifications avortées » [43]. Pour Chazaud [43], il s'agit du « défaut fondamental d'être soi au regard de l'autre, en l'occurrence la mère ».

V. DISCUSSION

La réflexion de ce travail porte sur la complexité diagnostique qu'il existe entre la schizophrénie et l'hystérie portant un masque d'éléments psychotiques. La personnalité hystérique est capable de présenter des éléments délirants comme un schizophrène. Nous l'avons vu elle est capable par plasticité, par échec du refoulement, de projeter non pas uniquement sur le corps mais par des propos délirants, ses problématiques vers l'extérieur. Sur un instant bref à l'échelle d'une hospitalisation, le médecin psychiatre peut s'orienter vers un diagnostic de structure psychotique. Ce n'est qu'au prix d'une écoute, de recueil de son anamnèse, de l'étude de relations interpersonnelles du patient et avec du temps qu'une distinction diagnostique peut s'effectuer.

Au cours des différentes hospitalisations de Mme T., les symptômes s'aggravent, comme une surenchère sémiologique, laissant l'équipe soignante et médicale dans le questionnement. Ajoutés à ces symptômes psychiques se greffent des symptômes somatiques bruyants nécessitant une prise en charge médicale spécialisée.

Le cas clinique présenté est riche de vingt ans de sémiologie, de recueil d'éléments anamnestiques, de relations de la patiente avec sa famille et les soignants.

Pourquoi essayer de distinguer ces deux pathologies ? La structure psychotique diffère de celle d'une structure névrotique, par conséquent les problématiques des patients aussi. La prise en charge d'un patient psychotique est alors différente de celle d'un patient ayant une personnalité hystérique présentant des éléments psychotiques.

Un patient hystérique tente de mettre en échec le médecin dans sa prise en charge. En portant le masque psychotique, il ne fait qu'accentuer cet état.

Les entretiens cliniques sont évidemment plein de subjectivité, ce qui ne fait que renforcer la complexité diagnostique.

Mme T. présente des éléments cliniques et des questionnements revenant tout au long de ces vingt dernières années d'hospitalisation, éléments que nous pouvons qualifier de « constants ». En parallèle des éléments cliniques n'apparaissent que pendant un temps pour ensuite disparaître. Cette variation sémiologique déconcertante brosse un tableau clinique atypique.

En se référant aux classifications (DSM ou CIM), la complexité n'est pas levée. Certains éléments peuvent être communs aux deux pathologies, au vu de la richesse clinique d'une symptomatologie hystérique.

L'approche psychopathologique des éléments cliniques semble la voie la plus sûre pour pouvoir trancher. Toutefois, le concept de psychose hystérique ne fait pas actuellement consensus. Il pose comme question sous jacente, la possibilité d'une continuité dans un spectre psychose-névrose, les personnalités « borderline » comblant actuellement l'espace entre ces deux structures.

Tout au long des hospitalisations, la patiente a eu une prise en charge médicalisée spécialisée. La patiente n'a été observante avec aucun de ses traitements. Son suivi oncologique et sa chimiothérapie ont du être arrêtés car la patiente refusait tout traitement. Elle est actuellement en rémission. Les différents médecins spécialistes se sont aussi beaucoup questionnés devant ses manifestations bruyantes et non explicables médicalement. Ainsi, très rapidement une étiologie somatique concernant les troubles psychiques a été éliminée.

Nous proposons de discuter les éléments cliniques pouvant être présents ou non dans les deux pathologies, en sachant que cela ne peut être exhaustif tant les masques portés par l'hystérique sont infinis.

Selon Henry Ey [13], le vide créé avec l'apparition du syndrome dissociatif tend à se commuer en une production délirante positive. Mme T. présente des propos délirants essentiellement centrés sur le corps. Ces propos sont semble-t-il dénués de sens : « *impression de délirer* », « *mon corps fond* », « *je suis un légume* », « *quelque chose a claqué dans ma tête* », « *j'ai le cervelet dans ma bouche* »... Toutefois, nous ne notons pas de relâchement des associations. Entre chaque phrase, Mme T. peut présenter un discours cohérent et adapté, sans néologismes ni de défaut syntaxique. Le trouble du cours de la pensée ne semble pas exister. De plus, elle est accessible à la réassurance de l'équipe soignante, et entend les arguments. Se pose la question de la présence d'un syndrome dissociatif caractéristique d'une schizophrénie. Dans les dossiers médicaux est souvent mentionnée une dissociation concernant le corps sur ses hallucinations cénesthésiques, ressenties par la patiente ou sensation de morcellement du corps. En se référant à Gisela Pankow, pour établir qu'il s'agit d'un délire schizophrénique, il faut que la première fonction du corps soit touchée, c'est-à-dire qu'il n'existe plus de lien dynamique entre les différentes parties du corps. La sémiologie de Mme T. ne semble pas montrer une disjonction psychique de cette vision globale du corps. Chacune des parties du corps n'est pas détachée l'une de l'autre, prenant une indépendance chacune. Mais il semble plutôt que certaines parties de son corps sont le siège d'une problématique. Mme T. s'interroge sur les phénomènes qui s'y déroulent, induisant alors notre questionnement.

Le siège de ces convictions délirantes corporelles sont toujours les mêmes :

- Le foie ou l'hypocondre droit. Sa mère est morte d'un cancer du pancréas, décès marquant le début des troubles psychiques de la patiente. Elle se demande si elle n'est pas atteinte d'un cancer gastrique. Mme T. est effrayée par la possibilité de pouvoir mourir à l'hôpital, comme sa mère. « *et j'ai mon cervelet dans mon bouche c'est pour cela que cliniquement morte je voudrais que tu me ramènes à la maison si je ne dois plus tenir debout mourir près de ceux que j'aime.* » [Annexe2].

- Le cerveau, l'hypothalamus, ou le cervelet. Mme T. dit qu'elle a son cervelet dans la bouche. « *Je voudrais que tu me ramènes si j'étais un légume car plus jeune je faisais de la boulimie ça a claqué dans ma tête et j'ai mon cervelet dans mon bouche c'est pour cela que cliniquement morte.* » [Annexe2]. Mme T. peut avoir un vécu, un ressenti et une représentation corporels imaginaires, situant ces organes dans un autre lieu. En se référant aux auteurs, cela nous orienterait vers une psychose hystérique. Mme T. a subi des attouchements sexuels (nous ne savons pas exactement ce qu'ils sont exactement) de la part d'enseignants : situer son cerveau ou une partie de son cerveau dans la sphère orale peut donner sens à un viol oral.

Ces convictions délirantes corporelles ont été interprétées comme des éléments dissociatifs.

Mme T. ressent des parties de son corps qu'elle ne devrait pas sentir et que nous pourrions aussi définir comme des hallucinations cénesthésiques ou comme une perte de la conscience spontanée de son corps, sensation que nous pouvons retrouver chez un schizophrène. La patiente est une personne avec un niveau cognitif normal : lors de l'arrivée des symptômes psychiques délirants, ressentant alors ses convictions délirantes (actrice et spectatrice de son délire), elle rationalise et donc nous fait comprendre « c'est le cerveau qui dysfonctionne ». D'ailleurs, de nombreuses fois elle demande à passer un scanner cérébral pour nous prouver et se prouver que l'étiologie est cérébrale.

Pour J.C. Maleval, la psychose hystérique n'est pas un délire dissocié [47,48]. Hormis ces convictions délirantes corporelles la patiente ne présente pas de syndrome dissociatif. Selon G. Pankow, un délire non schizophrénique est une perturbation de la deuxième fonction de l'image du corps [14,15]. Ainsi cela ne concerne plus la structure comme forme, mais le contenu et le sens. Les convictions délirantes de Mme T. ont un sens à la lumière de son histoire. Quant au psychotique, il « a perdu le corps vécu, en tant que pays natal, en tant que maison, en tant qu'enveloppe protectrice ». Le malade ressent son corps comme un récipient

qui a perdu son contenu. Le schizophrène ne peut plus sortir de son monde. Il est alors incapable de se retrouver dans son histoire.

La présence d'hallucinations visuelles va rarement chez les hystériques, selon Maleval, sans un certain nombre d'autres troubles : fantasme de morcellement de corps, capacités à la désidentification et aux projections identificatoires, aptitudes à la régression, à des demandes infantiles, parfois vif attachement à un objet phallique.

Mme T. ne présente pas de délire polymorphe avec des thèmes bien définis. Surgissent plutôt des convictions délirantes ou idées délirantes. Nous ne sommes pas en présence d'un délire schizophrénique « classique » avec des thèmes de persécution ou autre. Sa conviction délirante est axée sur son corps.

Une angoisse massive est présente tout au long des hospitalisations. Mme T. recherche des explications à cette souffrance psychique avec des explications semblant délirantes, que nous pourrions qualifier de rationalisation morbide.

Selon le DSM V, le diagnostic de schizophrénie peut être posé s'il existe deux ou plus des symptômes suivants pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3 : 1. Idées délirantes, 2. Hallucinations, 3. Discours désorganisé (c.-à-d., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence), 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, 5. Symptômes négatifs (c.-à-d., réduction de l'expression émotionnelle, aboulie).

Mme T. présente des idées délirantes, des hallucinations cénesthésiques, parfois un comportement désorganisé, une aboulie lorsqu'elle présente des éléments dépressifs.

Selon le DSM V, Mme T. peut donc être diagnostiquée schizophrène. Toutefois, ses symptômes sont fluctuants, et sortis de son contexte anamnétique.

Mme T. présente des éléments dépressifs. La plupart de ses hospitalisations fait suite à une ingestion volontaire de médicaments. Ce qui est intéressant à souligner c'est que la plupart du temps elle utilise non pas son traitement mais celui de son mari, comme si ce passage à l'acte lui était destiné. Par la suite, pendant l'hospitalisation, elle ne présente plus d'idéation suicidaire, il semble qu'il s'agit d'une tentative d'autolyse dans un contexte anxieux ou alors pour permettre une hospitalisation dans un contexte domestique trop conflictuel et anxiogène. Pour Follin et Chazaud [41] la psychose hystérique est un épisode psychotique psychogène, transitoire de durée relativement brève qui apparaît sur une personnalité hystérique. Son évolution est généralement favorable. Dans l'anamnèse du sujet il existe un évènement

déclenchant (fréquemment une perte, de type rupture sentimentale). Ce délire est protéiforme, mal structuré, le sujet apparaissant comme spectateur et acteur doutant par moment de la véracité du délire. L'agressivité et la dépressivité sont constantes. Ils expliquent que l'agressivité est liée à une rage orale archaïque. La dépressivité s'inscrit dans une identification négative au désir maternelle insatisfait.

Mme T. présente des troubles des conduites à type de potomanie et d'anorexie-boulimie. Concernant la potomanie, elle est surtout présente lors des premières hospitalisations. Plusieurs fois, elle a conduit Mme T. dans un service de réanimation, avec ensuite un psycho-traumatisme concernant ces épisodes : la patiente verbalisant plus d'une fois son angoisse de retomber dans un coma hyponatrémique. Elle explique cette nécessité de boire de l'eau jusqu'à 5 à 6 L par jour *pour se purifier*. Notons que ce symptôme n'est présent que lors de courtes durées, et jamais au sein de l'hôpital. N'est-ce pas un trouble du comportement permettant de combler un vide ? Un vide psychotique ou un vide caractéristique dans une pathologie hystérique ?

Concernant les troubles du comportement alimentaire, sa relation à l'alimentation semble liée à ses relations interpersonnelles. Durant les hospitalisations, son refus de s'alimenter ou la présence de vomissements sont en lien avec la qualité de la relation à son mari, si son attitude satisfait ou non le désir de la patiente. En effet à chaque non visite, coups de téléphone problématiques, la patiente refuse de manger. Selon la patiente, les troubles alimentaires sont présents depuis l'adolescence, période « problématique pour la patiente ». Elle ajoute même : « *Quand j'étais plus jeune surtout à l'adolescence quand le corps se forme ce n'est pas un père que je voulais mais une mère. Mon corps ne ressemblait pas à celui de ma mère et je voulais qu'elle m'aide à être une femme avec son corps. Je ne vois plus clair et mes vêtements me tiennent. J'ai de fortes douleurs dans la tête et mal au ventre.* »[Annexe5]. Une problématique oedipienne émerge.

Il semble que Mme T. mette en scène ses troubles du comportement alimentaire, étant à la fois actrice et spectatrice. L. Israel [22] attribue cela à la personnalité hystérique.

Concernant un repli autistique, Mme T., au début de ses hospitalisations, puis par la suite, maintient des relations avec l'extérieur, sans isolement social ni affectif. Il est vrai que les différentes hospitalisations ont interféré avec son lien avec les personnes de sa famille.

Lorsqu'il n'existe pas de crise clastique ou de crise psychique, elle reste en lien avec la réalité et les autres.

Les traitements par neuroleptiques n'ont eu aucune incidence sur le comportement inadapté de la patiente. Actuellement, son traitement ne comporte que des anxiolytiques.

Revenons sur les symptômes psychiques fluctuants. Il est intéressant de noter qu'ils sont souvent en lien avec le lieu d'hospitalisation et varient en fonction de ce dernier. Ainsi dans une unité psychiatrique fermée comprenant des psychotiques, Mme T. présente des éléments psychotiques. Dans un pavillon de long séjour où sont hospitalisés quelques patients régressés, elle présente des éléments régressifs extrêmes soudains. Elle va s'uriner dessus sans étiologie somatique retrouvée, déféquer sur son lit, voire être mutique. Lorsque, dernièrement, elle est mutée dans un pavillon avec des patients présentant des pathologies psychiatriques plus légères, afin de soulager l'équipe médicale en souffrance, les symptômes du trouble du comportement extrême disparaissent quasi instantanément. Un psychotique, dont la structure désorganisée est déjà installée peut-il agir de la sorte ? Nous sommes alors en présence des symptômes que nous pouvons qualifier de « caméléon » ou d'une plasticité des symptômes, sémiologie si caractéristique d'une personnalité hystérique.

L'adolescence de Mme T. est, selon elle, problématique, laissant supposer une problématique oedipienne. Au décès de sa mère, elle s'occupe de la fratrie et de son père. Elle travaille dans le collège de son père. Elle subit des attouchements sexuels de la part d'enseignants.

Son père est omniprésent. L'arrivée d'une belle-mère déstabilise Mme T. Lorsque son premier mari est arrêté pour braquage, c'est son père qui demande qu'elle avorte et divorce. Chacun des voyages paternels, dans la maison familiale du Sud de la France, déstabilise la patiente avec une apparition de symptômes.

La dynamique familiale semble un facteur déterminant [45] dans la psychose hystérique : le père y est présenté comme inadéquat et hostile. La famille semble partager certains des fantasmes, conduisant au thème du délire (thématique sexuelle, immaturité psycho-sexuelle).

Elle rencontre son mari dans une discothèque. Mme T. est préparée par sa sœur, cette dernière lui prêtant des affaires. Elle explique qu'elle a peur des hommes et qu'elle est frigide lors des relations sexuelles. Une grossesse arrive, période d'altérations de l'image corporelle. L'accouchement est difficile. Elle bénéficie, peu de temps après, de cures de sismothérapie. Il existe chez Mme T., une problématique concernant la maternité, son rôle de femme et sa place de femme. Cette problématique nous orienterait plus vers une personnalité hystérique,

par le biais d'une problématique oedipienne, mais la maternité et le rapport à l'autre est aussi très difficile chez un psychotique.

Mme T. est à la recherche d'identification. Dans les services, elle peut mimer les gestes de certaines patientes, voire prendre leurs affaires pour les porter.

Son agitation psychomotrice est souvent en lien avec le départ de son père dans le sud de la France, ou lors du déménagement de son frère.

La relation que la patiente entretient avec les soignants est intéressante. Mme T. évoque souvent que la meilleure façon d'intervenir pour la soulager est, soit d'avoir des injections par voie musculaire, soit de pouvoir bénéficier de cures de sismothérapie, ou d'être envoyée en soins palliatifs. Dans les dossiers des soignants apparaissent les interrogations de l'équipe soignante puis médicale sur le bien fondé des interventions demandées. Mme T. parvient non seulement à semer le doute dans les équipes au vu du tableau atypique clinique, mais aussi à atteindre son objectif : elle a fait un séjour dans un service de soins palliatifs tant son état général était dégradé.

La relation avec l'équipe soignante est aussi très sexualisée, « hystérisée ». A cause de ces nombreux passages à l'acte (scarifications, phlébotomie, ingestion volontaire de médicaments, médicaments cachés dans les doublures de manteaux), les soignants recherchent des médicaments ou des éléments tranchants dans sa chambre puis sur elle. Mme T. en arrive à l'extrême : mettre dans son sexe des lames de rasoirs.

Revenons à certaines des manifestations somatiques de Mme T.

Régulièrement elle dit qu'elle a les yeux révulsés, ou qu'elle présente une tumeur sur le nerf optique. Les examens cliniques et complémentaires ne retrouvent aucune étiologie somatique. Mme T. a prénommé sa fille Claire. De plus dans une de ses lettres elle dit qu'elle *n'y voit plus clair*. Rajoutons qu'à la naissance de sa petite fille, elle se plaint d'une baisse d'acuité visuelle, sans objectivation médicale.

De manière très théâtralisée, Mme T. a fait quelques crises d'épilepsie. Cela peut nous évoquer les grandes crises décrites par Charcot.

Lors d'une hypothermie inexplicquée à 32° avec une bradycardie, son mari est appelé dans la nuit par les médecins somaticiens car le pronostic vital est engagé. A l'arrivée de son mari dans la chambre, les constantes de Mme T. sont remontées, la patiente accueillant son mari par : « *je t'attendais* ».

CONCLUSION

En se basant sur un cas clinique atypique, riche de vingt années d'hospitalisations, nous avons discuté de deux pathologies psychiatriques : la schizophrénie et la psychose hystérique. Cette dernière est une pathologie psychiatrique ancienne, oubliée depuis les études faites sur la schizophrénie. Leur distinction sémiologique n'est pas aisée, une approche psychopathologique permettant une meilleure compréhension. La psychose hystérique n'est pas une pathologie consensuelle, tant elle amène un questionnement sous-jacent d'une continuité entre psychose et névrose.

Les classifications internationales ne permettent pas de lever le voile sur ces deux pathologies. En reconstituant l'anamnèse de la patiente et lui donnant du sens dans les symptômes psychiatriques, il semble que cette dernière présente une personnalité hystérique avec des éléments psychotiques. Actuellement, la patiente ne présente plus de trouble du comportement, est hospitalisée dans un pavillon ouvert, son traitement ne comportant que des anxiolytiques. Elle ne présente plus d'éléments délirants.

En se basant sur les cas princeps de Follin [41], sur la distinction des différentes fonctions du corps selon Gisela Pankow, l'approche de délire non dissocié de J. Maleval, et les différents modes de projection, nous avons mis en lumière les éléments sémiologiques de Mme T.

Ce n'est qu'au terme de vingt années de recueils sémiologiques et anamnestiques, qu'à notre avis nous pouvons éliminer le diagnostic de structure psychotique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 : Guelfi J. D, Boyer P. Psychiatrie. Paris : Edition PUF Fondamental ; 1987.
- 2 : Kraepelin E. Psychiatrie. Dementia Praecox. Leipzig : Johan Ambrosius Barth ; 1913.p. 668-972
- 3 : Bleuler E. Dementia praecox of the group of schizophrenics. New York : Intern. Universities Press ; 1950 (traduction de la version allemande de 1911).
- 4 : Bleuler E. La schizophrénie. Rapport au XXX^e Congrès des Méd. Alién. Neurol. Langue franç. Paris : Masson ; 1926.
- 5 : Minkowsky E. La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes. Paris : Desclée de Brouwer ; 1953.
- 6 : Ey H. Groupe des psychoses schizophréniques et des psychoses délirantes chroniques. Encycl. Med.-Chir. Paris : Psychiatrie ; 1955.p. 37281-37285.
- 7 : Lemperiere T, Feline A, Ades J, Hardy P. Psychiatrie de l'adulte. Paris : 2^{eme} édition MASSON ; 2006.
- 8 : Conférence de consensus. Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques. Janvier 2003.
- 9 : Etude ABC : Age, Beginning, Course.
- 10 : Bourcet S. Psychose aigue, schizophrénie débutante et adolescence. Adolescence 2005 2 ; 52 : 225-239.
- 11 : Grosso L. Schizophrénies débutantes. Perspectives de la recherche et détection précoce. Nervure 2001 ; 14 : 18-30.
- 12 : Yung A. R, Macgorry P. D. The prodromal phase of first episod psychosis : past and curent conceptualizations. Schizophrenia Bulletin 1996 ; 22.
- 13 : Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de Psychiatrie. Paris : 6^e édition Masson.
- 14 : Pankow G. L'Homme et sa Psychose. Aubier Montaigne : Mayenne. 1969.
- 15 : Pankow G. Structures familiales et Psychose. Aubier Montaigne : Mayenne. 1977.
- 16 : Deleuze G. Le schizophrène et le mot. Critique. 1968 : p. 255-256, p. 731-746.
- 17 : Tausk V. De la genèse de l'« appareil à influencer » au cours de la schizophrénie. La psychanalyse 1958 ; 4 : 227-263.
- 18 : Charcot J.M. Les leçons du mardi à la Salpêtrière : 1887-1889. Paris : Hachette ; 1975.
- 19 : Freud S, Breuer J. Le mécanisme psychique. Etudes sur l'hystérie. Paris : PUF ; 2002. p. 4.

- 20 : Laplanche J, Pontalis J.-B. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF ; 2009.
- 21 : Tribolet S, Shahidi M. Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques. Paris : hnf ; 2008. p. 283-288.
- 22 : Israel L. L'hystérique, le sexe et le médecin. Paris : Masson ; 1985.
- 23 : Lempérière T. La personnalité hystérique. Confrontations Psychiatriques 1968 ; 1 : 53-66.
- 24 : Roussillon R, Chabert C, Ferrant A, Georgieff N, Roman P. Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. Paris : Masson ; 2011. p. 408-415.
- 25 : Freud S. Pulsions et destin des pulsions. Métapsychologie. Paris : Gallimard ; 1968.
- 26 : Freud S. Inhibition, symptôme et angoisse. Paris : PUF ; 1978.
- 27 : Nasio J.-D. L'hystérie ou l'enfant magnifique de la psychanalyse. Paris : Payot ; 2001.
- 28 : Krafft-Ebing R. Von. Traité de clinique de psychiatrie, traduction de la 5^e édition. Paris : Maloine.
- 29 : Magnan V. Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris : Progrès médicale. 1893.
- 30 : Postel J, Quételet C. Nouvelles histoire de la psychiatrie. Toulouse : Privat ; 1983. p. 774.
- 31 : De Luca M, Perspectives Psy 2009 ; 48 : 149-158.
- 32 : Libbrecht K. Les délires de l'hystérique, une approche historique, la maison jaune. Paris : Erès ; 2001.
- 33 : Morel B.A. Traité des maladies mentales. 1860.
- 34 : Moreau de Tours J. De la folie hystérique et de quelques phénomènes nerveux propres à l'hystérie convulsive, à l'hystéro-épilepsie et à l'épilepsie. Etudes cliniques. Paris : Union Médicale ; 1865.
- 35 : Cottraux J, Reyss-Brionn M, Massot D. La notion de psychose hystérique, discussion à propos de deux cas. Journal de Médecine de Lyon 1969 ; 50 : 959-965.
- 36 : Mairet A, Salager E. La folie hystérique. Paris : Masson ; 1910.
- 37 : Kraepelin E. Introduction à la psychiatrie clinique. Paris : Bibliothèque des Analytica ; 1985.
- 38 : Ganser S.J. Etat particulier d'hystérie particulière. Evol psychiatr 1993 ; 1 : 237-242.
- 39 : Claude H. Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie. Ann Med Psychol 1937 ; 95 ; 2 : 241-264.
- 40 : Freud S. Névrose, psychose et perversion. Les psychonévroses de défense. Paris : PUF ; 1974.
- 41 : Follin S, Chazaud J, Pilon L. Cas cliniques de psychoses hystériques. Evol Psychiatr 1961 ; 26 : 257-286.

- 42 : Tausk V. Sur la psychologie du délire d'action des alcooliques. Paris : Payot ; 1975. p. 51-78.
- 43 : Chazaud J. A propos du concept de psychose hystérique Inform psychiatr 1985 ; 57 ; 1 : 47-53
- 44 : Hollander M.H, Hirsch S.J. Hysterical psychosis Am. J. Psychiatr 1964 ; 120 ; 3 : 1066-1074.
- 45 : Sirois F. La psychose hystérique Acte Psychiat. Belg. 1977 ; 77 : 216-227.
- 46 : Gift T.E, Strauss J.S, Young Y. Hysterical psychosis : an empirical approach Am. J. Psychiatr. 1985 ; 142 : 347-354.
- 47 : Maleval J.C. Folies hystériques et psychoses dissociatives. Paris : Payot ; 2014.
- 48 : Maleval J.C. Le délire hystérique n'est pas un délire dissocié. Evol Psychiatr 1978 ; 43 ; 4 ; 7-736.
- 49 : Gachnochi G, Prat P. L'hystérique à l'hôpital psychiatrique Perspectives Psy 1973 ; 44 : 20.
- 50 : Freud S. L'interprétation des rêves. Paris : PUF. p. 462
- 51 : Breur J, Freud S. Etudes sur l'hystérie. Paris : PUF.
- 52 : Janet P. L'état mental des hystériques. Paris : Rueff and Cie : 1892.
- 53 : Villechenoux C. Le cadre de la folie hystérique de 1870 à 1918. Thèse de 1968. Faculté de Médecine de Paris.
- 54 : Freud S. Etude sur l'hystérie p. 75.
- 55 : Régis. Le délire onirique des intoxications et des infections. Bulletin de l'Académie de Médecine. 7 mai 1901.
- 56 : Maleval J.C, Champanier J.P. Pour une réhabilitation de la folie hystérique Ann Med Psychol 1972 ; 2 ; 2 : 229-272.
- 57 : Lasègue C. Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve. Archives générales de Médecine. 1881.
- 58 : Freud S. L'inquiétante étrangeté dans Essais de psychanalyse appliquée. N.R.F.
- 59 : Rank O. Don Juan et le double. Paris : Petite bibliothèque Payot ; 1973. p 106.
- 60 : Maleval J.C. Les hystéries crépusculaires Confrontations Psychiatr 1985 ; 25 : 63-97.

ANNEXES

LETTRES DE MME T .

ANNEXE 1 :

A 14 ans j'ai été violé et cela je ne l'ai jamais dit à mes parents (à personne) et c'est cette raison que j'avais une peur bleue des hommes et que je me suis mis à faire de la boulimie. Aujourd'hui je voudrais retrouver les sensations de mon corps, retrouver mes sens nerveux. Comment puis je faire ? par le toucher ou la respiration mais j'ai l'impression que mon cœur bat mais que la respiration ne part plus de mon ventre à cause de mes muscles. J'ai comme l'impression d'avoir un vide au niveau du ventre à cause des muscles. J'ai comme l'impression d'avoir un vide au niveau du ventre et c'est pour cette raison que mes mouvements sont parfois peu coordonnés et j'ai très mal à mes yeux. En tout cas je ne souhaite à personne de ressentir ce que je ressens et de souffrir tel que je souffre. Je voulais vous dire que ce weekend je suis allée à Carrefour et que j'étais comme saoule et que j'avais l'impression, que j'allais tomber tellement j'avais mal à la tête (tension).

ANNEXE 2 :

Cher Marine,

Je voudrais que tu me ramènes si j'étais un légume car plus jeune je faisais de la boulimie ça a claqué dans ma tête et j'ai mon cervelet dans mon bouche c'est pour cela que cliniquement morte je voudrais que tu me ramènes à la maison si je ne dois plus tenir debout mourir près de ceux que j'aime.

ANNEXE 3 : mars 2004

Il y a 15 ans je faisais de la boulimie. Je ne pensais qu'à manger et me faire vomir jusqu'au jour où ça a claqué dans a tête (plus d'hypothalamus), c'est pour cette raison que je ne vois plus clair (problème de respiration-incontinence). Mon cerveau n'a plus le sens du gout refuse le solide (toujours dans le coma).plus faim mais très soif ne voit plus clair. Muscles atrophiés (je le sais). Plus de muscles au cou. Ventre qui part. Cerveau dans la gorge ; plus de nerf. Je m'en rends compte. Mettant des bouts de coton dans mes chaussures pour tenir droite. Un légume ne mange pas. Si j'étais foutue me laisser mourir.

ANNEXE 4 :

Docteur,

Si je me permets de vous écrire c'est pour vous raconter ma vie passée. Aussi je me permets de vous écrire car j'ai du mal à m'exprimer et c'est pour cela que j'écris. Il y a une quinzaine d'année, je me suis mariée, avec un délinquant, ce que je ne savais pas quand je me suis

mariée car il avait une situation, moi aussi d'ailleurs puisque j'étais secrétaire dans un collège. Un jour, je suis rentrée chez moi et j'ai trouvée des inspecteurs et un commissaire de police qui arrêtait mon mari. En effet il avait fait un braquage et avait agressé son grand père alors âgé de 80 ans. Moi j'étais alors enceinte et j'étais partie quelques jours chez ma grand-mère à Toulouse pour me reposer et pour qu'elle me conseille sur ma grossesse. Je tiens à vous préciser que j'ai perdu ma mère d'un cancer du pancréas alors que j'avais 17 ans. Sur les conseils des inspecteurs, je suis retournée chez mon père qui était venu me chercher à mon appartement. Je travaillais toujours, et je n'étais pas bien, je devais me faire avorter, car je ne pouvais pas garder un enfant ayant un mari en prison. Surtout qu'il m'avait tromper et que je n'acceptais pas cela. Après mon avortement et mon divorce, je me suis sentie vidée en manque d'affection, et là est venue le drame, j'ai commencé à faire de la boulimie. Je ne pensais qu'à manger. Au début je mangeais aux repas, et aussitôt je mettais mes doigts dans ma bouche pour me faire vomir. Après je mangeais des quantités inconsidérables d'aliments entre les repas et toujours je les vomissais. Je faisais cela car je n'avais plus d'amour et plus d'affection, je ne pouvais plus donner d'amour et je n'en recevais plus car j'adorais mon mari à l'époque. Ensuite j'ai commence à avoir des troubles physiques et à perdre l'équilibre et à tomber, j'avais des trous de mémoire et un jour j'ai du arrêter de travailler car je ne tenais plus debout, j'étais devenue un légume, je restais allongée car je n'avais plus de muscles et quelque chose avait claqué dans ma tête si bien que j'en déchirais la tapisserie. Je ne voyais plus claire et je délirais, un jour ma sœur s'est occuper de moi. Elle m'a lavée, habillée, prêtait des affaires et elle m'a emmené en discothèque...La mon mari m'a vu et a discuté avec moi, nous avons fait connaissance, mais j'avais honte de moi car j'étais un légume. Il a voulu me revoir et moi aussi car j'étais amoureuse de lui. Nous nous sommes fréquentés au moins 6 mois avant qu'il ne me présente à sa famille et qu'il vienne habiter à la maison. Un jour ma sœur lui a dit que je faisais rien et nous sommes partis en studio, à Compiègne, la aussi je délirais, puis je suis tombée enceinte sans m'en rendre compte car je ne sentais plus quand je faisais l'amour comme j'étais un légume et que j'avais perdue tous mes muscles. Ensuite j'ai commencé à fréquenter les hôpitaux psychiatriques à avoir des médicaments à me tuer et à m'achever. Un médecin a eu même l'idée de me faire faire des électrochocs après la naissance de claire car je ne réagissais plus. Je souffre terriblement de la tête et ce n'est pas des calmants qu'il me faut au contraire il me faut des trucs pour réagir, si ces explications ne vous suffisant pas, je suis prête a vous expliquer.

MERCI DE M AVOIR LU.

ANNEXE 5 :

Je suis toujours dans le coma car mon corps que j'ai détruit quand je faisais de la boulimie ne fonctionne plus. Je me trempe dans l'eau pour faire réagir mes membres, mes muscles, ma tête. Quand j'étais plus jeune surtout à l'adolescence quand le corps se forme ce n'est pas un père que je voulais mais une mère. Mon corps ne ressemblait pas à celui de ma mère et je voulais qu'elle m'aide à être une femme avec son corps. Je ne vois plus clair et mes vêtements me tiennent. J'ai de fortes douleurs dans la tête et mal au ventre. J'ai accouché et j'étais déjà dans le coma croyez un jour. Rupture d'anévrisme comme légume.

ANNEXE 6

Je suis toujours dans le coma, le Docteur D. ne me croit pas la seule solution pour lui ce sont des piqûres de tranxène. Ce n'est pas de l'angoisse puisque j'ai perdu mes muscles même du coup, c'est un début de longue angoisse avec une souffrance terrible. Je meurs et personne ne fait rien.

ANNEXE 7 :

Autrefois et je le regrette j'ai fait de la boulimie et mon corps a changé, il a été chamboulé par la nourriture, ce qui fait que je ne peux plus manger. Je me nourris de Ricorée et un peu d'aliment parfois mes yeux se retournent et j'hallucine. Je vois des choses quand je m'endors et au niveau de mon cou je ne peux plus respirer et j'ai toujours envie de vomir. Je vais mourir et mon souhait est de mourir chez moi accompagnée et non à l'hôpital comme ma mère est morte seule. J'aime et j'adore Jean Michel et je voudrais que cela soit lui qui me tienne la main, je lui dis et je l'écris avant de perdre ma conscience. Mes membres ne sont pas coordonnés, je ne sais ce que ça veut dire, que je suis un légume ! et que je ne suis pas sortie du coma. J'en suis persuadée. Si je devais être hospitalisée à Clermont je me laisserai mourir. Cet hôpital me fait peur.

ANNEXE 8 : 1998

J'ai comme un handicap pour marcher car j'ai l'impression que mon corps se dissocie. Je souffre terriblement physiquement, mes muscles sont atrophiés. Et ce n'est pas de la déprime mais c'est une constatation et c'est dur de s'en rendre compte et d'en souffrir. Mes nerfs et mes muscles sont atrophiés. Je suis obligé de me masser avec de la pommade car mes muscles (tous, ceux du cou, du dos, des mains) sont tous contractés. D'où les yeux qui se révulsent et mon corps qui ne tient plus. Mon entourage croit que mes maux sont bénins alors je ne dis plus rien mais je suis toujours dans le coma car mon corps, mes sens ne réagissent plus. Cette tristesse, mes larmes viennent que je m'en rends compte. Même écrire me fait mal aux mains. Souffrance, douleurs c'est ce que je ressens et en particulier dans ma tête. Je souffre dans mon

corps qui domine sans cesse mon âme à tort. J'ai mal et ne cesse en aucun cas tous les jours, jours et nuits c'est un constat. Existe-t-il un médicament pour soulager la douleur de mes muscles, de mes nerfs conducteurs. Je n'ai même plus le gout amer ou sucré c'est un dégoût. J'ai mal et mourir dans d'atroces souffrances, avec mon sort mis en balance je suis entre la vie et la mort, la mort et la démence peut être est-ce une forme de moi je ne sais pas. En tout cas je suis seule à souffrir de la sorte.

ETUDE D'UN CAS CLINIQUE : COMPLEXITE DIAGNOSTIQUE, SCHIZOPHRENIE OU PSYCHOSE HYSTERIQUE.

RESUME

L'hystérie peut porter le masque d'éléments psychotiques d'où une difficulté à porter un diagnostic. Pourquoi chercher à distinguer ces deux pathologies ? La prise en charge psychiatrique d'une structure psychotique et d'une structure névrotique est évidemment différente. Dans ce travail, nous avons réfléchi sur la complexité diagnostique entre la schizophrénie et la psychose hystérique, concept ancien de la psychiatrie. Nous nous sommes appuyés sur l'étude d'un cas clinique d'une patiente hospitalisée depuis vingt ans, initialement diagnostiquée schizophrène. Au vu du tableau clinique atypique et la surenchère sémiologique psychiatrique, nous avons effectué une revue de littérature des signes psychiatriques de la schizophrénie et exploré l'approche de Gisela Pankow, dont le travail a porté sur le corps et la schizophrénie. Parallèlement, nous avons évoqué les signes cliniques de la personnalité hystérique et quelques éléments psychopathologiques sur la névrose hystérique. Une revue de littérature sur la psychose hystérique, concept ancien de la psychiatrie, est présentée, en nous référant aux travaux de J.C. Maleval sur la folie hystérique.

Mots clés : Schizophrénie. Hystérie. Psychose Hystérique. Cas clinique. Diagnostic différentiel.

ABSTRACT

Hysteria can wear the mask of psychotic elements resulting in difficulty wearing a diagnosis. Why try to distinguish these two diseases? Psychiatric care of a psychotic structure and a neurotic structure is obviously different. In this work, we reflected on the diagnostic complexity between schizophrenia and hysterical psychosis, old concept of psychiatry. We relied on the study of a clinical report of a patient hospitalized for twenty years, initially diagnosed schizophrenic. Given the atypical presentation and psychiatric semiotic escalation, we conducted a literature review of psychiatric signs of schizophrenia and explored the approach of Gisela Pankow, whose work focused on the body and schizophrenia. Meanwhile, we discussed the clinical signs of hysterical personality and some psychopathological features of the hysterical neurosis. A literature review on the hysterical psychosis, old concept of psychiatry, is presented by referring to the work of J.C. Maleval the hysterical madness.

Keywords : Schizophrenia. Hysteria. Hysterical Psychosis. Clinical Report. Differential Diagnosis.