

Louis PLOTON  
Professeur de Gérontologie  
Laboratoire : Psychologie de la santé et du développement (E.A.3729)  
Université Lyon-2

## **A propos de la demande hypochondriaque de l'Agé**

**Je propose d'aborder, dans ce chapitre, la question du diagnostic et de la conduite à tenir qui se posent pour des patients âgés présentant des douleurs et des troubles somatiques, considérés comme étant d'origine psychogène.**

Il s'agit, dans la majorité des cas, de personnes chez qui la perception de la réalité ambiante n'est pas altérée.

Les phénomènes pour lesquels ils consultent sont, pour eux, source de souffrance et, comme nous allons le voir, ils sont à l'origine de conduites ou de demandes considérés comme pathologiques en ce sens qu'ils obéissent à une logique qui échappe à l'observateur non averti.

Les patients concernés sont victimes de pathologies dites fonctionnelles, ne relevant pas, a priori, de l'hypochondrie délirante, mais s'inscrivant dans un type de demande et de rapport à l'autre pouvant être, à terme, démotivants pour le thérapeute.

## **La pathologie de référence, en la matière, est la Névrose hystérique.**

Je ne développerai pas les diverses hypothèses psychodynamiques qui ont été proposées autour de l'hystérie, puis autour de la question de l'existence ou non d'une structure tierce (dite : Etat-Limite) distincte des structures « névrotique » et « psychotique ».

Tout au plus il me semble fondamental de rappeler que la théorie et la pratique psychanalytique se sont forgées autour de l'identification, de l'explication et de la prise en charge de l'hystérie.

De ce point de vue l'hystérie est la plus accomplie des névroses dont elle constitue le prototype même, avec un ensemble de manifestations cliniques dont l'évolution répond à l'évidence à une forme de cohérence.

Sans doute est-ce pour cela que, dans une volonté d'approche non inféodée à une théorie du psychisme, les classifications purement sémiologiques internationales, telles que le DSM-IV<sup>1</sup> ou la CIM-10<sup>2</sup>, de fait, ont démembrée la pathologie hystérique.

Or, dans le même temps, assez curieusement, les « Etats-limites » conceptuellement plus flous ont, eux, gardé une identité descriptive sous le vocable anglo-saxon de « Border line »<sup>3</sup>.

Pourquoi rapprocher ces deux registres pathologiques ? Incontestablement parce que, on le verra, tenter de redonner son identité sémiologique à l'hystérie implique d'abord leur voisinage apparent représenté par les « Etats-limites », en termes de diagnostic différentiel.

---

<sup>1</sup> DSM – IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders de l'American Psychiatric Association, 4<sup>ème</sup> édition.

<sup>2</sup> CIM – 10 : Classification Internationale des Maladies mentales, de l'Organisation Mondiale de la Santé, 10<sup>ème</sup> édition

<sup>3</sup> Je crois utile de rappeler à ce propos que Jean BERGERET considère ces deux termes comme superposables dans l'ouvrage de référence qu'est l'*Abrégé de Psychologie Pathologique*, publié sous sa direction (Masson, Paris, 1976)

Il reste, ensuite, la possibilité de faire de ces entités la lecture théorique que chacun jugera la plus opportune pour servir de fil conducteur thérapeutique. Je rappellerai juste, à ce propos, que l'intérêt d'une théorie n'est pas de nous dire où serait LA vérité, mais d'être utile, à une fin précise, dans des limites de validité données.

Cela dit, je crois qu'il y a un réel danger à méconnaître le fait psychopathologique que constitue l'hystérie, ne serait-ce qu'en tant que syndrome ayant des caractères propres en termes de séméiologie, de dynamique subjective et intersubjective, d'évolution et, surtout, de risques encourus par le patient.

### **Mais au départ qu'est-ce qui pose tant problème ?**

En apparence, sortis de leur contexte relationnel, les faits sont minces.

On est en présence d'une personne âgée qui se plaint de douleurs ou de dysfonctionnements corporels (constipation, vertiges etc.).

Ce qui va poser problème est le maniement relationnel de la demande de soins, la cause psychologique supposée du trouble et l'échec de toute entreprise thérapeutique.

Là se situe l'origine du coût social et humain de la pathologie hypochondriaque qui, comme un reproche latent, induit de part et d'autre rancœurs et exaspérations.

### **En pareille situation quand et pourquoi penser à l'hystérie ?**

#### **Pourquoi aussi faut-il savoir se garder de l'évoquer, dans l'intérêt même du patient ?**

## *La présentation clinique de l'hystérie*

### **Elle comporte:**

- une demande portant sur le corps, associée à une symptomatologie psychopathologique propre ;
- un besoin de réassurance, auquel on peut rattacher le besoin de compter avec son corollaire : la demande et le problème récurrent de la mise en échec du soin ;
- un handicap grave de la communication.

Elle implique des risques particuliers, d'où la nécessité de stratégies cliniques adaptées.

### ***1° La demande portant sur le corps :***

- *ses aspects généraux :*

**La demande du patient concerne généralement des douleurs, mais il peut aussi s'agir de phénomènes fonctionnels ou d'une impotence particulière.**

Tous les types de douleurs peuvent se voir :

- douleurs rebelles concernant la tête, migraines ou douleurs plus localisées (la bouche, la langue etc.)
- douleurs thoraciques évoquant des problèmes cardiaques ou pulmonaires,
- douleurs abdominales de tous type,
- douleurs vertébrales de tous sièges et de toutes natures induisant une impotence fonctionnelle,
- douleurs des membres de tous sièges de type rhumatismal.

Ce peut même être l'ensemble du corps qui est perçu comme douloureux chez un patient qui peut en venir à vivre confiné au lit.

Dans ce cas, comme dans d'autres, le résultat risque d'être une consommation quotidienne d'antalgiques majeurs, sans succès mais à l'origine d'effets secondaires négatifs sur sa vigilance, sur son tube digestif, sa tension artérielle etc.

Ce qui caractérise ces douleurs est leur absence de cause organique décelable, quels que soient les bilans étiologiques pratiqués.

Dans le même registre dit « fonctionnel », c'est à dire sans support organique connu, la demande de soin peut porter sur des dysfonctionnement tels que : mouvements anormaux, tremblements, dyspnées, vertiges, nausées, diarrhées ou constipations...

Et, dans un registre dont on ne peut certifier s'il est rigoureusement du même ordre, on pourra observer :

- des phénomènes de conversion caractérisés tels que paralysies, aphonies, mais aussi des tableaux d'urgences chirurgicale (occlusions intestinales fonctionnelles...);
- des phénomènes d'inhibition psychomotrice, par exemple à l'origine de chutes mais peut-être aussi impliqués dans le syndrome de post-chute lui-même ;
- des phénomènes d'inhibition intellectuelle qui risquent d'être confondus avec une pathologie alzheimerienne.

**- Son association à des phénomènes psychopathologiques :**

La demande névrotique portant sur le corps est volontiers accompagnée de manifestations anxieuses : soit sous forme d'un vécu anxieux caractérisé, avec des crises d'angoisse, soit sous forme de manifestations comportementales témoignant d'un fond anxieux excessif. Il peut s'agir par exemple d'un activisme fébrile, d'une insomnie d'endormissement ou, plus simplement, d'une logorrhée épuisante pour l'entourage, ayant une véritable fonction d'attaque à la pensée.

On peut également observer :

- des troubles du sommeil,
- des perturbations des conduites alimentaires (boulimie et surtout anorexie)
- des périodes de dépression plus ou moins graves, le risque suicidaire ne pouvant jamais être exclu,
- des accès de mutisme voire de catatonie, de nature à égarer le diagnostic...

Cette liste, bien entendu, ne saurait être exhaustive, car on peut observer chez les personnes âgées le tableau clinique venant d'être évoqué associé par exemple avec des symptômes ou des traits de caractère phobiques ou obsessionnels.

Ce qui orientera le diagnostic vers une névrose hystérique ce sera, de plus, le besoin de réassurance associé à un type de demande et à des perturbations au plan de la communication et des relations avec les tiers.

## **2° Le besoin de réassurance**

### ***- le vécu de fragilité***

Le sujet<sup>4</sup> se vit comme fragile, toute une part de son attention est focalisée sur son corps qu'il perçoit comme étant en danger permanent. Ce faisant cet amoureux de la vie a tellement peur de la perdre qu'il se la gâche littéralement

Il faut savoir qu'à ce propos tout, dans ses relations avec le corps médical, concourt à valider cette représentation qu'il a de lui.

Il est, en effet un sujet « à risque » par excellence. Il multiplie de fait les accidents thérapeutiques et les mésaventures chirurgicales. Ce qui n'arrive pratiquement jamais lui est arrivé : perforations lors d'examen radiologiques, oublis de compresses en per-opératoire, etc...

Il se considère donc comme un « cas à part » et il est prudent d'en tenir le plus grand compte, car il collectionne les pathologies atypiques, les formes cliniques rares, les contre-indications et les effets secondaires totalement exceptionnels des médicaments...

**De plus la symptomatologie fonctionnelle à laquelle il habitue ses thérapeutes, tôt ou tard, risque de conduire à ne pas déceler à temps une pathologie organique « classique ».**

Ce faisant, ce sont des malades qui risquent fort de mourir dans des circonstances extrêmement culpabilisante pour leur entourage, tant familial que thérapeutique.

### ***- les stratégies relationnelles de quête de réassurance***

Je serais tenté de dire qu'elles sont absolument calamiteuses, en ce sens qu'elles se retournent généralement contre leur objet et conduisent, à terme, au risque de rejet de l'intéressé.

**Une des caractéristiques de la relation avec un sujet souffrant d'une névrose hystérique est sa tendance permanente à manier la séduction.**

Cela peut prendre le forme de stratégies de « Séduction – retrait » qui conduisent l'intéressé s'approcher lorsqu'on l'ignore et à reprendre ses distances de façon caricaturale lorsqu'on s'approche trop de lui.

---

<sup>4</sup> Le masculin qui sera employé dans les pages qui suivent se réfère au sujet, en général, quelque soit son sexe, étant entendu qu'il n'est pas possible de disposer de statistiques épidémiologiques sur une pathologie qui n'existe pas officiellement. Cela dit la clinique porte à croire que, contrairement à une idée reçue, il y a autant de femmes que d'hommes souffrant de pathologie hystérique, du moins en pourcentage (car il y a, en valeur absolue, plus de femmes que d'hommes très âgés).

Malheureusement, une attitude systématique de séduction féminine, comme le donjuanisme masculin, risquent d'être sources de malentendus sociaux épineux et ils sont de plus inducteurs de conflits à son sujet, entre ceux qui l'apprécient et ceux qui le rejettent.

Mais, quoi qu'il risque de lui en coûter, les rapports avec lui sont marquées par sa tendance à tout érotiser : sa mimique, sa gestuelle, sa façon de parler, ses symptômes, son angoisse et, même et surtout, sa douleur...

A ce propos, il y a lieu d'ouvrir une parenthèse sur la pauvreté possible de sa vie sexuelle (frigidité, impuissance, etc.) en contrepoint d'une possible richesse fantasmatique.

Il semble que derrière de telles attitudes il y ait peut-être une forme de retour du refoulé, mais aussi l'expression d'un besoin vital d'être désiré.

**L'hystérique désire qu'on le désire.** Il désire se sentir en permanence le centre de tous les regards (résurgence d'une attitude infantile ?). A cette fin, il lui arrive de se créer tout un « petit monde » à sa dévotion, dont l'épuisement risque de le conduire brutalement en institution.

Et, comportementalement, tout se passe comme si ce besoin d'être le centre du monde le conduisait à créer l'événement, pour tenir autrui en haleine. Un jour c'est une chute, le lendemain un accès fébrile, le surlendemain une complication thérapeutique, il semble doté de ressources inépuisables, mobilisables de manière parfaitement inconsciente, c'est-à-dire à son propre insu.

Cela étant il sera, très facilement un « malade symptôme », celui dont les conduites, les accidents de parcours, mais aussi les réactions suscitées, viennent involontairement pointer les conflits latents entre personnes ou les dysfonctionnements institutionnels.

A ce propos il est tout à fait capable de faire sortir les professionnels des « règles de bonnes pratiques » et de se faire sadiser. Est-il masochiste ? Ce n'est pas certain, mais il a volontiers une âme de héros et il semble qu'il préfère, au fond de lui, être martyrisé plutôt qu'ignoré.

### **Quoi qu'il en soit un des maîtres symptômes de l'hystérie est : la demande !**

C'est généralement une demande concernant son corps, une demande passant par le corps. Mais très vite il apparaît que c'est une demande pour demander, sans limite, relevant d'une insatisfaction fondamentale.

**Ce qui va en effet la caractériser (et poser problème) est que, quoi qu'on fasse cela se révèle voué à l'échec.**

Il y aura toujours une recrudescence des symptômes ayant conduit à consulter un confrère qui aura tout changé pour revenir à la case « départ » etc.

Il y aura toujours une complication, une donnée qu'il aura oublié de communiquer ou qu'il aura mal exprimé, un traitement mal pris, modifié, ou associé avec un autre qui fera échouer le résultat acquis ou espéré.

Très vite le thérapeute aura le sentiment de s'affronter à une dynamique puissante (vitale ?) de mise en échec de toute solution.

Très vite aussi, nous y reviendrons, les soignants dans leur ensemble sont tentés de rejeter un patient aussi « ingrat » à soigner. D'autant que celui-ci, dans une quête désespérée, n'hésite pas à

mobiliser plusieurs thérapeutes de front, au nombre desquels on comptera éventuellement des guérisseurs prudents mais aussi d'authentiques charlatans (et ce, sans oser en parler initialement).

**Acteur et victime de ses symptômes il démontre à son insu (et en le déniait) l'existence d'une vie psychique inconsciente, tant il y a de choses qui échappent totalement à sa volonté.**

**C'est pourquoi ce qui lui arrive ne peut être efficacement abordé qu'en référence à la notion d'inconscient.** Toute autre optique risque de déboucher sur une suspicion de malveillance, faisant du malade un persécuteur, ce qui ne peut qu'aggraver les choses.

### ***3° Le handicap de la communication***

En fait l'hystérique est victime de plusieurs phénomènes, du point de vue de la communication. On citera à ce propos :

#### ***- La Facticité involontaire de l'expression:***

Sa façon de s'exprimer, lorsqu'il parle de ce dont il souffre, conduit nécessairement à douter de la véracité de ses dires. Même lorsqu'il a très mal physiquement, même lorsqu'il est en proie à une maladie somatique indéniable, il ne parvient pas à se faire prendre au sérieux.

Dans le registre de la facticité il est notamment capable de pratiquer ce qu'il est convenu d'appeler : « la belle indifférence ». Il y a, ce faisant, discordance entre la gravité de ce dont il est formellement question et la possible tonalité enjouée du propos.

C'est ainsi que, paradoxalement, il peut complaisamment parler de sa souffrance, sur un mode mondain, avec le médecin.

#### ***- La dramatisation***

En contrepoint il est tout à fait capable, sans raisons organiques mais en proie la peur de mourir, hurler et se tordre sur un lit avec des attitudes érotisées.

Mais il peut également dramatiser un incident de second ordre ou conter sur un mode épique une affaire de constipation ou de diarrhée banale.

Cette dramatisation, qui inclue même la façon de parler des menus événements de la vie, contribue s'il le fallait à disqualifier la portée de ses propos.

A le voir agir on est en droit de le croire en mal d'excitation, toujours prêt à instiller une dose d'héroïsme dans d'obscurs aspects du quotidien.

C'est aussi, comme je l'ai déjà évoqué ce qui contribue à le conduire à être un malade emblématique, capable de faire ressortir ce qui laisse à désirer dans le fonctionnement institutionnel. Mais, ce faisant, il est capable de se faire sadiser, martyriser, là où d'autres s'enliseraient dans la banalité d'une vie sans histoires (ou sans histoire). Car la facticité de son expression ou sa façon caricaturale « d'en rajouter » risque de le faire traiter de comédien, soit implicitement, soit explicitement par des soignants peu scrupuleux ou manquant de doigté.

### **- L'aspect confusogène de l'Hystérie**

Il se joue sur deux tableaux :

#### **- D'une part, l'induction de confusion**

Emotif, il maîtrise mal sa subjectivité, il se trompe dans les informations données et induit ses thérapeutes en erreur. Je citerai en exemple une équipe soignantes lançant un bilan digestif pour des selles noires (supposées contenir du sang) chez une personne ayant tout simplement absorbé un topique à base de charbon végétal et n'ayant pas pensé à le dire.

Dans le même registre, tout comme il parle abondamment et sur un ton dramatique de choses banales, il donne des informations capitales concernant une affection somatique majeure, de manière tout à fait anodine, ce qui oblige à être d'une vigilance extrême.

Qui plus est, comme cela a été évoqué à propos de la mise en échec des soins, il multiplie les actes manqués : il fait des erreurs de toutes sortes sur les informations relatives à ses antécédents ou aux traitements pris, il oublie ses ordonnances ou les résultats d'examen et omet de parler de traitements pris, tout comme il peut se tromper sur la façon de prendre ce qui sera prescrit. Et, en toute bonne foi, il peut même se présenter à la consultation à une date ou une heure erronée, créant la confusion dans l'esprit du médecin ou du « psy ».

A partir de là le thérapeute « noyé » sous un flot d'informations « pipées » risque fort de commettre des erreurs d'appréciations, tant dans sa démarche diagnostique que thérapeutique. Soit il surmédicalisera inutilement, voire dangereusement, soit il psychologisera à contretemps.

Y a-t-il un lien de cause à effet ? On constate empiriquement, que le patient hystérique « attire » littéralement les erreurs le concernant : traitements mal retranscrits, oublis relatifs à des contre indications, etc. D'où la nécessité de redoubler de vigilance à son propos.<sup>5</sup>

#### **- D'autre part, l'existence d'une confusion mentale hystérique.**

On voit en effet de véritables équivalents d'états confusionnels, transitoires, souvent qualifiés *d'hallucinoïse hystérique*, qui ressemblent à la confusion mentale observable au décours des déficits cognitifs du grand âge.

Le patient peut alors être en proie à une angoisse majeure, de type attaque de panique extrême, au point de crier : « au secours ! » par la fenêtre. Il peut présenter des visions ou des hallucinations de tous types, en rapport ou non avec des événements vécus à caractère plus ou moins traumatique.

---

<sup>5</sup> On pourrait avancer de multiples hypothèses à ce sujet.

Ces phénomènes surviennent préférentiellement dans le cadre de périodes de crise relationnelle où ils ont volontiers pour fonction de recentrer l'attention et l'angoisse de tous sur un aîné en proie à un vécu d'abandon.

### Les risques encourus

Ne pas identifier l'hystérie conduit à faire l'impasse de recherches spécifiques concernant l'efficacité des soins dont les patients qui en souffrent pourraient faire l'objet. Cela a, non seulement un coût humain, en termes de souffrance négligée, mais aussi un coût social en relation avec la multiplication des bilans et des soins inefficaces, voir avec le « vagabondage » désespéré et désespérant du patient, de médecin en médecin. Vagabondage qui, en tant que symptôme, ne relève pas d'une canalisation administrative du remboursement mais d'un soin spécifique.

Car un des risques les plus immédiats de l'hystérie est d'induire un examen médical superficiel. En effet, le médecin qui aborde ce malade avec un a priori relatif à l'origine psychologique du mal, voire une suspicion de simulation, risque de réduire son examen au strict minimum. Mais le patient n'est pas dupe (« il ne m'a même pas pris la tension ») et il supporte mal la situation qui non seulement est dévalorisante pour lui, mais a un effet anxiogène (« il a certainement laissé passer quelque chose »).

En conséquence le patient qui n'a été ni suffisamment écouté ni suffisamment examiné, insatisfait et inquiet, se précipite chez un autre praticien : généraliste ou spécialiste selon le cas. Si sa démarche est légitime, elle n'en est pas moins coûteuse pour la collectivité.

Elle sera d'autant plus coûteuse, que tôt ou tard le patient risque de présenter une pathologie organique sévère (cardiaque, cancéreuse ...) qui, masquée par sa présentation hystérique, ne sera pas diagnostiquée à temps.

Cela conduit à deux ordres de nécessités :

- celle d'apprendre à diagnostiquer et d'apprendre à tenter de traiter, en tant que telle, la pathologie névrotique ;
- celle de prendre au sérieux tout demandeur de soin et de savoir refaire les bilans qui s'imposent pour lever le doute. Car on ne peut affirmer une étiologie psychogène qu'après avoir rigoureusement écarté une cause somatique.

Au delà de ce qu'il en coûte à la société, il y a en effet un malade qu'il n'est pas normal de soigner à contre-emploi, parce que la maladie dont il souffre a cessé d'être répertoriée et donc identifiée, ce qui limite sérieusement les recherches qui s'imposent à son sujet.

Qui plus est la névrose d'un proche est un facteur de crises récurrentes et d'épuisement pour son entourage.

Ce sont des nuits et des week-ends passés sur le qui-vive, l'impossibilité culpabilisante de s'absenter, l'angoisse devant le risque vital manié à tout propos dans la dramatisation d'urgences dont le caractère névropathique n'est jamais certain.

A terme, les aidants naturels et les soignants ayant le sentiment d'avoir tout donné ou, plutôt, ayant celui de risquer « d'y laisser leur peau » en viennent à dire : « c'est lui ou moi ! ». Et c'est

là qu'on observera une analogie avec la maladie d'Alzheimer : la névrose conduit tout autant les patients âgés à être placés en institution.

Malheureusement pour eux, une fois placés, le problème du rejet resurgira. Très vite leurs demandes ne seront plus écoutées, leur sonnette sonnera dans le vide (ou bien sera inaccessible, non réparée, débranchée...).

Leur symptomatologie, qualifiée d'imaginaire ou de fabulatoire, sera considérée comme non recevable et, de ce fait, à l'origine de difficultés quotidiennes dans l'institution.

De fait le parallélisme avec la pathologie confuso-démentielles<sup>6</sup> se poursuivra à propos des problèmes qu'ils poseront aux équipes soignantes.

Eux qui veulent compter comme des cas d'exception risquent d'être renvoyés sans ménagements au régime commun de l'institution, ils s'exposent même à être ouvertement traités de comédiens. Autant d'humiliations et de blessures narcissiques dangereuses car ils risquent de ne pas y résister et, après un baroud d'honneur où ils mèneront la vie dure à l'équipe soignante, on les verra « se soumettre ou se démettre ».

Les issues sont alors pour eux : la régression avec un affaiblissement cognitif, la dépression avec un risque suicidaire authentique ou le syndrome de glissement et la mort silencieuse, ultimes façons d'avoir le dernier mot.

**On le conçoit, il importe donc de bien identifier la pathologie hystérique pour tenter d'apprendre à mieux la soigner, ce qui suppose de savoir faire un diagnostic différentiel le plus fin possible.**

**Reste à savoir s'il y a lieu de prononcer le terme même d'Hystérie ?**

Je dois dire que sauf avec des interlocuteurs avertis, c'est-à-dire considérant qu'une pathologie hystérique est le témoin d'une structure psychique des plus accomplies, j'ai renoncé à employer le terme « hystérie » au bénéfice de celui de « névrose grave ». Car le terme d'hystérie, tant il est mal connoté, risque d'être préjudiciable au patient.

### **Le diagnostic différentiel**

Chez la personne âgée il y a, par rapport à la pathologie névrotique, différents diagnostics différentiels difficiles mais essentiels à faire, notamment celui d'Etats limite, celui d'hypochondrie délirante et celui de maladie d'Alzheimer.

#### ***1° Les Etats-Limites***

On est en droit de se demander si les patients ayant une structure psychique de type « Etat Limite » ne sont pas plus nombreux (mais mal identifiés parce que mal connus) que les patients

---

<sup>6</sup> Comme en témoignent le nombre et l'insistance des demandes faites au psychiatre.

de structure rigoureusement névrotique. Car le diagnostic de structure, par essence, n'est jamais assuré de prime abord faute d'être largement enseigné en tant que tel.

Les patients de personnalité « Border Line » qui posent, en l'occurrence, un problème de diagnostic différentiel avec les patients névrotiques sont ceux qui consultent pour des douleurs rebelles (beaucoup plus fréquentes chez eux, semble-t-il, que des perturbations fonctionnelles).

La question est de savoir si ces phénomènes revêtent le même sens ou relèvent de la même dynamique psychique et donc de la même attitude thérapeutique.

D'un point de vue descriptif, ils se caractérisent par plusieurs ordres de symptômes et de conduites.

### ***- La présentation hystérisiforme caricaturale***

On a, cliniquement, des raisons de douter du diagnostic de névrose hystérique devant l'importance des traits phobiques et surtout obsessionnels ou persécutoires. Mais aussi devant des conduites, par trop caricaturales dans le registre de l'hystérisation, avec hyper-séduction ou érotisation excessive des relations<sup>7</sup>.

Je serais tenté d'ajouter qu'un doute supplémentaire est permis à l'évocation d'une fréquentation assidue et réussie du milieu chirurgical, témoignant d'un type différent de relation au corps. Car on peut dans quelques cas être en présence de véritables vétérans de certains services hospitaliers, si l'on en juge par le nombre d'interventions orthopédiques ou autres dont ils ont été l'objet, apparemment sans sourciller.

### ***- Le sentiment de vide intérieur***

Le diagnostic différentiel entre névrose et Etat-Limite repose notamment sur l'absence, dans ce dernier cas, de vie fantasmatique authentique au profit de productions de pseudo fantasmes, relevant du lieu commun psychologique avec le risque d'effraction de la vie pulsionnelle ou d'éléments inconscients, sans qu'un travail psychique (condensation, déplacement, refoulement...) semble être à l'œuvre.

Et, guetté par l'ennui fondamental qui le caractérise, pour pallier son sentiment de vide interne, l'intéressé risque de recourir à des conduites addictives, au rang desquelles figurent l'activisme, dont l'avancée en âge risque de le priver, mais aussi la consommation de modificateurs des perceptions : alcool, toxiques de tous ordres, médicaments psychotropes ou antalgiques... La quête maniaque d'aventures sexuelles sans lendemain peut, elle-même, être considérée comme relevant du même besoin de se sentir exister en tentant de combler, coûte que coûte, le sentiment de vide.

Cela étant, dans ses relations avec autrui, il apparaît « lisse » avec un imaginaire d'emprunt.

---

<sup>7</sup> On parle volontiers de théâtralisation, ce propos.

Mais, derrière une apparente « hyper-normalité »<sup>8</sup>, il peut aussi s'appuyer, à bas bruit, sur des défenses mégalomaniaques ou paranoïaques qu'il mobilisera notamment dans l'échec et/ou en périodes de décompensation.

Cela renvoie à la question de son sentiment de vide intérieur mais aussi au statut des événements traumatiques antécédents, avec notamment des traumatismes sexuels réels et non seulement fantasmatiques. Cela peut aller de pair avec un rapport à la loi potentiellement défaillant et, dans certains cas, des orientations sexuelles indécises ou polymorphes, avec des investissements sentimentaux instables.

### *- abandonnisme, fond dépressif et pathologie du narcissisme*

Chez les Etats-Limites la demande relève de l'abandonnisme, qui semble être le fruit du sentiment de vide intérieur, de l'absence de désirs et de la faille narcissique constitutive. Laquelle faille conduit à parler à leur sujet de « personnalités dépressives » tant ils sont constitutionnellement dans le manque et un vécu douloureux de dévalorisation qui appelle à des entreprises de compensation. Ils ont tout au long de leur vie pu, entre autres, se distinguer par l'appui sur des gratification emblématiques : survalorisation de la beauté et du corps, habitus externe de type gravure de mode, situation, maison, voiture, gadgets et choix de conjoints ou d'amis pour leur aspect valorisant. Cela a pu les conduire à une forme de conformisme, comme consommateurs d'activités et de présentations de soi régies par les stéréotypes de la mode.

**Mais leurs capacités d'investissements ont généralement été, et sont restées, réduites ou superficielles,**

Cela étant, ils ont une forte tendance à rester dans une forme de dépendance à l'autre avec un besoin permanent de s'appuyer sur un tiers, définissant l'anaclitisme, reflet d'un défaut d'individuation psychoaffective. Cette dépendance peut notamment s'être traduite, par une organisation de vie tributaire d'un système d'étayages familiaux ou sociaux.

De ce fait, ils peuvent, encore plus que les patients névrotiques rendre la vie extrêmement difficile à leurs proches.

**Ils ont notamment une capacité toute particulière à culpabiliser leur entourage** en créant des situations qui peuvent relever du cas de conscience. Cela passe aussi par leurs reproches explicites ou implicites, leurs demandes exigeantes et l'angoisse dans laquelle ils peuvent faire vivre familiers et thérapeutes, en leur renvoyant la responsabilité de leur état de santé, voire de leur mort avec un possible chantage à la dépression ou au suicide.

C'est ainsi que, lorsqu'ils sont en crise, ils peuvent pathétiquement se laisser tomber et rester au sol. Ce faisant leurs conduites et leur type de demande, par leur fonction agressive latente, risquent de faire sortir de leurs limites ceux qui les prennent en charge et de les faire maltraiter, en poussant les aidants à transgresser leurs propres principes.

### *- hyper sensibilité et fragilité affective*

---

<sup>8</sup> Hyper-normalité à laquelle un observateur non averti risque de se laisser prendre, au risque de sous évaluer la vulnérabilité narcissique de l'intéressé.

Ils ont été, et restent, d'autant plus handicapés socialement qu'ils souffrent d'une instabilité de l'humeur avec une alternance de périodes d'euphorie et de surestimation avec des périodes d'anxiété, d'irritabilité et/ou de dévalorisation. C'est en ce sens, que de mon point de vue ils peuvent se rattacher à la pathologie « bipolaire ».

On peut de plus observer chez eux une forme de labilité affective avec une intolérance fondamentale aux frustrations, d'où l'échec scolaire, puis professionnel; malgré une intelligence normale, voire au dessus de la moyenne.

Les périodes de séparation ou de deuil peuvent donner lieu chez eux à des manifestations psychopathologiques particulièrement éprouvantes pouvant déboucher sur des décompensations prolongées.

Ce faisant, il est fréquent qu'ils aient une biographie en dents de scie, avec des périodes florissantes auxquelles ont pu succéder de graves revers sociaux, pouvant aller jusqu'à la désocialisation. Ils ont, par périodes, été, des spécialistes des ruptures, des départs spectaculaires, des passages à l'acte hétéro ou auto agressifs, notamment suicidaires, à répétition.

Ils n'en sont pas moins séduisants (dans un premier temps) capables d'hyper-empathie, mais aussi à même d'être manipulateurs et de jongler avec la vérité, voire de fabuler sans culpabilité manifeste.

C'est sur ce dernier plan (la culpabilité) qu'ils se distinguent nettement du névrotique, en renvoyant généralement sur d'autres la responsabilité de leur état, de leurs actes et pratiquement de tout ce qui leur arrive depuis l'origine.

Cela peut aller de pair avec des troubles de l'interprétation, avec des sentiments de persécution, mais aussi un défaut de cohérence entre les pensées et les actes, complétés par une incapacité à tirer leçon de l'expérience, ce qui les entraîne à reproduire les mêmes erreurs.

**En fait ce sont des Personnalités partiellement immatures** avec des tendances projectives, le recours fréquent à la pensée magique et le risque d'épisodes de dépersonnalisation.

## ***2° La question de l'hypochondrie (rigoureusement) délirante***

Dans ce cas, la douleur ou les dysfonctionnements invoqués, s'ils amènent à consulter, font l'objet d'une fixation quérulente.

Le patient est en proie à une conviction monocorde qui ne laisse pas de doute sur la nature délirante du phénomène. Absence de doute que la bizarrerie des causes invoquées viendra étayer.

Il est également possible que le délire d'organe, ou d'absence d'organe soit exprimé sans faire l'objet d'une demande en soi. C'est ce qui peut s'observer au décours de schizophrénies ou d'épisodes mélancoliques.

### ***3\*Maladie d'Alzheimer Hystérie et Etats-limites***

La question du diagnostic de maladie d'Alzheimer ne se pose pas spécifiquement à propos de phénomènes douloureux, mais devant une plainte relative aux performances mnésiques, à l'attention, mais aussi à la perte d'aptitudes intellectuelles ou psychomotrices.

Ce diagnostic repose, bien entendu, sur une évaluation neuropsychologique fine.

La névrose, tout comme la pathologie « Border-line » peuvent venir brouiller les cartes et laisser l'investigateur perplexe, ce qui le conduit généralement à demander un réexamen à six ou douze mois.

Ce qui pose essentiellement problème au clinicien, est l'intrication possible d'un déficit cognitif alzheimerien et d'une pathologie de type névrotique ou « Etat-limite ».

En effet on est alors en grande difficulté pour pouvoir attribuer à un registre plutôt qu'à l'autre, telle ou telle conduite, qu'il s'agisse d'oublis, de départs intempestifs, voire d'une tendance confusionnelle, dépressive ou agressive. Car la maladie d'Alzheimer, elle-même, va de pair avec un sentiment de vide intérieur et un vécu d'abandon générateurs de troubles du comportement de tous ordres.

Tout au plus le polymorphisme possible des symptômes et leur caractère éminemment fluctuant plaideront en faveur d'une composante psychopathologique, qu'il faudra savoir distinguer des variations propres à la maladie d'Alzheimer elle-même.

### **Quelle stratégie relationnelle proposer ?**

#### ***1\* Dans l'hystérie***

La symptomatologie somatoforme peut être considérée comme une tentative d'expression d'ordre inconscient recourant à une grammaire symbolique. Ce qui ne veut en aucun cas dire qu'il y aurait un bénéfice pour le patient à se livrer à une démarche d'interprétation, laquelle risquerait d'avoir surtout l'effet d'une violence inutile.

La démarche clinique gagnera à s'inspirer de quelques lignes directrices simples.

***- prendre le malade au sérieux, lui offrir un soutien d'inspiration palliative***

**Il importe de le prendre au sérieux car il souffre authentiquement, mais est incapable de trouver un mode d'expression adéquat.**

Cela dit c'est un grand malade, autant pour les symptômes qu'il présente et qui lui compliquent la vie, que pour la dynamique névrotique grave, pratiquement intarissable, de ceux-ci.

Pour limiter la mise en échec la seule attitude possible, d'inspiration paradoxale, consiste à ne rien lui promettre, sauf notre solidarité.

Cela signifie de se donner pour ligne de conduite (même si c'est difficile à admettre intellectuellement) de l'accepter tel qu'il est, sans viser à le faire changer, ce qui reviendrait implicitement à lui reprocher ce qu'il est ou à lui reprocher ses symptômes.

Pour ce, il y a lieu de **ne rien attendre, ne rien demander, ne rien promettre** en échange de nos soins.

***- adopter une position basse en sachant que rien n'est jamais gagné***

La position thérapeutique, par excellence est la position basse. Ne jamais promettre de miracles et, surtout, quand une amélioration survient s'interdire absolument de crier victoire. Il y aura des hauts et des bas, il faut le savoir et lui signifier qu'on accepte d'en être tributaire. Car c'est lorsqu'on croit le patient définitivement tiré d'affaire qu'il risque de revenir plus déprimé ou plus souffrant que jamais.

Plus on aura accepté de louanges, plus on aura laissé supposer qu'on se croit meilleur qu'un confrère ayant échoué là où on semble avoir réussi, plus on risque de tomber de haut.

La fréquentation thérapeutique de l'hystérie confronte en effet tôt ou tard au vieil adage : « montre-moi ton pouvoir, que je le tienne en échec ».

Le thérapeute a donc tout intérêt de reconnaître à son patient le statut de malade difficile. Cela signifie d'admettre : « de faire ce qu'on peut » ne disposant que de moyens nécessairement insuffisants.

C'est ainsi que quoi qu'on prescrive (éviter de prescrire des médicaments lors d'une première consultation, préférer un bilan) il est donc prudent de signifier que : « ça marchera plus ou moins, il faudra attendre, il y aura des hauts et des bas, il faudra tenir le coup » et, surtout, a rappeler que : « toute médaille a son revers. Ce qui soulagera d'un symptôme impliquera des effets secondaires par ailleurs, car il n'y a pas de solution parfaite et soigner revient à choisir entre différents inconvénients » ...

**On le voit, la ligne directrice proposée se fonde sur une attitude générale d'impuissance bienveillante.**

***- Un objectif central: éviter le rejet et se prémunir de tout sadisme***

Le plus dur est donc de respecter l'objectif central consistant à ne pas rejeter le malade et à ne pas concourir à son rejet.

Or son système de communication l'expose en permanence, pour le moins, à être tourné en dérision. Il induit de plus chez les thérapeutes le risque de se laisser aller sur une pente sadique, notamment dans la façon de mettre des limites, pour son bien dit-on.

Pour ce, il y a un piège à éviter du point de vue thérapeutique, celui qui consisterait à répondre à une injonction implicite du type : « tant que tu n'aura pas tout donné, tu n'auras rien donné ». Au mieux on ne soignera alors qu'un malade, mais on risque aussi de s'épuiser sans parvenir à soigner personne.

Un autre piège consiste à raisonner en se disant, comme c'est souvent le cas en institution : « si j'accepte de faire des exceptions pour un malade, je devrai en faire de même simultanément pour tous ».

Or précisément il faut savoir conjoncturellement donner plus à un membre d'un groupe qui va momentanément plus mal, considérant que sa conduite constitue un symptôme de ce groupe, c'est une façon concrète de rassurer tout le groupe, par une réponse à forte valeur symbolique signifiant à tous qu'ils pourraient individuellement, en cas de besoin, bénéficier d'une mobilisation identique.

Il s'agit, en quelque sorte, de la version institutionnelle de la parabole de la « brebis égarée ».

Mais soigner consiste également à introduire des limites (et donc des frustrations) pour autant que se soient des limites non sadiques. Une vigilance, de tous les instants, s'impose donc au regard de nos contre-attitudes.

**Car ce n'est pas parce qu'on ne peut pas tout donner qu'on ne doit rien donner.**

Et qui plus est, répétons-le, il impératif de donner sans rien demander ni attendre en retour, car on ne saurait vouloir à la place d'autrui, sauf à s'exposer délibérément à des déconvenues cuisantes.

### *- L'importance de l'écoute*

**Il a avant tout besoin d'être écouté (revalorisé, considéré)** la clef du soin est donc une écoute attentive et suffisamment compatissante, s'inscrivant dans un cadre thérapeutique souple mais constant et prévu pour durer.

A ce propos, il y a lieu de voir dans les attaques au cadre<sup>9</sup>, assez systématiques en début de thérapie, une façon de tester s'il est désiré. Ce même désir d'être désiré, peut également conduire à des négociations savoureuses lors des prises de rendez-vous. C'est ainsi qu'un patient après avoir conduit le thérapeute, au nom d'obligations incontournables, à des modifications acrobatiques de son planning, peut finir par découvrir que la date qui convenait le mieux à celui-ci lui convient miraculeusement.

C'est ainsi que la prise en charge, sous forme d'écoute par un psychologue clinicien, en complément des consultations médicales pourra représenter un appui et un appoint précieux. Mais, là encore, il ne faut pas promettre ni demander d'amélioration substantielle à court terme. L'approche psychothérapique, même dans un objectif limité de soutien, implique un long chemin émaillé de mises à l'épreuve du type : « Docteur, il ne se passe rien, je perds mon temps avec le psychologue... ».

Une psychothérapie cadrée brève d'inspiration psychanalytique, de type bilan de vie, mérite toujours d'être proposée, en ce sens que la théorie psychanalytique, elle-même, a été développée à propos de l'hystérie autour de la notion de vie psychique inconsciente.

Le psychothérapeute, non seulement saura être attentif à la fonction des symptômes dans l'économie relationnelle, mais sa formation spécifique lui permettra de se pencher (sans interventions traumatiques) sur leur sens possible, comme modes d'expression métaphorique de l'inconscient.

---

<sup>9</sup> Il s'agit, en fait comme au début de toute thérapie, de la nécessité pour le patient de tester le cadre en testant la façon du thérapeute de le préserver.

### **- Le travail possible sur le génogramme**

Le travail systémique sur le génogramme peut également se révéler utile pour faire le bilan des dons et des dettes, explorer les conflits de loyauté, pointer l'héritage de destinés et recadrer la question des problématiques non résolues au plan individuel et familial.

Pour ce, il est possible de recevoir le patient, seul, ou en couple. Il s'agit, à ce propos de sortir de la logique « bourreau / victime » consistant à valider l'attribution de responsabilités, pour au contraire mettre en évidence des mécanismes dont tous sont mutuellement prisonniers quelles que soient les apparences.

Dans tous les cas, donner du sens à une conduite ou à un symptôme peut concourir à alléger des tensions internes.

### **- Quid de l'emploi des médicaments ?**

La question du recours aux médicaments n'étant pas l'objet de ce travail nous ne ferons que l'évoquer succinctement.

En fait leur efficacité est relativement secondaire et la façon de les donner semble aussi importante, si ce n'est plus, que l'effet pharmacologique des molécules employées. En la matière c'est le temps d'écoute et la qualité de celle-ci, qui sont déterminants de l'observance et des résultats possibles.

On peut dire très schématiquement que :

- les antalgiques sont surtout générateurs d'effets secondaires ;
- les anxiolytiques sont relativement inefficaces, ils ont en commun avec les antalgiques d'altérer la vigilance et l'équilibre (hypotension orthostatique) mais aussi d'induire des apnées du sommeil, d'où la nécessité de dépister les ronfleurs ;
- les somnifères (molécules voisines) sont générateurs d'accoutumances et leur sevrage risque de faire l'objet de très longues négociations ;
- les antidépresseurs peuvent contribuer à améliorer les choses mais, chez l'âgé, on aura intérêt à :
  - éviter les imipraminiques : molécules anticholinergiques confusogènes et altérant la cognition
  - se méfier des IRSNA<sup>10</sup> inducteurs d'hypertension artérielle
  - choisir de préférence des IRS<sup>11</sup> en évitant autant ceux qui sont anxiogènes que ceux qui sont sédatifs (ce qui n'exclue ni le risque d'hypotension orthostatique ni celui d'hyponatrémie)
- les thymorégulateurs, comme les antidépresseurs, peuvent avoir une utilité ;
- les neuroleptiques, quant à eux, sont par principe à éviter chez les personnes âgées, car responsables d'altérations de la vigilance et de l'équilibre, d'hypotension orthostatique, de l'induction de troubles parkinsoniens, d'effets anticholinergiques de tous ordres avec une participation à l'altération de la cognition. Néanmoins de très petites doses transitoires de neuroleptiques atypiques peuvent concourir à améliorer utilement une symptomatologie par trop insupportable.

---

<sup>10</sup> Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline ;

<sup>11</sup> Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine

**Dans tous les cas le médecin, comme le psychologue ont intérêt à s'appuyer sur une supervision (par exemple de type : « Groupe Balint »).**

Car, il y a lieu de le répéter tant cela est difficile à admettre, l'objectif à atteindre : ce qui devra donc être considéré comme un succès thérapeutique est, avant tout, d'éviter de rejeter le patient et donc de s'en donner les moyens.

## ***2\* En présence d'une problématique structurelle de type : Etats limite***

Dans ce cadre psychique, on a le sentiment que la douleur survient comme une hallucination pour remplir le vide. C'est en ce sens que les phénomènes douloureux observés peuvent se distinguer des manifestations fonctionnelles névrotiques. Plus qu'un mode d'expression ils donnent l'impression de prendre, à leur façon, valeur de solution. Mais comme c'est une solution qui fait souffrir il y a lieu de tenter de réduire cette souffrance.

Il y a lieu, là encore de sortir du système de reproches inutilement traumatique, pour pointer des interactions dont tous sont mutuellement captifs.

Le soutien psychothérapeutique risque, pour sa part, d'être consommé sur un registre abandonnique, avec ses exigences et ses crises, ce qui justifie, d'une part une collaboration et un étayage mutuel entre médecin, psychologue et/ou psychiatre et, d'autre part, un cadrage de la thérapie, là encore souple mais solide et constant, en veillant surtout à se prémunir des tentations agressives que peut induire le patient.

C'est pourquoi il est très important de le rappeler, il y a lieu de voir dans les conduites perturbées posant problème (on devrait dire: perturbantes) une forme de mise à l'épreuve inconsciente. De ce point de vue on peut considérer, en termes psychodynamiques, qu'un patient peut en venir, dans une stratégie "désespérée", à des provocations comportementales pouvant consister à être odieux ou à se défigurer symboliquement (à se déshumaniser même) pour poser la question de sa valeur, c'est-à-dire du prix qu'il a pour l'autre.

En cela il se conduit sur le modèle de l'adolescent rebelle: sale, laid, délinquant, agressif, lorsqu'il se sent mal aimé ou lorsqu'il a besoin d'être plus ou mieux aimé.

Mais les enfants des vieillards concernés, eux, risquent à terme de se sentir menacés de vampirisation, et de tenter de transférer la responsabilité de sa prise en charge à des tiers.

Car l'amour qu'il sollicite est, semble-t-il, l'amour que seule une mère mythique pourrait prodiguer, car nul ne sait quelle mère parfaite pourrait (et surtout devrait) répondre à une demande de cette importance.

Or on ne peut pas en demander autant à ses enfants, à son mari ou à son épouse. Quant aux soignants, eux, ils ne peuvent qu'être horrifiés, persécutés, démobilisés, témoins impuissants et victimes de faits de mécanismes de provocation et d'un niveau de demande, dont les ressorts comme les enjeux leur échappent en première analyse.

Il échoit donc au thérapeute, tout à la fois d'être déculpabilisant et de veiller à ce qu'un investissement positif du sujet puisse perdurer.

Dans cet exercice il est pratiquement renvoyé au cas de figure de la prise en charge de l'hystérie, mais aussi de celle de la maladie d'Alzheimer, qui a de troublantes similitudes comportementale avec les Etats-limites.

Mais, peut-être encore plus qu'un sujet névrotique, il semble que : d'une part il ait une propension à tester le cadre et que, d'autre part il ne puisse se situer que dans un statut de « cas à part », nécessitant une marge de dérogation qui le différencie ; avec donc la difficulté pour le thérapeute, de préserver impérativement l'esprit de la règle, avec la souplesse adéquate.

Alors que le soutien des proches passera par une écoute incontournable, c'est peut-être dans ce cas que les médicaments peuvent constituer un recours pour limiter la souffrance de l'intéressé, mais aussi, ce faisant, celle qu'il impose à ses proches.

Ce sont essentiellement, avec les précautions évoquées précédemment, les antidépresseurs, les neuroleptiques à petite dose et les thymorégulateurs qui peuvent être utiles.

### ***3° dans le cas des délires hypochondriaques caractérisés***

On est là renvoyé au traitement classique, soit d'une modalité délirante isolée, si tel est le cas, soit d'une affection psychiatrique (schizophrénie, mélancolie...) dont la symptomatologie hypochondriaque n'est qu'une expression et dont elle représente une phase évolutive, à considérer comme telle.

### **En conclusion**

L'hypochondriaque place le thérapeute en présence de quelqu'un qui souffre authentiquement. Inconsciemment acteur de ses symptômes il en est aussi la victime.

Il importe de le prendre au sérieux, précisément parce qu'il est incapable de trouver un mode d'expression adéquat.

De plus, à son propos on ne peut jamais exclure que la demande qui passe par le corps finisse par concerner le corps, prenant les proches et les thérapeutes au dépourvu. Or, une annonce du type : « Docteur, le simulateur est mort ce matin » est une annonce qui fait mal pour ceux qui à aucun moment ne l'ont cru malade, le lui ont montré, et avaient renoncé à se donner les moyens de chercher une pathologie somatique en dépit de ses demandes.