

L'épreuve visuo-constructive, la figure de Rey, vérifie la conception des limites et du schéma corporel. Malgré une stratégie d'organisation perceptive pauvre, une reproduction imprécise, une mémoire visuelle secondaire déficitaire, la notion de délimitation semble être acquise éloignant tout diagnostic de psychose.

Le protocole de Rorschach confirme l'insertion du sujet dans la réalité, autorise la libération de mouvements projectifs, une distinction entre le monde interne et le monde externe, un processus d'individuation et une identification sexuelle stable. Dans ce contexte, toute problématique identitaire d'ordre psychotique s'éclipse. La problématique identificatoire et relationnelle est liée au défaut d'identification à une image maternelle pauvre, une non élaboration du désir, et un évitement du mouvement libidinal à l'origine de l'angoisse de castration non dépassée. Au niveau défensif, le sujet ne se déstabilise pas et le refoulement est opérant. Les données évoquent un fonctionnement hystérique avec une projection riche en fantasmatique et une hyper-expressivité émotionnelle.

Le protocole de T.A.T. révèle une alternance des procédés rigides, avec attachement à la réalité externe, et des procédés de type hystérique. Les processus primaires sont ponctuels et surmontables, signent la présence d'un retour du refoulé éloignant toute hypothèse de fonctionnement psychotique. Le refoulement des représentations gênantes est en relation avec la problématique œdipienne. Le tiers œdipien est investi en termes d'interdits et de culpabilité en référence aux fantasmes hystériques de séduction. Ainsi, l'importance du noyau hystérique et l'intensité de la crise œdipienne dans l'actualité psychique du sujet confirment l'hypothèse d'une névrose.

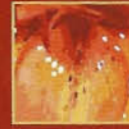
Conclusion

Devant l'installation d'un tableau de catatonie, l'hypothèse d'un trouble de l'humeur est retenue au détriment du diagnostic précédent, celui de trouble psychotique d'allure schizophrénique. Elle trouvera sa validation dans l'efficacité du traitement entrepris, l'électroconvulsivothérapie et sa confirmation par l'évaluation psychométrique en période de rémission.

Le diagnostic retenu est celui de trouble de l'humeur survenant sur une personnalité structurée sur un mode hystérique (CIM 10 : F 31.5).

Bibliographie

- J.-M. Charcot. *L'hystérie*, Privat, Toulouse, 1971.
- M. Escande. *L'hystérie aujourd'hui*, Masson, Paris, 1986.
- H. Ey, Ch. Brisset, P. Bernard. *Manuel de psychiatrie*, Masson, Paris, 1989.
- L. Israël. *L'hystérie, le sexe et le médecin*, Masson, Paris, 1976.



la demande des parents et fait l'objet d'un suivi ambulatoire dans le Sud de la France où le diagnostic de psychose dissociative sera posé : autre trouble psychotique aigu essentiellement délirant (CIM 10 : F 23.3) ou trouble psychotique non spécifié (DSM IV : 298.9).

Elle est suivie pendant un mois et réadmise en hospitalisation au décours d'une consultation révélant une souffrance morale, une tristesse et un ralentissement psychomoteur majeur associé à un syndrome extra-pyramidal franc. Aucun antécédent familial ou personnel n'est signalé avant cet épisode actuel.

Clinique et évolution de l'épisode

- Jeudi, jour de l'admission, l'observation clinique signale un état dépressif associant tristesse, aboulie, apragmatisme, pauvreté du contact et de l'idéation, ralentissement idéomoteur. Le traitement neuroleptique est interrompu malgré la demande du sujet pour sa poursuite sous forme injectable. Samedi, l'amélioration de son état thymique est spectaculaire et le contact se rétablit.
- Lundi, le contact se rompt et le regard devient fixe. L'attitude générale est guindée, relevant d'un oppositionnisme actif. Le sujet s'exprime par l'intermédiaire d'une petite voix quasi inaudible et affirme ne penser à rien.
- Mercredi, une catatonie s'installe avec prostration et mutisme complet. Mademoiselle C. refuse toute alimentation, liquides compris. La réponse : un nursing permanent avec changement de position fréquente pour prévention des escarres en raison d'une immobilité totale et d'une raideur musculaire cireuse.
- Jeudi, apparition d'un épisode fébrile à 39,3°. L'examen clinique est normal sans signe d'appel.
- Vendredi, sujet apyrétique. Devant un pronostic vital en jeu, le recours à l'électroconvulsivothérapie est indiqué.
- Première séance : installation d'une plus grande expressivité du regard mais le refus alimentaire total demeure.
- Deuxième séance : rétablissement timide d'un contact, mademoiselle C. suit du regard, ébauche un sourire. Elle ne s'alimente toujours pas.
- Troisième séance : la patiente commence à pouvoir être mobilisée par le kinésithérapeute malgré une persistance de la flexibilité cireuse entraînant une attitude générale figée en bloc. Désormais, elle s'alimente en liquides.
- Quatrième et dernière séance : l'amélioration est totale puisque mademoiselle C. établit un contact de qualité, s'alimente, s'autonomise et retrouve un comportement adapté. Elle n'exprime pas d'idées délirantes ou dépressives. La fin de l'hospitalisation est consacrée à l'aménagement du cadre hospitalier avec des permissions. Depuis, elle est vue en consultations régulières. L'état psychique est consolidé, désormais mademoiselle C. a repris une activité professionnelle et a récupéré une capacité à se projeter dans l'avenir.

Evaluation psychométrique en phase de rémission

Les échelles de dépression, M.A.D.R.S. et Hamilton, attestent une absence de symptomatologie dépressive. Cette conclusion est congruente avec l'efficacité du traitement prescrit pour les troubles de l'humeur.

Regards sur la catatonie

Mademoiselle A. Kosinski, Docteur M. Goiset

Centre Hospitalier F.H. Manhès (Fleury-Mérogis)

Résumé

Un épisode délirant aigu est rapporté chez un sujet jeune. Successivement seront envisagés un trouble schizophrénique typique, un trouble de l'humeur de type dysthymique et enfin un trouble de l'humeur sur une personnalité névrotique. Cette discussion conditionne l'analyse diagnostique, la thérapeutique qui s'y rattache ainsi qu'un pronostic à long terme. Une évaluation psychométrique en phase de rémission viendra conforter l'hypothèse diagnostique.

Éléments biographiques

Mademoiselle C., 25 ans, est élevée par ses grands-parents maternels jusqu'à l'âge de 22 mois. Elle est décrite par ses parents comme une enfant nerveuse et gâtée. A l'adolescence, ils constatent un changement de comportement et du caractère ainsi qu'une difficulté à assumer sa petite taille. Il est question de situations conflictuelles avec le père, qu'elle insulte. En retour, il la «secoue». Les parents évoquent des accès de jalousie par rapport aux relations harmonieuses entretenues avec leur fille cadette qui a six ans de moins.

La saga familiale est assez complexe et riche en conflits. Tout d'abord, les grands-parents n'apprécient pas leur gendre (père de mademoiselle C.). La mère et mademoiselle C. sont absorbées à l'intérieur de cette mésentente. Par ailleurs, les relations mère/fille entre la mère et la grand-mère de mademoiselle C. auraient été litigieuses. Enfin, mademoiselle C. affectionne sa grand-mère, décédée il y a un an et qui aurait eu de l'influence sur elle.

Elle vit en concubinage depuis deux ans avec un compagnon rencontré sept ans auparavant et est sans enfant. Le couple paraît uni et équilibré. Par contre, ce jeune homme reste méfiant vis-à-vis des parents de mademoiselle C. et soupçonne des carences affectives liées à l'immaturation de la mère.

Entrée dans la maladie

L'entrée dans la maladie se fait sur un mode dépressif relayé, avec la prescription d'un antidépresseur, par l'émergence d'une bouffée délirante à thématique mégalomane, avec mécanisme hallucinatoire et interprétatif : «Sa grand-mère habite en elle et lui indique qu'elle est la fille de Dieu». La patiente est hospitalisée et placée sous traitement neuroleptique. Elle sort du service à



*Service de Psychiatrie du Docteur Goiset
Centre Hospitalier F.H. Manhès - Fleury-Mérogis*

COMITÉ SCIENTIFIQUE

PRÉSIDENT :

Professeur Henri Lôo

C.H.U. Hôpital Sainte-Anne - Paris

MEMBRES DU COMITÉ :

Professeur Thierry Bougerol

Hôpital Sud Grenoble - Grenoble

Professeur Maurice Ferreri

Hôpital Saint-Antoine - Paris

Professeur Patrick Hardy

C.H.U. Bicêtre - Kremlin-Bicêtre

Professeur Marie-Christine Mouren-Siméoni

Hôpital Robert Debré - Paris

Professeur Jean-Marie Vanelle

Hôpital Saint-Jacques - Nantes

**Les Staffs Lundbeck
de la Psychiatrie Française**



**Florilège
de cas cliniques**

