

# Les paranoïas : De la présence clinique à l'évanouissement nosographique.

Dr Sastre-garau, praticien hospitalier détaché, médecin chef du centre de santé mentale Mgen Lille

## I) Introduction

Il y a environ un an nous avons commencé au centre de santé mentale (CSM) à travailler certaines questions autour des paranoïas pour plusieurs raisons :

- l'importance numérique des cas diagnostiqués et suivis,
- la variabilité de la clinique que nous rencontrons,
- notre volonté de retourner voir un peu l'histoire de cette entité à un moment où celle ci a quasiment disparu des nosographies.

(Moment d'ailleurs où la perspective du DSM V qui d'après ce que j'ai pu lire amplifiera de deux manières les choses: le poids décisif que devrait prendre le dimensionnel sur le catégoriel ainsi que la disparition probable de la personnalité paranoïaque qui ne fera si j'ose dire que « finir de dire la messe »).

J'ai présenté une communication sur les paranoïas il y a quelques mois à Nancy au congrès de l'information psychiatrique. Nous l'avons retravaillé pour cette demi-journée de la fédération de recherche.

Je souhaiterais donc développer trois petites choses qui seront illustrées par un cas clinique :

- 1)-Il existe une clinique très riche de la paranoïa qui a disparu progressivement mais sûrement des nosographies. Disparition surdéterminée qui nécessitera un petit détour par l'histoire.
- 2)-Les présentations cliniques sont variées et perméables aux forces et tendances qui traversent notre société et notre discipline psychiatrique et médicale.
- 3)-Faire un diagnostic précis avec des repérages psychopathologiques solides reste utile pour tenter de suivre au mieux les patients et donc guider nos interventions.

Le cas clinique que j'ai choisi volontairement assez banal d'une pratique au quotidien tentera d'illustrer au moins ces deux derniers points.

## II) L'histoire, Les nosographies

Deux grandes constatations alimentèrent nos premières réflexions.

La première, et j'en ai témoigné auprès de mes collègues lorsque je suis arrivé au CSM, c'est que j'étais resté sur l'idée préconçue que les pathologies paranoïaques étaient des pathologies très monolithiques. J'avais une représentation, mais qui était partagée par les collègues, de pathologies souvent massives, graves, la plupart du temps bruyantes voire dangereuses et se présentant sous des formes relativement stéréotypées même si nous savions quand même que la clinique française de la fin du 19<sup>ème</sup> siècle avait néanmoins tenté d'individualiser différentes formes de délires chroniques systématisés.

La deuxième constatation était celle-ci : Autant dans le langage commun et dans la culture (cinéma, romans policiers) la référence à la paranoïa est omniprésente, autant nous pouvions constater son évanouissement des nosographies.

A)

En relisant l'histoire autour des paranoïas, il nous a semblé, que l'on pouvait, et ce sera éclairant pour essayer de comprendre l'effacement de cette entité des nosographies, repérer un double mouvement disons de délimitation puis de réduction.

Donc, d'abord un mouvement de délimitation au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle, à la fois en France et en Allemagne. S'écartant de la première phase pinélienne caractérisée par la notion unitaire "d'aliénation mentale" les auteurs s'attellent à une clinique descriptive et différentialiste (2). Esquirol par exemple dépliant l'entité mélancolie dont le champs recouvrait à cette époque les délires partiels (par opposition à la manie qui signifiait délire général ) la scinde en lypémanie coïncidant à la mélancolie actuelle et en ses fameuses monomanies .C'est au sein de ces dernières que différents auteurs ,par exemple Lasègue avec ses délires de persécution en 1852 ou Falret avec ses délires de revendication (1878) préciseront une clinique qui tendra à circonscrire la clinique de la paranoïa.

Puis plus tard Sérieux et Capgras (1909) et leur délire d'interprétation, Duprès (1911) et son délire d'imagination et enfin De-Clérambault et ses délires passionnels au début du XX<sup>ème</sup> siècle continueront de déplier cette clinique.

De-Clérambault catégorisera ces délires en délires d'interprétation, de relation et les délires passionnels, ces derniers pouvant se singulariser sous la forme érotomaniaque, de jalousie ou de revendication.

Les principes descriptifs et classificatoires s'appuient successivement sur les thèmes délirants, les mécanismes du délire puis enfin sur la signification du délire avec l'avènement de la psychanalyse.

C'est la période au cours de laquelle se mettent en place les grands modèles psychopathologiques sur lesquels s'appuiera la clinique psychiatrique pendant plus d'un demi-siècle.

L'école française et l'école allemande avec Kraepelin et sa grande distinction initiale entre les délires qui tiennent et ceux qui se désagrègent pour distinguer paranoïa et démence précoce seront à un certain moment chacune avec leur dénomination propres me semble t-il sur les mêmes repérages.

Mais Kraepelin inaugurerà lors sa sixième édition de son « Traité de psychiatrie sans doute un basculement décisif puisqu'il introduira au sein des psychoses sa grande dichotomie qui imprimera sa marque dans les nosographies futures et qui persiste dans les différentes versions des D.S.M.

Dichotomie : Démence précoce/Psychose maniacodépressive. Sa « Verrückheit » correspondant aux paranoïas sera alors reléguée par la suite dans le fourre tout des dégénérés(3) avec comme caractéristiques son caractère endogène, sa chronicité et son incurabilité.

Notons néanmoins que la réduction kraepelinienne s'est faite en deux temps :

D'une part d'abord en excluant du champ des paranoïas presque toutes les entités à formes hallucinatoires qu'il rattache à la démence précoce.

Puis en considérant pour la paranoïa deux types de délires qu'il opposera : La paranoïa stricto sensu, délire chronique endogène constitutionnel et le délire de revendication qu'il tient pour psychogène et réactionnel à un dommage subi tout à fait réel.

Au sortir de ce mouvement de réduction que critiqueront plus tard Lacan et Kretschmer, la paranoïa classique sera désormais considérée comme non curable, exempte de phénomènes hallucinatoires et d'évolution non déficitaire.

Ce mouvement de réduction du champ de la paranoïa s'affermira encore avec Bleuler qui englobera la plupart des délires dans la schizophrénie. Ainsi Depuis 1920 la psychiatrie allemande et anglo-saxonne englobe dans une conception extensive de la schizophrénie presque tous les délires chroniques. En un peu plus d'un demi siècle on était donc passé d'un moment ou par exemple en Allemagne vers 1870, entre 70 et 80% des malades dans les asiles étaient qualifiés de paranoïaque (mais le champ sémantique de ce mot désignait alors la folie en général) à une période ou cette entité était réduite à la portion congrue de la clinique.

## B) Les nosographies actuelles

Rappelons ainsi par exemple que dans la CIM 10, il n'y a pas d'entité paranoïa. Le groupe F20 à F29 est intitulé schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants. A l'intérieur de ce groupe les paranoïas sont cités après une description clinique brève en F220 sous l'intitulé "Troubles délirants", en F228 "Autres troubles délirants persistants" et dans l'entité F233 "Autres troubles psychotiques aigus potentiellement délirants". Il y a donc trois entités qui ne sont pas dénommées paranoïa mais dans lesquelles ce diagnostic peut-être retrouvé et codifié.

Les différentes versions des D.S.M. se sont construites me semble t-il pour les psychoses sur la base dichotomique Kraepelinienne avec les deux grands groupes de la schizophrénie et de la psychose maniacodépressive avec de plus en plus une conception extensive des schizophrénies.

Ainsi dans le D.S.M. IV, justement, la paranoïa semble reléguée au rang de diagnostic d'élimination au regard de la schizophrénie. Notons d'ailleurs que dans la traduction française de chez Masson, la caractéristique paranoïaque encore accolé entre parenthèse à l'entité trouble délirant dans le Dsm3R a disparu dans le Dsm4. Pour illustrer de manière, si l'on peut dire métonymique, ce mouvement de réduction de l'importance de la paranoïa, nous pourrions également par exemple évoquer sa disparition comme question autonome de l'encyclopédie médicochirurgicale à la fin des années 1990 lorsque la question traitée par Lantéri-Laura a été enlevée. (Nous trouvons actuellement dans la table alphabétique de l'E.M.C. 69 entrées pour la schizophrénie (56 en 1993), 12 pour la P.M.D (13 en 1993), 4 pour la paranoïa (5 en 1993)).

Néanmoins une question intitulée personnalité paranoïaque vient d'être intégrée ces derniers mois à l'encyclopédie peut être en réaction à sa disparition prévue concernant l'axe 2 pour le Dsm5.

Nous pourrions argumenter la même chose concernant les ouvrages pédagogiques de référence en comparant par exemple le Lempérière sur lequel certains d'entre nous ont peut-être découvert la psychiatrie et qui consacrait de longues pages à la paranoïa et les ouvrages récents de psychiatrie, par exemple celui dirigé par Guelfi et Rouillon chez Masson en 2007 qui ne consacre qu'une demi page au trouble délirant ou paranoïaque. (Ouvrage clinique mais construit dans sa partie 3 de psychopathologie en référence à la classification dsm.)

Nous pensons donc que si le diagnostic a eu tendance à s'éclipser puis à s'effacer c'est au profit des grands groupes « schizophrénie », « troubles de l'humeur » et sans doute dans celui aux délimitations problématiques de « troubles limites ».

Mais cet effacement est aussi surdéterminé par d'autres causes intriquées en particulier les recherches difficiles à mener sur ces pathologies.

Le Dr Chambaud a effectué une recherche sur PubMed.

Il a constaté que sur les cinq dernières années, il y a environ 70 fois plus de références de travaux sur la schizophrénie que sur la paranoïa. Ce ne peut-être selon lui expliqué que par une question de variation, de prévalence ou d'incidence, puisque dans les deux dernières décennies, alors que le nombre de travaux autour de la paranoïa avait tendance à une légère diminution, celui autour des schizophrénies avait triplé.

Mais dans le Dsm cette paranoïa est perdue dans la catégorie symptomatique des troubles délirants. Cet ouvrage conçu comme un outil statistique pour le chercheur est d'autre part désormais la référence terminologique internationale pour les étudiants et praticiens se lançant dans des recherches bibliographiques.

Comment, dès lors, partir à la recherche de celui qu'on ne connaît pas, qu'on ne décrit plus, que l'on ne nomme plus?

La faible efficacité des traitements neuroleptiques dans les mécanismes interprétatifs et intuitifs des délires rendent les investissements dans la recherche pharmacologique sans doute également économiquement peu rentables.

La disparition de cette entité s'est accélérée à notre avis également depuis la loi Kouchner et l'accès direct des patients à leurs dossiers puisque ce diagnostic n'est plus évoqué tel quel dans les courriers médicaux, les certificats, les comptes-rendus du fait de l'évolution procédurière de notre société. Cela entraînant l'édulcoration et la réduction au strict minimum des échanges épistolaires et au niveau des écrits décrivant les différents tableaux cliniques. Nous voyons donc rapidement que cette disparition surdéterminée qui s'est sans doute accélérée considérablement dans les dernières années ne date cependant pas d'hier et pourtant la paranoïa est bien vivante.

### **III) Quelques présentations cliniques**

Quand nous avons commencé à parler de la clinique des paranoïas, quelques remarques furent faites d'emblée. Je vous les propose si j'ose dire de manière assez brute.

D'abord la plasticité.

Cela peut effectivement paraître paradoxal pour la paranoïa souvent associée à la notion de rigidité de parler de plasticité. Mais nous constatons néanmoins que les paranoïas pouvaient emprunter différentes configurations de présentation témoignant d'une certaine perméabilité qui va d'ailleurs sans doute de concert avec souvent une insertion sociale relativement bonne pour de nombreux patients. Cette constatation s'opposait à l'a priori de monolithisme que j'évoquais en introduction.

Alors, citons puisque nous avons évoqué ces cas, ceux se présentant sous des formes singulières en distinguant, disons, les présentations sous forme de diagnostic médical de ceux faisant plus référence disons aux matrices sociales.

Pour les premiers, ceux que je vous cite, correspondent à des cas concrets que nous suivons dans le service.

La dépression qui d'ailleurs émaille souvent l'évolution des psychoses paranoïaques est souvent un mode de présentation qui amène les patients à consulter. Cette dépression, comme l'illustrera le cas clinique pouvant masquer durablement les choses (Une remarque historique pourrait être faite puisque longtemps, dans la deuxième moitié du XIX siècle, le critère décisif dans la manière de vouloir distinguer les maladies étaient de séparer celles où l'affectivité était en jeu par opposition à celles où c'était l'entendement, comme si l'une excluait l'autre, ce qui semble toujours source de confusion pour la paranoïa).

Le syndrome post-traumatique après événements variables (par exemple violences scolaires impliquant parents/enfants/enseignants) pour lequel j'ai pu constater récemment, à au moins trois reprises, qu'ils pouvaient être considérés comme facteurs faisant basculer une paranoïa jusque là disons compensée ou supplée. Surtout bien sûr lorsque les événements entraînent un sentiment de lâchage par la hiérarchie et que les patients se sentent trahis. Notons d'ailleurs que la trahison est une thématique explicite ou souvent implicite qui rode souvent dans le discours des patients.

Les troubles importants du sommeil et des plaintes somatiques diverses, en particulier les plaintes douloureuse, algie vasculaire de la face, ainsi que le problème complexe des fibromyalgies et des asthénies rebelles.

Je crois qu'il faut faire une mention spéciale pour les patients ayant une addiction à l'alcool qui relègue souvent la problématique paranoïaque à l'arrière plan bien que la prise en compte de celle-ci soit indispensable pour penser la globalité du soin et les questions éventuelles devant entourer le sevrage.

Pour les secondes, c'est-à-dire les présentations empruntant ou revêtant ce que j'appelle une matrice sociale, la souffrance et les conflits au travail, le stress si j'ose dire à toutes les sauces, le burn-out sont des modalités fréquentes (une patiente universitaire nous a été adressé par la médecine préventive du rectorat avec ce diagnostic et il s'avéra qu'elle était persuadée d'une collusion professionnelle visant à avoir voulu l'exploiter pendant des années pour finalement lui refuser son...).

Les différentes formes de victimologie (harcèlement moral en particulier, en sachant bien sûr que l'on peut se sentir harcelé car souffrant de paranoïa mais aussi être paranoïaque et authentiquement harcelé, et bien sûr harcelé sans être paranoïaque). Ce pourrait-être d'ailleurs une configuration de paranoïa d'autopunition développée par Lacan car certains paranoïaques se montrent tellement insupportable dans le milieu professionnel qu'ils se retrouvent authentiquement exclus avec des formes pouvant se rapprocher de ce que la loi a tenté de codifier comme figures du harcèlement. Ces conséquences ont bien sûr tendance à conforter le cadre fantasmatique des patients souffrant de persécution. Les uns et les autres engendrent donc une présentation protéiforme de cette clinique qui ne se caractérise donc pas d'emblée, et finalement pas si souvent par le grand syndrome délirant qu'il soit de réseau ou de secteur.

La variabilité d'intensité également m'a souvent surpris. La clinique de la paranoïa ne déroge pas me semble t-il à ce que l'on observe habituellement en médecine par exemple.

Elle concerne la constatation de pratique courante de l'existence de toute une gamme entre les formes très discrètes et presque inapparentes et les formes bruyantes. Des formes à expression très localisée dans la vie psychique ou à l'inverse des formes plus extensives (sans doutes en rapport avec les fameuses descriptions et distinctions classiques du secteur et du réseau) des formes chaudes, tièdes ou froides qui pour ces dernières ne correspondent pas forcément aux timides et inhibés des personnalités sensibles de Kretschmer décompensant un délire sensitif. En sachant que d'un moment à l'autre dans l'évolution d'un même patient, les passages d'une forme à l'autre ne sont pas rares.

#### **IV) Quelques brèves remarques métapsychologiques pour éclairer cette variabilité des formes**

Une piste métapsychologique qui ne résout bien sûr pas la question mais qui l'ouvre et l'éclaire relève du continuum entre normal et pathologique dans la constitution du moi.

On sait depuis Lacan et son article célèbre du stade du miroir, que cette instance se construit sur l'image intrusive de l'autre. Concomitamment les phénomènes de projections et d'introjections induisent s'ils ne sont pas dialectisés et tempérés, une séparation radicale entre un "bon" dedans et un mauvais "dehors".

C'est cette présence de l'intrusion dès l'origine et d'une dimension paranoïaque physiologique plus ou moins prégnante qui peut sans doute pouvoir induire la gradation des tableaux cliniques, même si cette explication n'est pas suffisante. On sait également que cet opérateur pacificateur et dialectisant c'est le processus œdipien. C'est lui qui induit l'hétérogénéité des places (on verra d'ailleurs dans le cas clinique comment cette hétérogénéité se trouve mis en échec). Et c'est le référent phallique corollaire de ce moment désaliénant de l'Oedipe qui joue le rôle de pivot autour duquel peut se réaliser cette dialectique qui fait justement défaut dans certains champs de la vie du paranoïaque. (Ce serait d'ailleurs pour certains auteurs la récusation de cette fonction phallique qui engendrerait cette plainte si fréquente dans la paranoïa d'une injustice fondamentale).

Je vous donne d'ailleurs à propos de dialectique ma petite définition personnelle et privative de la paranoïa en tout cas, celle qui me sert de repère : Si l'on considère que l'humain appréhende le Réel, je dirais le mord, grâce à ses symboles et à ses images, on pourrait peut-être considérer que le paranoïaque est celui qui ne peut dans certaines situations dialectiser cette morsure. Soit en gros celui qui ne peut, dans certaines configurations plus ou moins extensives de sa vie, envisager que d'autres semblables puissent avoir d'autres manières que lui d'appréhender ce Réel dans lequel nous sommes immergés. De là vient la certitude du paranoïaque. Il ne peut douter. Dans son appréhension du monde, du Réel du monde, il ne peut dire qu'un « c'est ça ».

Définition de la fonction phallique: Fonction qui instaure un sujet désirant par la mise en place d'une signification sexuelle donné au manque. C'est cette signification sexuelle qui s'inscrit sous le régime de la castration. Certains auteurs donnent d'ailleurs comme définition de la paranoïa le refus de la fonction phallique entraînant une profusion de l'imaginaire à l'origine des interprétations délirantes.

Ensuite à propos de la méfiance/J'ai souvent eu l'impression que si la méfiance est évoquée pour caractériser la paranoïa dans les traits de la personnalité à côté de l'égoïsme et de l'hypertrophie du moi que loin d'être toujours présente cette méfiance était en tout cas très largement partagée du côté des psychiatres rechignant parfois à suivre ces patients.

Sans doute bien sûr et il ne faut pas le nier ni l'oublier paranoïas et passages à l'acte hétéro agressifs existent mais qui ne semble caractériser qu'une faible proportion de ces pathologies. Par contre les tentatives de suicides et les suicides réussis sont de monnaies beaucoup plus fréquentes me semble t-il dans la pratique.

LE GUILL évoquait également, mettant en parallèle la disparition des nosographies tant de l'hystérie que de la paranoïa, que ces deux entités interrogeaient le savoir justement sous le registre du défi pour l'hystérique et de la défiance pour le paranoïaque. Si je trouve cela très intéressant voire même un repère essentiel pour comprendre les structures cette question de la défiance qui doit nous rester en tête est un aspect essentiel de la dialectique transférentielle même si cliniquement elle semble loin d'être systématique et toujours présente.

Il me semble que trois notions post Kraepelinienne mériteraient d'être réévaluées par la discipline psychiatrique et qui participent du sur diagnostic de la schizophrénie.

La question de l'hallucination, de l'âge de début des troubles et de la non détérioration cognitive.

Je m'occupe d'un patient universitaire dans le champ de l'anthropologie qui a présenté un moment fécond de délire de filiation, se pensant le fils de Lévi-Strauss qui avait par exemple une hallucination cénesthésique ou il ressentait au niveau du postérieur un coup qui n'avait rien à voir avec la sensation de beaucoup de nos patients qui se sentent sodomisés et qu'il rattacha bien plus tard aux reproches qu'il faisait à son père de ne lui avoir jamais "botté les fesses" tant pour le pousser dans ses études que pour le punir au moment de son premier et seul échec universitaire, moment d'ailleurs de la décompensation.

Beaucoup de paranoïas démarrent très précocement. Il est vrai que les intoxications cannabiques compliquent la donne.

Concernant la détérioration, de nombreuses paranoïas basculent me semble t-il dans une forte détérioration quand par exemple le miroir qui tenait encore les choses vient à céder. C'est là que l'on voit la détérioration survenir avec ses patients se clochardisant et désinvestissant leur corps sans que n'apparaissent les grands signes de la schizophrénie, l'activité délirante en secteur par exemple restant bien là présente. Nous avons par exemple à l'hôpital de jour un patient professeur de mathématique, avec un délire de mission politique, faire barrage au front national, dont le tableau est celui désormais d'un clochard.



## Cas de M.K ou l'exclusion du cercle

M.K viendra consulter en 2006 pour une symptomatologie anxieuse et dépressive intense qu'il réfère dans les premiers entretiens au décès de son épouse, survenu de nombreuses années auparavant.

Hospitalisé sous la forme de l'hôpital de jour, des ruminations persécutives à l'égard de son gendre qui selon M.K « a mis le grappin » sur sa fille » se dévoilent. Progressivement nous repérons dans l'histoire de M.K une répétition dans laquelle être le jouet de l'autre est travestie et réussit à se métaphoriser en « être la cinquième roue de la charrette ».

Ainé de cinq enfants, M.K naît chez les grands parents paternels auxquels il est confié jusqu'à l'âge adulte, les parents achetant dès sa naissance un commerce qui mobilisera toute leur attention.

M.K décrit ce début dans la vie comme la première « exclusion du cercle ».

Les quatre autres enfants qui succéderont, naissant, eux, au sein du couple parental et y restant. Dans une narration, évoquant un roman familial M.K fait dire à la grand-mère paternelle relatant son arrivée dans la vie alors que ses parents n'étaient pas encore mariés, mariage à propos duquel il y aurait eu des enjeux conflictuels entre les deux familles : « Ta mère avait envisagé si le mariage ne se faisait pas de te laisser sur un couffin devant ma porte et de sonner trois fois ». « Vous vous rendez compte de ma place ? » dira à propos de cette histoire M.K.

Effectivement l'histoire et la place de M. K se dérouleront sous le destin de celui qu'on laisse tomber ou selon les paroles du patient celui « que l'on exclue du cercle et que l'on écarte ».

Exclu précocement du domicile parental, il se verra exclu de la famille après le décès du père lorsqu'il s'agit d'organiser la répartition de l'héritage. N'héritant pas du commerce parental revenant à un frère, M.K exige, selon lui car il était à l'époque le seul à avoir un salaire, de pouvoir avoir un regard sur les compte au cas où des mauvaises affaires du frère aient pu avoir pour lui des conséquences préjudiciables au regard de sa seule solvabilité.

On lui fait savoir que « cela ne le regarde pas » et on « l'exclut de la gestion ».

De ce jour, la rupture avec sa famille est consommée. M.K, déjà marié à l'époque, trouve avec sa femme et au sein de l'éducation nationale une vraie famille accueillante, terme qu'il reprendra d'ailleurs par la suite à propos de l'hôpital de jour où il séjourne.

Au décès de sa femme, c'est le premier à coup à la suite duquel la psychopathologie amène des soins, d'autant que quelques années plus tard il rentre dans un conflit extrêmement violent avec le mari de sa fille, vécu par M.K comme un intrus. J'avais dit à ma fille de choisir « entre moi ou son mari », figuration là aussi assez classique de la dualité spéculaire et mortifère de la paranoïa: « c'est moi ou lui » comme si de plus dans le cas présent père et gendre étaient à la même place à l'égard de la fille de M.K. (c'est cette question de la non dialectisation des places dont j'ai parlé tout à l'heure)

Il est vrai que M. K avait formulé de manière ambiguë qu'au décès de sa femme, sa fille, alors adolescente, « avait remplacée sa femme ».

La fille choisira le mari « laissera tomber » son père et il ne la reverra plus, cette dernière mourant d'ailleurs au cours du suivi avant une possible et aléatoire réconciliation. M. K n'ayant d'ailleurs jamais rencontré ses petits enfants. Ce choix non dialectisable entre lui et un autre se reproduira d'ailleurs plus tard au cours du suivi avec le fils adulte de sa nouvelle compagne à qui il reproche son oisiveté et le fait qu'il a sa mère à la bonne et qu'elle lui passe tous ses caprices.

Un troisième temps de l'exclusion du cercle concerne un avatar de sa vie professionnelle.

Instituteur M. K évoque après deux mois d'hospitalisation « qu'on lui avait fait miroiter un poste administratif » alors qu'il était lassé de son travail devant les élèves. Malheureusement dit-il « du fait du bras long de l'inspecteur » ce poste est octroyé à quelqu'un d'autre. M. K ressent cette décision comme une exclusion de la famille éducation nationale, se déprime intensément, s'arrange du fait de sa déception pour ne plus reprendre le travail et se retrouve en invalidité alors qu'il ne lui reste que quelques années à travailler. C'est à ce moment là qu'il était venu consulter et que nous lui avons proposé devant l'intensité des affects dépressifs une admission en hôpital de jour.

Progressivement nous avons pu repérer ce qu'il y avait derrière cette dépression et que la question de l'appartenance versus exclusion structurait sa biographie et que son fantasme répétitif et mortifère d'éjection du groupe l'amenait régulièrement à tester sa place et à s'en éjecter dans une tendance auto-punitrice de s'éjecter de celle qu'il occupait tant bien que mal.

Il m'a semblé que la succession « écarté comme fils », « écarté comme héritier », « écarté comme père », « écarté comme enseignant » était assez paradigmatique de cette répétition dont il était effectivement à son insu le jouet.

Le patient pendant les quelques années de suivi qui se poursuit d'ailleurs ne manquait pas de nous rappeler une de ses activités principales : faire des brocantes. C'est à dire chercher l'objet mis au rebut mais qui aurait quand même eu une certaine valeur à ses yeux. Peut-être peut-on repérer ici non seulement sa position identificatoire d'objet délaissé mais aussi une tentative de ce que l'on pourrait peut être considérer comme une suppléance ou il est question de se sauver soi même d'une élimination redoutée.

Cela nous a guidé dans nos différentes interventions. D'une part en ce qui concerne l'accueil et la fin de l'hospitalisation, très délicate puisqu'il nous avait positionnés comme une famille au sein de laquelle il voulait durablement rester. D'autre part dans ses liens avec sa nouvelle amie et la haine envers le fils de celle-ci l'amenant à des conduites dont le résultat risquait de n'être qu'à brève échéance une nouvelle mise à l'écart.

Si je vous ai proposé ce cas clinique, c'est pour tenter de mettre en avant trois petites choses.

D'une part une clinique de la paranoïa dissimulée des années derrière le masque trompeur de la dépression, dépression certes qui existait mais dont il fallait tenter de percer le rideau pour pouvoir tenter d'y voir un peu plus clair.

Diagnostic de paranoïa et tentative de compréhension du cas qui permettait également de guider nos interventions tant institutionnelle sur ce délicat moment de la sortie qu'intervention auprès du patient pour tenter d'enrayer cette exclusion. Ici dans un moment très précis du suivi pour que le patient ne s'exclue pas de nouveau au moment où il rencontre la rivalité imaginaire avec le fils de sa compagne.

Le diagnostic cela va comme on dit sans dire mais faut-il le rappeler n'est pas inutile pour nous guider.

D'autre part cette importante question des suppléances qu'il faut souvent tenter de repérer car là aussi, ce peut-être d'un intérêt pour les interventions auprès des patients.

Enfin, et c'est pour nous une piste de recherche, l'intérêt qu'il peut peut-être y avoir à distinguer et repérer « déclenchement » et « basculement » dans la psychose. Ces deux moments pouvant être totalement indépendants et différés.

Le basculement pouvant heureusement également ne jamais survenir.

Ce cas n'est d'ailleurs peut-être pas le plus éclairant pour cette recherche. On ne sait pas exactement de quand date le déclenchement : est-ce au moment du décès du père et du partage familial ? En tout cas, même si nous entrevoyons un vacillement au moment du décès de l'épouse, nous ne repérons pas de moment de basculement franc comme il peut y avoir dans certaines paranoïas justement par exemple au moment où le miroir et l'image unifiées ne tiennent plus. C'est à ce moment à mon avis que le paranoïaque se détériore.

## Bibliographie

- 1) Bellet A, Paranoïa et norme sociale, Journée de formation de Ville-Evrard, 2005, ecoledevilleevrard.free.fr
- 2) Bercherie P. Obsolescence des fondements du diagnostic psychiatrique, Pourquoi le DSM, L'information psychiatrique, Vol86,N°7,Septembre 2010,635-640
- 3) Chemana R. (sous la direction de)Dictionnaire de psychanalyse, Références Larousse sciences de l'homme :162-163.
- 4) CIM 10 Masson 1993
- 5) Kraepelin E, Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive, Rhadamante, Privat Editeur.
- 6) Guelfi JD, Rouillon F, Manuel de psychiatrie, direction : ,Masson, 2007.
- 7) Guelfi JD, L'information psychiatrique,vol 86,N° 2, Février 2010 :L'avenir des classifications des psychoses chez l'adulte,127-134.
- 8) Lacan J, Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je, Ecrits, Paris, Seuil, 1966,93-100
- 9) Leguil F. Actualités de la paranoïa, Nervure, Journal de Psychiatrie, 2010 ; N°3, XXIII :1-5
- 10) Postel J, Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, Larousse, dirigé par 1993,392-398.
- 11) Postel J, Quételet C, Nouvelle histoire de la psychiatrie, Toulouse, Privat, 774 pages ,page 334-341.