

Questions sur une méthodologie possible posées à travers un cas de phobies d'impulsions

Docteur Muriel FALK-VAIRANT
Docteur Fabienne ROOSWEIL

INTRODUCTION

Nous désirons exposer succinctement un cas clinique appréhendé au travers d'un suivi psychothérapique de façon à reposer, une fois encore, la question de la méthodologie à trouver en psychiatrie, méthodologie qui puisse un jour permettre de comparer d'une façon pertinente, différents cas cliniques entre eux et d'aborder par là-même, la notion de prédictibilité en psychiatrie.

Il s'agit ici d'un cas clinique de phobie d'impulsion apparue chez une jeune femme mère de 2 enfants, secondairement à un passage à l'acte sur un des enfants, passage à l'acte qui aurait pu se révéler dramatique.

L'acte a précédé le symptôme "phobie d'impulsion" ; cette particularité chronologique fait tout l'intérêt de ce cas clinique car il est classique de dire que des patients présentant des phobies d'impulsion ne passent quasiment "jamais" à l'acte !

Il s'agissait donc de pouvoir évaluer au plus près la dangerosité de la patiente, la probabilité d'une récurrence d'un passage à l'acte et de prendre l'orientation thérapeutique ainsi que les mesures protectrices adéquates.

Une psychothérapie pouvait-elle avoir une valeur préventive, non seulement sur le plan thérapeutique, mais également au regard de la loi, sur le plan juridique, en cas de survenue d'un nouvel accident ?

CAS CLINIQUE

Il s'agit d'une jeune femme de 32 ans, que nous appellerons Madame R., venue consulter dans le cadre d'un C.M.P. pour des phobies d'impulsion sur fond anxio-dépressif. Quand elle vient consulter, elle a démissionné depuis peu de son travail d'assistante maternelle.

Elle se plaint d'avoir peur de faire mal et ne plus pouvoir contenir ses pulsions agressives à l'égard de sa fille âgée de 9 ans ; cette peur progressivement envahit sa vie psychique d'une manière obsédante, et se répercute douloureusement dans la vie quotidienne : elle ne peut plus se servir du sèche-cheveux de peur de brûler sa fille ni, en sa présence, s'approcher d'une fenêtre ou se trouver à proximité d'un couteau.

L'acte antérieur à ces phobies d'impulsions est devenu de fait, un moment clef de son existence. Elle a, en effet, précipité sa fille de 5 ans et demi dans un bain qu'elle savait bouillant en représailles à l'attitude opposante de l'enfant qui refusait de répondre à l'injonction de faire des opérations simples de calcul que sa mère lui avait apprises. La syncope convulsivante réactionnelle à ce geste a nécessité l'intervention du S.A.M.U et une hospitalisation de l'enfant.

L'étude anamnétique ne retrouve pas de trouble psychique manifeste dans l'enfance de la patiente, en dehors d'un épisode d'anorexie, de quelques réactions caractérielles et de quelques manifestations phobo-obsessionnelles.

Les premières manifestations pathologiques avérées sont caractérisées par un épisode de déréalisation angoissante apparu au décours de la naissance du 2ème enfant, né 5 ans après la fille, un garçon ; dans le post-partum immédiat, Madame R. ne reconnaît plus sa fille aînée, celle qui sera victime plus tard du passage à l'acte. "Ce n'est plus ma fille, je ne la trouve plus aussi jolie" dira-t-elle. Cet épisode bref (à peine quelques jours) qui fera évoquer à un psychiatre consulté le diagnostic de psychose puerpérale, ne donne pas lieu à une hospitalisation mais évolue progressivement vers un état dépressif pour lequel on a sollicité par deux fois une aide institutionnelle, maison de repos et hôpital spécialisé (6 mois plus tard).

L'évolution sera marquée par un glissement symptomatique repéré au cours de la psychothérapie. Dans un ordre chronologique, sont apparus :

- ° des phobies sociales au sujet desquelles la fille reste l'élément central en tant qu'objet auxiliaire contraphobique accompagnant sa mère dans toute situation phobogène, principalement la rue et les magasins.

- ° Une phase d'isolement comme si l'inhibition globale participait à une logique d'évitement progressif de toute activité ou acte, ressentis comme potentiellement agressif envers autrui.

- ° L'assiègement des pensées par des idées obsédantes focalisées sur une autre femme, objet de

jalousie. Madame R. accuse alors son mari de s'intéresser davantage à une collègue de travail, à qui elle prête toute beauté et intelligence. Ces dernières préoccupations effaceront momentanément les phobies d'impulsion qui réapparaîtront sous une autre forme autodestructrice : peur de se jeter elle-même par la fenêtre (qui ensuite s'atténuera).

Cette succession dans la symptomatologie sera continuellement infiltrée par la peur de devenir folle et des impressions fugitives de sentir une personne extérieure mauvaise entrer en elle. Avant d'évoquer quelques éléments de l'histoire personnelle de Mme R., nous aimerions insister sur les repères chronologiques ; les épisodes relatés s'étendent sur une dizaine d'années :

- ° Mme R. a 18 ans lors de la naissance du premier enfant. Les 5 années suivantes se déroulent sans problèmes.

- ° A 23 ans a lieu un épisode pathologique du post-partum mal connu suivi d'une dépression traînante avec hospitalisation. A l'issue des hospitalisations, elle refuse un suivi psychiatrique.

- ° Pendant les 5 années suivant la naissance du fils se constituent des phobies d'impulsion qui n'avaient jamais existé auparavant. Ces phobies d'impulsion s'estompent au décours de la psychothérapie pour laisser place aux autres symptômes déjà décrits.

Madame R. est issue d'une fratrie de 4 filles, dont elle est la dernière. Un frère aîné est décédé à l'accouchement. Les informations sur l'enfance et l'adolescence sont parcimonieuses. Spontanément, la patiente n'évoque que quelques scènes éparses dont une, nocturne et violente, qui semble cristalliser en quelque sorte le souvenir de la relation "parents-enfants" : quand le père rentrait du travail, il faisait parfois relever les enfants endormis pour leur administrer une fessée collective et les punir des "bêtises" faites dans la journée et rapportées par la mère.

Le père de la patiente est décrit comme rigide, ordonné, méticuleux, peu affectueux pour ses enfants dont il semble mal supporter l'existence. Il quitte le domicile familial (la patiente avait alors trois ans) pour rejoindre une amie, laissant pendant quelques années sa femme et ses 4 enfants dans une situation précaire. Les enfants sont momentanément placés dans une institution religieuse. A son retour, il continue à s'effacer épisodiquement de la scène familiale lors d'hospitalisations itératives pour des états qualifiés de dépressifs, allers-retours dont la patiente dit ne pas s'être rendue compte à l'époque. Il disait alors "j'en ai marre de mes filles".

Sa mère est présentée comme la personne qui prenait tout en charge. Elle aurait conçu 4 enfants alors que son mari n'en voulait aucun. Madame R reste dépendante de sa mère et lui téléphone tous les jours.

La patiente est réservée quand elle parle de **son couple**. Elle se perçoit comme une femme enfant, protégée par son mari : "il ne m'aime que comme enfant, si je deviens femme, j'ai peur qu'il ne m'ai-

me plus".

De l'investissement de ses enfants, Madame R. parle beaucoup :

° pour sa fille, elle prévoit un bel avenir : la fille sera tout ce que la mère n'a pu être : intelligente, brillante, pleine d'aisance. C'est d'ailleurs déjà une enfant modèle, très sage. Madame R. l'aime beaucoup mais a toujours été très "dure" avec elle, dès les tous premiers mois ; et son mari de dire alors "tu vas finir par lui faire vraiment mal". Le risque de faire du mal à son enfant ne provoquait alors chez elle aucune angoisse.

° pour son fils, elle est beaucoup plus tolérante et moins exigeante. Elle n'est pourtant pas sans inquiétude à son égard, mais il est moins directement concerné par la phobie d'impulsion de la mère.

Au cours de la psychothérapie, Madame R., se plaindra souvent de son mari, absent de l'éducation des enfants, le mauvais rôle lui étant toujours dévolu, par exemple pour les fessées qui, quand elle les donne, réactivent ses angoisses. Elle exprime le désir d'être déchargée de cette fonction de punition pour n'avoir que "le bon rôle...". Sa personnalité se révèle, au fil des entretiens, emprunter au caractère obsessionnel (ordre, méticulosité, rigidité) et phobique.

Actuellement, après 4 ans de suivi au C.M.P. sur le mode d'une psychothérapie d'inspiration analytique en face à face, la patiente va mieux mais présente encore un symptôme résiduel caractérisé par la survenue brutale d'épisodes paroxystiques que nous percevons comme des "dépressions aiguës" à forte charge anxieuse, sans cause déclenchante apparente. Bien que la patiente ait la capacité de surmonter ces crises par une automédication relativement importante qui lui permet de trouver un sommeil salvateur et de se réveiller dans un état normal, le risque dans ces moments là d'un passage à l'acte autodestructeur nous paraît encore et toujours possible. Un épisode tout récent a pu l'illustrer : cet épisode a consisté en une ingestion médicamenteuse impulsive et massive devant l'absence de réaction de son mari interpellé dans un moment d'angoisse. Nous signalerons, dans la discussion, le statut différent que cet acte peut prendre sur un plan psychopathologique comparativement au passage à l'acte hétéro-agressif sur l'enfant.

DISCUSSION

Les problèmes que soulèvent cette observation nous paraissent renvoyer constamment, en arrière-plan, à la question de la dangerosité et du risque de récurrence du passage à l'acte. Sur ce thème, nous avons retenu les aspects suivants, que l'on pourrait classer artificiellement en quatre questions

- 1ère question

Quels rapports et corrélations établir entre la phobie d'impulsion et le passage à l'acte ?

Chez cette patiente, y a-t-il un enseignement à tirer de la chronologie des symptômes, à savoir l'antériorité du passage à l'acte par rapport à la phobie d'impulsion ? Quel est le rôle, le statut de la phobie d'impulsion dans la dynamique psychique, sachant que l'acte redouté est un acte déjà commis.

- 2ème question

Les critères diagnostiques, tant sur le plan du diagnostic psychiatrique ou nosographique que sur le plan du diagnostic de structure peuvent-ils contribuer à une évaluation du risque ?

Peut-on recenser des cas supposés comparables au plan diagnostique et en analyser l'évolution ?

- 3ème question

Quel repérage peut-on avoir des conditions de déclenchement du passage à l'acte ?

Dans le cas cité, les composantes subjectives que nous mettons en évidence sont-elles éclairantes parmi les autres théories explicatives ?

- 4ème question

Avons-nous des possibilités d'évaluer l'impact de la psychothérapie sur le devenir de la pathologie ; y a-t-il fonction protectrice par rapport au passage à l'acte en comparaison avec une évolution spontanée, sans traitement, ou avec l'aide d'autres types de traitements ?

C'est à un travail de recherche qu'on pourrait demander d'aborder toutes ces questions dans leur complexité. Nous nous en tiendrons, pour notre part, à l'énoncé de quelques uns de leurs aspects.

Nous proposerons d'abord quelques réflexions sur le point de vue psychiatrique et nosographique concernant l'observation

L'étude du diagnostic psychiatrique nous paraît compliquée par le fait que la symptomatologie associe deux ordres de symptômes : passage à l'acte et phobie d'impulsion. Or, l'étude de la littérature ne fournit à notre connaissance que des repères pour chaque symptôme survenant indépendamment (exception faite de Lanteri-laura qui cite dans les névroses obsessionnelles de rares cas de passages à l'acte associés à des phobies d'impulsion dans l'exhibitionnisme et la kleptomanie).

Nous allons faire appel brièvement à quelques données de la littérature afin de situer les cadres nosographiques qui y sont proposés :

- du côté des phobies d'impulsion

Leur appartenance nosographique a toujours été controversée. D'ailleurs elles n'ont été différenciées des impulsions elles-mêmes qu'à partir des travaux de Kraepelin vers 1900 ; on constate que les impulsions sont à nouveau citées dans la description des troubles obsessionnels compulsifs des

DSM 3 et 4.

Certains courants rattachent la phobie d'impulsion à la névrose phobique, d'autres plus nombreux à la névrose obsessionnelle. François PERIER, dans son article de l'EMC, fait une large place à l'hystérie d'angoisse et à la phobie. Il propose des critères distinctifs (d'ordre psychanalytique, il est vrai),

- pour l'hystérie il y a " fascination passivante qui désubjectivise le patient sollicité par un désir inconnu et étranger à lui".
- pour l'obsession-impulsion, il y a "tentative de maîtriser son propre désir, signifié comme agression".

Mais le diagnostic de psychose n'est pas exclu totalement, car selon certains auteurs (comme Delage et collaborateur) les phobies d'impulsion peuvent apparaître dans les périodes inter-critiques d'une évolution psychotique, en particulier maniaco-dépressive.

On peut donc souligner que les phobies d'impulsion se rencontrent dans des tableaux cliniques divers et ne préjugent en rien du terrain qui les sous-tend.

- du côté du passage à l'acte

En tant que concept psychiatrique, il désigne l'impulsion agressive (meurtrière ou auto-agressive) : il est considéré comme un paroxysme de la symptomatologie, un acte radical. Certains experts psychiatres utilisent en criminologie le terme de "moment psychotique".

C'est en tout cas un événement qui délimite le normal et le pathologique. Se profile donc la question de la psychose quand on parle de passage à l'acte, même si cette question n'est pas déterminée.

Pourtant, dans le cadre de pathologies manifestement psychotiques (cas Aimée, cas Eppendorfer), on a souligné son effet pacifiant, comme une tentative de guérison dans un effet de soustraction, ce qui n'est pas le cas de Mme R.

- en ce qui concerne la patiente :

On peut rappeler qu'un certain nombre d'arguments cliniques ont pu faire évoquer des manifestations psychotiques.

- l'épisode puerpéral avec déréalisation, et doute sur la filiation
- le passage à l'acte hétéro-agressif dont la causalité ne lui était pas accessible
- la peur de devenir folle, argument plus discutable, forme possible d'une angoisse de destruction
- l'impression de détachement du discours

Pourtant, Mme R. évolue dans un processus de maladie qui lui est propre, dont la particularité est de produire des symptômes successifs d'allure névrotique, qui paraissent relativement efficaces contre la destruction mais qui, labiles, variables, ne prennent pas valeur de modalité défensive solide

contre l'angoisse.

On peut y voir une tentative de déplacement de l'agir sur le penser sans que le travail psychique ne s'appuie sur un véritable fonctionnement par association de signifiants comme dans le processus névrotique.

C'est pourquoi nous ne nous autoriserons pas à lui attribuer une appartenance à un cadre nosographique précis. Le terme de pathologie narcissique grave nous paraît convenir et nous proposons d'avoir recours à une analyse psychopathologique et à une recherche de diagnostic de structure.

Le point de vue psychopathologique et l'étude de diagnostic de structure mériterait plus de développement qu'il ne nous est loisible ici.

Nous reprendrons la distinction usuelle entre **passage à l'acte et acting-out**. Nous avons considéré qu'il s'agit chez la patiente d'un passage à l'acte au sens analytique, c'est-à-dire d'un court-circuit du dire, d'un moment d'effacement du sujet et non d'une manifestation d'un désir par monstration comme dans l'acting-out, qui lui "veut dire" à l'autre hors du dispositif de parole. Nous savons, par ailleurs, qu'un acting-out est survenu au discours de l'évolution, récemment, sous forme d'une ingestion médicamenteuse, en réponse à la supposée indifférence du mari.

Le suivi psychothérapique a mis en évidence certaines caractéristiques du fonctionnement psychique. Les capacités d'élaboration et d'insight sont apparues limitées, tant en général qu'à propos du passage à l'acte agressif. Mme R. utilise le clivage et la projection ; il lui est malaisé de resituer ses pensées et ses actes dans une histoire personnelle. La vie pulsionnelle est difficilement appréhendée, perçue sans doute comme trop dangereuse. Le mode de pensée est opératoire.

La relation d'objet renvoie à l'étape du narcissisme spéculaire. En effet, dans la relation mère-fille, tous les propos de la patiente nous indiquent qu'elle loge cet enfant en place de moi-idéal "elle sera tout ce que je ne suis pas". Cet objet adoré se présente comme un objet envahissant (et plus tard persécuteur) et s'accompagne d'une véritable négation d'elle-même.

Elle est dans une relation en miroir, capturée par l'image de sa fille, sans avoir pu suffisamment constituer pour elle-même la médiation d'un Idéal du Moi.

A deux moments, cette relation spéculaire vacille : - au moment de la naissance du garçon, en post-partum - et quelques mois plus tard au moment du passage à l'acte hétéro-agressif

Dans le déclenchement du passage à l'acte, l'élément déterminant est le refus de la fille de complaire à sa mère en ne récitant pas ses tables arithmétiques. La fille introduit la représentation insupportable de la différence entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire et fait basculer l'axe narcissique du côté de l'agressivité. Il n'y a pas d'autre issue pour la mère que de viser, la suppression de l'image persécutrice.

(On pourrait rapprocher de ce processus celui qui préside aux idées de jalousie, la rivale étant décrite initialement dans les mêmes termes que la petite fille).

Par ailleurs, il est incontestable que toute la pathologie s'est développée après la naissance du gar-

çon. La perception de la mère elle-même et de sa fille comme être manquants ne saurait être éludée dans la tentative de compréhension du processus pathologique.

Quant à la qualité de la relation thérapeutique et transférentielle, elle se situe dans une relation d'accrochage au sens propre au médecin, relation dont la patiente tire profit par son aspect contenant. Elle laisse au thérapeute la tâche indéfinie de faire rempart à son angoisse.

La position du psychiatre dans ce cas a consisté à rester dans le cadre de la relation psychothérapique sans faire appel à des mesures d'enquête sociale ou d'aide éducative.

Dans ce contexte, l'évaluation du risque de passage à l'acte est apparue fonction de deux paramètres : - les événements réels ou fantasmatiques qui sont destabilisateurs s'ils rentrent dans le noeud des significations sensibles - et la qualité transférentielle à apprécier tout particulièrement lors des " poussées obsessionnelles ". Mme R. apparaît au cours des entretiens comme reliée à un fil de sécurité.

Le transfert est alors vécu comme une valeur de garantie protectrice permettant de maintenir un lieu privilégié d'expression favorisant un soulagement du trop plein de tension sinon une élaboration.