

LISTES DES ABREVIATIONS

- DSM III** : Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders, 3^{ème} édition
- DSM IV** : Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders, 4^{ème} édition
- IRM** : Imagerie par Résonnance Magnétique

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| DEDICACES & REMERCIMENTS | i |
| LISTE DES ABREVIATIONS | ii |
| INTRODUCTION | 1 |
| I- GENERALITES | 2 |
| I-1 LES ETATS LIMITES | 2 |
| I-1-1. ETIOPATHOGENIE | 2 |
| I-1-2. PSYCHOPATHOLOGIE | 2 |
| I-1-3. LES ASPECTS CLINIQUES | 4 |
| I-2 LE DELIRE CHEZ LES ETATS LIMITES | 5 |
| I-3 LE DELIRE ET SES FONCTIONS | 6 |
| I-3-1. HISTORIQUE DES DEFINITIONS DU DELIRE | 6 |
| I-3-2. LES FONCTIONS DU DELIRE SELON FREUD | 9 |
| I-3-3. APPORT DES AUTRES AUTEURS | 10 |
| II- METHODOLOGIE | 12 |
| III- LES OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES | 13 |
| IV- LA SYNTHESE DES COMMENTAIRES | 51 |
| CONCLUSION | 56 |
| BIBLIOGRAPHIE | 57 |

INTRODUCTION

En 1980, le DSM III a défini le délire par : « Une croyance personnelle erronée fondée sur une induction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralisée partagée » [4]. Le délire est donc une manifestation d'un état psychotique à travers laquelle la personne se crée une nouvelle réalité en rupture avec le sens commun des représentations.

Cette altérité fait du délire un symptôme gênant. La logique voudrait donc, tel un corps étranger entré en infraction, qu'on s'en débarrasse. En effet, s'interroger sur son devenir est souvent la principale préoccupation des cliniciens ainsi que des familles, qui jugent le niveau de guérison par sa disparition ou sa persistance. Dans ce sens, Esquirol (1810) insiste sur l'aspect négatif de ce mécanisme auquel il dénie tout aspect créateur [24]. De même, Bleuler (1911), De Clérambault (1920) et Régis (1923) considèrent que le délire n'est qu'un symptôme dont la valeur ne sert qu'à catégoriser une psychose [12 ; 21 ; 59]. Cette entreprise a pris un sens avec l'avènement des neuroleptiques en 1951. Depuis lors, il existe plusieurs classes de médicaments capables de neutraliser le délire dans la plupart des situations.

Par opposition, une théorie bien antérieure à celles sus-citées nous oriente vers une autre direction. En effet, Freud [34] insiste sur le délire à qui il attribue un sens voire une fonction : « Une tentative de guérison ». Le délire est un travail rigoureux du patient qui produit une forme originale, une véritable création de la pensée pour répondre à l'effondrement qu'il a subi. Ce n'est pas une errance de l'esprit arbitraire, une aberration ; c'est au contraire la tentative rigoureuse de bâtir une architecture signifiante. Dans cette perspective, il s'agit de considérer le délire moins comme une façon anormale de percevoir le monde que comme une tentative de solution face à la résurgence d'un traumatisme primaire impensé.

Cependant, le délire n'est pas toujours synonyme de psychose mais peut être également une réaction psychotique. Selon Bergeret [10], cette réaction est un mode de décompensation de l'état limite à la suite d'un traumatisme secondaire désorganisateur.

Notre étude s'inscrit autour de la place du délire dans la prise en charge de patients. Son objectif était de montrer que le délire avait une fonction bien précise en lien avec l'histoire de vie du patient. Pour ce fait, nous avons travaillé sur quatre cas, tous délirants, à trajectoire évolutive différente, qui se sont révélés être des états limites.

I- GENERALITES

I-1 LES ETATS LIMITES

I-1-1. ETIOPATHOGENIE

De nombreuses études [3 ; 5 ; 19 ; 68] proposent un modèle « bio-psycho-social » pour approcher l'étiopathogénie des états limites. Elles se basent sur des hypothèses génétiques, neurobiologiques et psycho-sociales. Sur le plan génétique, certains traits de la personnalité borderline semblent être « hérités » tels que l'impulsivité et l'instabilité thymique, ce qui fait le lien avec des anomalies sérotoninergiques.

Du point de vue neurobiologique, des recherches se focalisent sur le rôle de certaines aires corticales cérébrales, en particulier limbiques. Ces aires sont impliquées dans la dérégulation des émotions et des impulsions, mais aussi sur le rôle du système sérotoninergique dans le système nerveux central [3 ; 19 ; 67]. Une étude a montré à l'IRM cérébrale que les patients limites en comparaison aux sujets normaux présenteraient une hypoactivité dans les aires en miroir dans le système nerveux, avec augmentation pour des tâches devant encourager les liens ou rapports sociaux, de même qu'une hyperactivité des amygdales. Par ailleurs, chez les états limites les anomalies de la substance grise intéressaient surtout la région fronto-limbique [48 ; 61]. En ce qui concerne les hypothèses psychosociales, de nombreuses études [3 ; 19 ; 55] mettent en évidence la fréquence des traumatismes précoces au cours du développement, qu'il s'agisse de maltraitances, de carence affective ou de négligence émotionnelle, ou encore de pertes ou de séparations précoces. L'influence de facteurs psychologiques liés à des dysfonctions familiales est avancée.

I-1-2. PSYCHOPATHOLOGIE

Pour la plupart des auteurs, les traumatismes de la petite enfance sont responsables de ces états limites et auront pour conséquence des menaces contre l'intégrité narcissique [9 ; 10 ; 19 ; 41]. Les travaux de Kernberg et Bergeret ont permis une meilleure compréhension psychopathologique des états limites.

Dans la conception structurale de Bergeret [10 ; 51], un traumatisme désorganisateur précoce va bloquer le développement libidinal, normal jusqu'alors. Le moment du

traumatisme se situe aux alentours de deux ans, c'est- à dire dans une zone après le stade anal I et avant le stade oedipien. A ce stade, le danger du morcellement dépassé, le Moi n'a pu néanmoins accéder à une relation d'objet génital, où les conflits névrotiques oedipiens se situent entre le Ça et le Surmoi. Il va s'en suivre la phase de pseudo-latence, plus précoce et plus durable que la latence normale. C'est le « tronc commun aménagé » marqué d'une profonde immaturité avec un Moi lacunaire « vacuolaire ». Ce tronc commun, fait d'aménagements instables, sera maintenu par des mécanismes de défense primaires, et ce pendant des années ou toute la vie. A l'occasion d'un traumatisme désorganisateur tardif, ces mécanismes céderont devenant trop faibles pour protéger le Moi du sujet, il va alors apparaître la décompensation soit sur le mode psychotique ou névrotique ou dépressif ou encore des passages à l'acte. En dehors des crises aigues, il va se mettre en place d'autres aménagements de type caractériel et de type pervers, un peu plus stables que les précédents.

Pour Kernberg [41 ; 51], la personnalité limite est une organisation pathologique de la personnalité durable qui se situe entre la névrose et la psychose. La pathologie du Moi y est plus sévère que ce que l'on retrouve dans les névroses. L'organisation limite repose sur trois caractéristiques fondamentales qui sont le degré d'intégration de l'identité, le niveau des mécanismes défensifs et la capacité à vivre l'épreuve de la réalité.

Les mécanismes de défense mis en jeu chez le sujet borderline sont primitifs [19 ; 22]. Ils préservent le Moi des structures psychotiques dépassées ou des structures névrotiques non atteintes. Il s'agit du:

- ✓ Clivage qui peut concerner le patient (Soi) ou l'Autre. Il protège le sujet contre la diffusion de l'angoisse, lui évitant ainsi la confrontation à l'ambivalence et à la souffrance dépressive.
- ✓ L'identification introjective permet au sujet borderline d'identifier des attributs, des pensées, des qualités à l'autre et de les introjecter en lui, d'où la valorisation.
- ✓ L'identification projective permet au sujet d'expulser à l'extérieur de lui-même les mauvaises images de soi et d'objet, les empêchant ainsi de venir menacer les bonnes.
- ✓ L'idéalisation primitive entraîne une surestimation de soi ou de l'autre et refoule inconsciemment les sentiments hostiles par rapport à l'objet et à Soi.
- ✓ L'omnipotence et dévalorisation : l'objet, paré de toutes les qualités grâce à l'idéalisation, va permettre des identifications omnipotentes au sujet, et va pouvoir

apporter des gratifications narcissiques directes. Dès que ce dernier cesse d'apporter gratification et protection, il est dévalorisé et rejeté d'autant plus vite qu'il n'existe pas de véritable attachement.

- ✓ Le déni, corollaire du clivage, permet de maintenir hors de la conscience une représentation contradictoire, incompatible avec l'état d'esprit dans lequel se trouve le patient à ce moment-là.
- ✓ La mise en acte, forme particulière de déni, est une opération mentale pouvant directement déboucher sur des conduites symptomatiques. Elle sert au patient borderline à se protéger en rejetant à l'extérieur de lui-même, avant toute mentalisation, la souffrance liée aux aléas de la relation d'objet.

I-1-3. LES ASPECTS CLINIQUES

N'importe quel symptôme psychiatrique est susceptible de se rencontrer chez ce type de patients [2 ; 15 ; 19 ; 43 ; 63].

- ✓ L'angoisse

Classiquement décrite comme permanente, flottante, allant du « mal de vivre chronique » à la grande crise aigue avec son cortège de manifestations somatiques, sidération mentale et déréalisation. Plus que sur son intensité, les auteurs insistent sur la facilité avec laquelle elle envahit le patient sans réelle circonstance déclenchante, ainsi que sur son caractère diffus et incontrôlable.

- ✓ Les troubles thymiques concernent la dépression et la labilité thymique.

C'est une dépression de type abandonnique. La labilité thymique a une tonalité dysphorique, le patient oscillant entre dépression et angoisse, entre angoisse et colère.

- ✓ Les symptômes d'allure névrotique

Les symptômes d'allure phobique sont fréquents ; les symptômes hypocondriaques sont plus rares ; les idées obsédantes et les rituels sont possibles.

- ✓ Les troubles du comportement de type impulsif

Ils témoignent d'une agressivité sans expression, symbolique possible. Ce sont les passages à l'acte auto-agressifs ou hétéro-agressifs.

- ✓ Les épisodes psychiatriques aigus

Ils sont assez courants chez les patients borderline. Il s'agit souvent d'épisodes délirants de type paranoïaque, de déréalisation avec l'impression de dédoublement et des pensées magiques. Quelle que soit la nature de ces décompensations, c'est leur labilité qui en est l'élément le plus caractéristique.

- ✓ Le mode de relation chez l'état limite se fait sous un mode anaclitique.

I-2. LE DELIRE CHEZ LES ETATS LIMITES

Le terme de limite vient de la pensée des psychiatres dans les années 40 et les années 50 que le trouble encadrait et partageait des caractéristiques des troubles psychotiques et névrotiques. L'histoire du concept de trouble limite est celle d'une progressive autonomisation vis-à-vis du groupe des psychoses, passant d'un trouble para-psychotique dans les années 1940 à une troisième voie structurelle, indépendante de la névrose et de la psychose, dans les années 1980. Une étude portant sur 92 patients psychiatriques hospitalisés avec le diagnostic de trouble borderline, certains ayant des troubles de l'humeur ou troubles d'abus de substances, a montré que 27% des patients avaient des épisodes psychotiques à type de délire et hallucinations. Ces épisodes ne sont pas nécessairement bref ou transitoires [49].

Le DSM IV cite les symptômes psychotiques survenant dans le contexte de troubles de la personnalité borderline comme diagnostic différentiel du trouble psychotique bref. Ces symptômes sont généralement transitoires et durent moins d'une journée [5]. Chabrol et ses collaborateurs ont montré la forte incidence d'idéation paranoïde (97,1%) chez un groupe de sujet borderline et 31,4% du groupe ont rapporté des expériences transitoires "quasi" psychotiques, principalement des "quasi" hallucinations visuelles [18].

Selon plusieurs auteurs, la psychose rencontrée chez des patients limites est habituellement associée à un facteur de stress, sert souvent un certain gain secondaire pour le patient, débute et s'arrête souvent rapidement, et est décrite par le patient avec peu d'angoisse [34].

Chez l'état limite, les expériences psychotiques persécutrices résulteraient du traitement dichotomique des informations en « tout bon ou tout mauvais », et ceci grâce au clivage [19 ; 51]. Pour Marcelli [46], ces tableaux « quasi psychotiques transitoires » ne correspondent pas à une rupture complète d'avec la réalité extérieure mais à une incapacité du patient à en retrouver la signification habituelle, du fait de son chaos interne. Les patients

limites semblent révéler une relative stabilité s'ils présentent des épisodes aigus d'allure psychotique. Ces épisodes ont toujours un aspect réactionnel à un traumatisme affectif, deuil ou séparation, à un excès alcoolique ou de drogues et sont relativement brefs et régressifs.

I-3. LE DELIRE ET SES FONCTIONS

1-3-1. HISTORIQUE DES DEFINITIONS DU DELIRE

Au sens étymologique, ce terme vient du latin *delirare* qui signifie proprement « sortir du sillon », « extravaguer », alors que *lirare* signifiait « tracer des sillons ». Il est introduit en français au XVI^e siècle mais il ne prend un sens technique qu'au XIX^e siècle. Donner une définition du délire a en effet, semble-t-il, toujours été assez problématique. En 1839, Falret avait écrit « qu'il est souvent plus aisément de reconnaître le délire que de le définir » [27].

Si le phénomène du délire intéresse la psychiatrie et la psychanalyse, si les tentatives de compréhension, d'explication, de conceptualisation varient selon les époques et les courants de pensée, la définition du délire comme tel se heurte depuis toujours à des difficultés majeures. Comme le disaient également Ritti et Ball : « La question du délire constitue un des chapitres les plus difficiles et les plus compliqués de la pathologie générale. Donner une bonne définition du délire n'est pas chose aisée. Bien des auteurs s'y sont essayés ; aucun ne peut avoir la prétention d'avoir réussi » [8].

De nos jours plusieurs définitions du délire sont utilisées. A seuls titres d'exemples, le délire serait « une psychose liée à une organisation psychopathologique de la personnalité et de son rapport à la réalité, généralement durable, se manifestant par des troubles de la perception et la production d'idées délirantes » [58]. On voit, selon cette définition, que le délire est une psychose, que cette psychose est liée à la personnalité du malade et à son rapport à la réalité, et que ce sujet présente des troubles de la perception.

Autre définition contemporaine : « Chaque fois qu'il y a erreur dans les perceptions ou déviations dans le jugement, l'esprit peut émettre des idées fausses. L'idée fausse devient idée délirante quand elle est en opposition avec la réalité ou choque l'évidence. Une idée délirante qui se maintient et se poursuit constitue le délire » [57].

La plupart des travaux – notamment au cours du XIX^e siècle – se sont concentrés sur la reconnaissance et la description des différentes formes de délires (de grandeur, de

persécution, de jalousie, hypocondriaque, mystique, systématisé, etc.) sans pour autant s'essayer à dire ce qu'est le délire.

✓ **De Pinel à la fin du XIXe siècle :**

Pinel [56] en 1809, distinguait quatre grandes espèces d'aliénation : la manie ou « délire général », la mélancolie ou « délire exclusif », la démence ou « abolition de la pensée », et l'idiotisme ou « oblitération des facultés intellectuelles et affectives ».

Esquirol est l'un des premiers à tenter de préciser l'acception du délire. Il en donne la définition suivante : « Un homme est dans le délire lorsque ses sensations ne sont pas en rapport avec les objets extérieurs, lorsque ses idées ne sont pas en rapport avec ses sensations, lorsque ses jugements et ses déterminations ne sont pas en rapport avec ses idées, lorsque ses idées, ses jugements, ses déterminations, sont indépendants de sa volonté. De fausses sensations, sans altération sensible des organes des sensations, par conséquent dépendantes d'une cause interne, présentant à l'esprit des objets qui n'existent réellement pas, produisent nécessairement le délire » [24]. Dès lors, il se trouve conduit à insister sur l'aspect négatif de ce mécanisme auquel il dénie tout aspect créateur. Quelques années plus tard, Falret complète les thèses d'Esquirol en soulignant que l'absence de conscience de son état de la part du malade constitue un caractère essentiel de la définition du délire [27]. En 1877, Ritti, présente « des délires basés sur des faits vrais ou vraisemblables » [60]. Il critique la notion « d'idée délirante », du moins pour l'aide qu'elle serait susceptible d'apporter au diagnostic. En effet, il souligne pertinemment qu'il « existe des cas nombreux dans lesquels un fait vrai ou vraisemblable est le point de départ des idées délirantes », et que « dans d'autres circonstances, ce sont des faits vraisemblables qui constituent le point de départ du délire ». En 1895, dans sa onzième leçon consacrée au délire dans la mélancolie, Séglas formule que « le délire est, le plus souvent, une tentative d'interprétation de l'état d'anéantissement profond, de douleur morale ou des causes qui l'ont produit, dont le patient cherche la raison ou envisage les conséquences » ; c'est, ajoute-t-il, une « tentative d'explication des phénomènes douloureux » [64].

✓ Première moitié du XXe siècle

En 1911, avec Freud, l'avènement de la psychanalyse, la découverte de l'inconscient, l'étude consacrée au Président Schreber [36], plus rien ne sera jamais comme avant dans la conception, la compréhension et la définition des psychoses et des délires. Après des décennies de description et de classification du délire, nous passons en effet avec Freud à la question du sens du délire, aux éléments signifiants du délire et à la part de vérité inhérente au délire. Selon Freud, le délire est une construction, une reconstruction qui fait suite à une « catastrophe intérieure ». La même année, Bleuler souligne qu'il ne faut pas oublier que, selon lui, « tout délire possède sa faille logique, et que les exigences des observateurs sont fort diverses sous ce rapport » [12]. Pour De Clérambault, en 1920, le délire est une « superstructure », il n'est à proprement parler « que la réaction obligatoire d'un intellect raisonnable et souvent intact aux phénomènes qui sortent de son subconscient » [21]. En 1923, Régis considère que « l'idée délirante est très difficile à définir », et qu'à l'évidence, dans certains cas l'idée délirante est absurde et impossible. Pour cet auteur, « les délires ne sont jamais que des symptômes et n'appartiennent exclusivement à aucune psychose déterminée » [59].

✓ De 1950 à nos jours

Henri Ey définit le délire en 1958 comme « Une altération de la réalité qui exprime une altération de l'état psychique, une déstructuration de la conscience ou une désorganisation de la personnalité. Le délire est l'altération de la réalité vécue ou pensée comme effet d'un bouleversement structural de l'être psychique » [26].

En 1969, Castets définit le délire comme : « Une marque de la rupture avec l'ordre symbolique de la réalité. Il masque, pallie toujours, et plus ou moins bien, un manque de la personne, une faille ; il est signe d'une atteinte profonde de l'être psychologique comme le pansement peut être signe d'une blessure. Mais, comme le pansement, le délire est aussi remède, insuffisant, insatisfaisant, mais immédiatement nécessaire. Le délire est en somme une sorte de dernier recours de l'être menacé de destruction ; il ne vise pas à créer mais à protéger. Il renvoie toujours, et de façon la plus directe, aux éléments les plus archaïques de la personne » [15].

Soler, quant à elle, le caractérise comme : « Un procès de signification, aussi réduit soit-il, par lequel le sujet parvient à élaborer et à fixer une forme de jouissance acceptable pour lui. » [66].

I-3-2. LES FONCTIONS DU DELIRE SELON FREUD

La conception freudienne du délire dans son œuvre « Le président Schreber » a constitué une révolution pour les psychiatres et la psychanalyse. Freud accorde de l'importance au sens du délire, à ses éléments signifiants : dans son déclenchement, dans son mécanisme, son élaboration, sa logique et sa fonction, et à la part de vérité inhérente au délire. Sur ce dernier point il disait : « Si l'introduction du père dans le délire de Schreber doit nous paraître justifiée, elle doit être porteuse d'utilité et nous aider à éclairer des détails incompréhensibles de son délire » [36]. Déjà en 1907, dans son essai de psychanalyse appliquée à la Gradiva de Jensen [35], il tentait de donner les caractéristiques du délire : « Le délire est caractérisé par ceci : les fantasmes sont devenus maîtres souverains, c'est-à-dire ont trouvé créance et actionnent de ce fait la conduite du sujet ». Les fantasmes, ici, en tant « qu'avant-coureurs du délire », selon les termes de Freud, sont conçus comme les « succédanés, les dérivés des souvenirs refoulés qu'une résistance empêche de se présenter à la conscience sous leurs traits véritables, mais qui y parviennent cependant au prix des modifications et des déformations que leur imprime la résistance de la censure ».

Se démarquant radicalement des aliénistes et psychiatres de son époque, Freud découvre la part de vérité présente dans tout délire : « Si le malade croit si fermement à son délire, cela ne tient pas à un renversement de ses facultés de jugement et ne dérive pas de ce qui, dans son délire, est erroné. Mais tout délire recèle aussi un grain de vérité, quelque chose en lui mérite réellement créance, et là est la source de la conviction du malade (. . .) ».

Selon Freud, le délire est une construction, une reconstruction qui fait suite à une « catastrophe intérieure ». Le délirant élabore alors une « autre réalité », il doit reconstruire le monde, et le sujet « le rebâtit, certes pas plus splendide, mais au moins de telle sorte qu'il puisse de nouveau y vivre. Il le reconstruit par le travail de son délire. Ce que nous considérons comme la production de la maladie, la formation du délire, est en réalité la tentative de guérison, la reconstruction » [36].

Le délire est donc ici pour Freud non pas la maladie comme telle mais l'effort fourni par le sujet lui-même pour pouvoir renouer avec le monde des objets et des personnes. Aussi le délire peut se définir comme « La pièce qu'on colle là où initialement s'était produite une faille dans la relation du moi au monde extérieur » [15].

Freud distingue deux temps dans la constitution de la psychose : le premier réside dans la coupure entre le Moi et la réalité, et le second essaye de « réparer les dégâts », reconstituant ainsi la relation à la réalité. C'est ce second temps qui traduit le délire, et qui comporte donc un « caractère de réparation », qui vise à compenser la perte de la réalité en créant une « nouvelle réalité » [32]. Le « nouveau monde » ainsi créé prend sa source dans le « monde fantasmatique » du sujet. Pour Freud, la question essentielle, la plus intéressante d'un point de vue théorico-clinique réside non pas seulement dans la « perte de la réalité » comme telle, mais dans ce qui vient faire « substitut de la réalité ».

I-3-3. APPORT DES AUTRES AUTEURS

Dans une perspective lacanienne, le sujet délire pour tenter de cerner, de circonscrire la jouissance débridée, délocalisée, puisque non bordée par le signifiant. Le délire permettrait de réintroduire la dialectique du discours, de retrouver ainsi une forme de lien social. Il travaille ainsi à trouver de nouvelles significations, lesquelles significations ont déserté le monde ébranlé du sujet. Ces nouvelles significations sont des réponses aux phénomènes énigmatiques, menaçants parfois, angoissants toujours, qui ont surgi plus ou moins brutalement dans la vie du sujet. Aux prises avec ce réel énigmatique, le délire se situe comme une défense devant un impossible à supporter, il vient boucher, colmater le trou de la non-inscription symbolique, et comme tel, il acquiert pour le sujet le statut de « pare-errance », ou de « guide » dans l'existence [15].

Nacht et Racamier [50], reprennent les thèses freudiennes et développent une tripartition dynamique de l'activité délirante s'établissant autour de la différenciation « Soi/ non-Soi ». Selon ces auteurs, les formations délirantes procèdent d'une phase initiale appelée « états primordiaux du délire », qui s'origine d'un conflit psychique intolérable avec les objets du monde extérieur. Cette situation anxiogène est telle qu'elle induit chez le jeune sujet une impression de fin de monde l'amenant à effectuer un désinvestissement de la réalité. Dans ces conditions, les limites entre le Soi et le non-Soi viennent à s'estomper, au point de ramener régressivement le sujet à un « état pré-objectal » au sein duquel monde extérieur et

monde intérieur ne se trouvent pas clairement différenciés. A ces états primordiaux de l'activité délirante succèdent ensuite le « moment narcissique du délire » qui résulte du transfert des investissements pulsionnels autrefois dirigés vers le monde extérieur sur le « Moi » de la personne délirante. Toutefois, en raison de l'angoisse hypocondriaque que cette focalisation pulsionnelle induit sur le corps, survient « l'épanouissement du délire ». Cette troisième phase préside à un réinvestissement du monde extérieur par lequel il devient possible au sujet de rencontrer de nouveaux objets tant « réels » qu'imaginaire construits. Aussi, le redéploiement objectal du délire consiste avant tout en l'aménagement d'une relation entre le sujet et des objets substitutifs de nature imaginaire.

Les travaux de Flémal ont beaucoup contribué à cette considération du délire et à sa prise en charge. Flémal [30] considère le délire moins comme une façon anormale de percevoir le monde que comme une tentative de solution face à la résurgence d'un traumatisme primaire impensé. L'auteur met en évidence trois principales fonctions auxquelles peut procéder le délire dans son essai de résolution auto-thérapeutique. La première, conceptualisée sous le terme de « fonction contenante », préside à la mise en forme et à la transformation signifiante de ce qui ne peut être symbolisé de l'expérience traumatique. La deuxième, nommée « fonction localisante », tente de situer en dehors du sujet le débordement pulsionnel inhérent au traumatisme primaire. La troisième, appelée « fonction identifiante », permet à la personne délirante de s'attribuer un énoncé identificatoire qui, de manière auto-crée, supplée à l'énigme de son histoire insensée. Ces trois fonctions de l'activité délirante ne se réalisent pas de façon aléatoire mais s'articulent selon une logique particulière.

Il apparaît ainsi qu'à partir de sa triple opération, le délire tend à se déployer en un « processus délirant » par lequel le sujet peut rendre pensable et supportable le vécu traumatique qu'il a éprouvé au cours de son histoire. Enfin, l'auteur propose de reconsidérer les enjeux du dispositif clinique avec les patients délirants. Moins de chercher à supprimer le délire, il s'agirait notamment d'accompagner le sujet dans l'aménagement des potentialités résolutives que le processus délirant tend à produire.

II- METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude de cas. Elle a concerné 4 patients hospitalisés chez qui le diagnostic d'une psychose délirante a été posé. L'étude a été menée à la clinique ***Moussa Diop du CHNU de Fann*** sur une période de six mois allant du 1^{er} septembre 2014 au 28 février 2015. Les données ont été recueillies d'observations cliniques faites lors de leur dernière hospitalisation.

Les observations ont été rédigées suivant le plan de l'observation psychiatrique utilisée au niveau du service psychiatrique de la clinique *Moussa Diop du CHNU de Fann*. L'anonymat a été garanti et le consentement des patients et de leurs familles requis.

L'objectif principal de notre travail était de montrer que le délire avait une fonction bien précise en lien avec l'histoire de vie du patient.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Montrer que les manifestations psychosomatiques et/ou addictives peuvent traduire une situation de souffrance psychique.
- Souligner que l'analyse du sens du délire permet une meilleure relation transférentielle.
- Démontrer que la psychothérapie occupe une place importante dans la prise en charge des patients délirants.

Pour ce faire, nous avons pris quatre patients délirants pour lesquels des entretiens réguliers hebdomadaires ont été effectués, seuls ou en présence de leurs accompagnants, durant une heure de temps en moyenne. Ce cadre a autorisé et questionné le discours délirant.

II- LES OBSERVATIONS & COMMENTAIRES

OBSERVATION N°1

M.B est un jeune homme âgé de 24 ans, célibataire sans enfant, d'ethnie wolof, de confession musulmane, ayant suivi une formation de préparateur en pharmacie.

Dans ses antécédents, nous notons une hospitalisation à l'Hôpital Principal de Dakar en juin 2014, où le diagnostic évoqué était une bouffée délirante aigue sur un terrain de consommation de cannabis. Il a été traité par des neuroleptiques et l'évolution a été favorable au bout d'un mois d'hospitalisation. Le suivi en ambulatoire a été irrégulier marqué par une mal observance thérapeutique puis un arrêt des soins. Pendant ce suivi, M.B a continué à consommer du cannabis à l'insu de sa mère. En le découvrant, cette dernière dit avoir été très déçue, c'est d'ailleurs pour cela qu'elle n'a plus acheté les médicaments du patient et a interrompu son suivi.

M.B a commencé à fumer du tabac depuis l'âge de 10 ans à raison de 10 cigarettes /jour. Par la suite, à l'âge de 15 ans, il a commencé à consommer du cannabis à raison de 2 joints/jour, d'abord en groupe d'amis puis seul. Cette consommation a été excessive la semaine précédent son hospitalisation à la clinique Moussa DIOP du CHNU de Fann. La dernière prise remonterait à quelques heures avant son admission. M.B consommait également de l'alcool de façon occasionnelle. Par ailleurs, nous avons noté la notion d'une lignée maraboutique dans la famille maternelle.

M.B est issu d'un mariage monogame. Il est le troisième d'une fratrie utérine de quatre enfants. Les parents de M.B ont divorcé un an après sa naissance à cause de violences conjugales. A la suite de ce divorce, le père a récupéré son deuxième enfant, âgé de deux ans, qu'il confie à la grand-mère paternelle. Un an après, le temps que M.B soit sevré, il le récupère à l'âge de deux ans pour le confier à la même grand-mère. Cependant l'ainée est toujours restée avec la mère. La mère a essayé de nous expliquer cette répartition des enfants en ces termes : « Le père voulait s'occuper de ses enfants jusqu'à ce qu'ils aient 18 ans et après ils décideront avec qui ils veulent être et j'ai laissé faire ».

Deux ans après le divorce, la mère s'est remariée avec un commerçant dont elle était la troisième épouse et avec qui elle a eu sa troisième fille, sa benjamine. La même année, le

père s'est remarié et a récupéré ses enfants : M.B est alors âgé de 3 ans et sa sœur de 5 ans. De cette union naquit un garçon. M.B et sa sœur ne voyaient leur mère et leur sœur que pendant les vacances et les fêtes. Deux ans après, alors que M.B avait 5 ans, le père a divorcé à nouveau à cause de violences conjugales. Il a confié à nouveau M.B, sa sœur, ainsi que l'enfant issu du second mariage, à la grand-mère paternelle. Trois mois après, le père de M.B a épousé une troisième femme et a récupéré à nouveau ses enfants. Cette dernière femme, contrairement à la précédente était sévère avec les enfants, les a souvent frappés surtout M.B qui, selon le frère était le plus indiscipliné. Le frère nous a expliqué que M.B a commencé à fumer de la cigarette très jeune, en cachette. Quand sa belle-mère s'en apercevait, elle le frappait, puis le punissait. La même chose arrivait quand elle trouvait des mégots de cigarettes dans la maison.

M.B a été scolarisé à l'âge de 6 ans et il a intégré en même temps l'école coranique. A l'école, ses résultats étaient moyens, il ne s'intéressait pas vraiment aux études. Il a étudié jusqu'à la deuxième année des cours moyens et avait de « mauvaises fréquentations et de mauvaises habitudes » selon le frère. A l'âge de 11 ans, sa mère a eu recours à la justice pour le récupérer ainsi que sa sœur. La mère nous a expliqué qu'elle voyait son enfant partir à la dérive : il fumait, avait de mauvaises fréquentations et ses résultats scolaires n'étaient pas satisfaisants. Elle a rapporté aussi que le père ne se préoccupait pas de lui et l'a laissé à sa femme qui le maltraitait. La même année, le père a divorcé de sa dernière femme en raison toujours, de violences conjugales.

De retour avec sa mère, M.B a été placé dans un internat où il a passé 3 ans. M.B nous a expliqué que c'est à l'internat qu'il a eu sa première expérience avec le cannabis. A l'âge de 16 ans M.B est retourné chez sa mère.

M.B a redoublé la 4^{ème} année et a arrêté l'école coranique pour la reprendre à l'âge de 17 ans mais uniquement pendant les vacances. Il a obtenu son Baccalauréat en tant que candidat libre après 2 tentatives. En 2011, son père est décédé à la suite de complications de diabète ; ce deuil a été apparemment bien vécu par M.B. La même année, sa mère a divorcé à cause de problèmes avec les coépouses ; ceci n'a pas empêché son mari de continuer à subvenir à ses besoins ainsi qu'à ceux de ses enfants. Sur le plan sexuel, M.B nous a dit : « J'avais beaucoup de copines, j'ai fait beaucoup de bêtises et du n'importe quoi, je vivais cent

à l'heure, je faisais la fête, je consommais de l'alcool jusqu'à ce que j'ai découvert que je suis Cheikh Chérif¹ et j'ai tout arrêté ».

A l'âge de 21 ans, M.B a commencé une formation de deux ans comme préparateur en pharmacie dans une école qui assurait un travail au Canada dès l'obtention du diplôme. Le voyage a été organisé et planifié avant que M.B ne présente les troubles qui avaient motivé la première hospitalisation. A sa sortie, les troubles ont persisté à l'insu de sa mère qui le croyait guéri. Elle était cependant consciente que M.B consommait toujours du cannabis, ce qui l'avait poussé à arrêter le suivi. Cette rupture thérapeutique et cette consommation accrue de cannabis, étaient à l'origine de l'exacerbation des troubles et de la deuxième hospitalisation en septembre 2014.

Les motifs de cette hospitalisation étaient une agitation psychomotrice, des propos incompréhensibles, un comportement bizarre et une insomnie. Ces troubles évolueraient depuis deux semaines sur un terrain de consommation accrue de cannabis. M.B faisait des va-et-vient incessants en répétant : « Je suis le Cheikh Cherif, je suis un saint, je suis élu de Dieu ». Son frère a rapporté qu'il disait ces paroles avec fierté et assurance, que parfois il se battait avec fougue contre un ennemi invisible : sa mimique était anxiante, il donnait des coups de poing, adoptait une attitude de combat, en expliquant qu'il doit combattre Satan² pour qu'il ne le dévie pas du choix d'Allah. M.B nous disait : « Je suis Cheikh Chérif, j'ai augmenté la consommation de cannabis pour pouvoir augmenter la force que Dieu m'a donnée, augmenter ma spiritualité, m'élever à un niveau supérieur puisque j'ai été choisi par Dieu pour être un saint et combattre le mal de Satan ».

Le contact avec M.B était bon, syntone, il se présentait comme étant le « Cheikh Cherif ». Le discours était clair avec beaucoup d'explications sur la religion. L'humeur était euthymique. M.B parlait de ses changements de domicile et du divorce de ses parents de façon détachée, sans émotion. Il nous disait : « Ma grand-mère était une bonne personne, elle prenait soin de nous du mieux qu'elle pouvait, elle était pieuse, je l'ai beaucoup aidé quand elle était malade, elle priait pour moi et j'ai été à son chevet quand elle est décédée ». Quant au divorce, il nous a dit qu'il ne se souvenait que d'avoir quitté la maison pour revenir chez sa grand-mère.

¹ Cheikh Cherif : Cheikh Ahmed Tijan chérif, fondateur de la tarikha tidianiya

² Satan : terme issu de l'arménien et de l'hébreu qui signifie : diable

Nous avons objectivé des troubles perceptifs variés. Nous avons noté des hallucinations auditives acoustico-verbales ; M.B disait : « J'entends des voix dans mes oreilles, à l'oreille droite on me parle de bien, à l'oreille gauche, c'était Satan qui me parlait, qui essayait de me donner de l'argent, des biens pour que je ne me dirige pas vers Dieu, mais je l'ai chassé. J'ai entendu Dieu qui m'avait parlé et qui m'avait révélé que je vais accompagner Jésus dans sa mission³ ». Des hallucinations auditives intrapsychiques ont été également objectivées. M.B disait : « J'entends une voix dans ma tête, à l'intérieur de moi, c'est la voix du Cheikh Ahmadou Bamba⁴ qui me dit que je suis Cheikh Cherif, que j'ai été élu, que j'avais une mission à accomplir ». Nous avons retrouvé par ailleurs, des hallucinations visuelles. Il disait qu'il voyait Satan et qu'il l'a combattu, qu'il le voyait sous l'aspect d'une forme humaine mais difficilement descriptible. Il disait aussi qu'il avait vu du sang au niveau de son oreille secondaire à une morsure de Satan ainsi qu'une cicatrice au niveau de son oreille que nous n'avons pas objectivée à l'inspection. M.B présentait également des hallucinations tactiles : il disait qu'il a senti la morsure de Satan au niveau de son oreille et que cela lui a fait mal. Il disait aussi qu'au moment où il avait entendu Dieu, il a été maintenu dans la position de la croix sur son lit et ne bougeait plus.

M.B avait des troubles de la pensée à type d'idées délirantes mystico-religieuses et messianiques. Il disait : « Je suis un saint, je suis élu par Dieu pour combattre Satan ».

A propos du cannabis, il nous disait : « Le cannabis me permet d'augmenter ma spiritualité et d'acquérir la force nécessaire pour accomplir ma mission ». De cette mission il disait : « Elle consiste à faire régner la paix, à propager l'amour, l'amour du Dieu, l'amour entre les hommes, à combattre Satan, à renforcer les règles morales et à faire régner l'Islam ».

Le diagnostic retenu était une bouffée délirante aigue sur un terrain de consommation de cannabis. M.B a bénéficié d'un traitement à base de neuroleptiques et de psychothérapie.

La psychothérapie a été effectuée toutes les semaines pendant une heure de temps. Elle a été faite en présence de sa mère.

L'amélioration des symptômes était progressive au cours de l'évolution.

³ Dans la bible il est écrit que Jésus-christ est venu sur terre pour sauver l'humanité, donner la vie Eternelle (cf Sainte Bible : Jean chap 3 verset 16).

⁴ Cheikh Ahmadou Bamba : dit Khadimou Rassoul et Serigne Touba, est un cheikh et théologien musulman, figure importante de l'islam de la région en qualité de fondateur de la confrérie des Mourides.

Les premiers jours de l'hospitalisation, M.B nous a fait part de sa décision d'arrêter le cannabis.

Au septième jour, M.B nous a révélé un rêve dans lequel Cheikh Ahmadou Bamba lui aurait donné l'ordre de ne plus divulguer ses pouvoirs, de ne plus dire qui il était et surtout de ne plus parler de sa mission divine aux autres. M.B disait : « Les autres ne sont pas encore aptes à comprendre qui je suis. Dorénavant, je suis M.B et je vais attendre d'avoir 40 ans pour me consacrer à ma mission ».

Au treizième jour, M.B nous a dit qu'il avait encore rêvé : « Quelqu'un était venu tuer ma mère avec un pistolet et moi je l'ai tué. J'avais ensuite demandé à Cheikh Ahmadou Bamba de m'expliquer ce rêve. Ce dernier m'avait dit que la personne qui avait tué ma mère était le cannabis ». Puis M.B nous confirmait qu'il allait arrêter de fumer le cannabis. Depuis lors, chaque fois qu'on lui demandait qui il était, il riait et répondait : « Je suis M.B ».

Au vingtième jour, M.B nous disait : « Je n'entends plus les voix mais je ne sais pas si ce que je pensais était vrai ou pas. J'aurai bien aimé être le Cheikh Cherif et accomplir cette mission saine mais actuellement je vais récupérer mon diplôme et discuter avec ma famille de mes futurs projets ».

La sortie a été faite au bout d'un mois d'hospitalisation sous traitement neuroleptique.

Quinze jours après, la symptomatologie avait complètement disparu. M.B nous a parlé de son grand-père maternel ; il disait : « Grand-père était un grand Imam⁵, il avait un grand savoir. Toute la famille était persuadée que ce savoir allait se transmettre à quelqu'un de la famille. Je pensais que j'étais peut-être l'élu. Je pensais que j'étais le plus apte à recevoir ce savoir. Ma tante m'a même demandé une fois : « Ne serait-ce pas toi qui vas hériter de ce savoir ? ». Ce sont peut-être ces paroles qui sont restées dans mes pensées et qui m'ont fait croire que j'étais un Cheikh Chérif, mais je sais que je ne le suis pas et que je ne suis pas un élu ». Quant à ses idées délirantes, M.B nous a dit : « Je dois suivre la religion musulmane et les paroles de Dieu, je dois appliquer ses dires et laisser ses interdits. Je vais m'appliquer dans ma religion. Cela va me montrer peut-être de nouveaux chemins pour accéder à Dieu et être la personne qui recevra le savoir de grand-père. Je serai peut-être ainsi cette personne destinée à un grand avenir. Je dois tout de même continuer à vivre dans la réalité, à avoir les

⁵ Une personne qui dirige la prière en commun. C'est de préférence la personne qui est savante dans la connaissance des rites de l'islam, le guide spirituel et temporel de la communauté islamique.

pieds sur terre et ne plus m’envoler dans l’irréel ». M.B nous a révélé également qu’il a arrêté de fumer le cannabis et qu’il avait compris que c’était le déclencheur de ses troubles. Il nous a avoué qu’il avait été invité à fumer mais qu’il avait refusé. Une autre fois, il avait aidé ses amis à confectionner des joints et a été témoin de leur consommation sans pour autant éprouver la moindre envie.

La mère de M.B n’était pas présente au cours de la consultation bien qu’elle se soit engagée à l’accompagner au cours de son suivi. Elle souffrait d’algies diffuses au niveau de l’épaule et des bras, qui ont motivé plusieurs consultations au service des urgences. Ces douleurs seraient apparues depuis la sortie de M.B.

Le suivi en ambulatoire a été régulier, la symptomatologie délirante a disparu. Le patient est actuellement bien adapté à la réalité, il attend un enfant et s’apprête à marier sa compagne.

COMMENTAIRES N°1

La dynamique familiale de M.B est perturbée par des situations d’abandon et d’instabilité. Son environnement familial a été instable et marqué par la séparation de ses parents, de nombreux confiages et de maltraitance physique. M.B a donc vécu dans un cadre de vie chaotique avec une enfance et une adolescence instables. La présence d’un cadre sécurisant à son développement aurait donc fait défaut.

La mère de M.B présenterait un défaut de contenance qui serait une porte d’entrée à de traumas multiples. La défaillance de la fonction de mère a engendré de multiples séparations ayant pour conséquence l’absence de figure maternelle stable. Dans ce sens, Anzieu [6] insiste sur cette contenance physique et psychique qui aboutirait selon lui à une sorte de « moi peau » comparable à une enveloppe sécurisante. Nous pourrions alors penser que l’absence de cette enveloppe sécurisante serait traumatisante et rendrait M.B vulnérable à d’autres traumas.

Chez M.B, les premières expériences de vie au sein de la famille, l’organisation de celle-ci, les évènements de vie négatifs, les expériences problématiques de scolarité et le défaut d’apprentissage des règles sociales, auraient également un poids significatif sur la

construction de sa personnalité et sur le développement d'une pathologie psychiatrique. Une vaste bibliographie a été consacrée à l'impact des évènements de vie négatifs sur le développement ultérieur de troubles psychologiques. La manière de faire face au stress qui découle de ces événements de vie négatifs est déterminante dans le développement du sujet.

Des travaux de recherche portant sur l'adolescence montrent que l'existence de tels évènements peut entraîner divers problèmes d'ajustement psychologique tels que la consommation de substances psychoactives [16]. Ces traumas multiples et ce stress conduiraient notre patient à utiliser comme mécanisme de défense le niveau d'agir. A l'âge de 10 ans, il est question d'une consommation précoce de tabac et à 13 ans, une consommation de cannabis. De plus, cette faille au niveau de l'enveloppe sécurisante entraînerait une rupture de l'équilibre psychique-soma. Une prévalence du Moi corporel devient alors le réceptacle.

Selon Kahn [42], l'accumulation de ces traumas montre les limites de cette enveloppe corporelle obligeant l'individu à avoir recours à des conduites addictives pour évacuer le surplus de tensions. Nous pensons alors que ces conduites addictives font partie des moyens que M.B a trouvé pour se soulager et pour lutter contre un sentiment d'angoisse. Dans ce sens, une approche psychodynamique de la consommation de cannabis postule que l'origine de la dépendance à une substance est liée à l'angoisse ressentie lors de processus de séparation mal résolus [39]. Le sentiment d'angoisse serait à l'origine du recours à l'utilisation d'un produit externe. Ainsi la consommation de cannabis aurait joué le rôle d'un anesthésiant permettant à M.B de contenir cette angoisse de séparation et de soulager un état de tension et d'anxiété provoqué par une crise interne et par une incapacité à gérer les situations anxiogènes externes.

Cette angoisse de séparation présente chez M.B et les différents éléments de son enfance nous renvoient à sa structure borderline. Pour la plupart des auteurs, les traumatismes de la petite enfance sont responsables de ces états limites et auront pour conséquence des menaces contre l'intégrité narcissique [9 ; 10 ; 19 ; 41]. La biographie de M.B met en évidence des frustrations précoces telles que le divorce de ses parents et le défaut de maternage. Vers l'âge de 2 ans où le Moi se renforce avec la mise en place d'un Moi idéal, une autre séparation se produit, celle avec sa mère. Cette rupture pourrait avoir perturbé son développement libidinal, favorisant une fixation à ce stade. Bergeret [10 ; 51], rappelle que le traumatisme psychique à l'origine de l'état limite, se situerait aux alentours de cet âge. C'est

à dire dans une zone située après le stade anal I et avant le stade oedipien. M.B aurait donc un fonctionnement de type borderline.

Les conduites addictives chez le borderline traduirait une dépendance à l'objet [19 ; 43]. Dans ce type de relation anaclitique, l'autre est nécessaire car il permet au sujet limite de pallier un narcissisme défaillant. L'autre peut être une personne ou une substance. Ainsi, le cannabis jouerait ce rôle chez M.B. En ce sens, l'acte ne serait pas uniquement une simple décharge pulsionnelle mais pourrait être considéré aussi comme un acte de parole permettant une meilleure communication. Le passage à l'acte ne serait pas révélateur d'une faille dans la mentalisation mais représenterait « un message à entendre » : « Help, I need help... » [14].

Par ailleurs, le mode de fonctionnement de la mère interpelle. Elle est instable dans ses relations affectives et dans celle avec son fils, d'abord distante puis se rapproche de lui. L'attitude de la mère fait également penser à un fonctionnement borderline. Ne serait-ce pas ce qui justifierait le défaut de maternage ? Nous n'avons cependant pas été tentés de vérifier cette hypothèse, préférant nous concentrer sur M.B.

Le projet de voyage de M.B aurait joué le rôle du traumatisme désorganisateur tardif qui aurait réactivé le traumatisme de séparation de M.B entraînant ainsi sa décompensation sous le mode psychotique. Pour notre patient, l'épisode psychotique serait une échappatoire du réel. Le délire chez M.B serait plutôt une tentative de solution face à la résurgence d'un traumatisme primaire impensé, un essai de résolution auto-thérapeutique. Pour preuve, on cite le rôle joué par le détachement émotionnel quand M.B nous parlait de ses traumas infantiles.

A travers ce délire, M.B tenterait de situer en dehors de lui le débordement pulsionnel inhérent aux différents traumatismes primaires. La nature des thèmes délirants : grandeur, messianique, faire régner l'amour, la paix, assainir les mœurs, renforcer les règles morales, conforter ces hypothèses. En effet, nous retrouvons dans ces thèmes les éléments qui auraient manqué à M.B et qui auraient été à l'origine de ses infortunes. Dans ce sens, Freud [37] disait : « Ce que nous tenons pour la production de la maladie, la formation délirante, est en réalité la tentative de guérison, la reconstruction. ». Certains auteurs [1] ont conclu à « L'existence d'épisodes psychotiques transitoires déclenchés par des périodes de stress ». Selon Flemal [31], le délire ferait parti des moyens de dérivation d'un excès de l'accumulation pulsionnelle. Winnicot [71] relie cet état de surtension psychique à la possibilité de développer un accès psychotique. Il parle d'un état « d'agonie primitive » lié à un

débordement psychique impossible à assimiler subjectivement et à la menace d'une véritable mort psychique. Chez M.B, les idées de grandeur et de mission à accomplir, seraient le fait de l'idéalisat^{ion} primitive de soi. Ce mécanisme entraîne une surestimation de soi et refoule inconsciemment les sentiments hostiles par rapport à soi ce qui le valorise.

Dans le délire de M.B, nous remarquons que le rêve a joué un rôle de médiation vers le retour à la réalité. Le premier rêve lui a permis le report de la mission jusqu'à ses 40 ans et donc une mise à distance du délire messianique.

Le deuxième rêve dans lequel il a tué le cannabis, lui a permis de s'osier à penser le sevrage. Selon Cordesh [17], le rêve réactive la capacité de symboliser les émotions, les traces mnésiques anciennes, les « ingouvernables », le présymbolique et le préverbal. Le rêve a autorisé M.B à entrer dans un registre intime, une zone hors de la réalité. En effet, le rêve a constitué un pont qui a permis à M.B de trouver une solution qui le ramène à la réalité prenant ainsi conscience de son délire et permettant de le conquérir.

La critique a été progressive, renforcée par une psychothérapie au cours de laquelle nous avons eu une double attitude : d'abord pour déconstruire et vaincre les contre-charges qui s'opposent au retour du traumatisme et contenante en assurant les besoins du Moi notamment l'autoconservation. En parallèle, il aura fallu aussi mettre en exergue et renforcer la fonction maternelle fragile. Ainsi la mise à distance progressive du délire a pu s'effectuer selon un processus établi progressivement par M.B, fruit d'une déconstruction cohérente qui s'est faite à son rythme, entouré par la bienveillance de l'équipe et de la mère, et autorisée par les représentations culturelles.

OBSERVATION N°2

G.N est une femme de 42 ans, célibataire et sans enfant, couturière de profession.

Ses troubles ont débuté en 2007, après le décès de sa grand-mère. Ils étaient marqués par des troubles caractériels à type d'irritabilité, d'agressivité dirigée contre sa sœur et surtout sa mère ; et des idées de persécution envers ces dernières ayant engendré de multiples plaintes au niveau de la police. Elle a été hospitalisée au Centre Hospitalier National Psychiatrique de Thiaroye à trois reprises, en 2009, 2011 et 2013. Le diagnostic évoqué à

chaque hospitalisation était une psychose paranoïaque. Elle a été traitée par des neuroleptiques.

L'évolution en cours des hospitalisations a été défavorable marquée par le refus de la patiente de prendre ses médicaments ce qui était à l'origine d'un climat conflictuel avec l'équipe médicale. Cette relation a été irrégulière, ponctuée de multiples ruptures thérapeutiques, en marge de la persistance des troubles. Le frère de G.N serait suivi pour la même symptomatologie, dans la même structure.

G.N est la deuxième d'une fratrie utérine de 3 enfants. Son père faisait partie du corps diplomatique. Il est de religion musulmane. Sa mère est enseignante, de religion chrétienne et fille unique. Les parents de G.N étaient des cousins de troisième génération. Le grand-père maternel était dépositaire de l'autorité familiale. La mère de G.N nous a expliqué qu'il était influent et respecté par tous les membres de la famille. La mère de G.N nous disait qu'elle ne pouvait ni le contredire ni le désobéir. Après le mariage, le grand-père a exigé du couple qu'il s'installe chez lui.

Juste après la naissance de G.N, son père a été affecté en Mauritanie où il s'était installé, laissant sa femme et ses deux enfants dans la maison familiale. G.N a été sevrée de façon brutale à 18 mois car la mère a dû reprendre son travail pour subvenir aux besoins de sa famille, nous disait-elle. G.N a passé plus de temps avec sa grand-mère qui la gardait durant la journée. La mère de G.N nous a expliqué : « J'avais un emploi de temps assez chargé et je devais travailler pour subvenir à nos besoins surtout que mon mari était loin et l'argent qu'il nous envoyait ne suffisait pas. Ma mère prenait soin des enfants en mon absence et je reprenais mon rôle de mère dès que je rentrais à la maison ». G.N nous a rapporté qu'elle était très proche de sa grand-mère qu'elle considérait comme sa véritable mère et son amie. Le père de G.N avait demandé à sa femme de le rejoindre en Mauritanie avec ses enfants mais le grand-père s'y est opposé. Devant ce refus, le père de G.N est retourné à Dakar et s'est aussi installé dans la maison familiale. G.N avait alors 6 ans. Un an après, le couple a eu son troisième enfant, la benjamine de la famille.

G.N a été scolarisée à l'âge de six ans. Ses résultats scolaires étaient médiocres. Elle a étudié jusqu'à la classe de seconde puis elle a décidé d'arrêter. G.N nous a expliqué : « Ça ne m'intéressait plus, je ne voulais plus y aller, je n'étais pas une bonne élève à quoi bon continuer ». Quand nous avons demandé à G.N de décrire la réaction de ses parents face à

cette décision d'arrêter ses études elle nous a répondu : « Ma mère ne s'occupait pas de moi ni de mon sors, depuis la naissance de sa fille elle m'a laissé, elle n'avait en tête que son autre fille, elle ne se préoccupait que d'elle. Mon père était bien, je l'aimais bien mais il était débordé par son travail et par les problèmes que ma mère lui causait, il n'avait pas le temps ».

La relation entre les parents de G.N était sans conflit. Elle devenait problématique dès qu'on parlait de religion. Le père, musulman, a demandé à la mère de se convertir mais cette dernière a refusé. Cette discordance était à l'origine de multiples disputes et ils ont fini par divorcer. G.N avait alors 14 ans. Après le divorce, le père de G.N a quitté la maison familiale pour s'installer dans sa propre maison et il avait emmené G.N et son frère avec lui, laissant la fille cadette avec la mère. Quand nous avons demandé à G.N comment elle a vécu ce divorce elle nous a répondu : « C'était dur mais on n'a pas le choix, on est obligé d'être le père et la mère en même temps et de prendre soin de soi-même, de faire attention avant que les gens ne nous fassent du mal. On est livré à soi-même ».

Le père de G.N s'est remarié et a eu 6 autres enfants. La mère de G.N s'est également remariée mais a fini par divorcer à nouveau au bout de 2 ans. G.N nous disait : « Mon père n'était plus mon père depuis qu'il a quitté ma mère et s'est remarié mais au moins lui, il était équilibré et il pouvait prendre soin de sa famille. Ma mère n'était pas équilibrée, je pensais qu'elle allait rester avec son deuxième mari mais ce ne fut pas le cas. Il n'a pas pu la supporter non plus. Je ne la supporte pas, elle le sait, c'est pour cette raison qu'elle a gardé son autre fille et m'a donné avec mon frère à notre père ».

En nous parlant de la relation qu'elle entretenait avec ses parents elle nous disait : « Mon père est bien mais ma mère je ne la supporte pas. Vous imaginez ? Elle m'a sevré précocement. Cela est-il normal ? ». Lorsque sa mère venait lui rendre visite, elle devenait irritable et l'agressait verbalement. Elle dit aimer son père : « Mon père est bien. C'était mon ami, il m'a toujours soutenu, il me comprenait jusqu'à ce que je tombe malade. Ma mère, je ne l'aime pas. Elle est méchante, elle ne me comprend pas. Elle est injuste et est toujours du côté de ma sœur pourtant je suis sa fille ainée, sa première fille. Elle l'a toujours préférée et protégée. Depuis qu'elle est née je n'existaient plus à ses yeux, des fois je me demande si elle est vraiment ma mère. Elle ne sait pas ce que c'est l'affection. Elle est mauvaise. La preuve elle ne peut pas garder un mari ». G.N nous disait aussi que sa mère l'avait souvent frappée, fait nié par la mère. Cette dernière nous a rapporté : « Elle a toujours été agressive envers moi et me disait tout le temps que je préférerais sa sœur ».

A l'âge de 16 ans, G.N avait été atteinte d'une maladie infectieuse qui a nécessité une hospitalisation. Dès lors, le père ne voulait plus la garder et l'a confié, elle et son frère, à leur oncle paternel. G.N a alors contacté sa mère et lui a demandé de l'accueillir chez elle avec son frère. La mère nous a rapporté : « Leur père ne voulait plus d'eux, il avait sa nouvelle famille, ses nouveaux enfants, c'est à ce moment qu'elle s'est rendue compte que son père n'était pas l'homme idéal qu'elle croyait et que finalement je n'étais pas la mauvaise mère qu'elle croyait que j'étais ». G.N nous disait : « C'est un lâche, dès que je suis tombée malade il m'a tourné le dos ». Ainsi G.N est retournée dans la maison familiale pour y vivre avec sa mère, sa sœur, son frère et ses grands-parents. Elle n'avait plus repris contact avec son père.

A l'âge de 18 ans, elle a commencé une formation en couture et deux ans après elle a eu son diplôme. Elle a travaillé par intermittence comme couturière dans la maison familiale mais n'a jamais eu de travail stable. Elle a eu sa première relation amoureuse à l'âge de 20 ans et elle a eu sa première relation sexuelle avec ce premier copain. G.N nous disait : « J'ai aimé mon premier copain, mais j'ai dû voyager et la relation n'a pas résisté à la distance. Comment voulez-vous que la relation résiste si votre mère et votre sœur disent du mal de vous et lui conseille de vous laisser pour son bien ». Par la suite, G.N a enchaîné les relations amoureuses qui ne duraient pas longtemps. La mère nous a rapporté : « Le problème a toujours été son comportement. Elle est rebelle et manipulatrice. Les relations avec les amis étaient de courte durée. Lorsqu'elle n'est pas avec quelqu'un elle l'admiré mais dès qu'elle vit avec lui elle le quitte ». G.N, quant à elle nous disait : « A chaque fois que je connaissais quelqu'un de bien, ma sœur jalouse, lui racontait des mauvaises choses sur moi et lui conseillait de s'éloigner, et celle-là (en désignant la mère du doigt) confirmait ses dires, c'est normal que l'homme ne reste pas ».

La relation de G.N avec sa mère et sa sœur était conflictuelle et tendue. G.N trouvait refuge auprès de sa grand-mère maternelle avec qui elle était proche et qu'elle considérait comme son amie, voire sa mère. G.N était jalouse de sa sœur ; cette dernière avait fait une formation en coiffure et dès l'obtention de son diplôme, la mère a transformé le garage de la maison en salon de coiffure. Cette initiative n'avait pas plus à G.N qui s'est mise à semer le trouble dans le salon et à raconter des méchancetés sur sa sœur auprès de ses clientes. La sœur nous a rapporté : « Elle faisait peur à mes clientes, elle faisait tout pour les faire fuir, pourtant si je ne travaillais pas elle n'aurait même pas de quoi manger ». Quand on a demandé à la sœur la nature de sa relation avec G.N elle nous a répondu : « Elle ne m'aime

pas, elle m'a toujours accusé de lui avoir pourri la vie, elle me disait que je lui avais tout pris, sa mère, sa place de première fille, que j'étais devenue la préférée. Pourtant, c'est n'est qu'à cause de son comportement qu'on la laisse ».

La grand-mère est décédée en 2007, G.N avait alors 34 ans. A la suite de cela, la relation entre G.N et le couple mère-sœur s'est d'avantage détériorée. La grand-mère apaisait les conflits entre G.N, sa mère et sa sœur leur permettant d'avoir un minimum de relation et de cohabiter dans la maison. G.N avait commencé à réagir de façon différente aux situations conflictuelles depuis le décès de sa grand-mère. Elle a même porté plusieurs plaintes contre sa mère pour maltraitance et violence physique et contre sa sœur pour vol de ses affaires et complot contre sa personne. Depuis, G.N a multiplié les revendications et les recours à la justice. A la suite de la nième plainte la police a suggéré à la mère de l'hospitaliser. Ainsi, ce fût la première en 2009.

La mère de G.N la décrit comme tête, capricieuse, irritable. Elle est aussi décrite comme impolie et intolérante à la frustration. Elle ajoute qu'elle est instable et a du mal à s'intégrer ; ses relations amoureuses sont très éphémères. La mère nous a également rapporté que G.N se plaignait souvent de maux de tête, de douleurs aux ventres, aux genoux, au dos et à la cheville.

La dernière hospitalisation était survenue en septembre 2014. Les motifs étaient une rupture thérapeutique, une agressivité physique et verbale et une insomnie. Cet épisode évoluerait depuis deux mois et de façon progressive. La mère a rapporté que G.N avait arrêté de prendre ses médicaments. Elle était de plus en plus agressive envers elle et sa sœur. Ses propos étaient centrés sur le complot et la persécution. Elle a accusé sa mère et sa sœur de comploter contre elle, de lui voler ses affaires et son argent, et de vouloir la rendre folle. Elle accusait également le médecin qui l'avait suivie lors de sa dernière hospitalisation à Thiaroye d'être le complice de sa mère et de sa sœur, et qu'il voulait aussi la rendre folle. G.N nous a dit qu'elle a porté plainte contre ce médecin et que sa requête était devant le juge. Cette agressivité verbale s'est même dirigée contre un voisin que G.N avait traité de toxicomane, insulté et accusé d'être l'amant de sa sœur et qu'il l'aidait à lui voler ses affaires. Ce dernier l'avait agressé lui occasionnant des coups et blessures nécessitant une hospitalisation en service de traumatologie. A sa sortie, G.N a porté plainte contre son agresseur et n'arrêtait pas de réclamer justice. L'agresseur avait quitté le quartier et on ne l'avait pas retrouvé. Il était réapparu deux jours avant cette hospitalisation. Depuis elle ne dormait plus et ne cessait

de réclamer qu'on l'arrête et que justice soit faite. Elle était de plus en plus agressive envers la mère et l'accusait de lui vouloir du mal.

Le contact avec G.N était bon au début malgré une mimique qui était colérique. Par la suite, ce contact était devenu difficile. Elle était devenue irritable et agressive surtout quand elle parlait de sa mère et sa sœur. Elle parlait à voix haute et le discours était caustique à leur égard. Elle nous disait : « Je sais que ma mère ne m'a jamais aimé, elle a toujours préféré ma sœur. Elles sont complices toutes les deux, ce sont elles qui m'ont amené ici pour me rendre folle ». La mère nous a rapporté une insomnie totale bien supportée ainsi qu'une restriction alimentaire. G.N nous expliquait : « Elle me mettait des choses dans la nourriture, notamment des médicaments pour me rendre folle. Elle me donne toujours à manger seule, pourquoi ? Parce qu'elle sait qu'elle a mis quelque chose dans ma nourriture ».

Nous avons noté des troubles de la pensée à type d'idées de persécution et de revendication de justice. G.N nous disait : « Ma mère et ma sœur veulent me rendre folle mais je ne vais pas me laisser faire. Ma sœur me vole mes affaires, mes vêtements, mon téléphone, elle veut me rendre folle. Elle prend mes affaires et les cachent pour que, quand je les recherche et que je ne les retrouve pas elle dit que je suis folle et que je n'ai plus toute ma tête. Elles veulent que, quand elles me disent G.N tu es folle, je me taise et j'accepte mais je ne vais pas me laisser faire. Ma mère me maltraite, elle me frappe et est agressive avec moi. Elle me traite de folle ». G.N nous a rapporté également : « Elles ne veulent pas que je sois heureuse, à chaque fois que quelqu'un me drague, elles lui disent du mal de moi et que je suis folle. Le voisin qui m'a agressé est leur complice. C'est le copain de ma sœur. Ce sont elles qui l'ont envoyé pour me frapper. Le médecin de Thiaroye est leur complice, elles l'ont soudoyé pour les servir. Il les aide pour me détruire et détruire ma vie ». Elle rajoutait : « J'ai un dossier au tribunal contre ma sœur, ma mère et le médecin. Tout ce qu'ils veulent c'est me détruire la vie, il faut que justice soit faite. Le voisin qui m'a agressé doit être puni, je ne serai tranquille que quand il sera emprisonné. Ils veulent mes affaires et mes biens, ils veulent me rendre folle. Dès que je sors je vais leur rendre la pareille ».

Le diagnostic de psychose paranoïaque avait été posé.

G.N a bénéficié d'un traitement à base de neuroleptiques et d'une psychothérapie.

Au cours de son hospitalisation, G.N n'était pas coopérante au début, elle accusait les médecins d'être les complices de sa mère et sa sœur et refusait de prendre les médicaments.

Au septième jour d'hospitalisation, la relation thérapeutique s'est améliorée, G.N a accepté de prendre les médicaments, cependant elle se plaignait sans cesse d'ennui. Elle venait tout le temps dans le bureau des médecins pour réclamer la sortie. Elle nous expliquait : « Il faut me laisser sortir, ma sœur va prendre mes affaires et mon argent, je dois les récupérer ». Quand les médecins refusaient sa requête, G.N devenait irritable, les accusait de faire partie du complot et refusait temporairement de leur adresser la parole. Cette évolution a été également marquée par une désinhibition et un relâchement des censures morales ; G.N réclamait des relations sexuelles et faisait des demandes directes au seul médecin homme de la division.

Au treizième jour, G.N avait fugué de l'hôpital le matin pour y revenir l'après-midi. Elle nous expliquait : « J'étais partie chercher mes affaires puisque ma mère ne m'apporte rien et avant que ma sœur ne les vole ».

Au dix-huitième jour, G.N était venue voir les médecins avec le regard fixé au plafond et un tremblement des mains ; elle disait qu'on l'a empoisonné et qu'on avait mis des médicaments dans sa nourriture. Ces symptômes ont disparu quand les médecins l'ont rassuré.

Des entretiens ont été réalisés avec la sœur et la mère en présence de G.N. Au cours de ces entretiens, G.N était irritable envers elles, démentait tout ce qu'elles disaient et les accusaient de vouloir la rendre folle. Souvent, G.N quittait le bureau des médecins pendant l'entretien. Des séances de psychothérapie individuelle ont été également entreprises avec G.N, mais cette dernière mettait rapidement fin aux séances par ennui ou par contrariété. La sortie a été décidée au bout d'un mois d'hospitalisation. Le suivi en ambulatoire n'a pas pu être fait. G.N n'était plus revenue.

Nous avons appris par la suite qu'elle a été de nouveau hospitalisée au centre de santé mentale Dalal Xel de Thiès où elle est restée un mois. A sa sortie, un personnel de l'hôpital l'avait croisé pendant qu'elle disait vouloir se rendre à la police pour émettre une nouvelle plainte. Elle disait qu'elle allait même y inclure une plainte contre notre équipe soignante. G.N a été hospitalisée en fin 2015 pour tentative de suicide. Elle avait donné notre nom au

réanimateur qui avait ainsi pris contact téléphonique, nous faisant part de son geste. Cependant, il se posait aussi le choix d'orientation vers notre structure ou vers Dalal Xel. Ce fut notre dernier contact avec G.N.

COMMENTAIRES N°2

La biographie de G.N nous a dévoilé un ensemble de traumatismes précoces en rapport avec un sevrage, une séparation précoce avec sa mère et une importante carence affective.

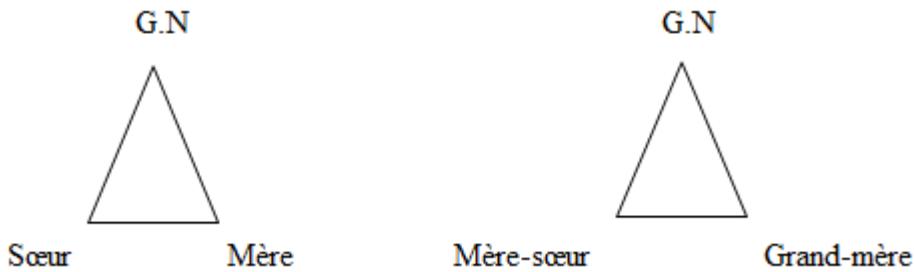
G.N présentait une symptomatologie polymorphe faite d'éléments psychotiques, de manifestations thymiques telles que la dysphorie « mauvaise humeur », une agressivité verbale, des passages à l'acte auto-agressif, une angoisse ; le tout symbolisé par une quête insatiable d'une justice violée.

L'angoisse était permanente et se manifestait par l'ennui difficilement géré, le sentiment de solitude, les moments d'irritabilité, les « crises de colère ». Elle signe la crainte d'un abandon [9 ; 19]. Ces éléments sont en faveur d'une personnalité limite.

L'histoire de G.N met en évidence des situations frustrantes. Juste après sa naissance, il y a eu séparation avec le père qui part en mission. Vers l'âge de 2 ans où le Moi se renforce avec la mise en place d'un Moi idéal, une autre séparation se produit, celle avec sa mère qui l'a sevrée et confiée. Cette rupture aurait perturbé son développement libidinal. En ce sens Bergeret [10 ; 51], rappelle que le traumatisme psychique à l'origine de l'état limite, se situerait aux alentours de cet âge. Le sevrage précoce et le confiage seraient vécus comme une faillite du mandat maternel.

Chez G.N, le clivage apparaît comme le principal mécanisme de défense. En effet, elle sépare ses parents en mauvais objet, la mère et en bon objet, le père. Ceci justifierait son agressivité essentiellement dirigée contre sa mère. Elle opère également un clivage entre elle et les autres, notamment sa mère et sa sœur. Ainsi, les idées de persécution avec comme persécuteurs désignés sa mère et sa sœur le témoignent.

La biographie de G.N nous montre également qu'elle était au milieu d'une double triangulation : la première constituée par la mère, la sœur et G.N au sommet. La fratrie prend une part active au jeu disconfirmateur dans cette triangulation. La deuxième est constituée par le couple mère-sœur, la grand-mère et G.N au sommet.



La première disconfirmation triangulaire comporte un aspect de comparaison offensive : celui qui en souffre (G.N) a à côté d'elle quelqu'un (la sœur) qui jouit de l'attention et de l'intérêt de la part de la mère que G.N serait également en droit d'attendre. Bien qu'il s'agisse d'une situation dure et persistante qui, une fois instaurée, parait être une fatalité difficile à éviter, elle est aussi en tant que phénomène communicationnel, susceptible d'être altérée et interrompue si quelqu'un de signifiant refuse de collaborer ou la dénonce de manière cohérente [44]. Dans le cas de G.N, autant la mère que la sœur a participé à maintenir cette disconfirmation. La mère en étant plus proche de la sœur, en lui permettant de réaliser son propre projet professionnel à la maison, et la sœur qui avait peu de relations avec G.N malgré le peu de différence d'âge. G.N et sa sœur se montraient dévouées au développement des rôles de « la sœur qui réussit » et de « la sœur problématique » qu'on leur avait assignée et qu'elles avaient progressivement assumés. Cette première disconfirmation expliquerait le sentiment de mésestime de soi dont souffrait G.N.

Bowen [13] revendiquait la nécessité de trois générations pour produire une psychose. Selvini [65] quant à elle, a mis en évidence l'importance des jeux relationnels dans la famille élargie. Elle considère comme typique la situation où une grand-mère, comme dans le cas de G.N, occupe une fonction qui interfère avec la parentalité exercée par les géniteurs. Pour G.N, la grand-mère veillait comme une bonne mère la gâtant à maintes reprises et la protégeant contre le couple mère-sœur. Elle jouait le rôle de tampon entre G.N et sa mère et sa sœur permettant d'apaiser les conflits. Après le décès de cette dernière, G.N a tenté tant bien que mal de trouver une figure substitutive. Les multiples plaintes traduirait un besoin de trouver de la compassion auprès d'un objet symboliquement fort. Malheureusement, elle

n'a pas réussi à cette entreprise ; la police, la justice et l'hôpital n'avaient pas répondu à ses attentes.

La réalité psychique de G.N était insoutenable, marquée par des envahissements pulsionnelles multiples. Elle aurait exprimé ces tensions cumulées depuis son enfance par la multitude de plaintes somatiques : algies diffuses, maladie infectieuse, douleurs articulaires. Ces maladies psychosomatiques seraient le résultat de l'échec des mécanismes de défense laissant la tension psychique s'écouler directement dans le corps qui devient l'entonnoir.

Par ailleurs, le sujet limite dans sa relation de dépendance à l'objet, a besoin de l'autre pour exister, tout en étant bien séparé et distinct de lui. Dans cette relation, l'autre est d'abord idéalisé puis dévalorisé lorsqu'il n'est plus source de gratifications. Ce qui aboutit à une instabilité relationnelle [19 ; 22 ; 53]. Il paraît que G.N est dans cette relation de dépendance à l'objet. Pour tenter de combler le vide laissé par la mère, elle va d'abord idéaliser son père qui était aimé et considéré comme un ami, puis dès que ce dernier a cessé d'être présent pour elle, elle l'a dénigré. L'agressivité de G.N, source de difficultés d'insertion socio-familiale, serait un moyen pour elle d'exprimer sa souffrance.

Les données de l'anamnèse et de sa biographie mettent en évidence plusieurs situations d'abandon et de séparation : le départ du père à sa naissance, le sevrage précoce, une mère affectivement absente, le confiage à la grand-mère, le divorce des parents, la séparation avec la mère, l'abandon du père depuis sa maladie, le décès de la grand-mère. Ces évènements seraient des facteurs déstabilisateurs d'un équilibre apparemment précaire.

Selon Bergeret [51], le traumatisme désorganisateur précoce passe le plus souvent inaperçu et n'est que rarement évoqué par le patient dans son anamnèse. La problématique du manque affectif est évidente chez G.N et engendre une souffrance. Cette carence et les efforts de G.N pour y remédier peuvent être mis en lien avec une blessure narcissique et des tentatives pour réparer un Moi narcissiquement fragile. Pour cela, elle va s'investir dans des relations, idéalisant les personnes ou les situations, leur attribuant des mérites, des qualités bonnes. C'était le cas avec son père puis avec son copain. Ces situations la valorisent et sont indispensables pour la structuration de son Moi. Grâce à l'identification projective, elle rejette tout affect difficile vers l'extérieur. Les autres notamment sa mère et sa sœur apparaissent alors comme étant des mauvais, des personnes jalouses d'elle.

L'instabilité marque la vie affective et relationnelle de G.N. Cette instabilité nous renvoie à ses angoisses d'abandon. Selon Winnicott [53], les traumatismes primaires restent inscrits dans l'inconscient et le sujet construit une organisation défensive. Ainsi, le fait qu'elle se crée des histoires peut être vu comme une tentative de reconstruction, de réparation d'une certaine blessure narcissique. De même, les épisodes psychotiques confronteraient le sujet à une expérience archaïque douloureuse qu'il n'a pu jusqu'alors élaborer. Ils auraient un effet libératoire. Le délire développé par G.N lui permettrait donc, de verbaliser cette expérience douloureuse. Cette souffrance serait rattachée à la carence affective et le sentiment de rejet, comme le témoigne son discours. La problématique du maternage est toujours exprimée au cours de ses épisodes délirants.

Pour pouvoir supporter sa réalité, G.N utilise des opérations défensives telles que le clivage et la projection. En effet, elle opère une séparation entre elle et certains objets, qui apparaissent comme le mauvais, elle étant le bon. Ainsi, ses affects néfastes sont projetés sur l'autre qui devient alors persécuteur. Cet autre, est essentiellement sa mère et sœur d'abord, puis tous les autres objets qui n'auraient pas satisfaits à l'alliance attendue.

La symptomatologie délirante chez G.N est essentiellement d'expression paranoïaque. G.N avait une tendance à l'interprétation et à la projection, rendant les autres responsables de sa souffrance, surtout sa mère. Le délire serait l'expression d'un désir inconscient. Le délire permet d'extérioriser les angoisses insupportables et ce, grâce aux mécanismes projectifs. Chez l'état limite, les expériences psychotiques persécutrices résulteraient du traitement dichotomique des informations en « tout bon ou tout mauvais », et ceci grâce au clivage [19 ; 51]. Par les mécanismes tels que le clivage, le déni et la projection, les mauvais objets apparaissent donc comme des persécuteurs. Les tableaux psychotiques en sont les manifestations cliniques. Ils permettent au sujet de mieux tolérer sa souffrance. Cette souffrance pourrait être mise en lien avec certains évènements de son histoire personnelle. La fixation de G.N sur ces évènements, valident leur caractère traumatisant. Le délire représenterait dès lors un moyen de défense et d'extériorisation de la souffrance psychique pour G.N, une tentative de cicatrisation des blessures intérieures.

OBSERVATION N°3

M.D est une femme de 44 ans, mariée, mère de cinq enfants, standardiste de profession.

Elle a été hospitalisée pour la première fois en 2010 à la clinique psychiatrique Moussa Diop du CHNU de Fann, suite au décès de son mari. Le diagnostic de bouffée délirante aigue a été retenu. Elle a été mise sous neuroleptiques. L'observance thérapeutique a été mauvaise et les intervalles libres étaient de bonne qualité. La deuxième hospitalisation, survenue en 2012, avait fait évoquer le diagnostic d'une manie délirante. Elle avait bénéficié d'un traitement à base de neuroleptiques et de thymorégulateurs. L'évolution a été favorable avec une bonne observance thérapeutique et des intervalles libres de bonne qualité. Le suivi en ambulatoire a été irrégulier par défaut de moyens financiers. Depuis son enfance, elle a rapporté une prise quasi continue d'antalgiques, notamment du paracétamol pour des algies diffuses essentiellement cervicales, abdominales et articulaires et pour lesquelles les examens somatiques étaient à chaque fois sans particularités. Cette tendance s'est accentuée à l'âge adulte, soutenue par une automédication.

M.D est née en 1971. Elle est la cinquième d'une fratrie utérine de neuf enfants. Elle est issue d'une famille bigame, sa mère était la première épouse. Elle a vécu son enfance avec ses parents, son frère et ses sœurs dans la maison familiale. La mère de M.D était une femme dure, de fort caractère et de fort charisme. Quand elle venait rendre visite à M.D pendant son hospitalisation, nous avons remarqué une femme forte, toujours assise avec assurance, la tête haute et qui nous parlait de façon détachée. Le père de M.D était absent pendant l'hospitalisation.

M.D a été scolarisée à l'âge de 6 ans. Son parcours scolaire a été marqué par un échec en deuxième année des cours moyens que sa mère a expliqué en ces termes : « Elle n'a jamais été une bonne élève, elle n'aimait pas l'école, elle aimait plutôt faire les tâches ménagères, même quand ce n'était pas son tour et que c'était à l'une de ses sœurs de s'en occuper, elle les faisait tout le temps à leurs places ». M.D, au contraire, imputait cet échec aux mauvaises conditions imposées par sa mère. Elle nous rapportait : « Ma mère me faisait travailler comme un bourreau à la maison, c'était à moi de tout faire, elle cajolait mes autres sœurs mais moi, je devais m'occuper de la maison, je n'avais pas le temps pour étudier ».

Elle a eu son brevet de fin d'études moyennes à l'âge de 19 ans puis a décidé d'arrêter les études et de suivre une formation de secrétariat. M.D nous a expliqué : « J'ai toujours voulu être secrétaire, c'est un métier qui m'a toujours passionné, c'était mon métier. Je suis faite pour ça ». La durée de la formation était de deux ans mais M.D n'a fait qu'une année. Elle a arrêté dès qu'elle a trouvé un poste de travail dans une agence de voyage. Elle nous disait : « Le travail allait m'ouvrir des portes pour connaître d'autres gens, pour sortir de la maison. Ma mère était stricte avec moi, je ne pouvais pas sortir librement ni voir qui je veux. Quand j'ai commencé le travail j'étais devenue libre ».

En parlant de sa relation avec ses parents, M.D nous a rapporté : « J'ai toujours été proche de mon père, c'est l'homme idéale pour moi. Mon père est une personne bien, un homme sage, sécurisant. J'ai toujours été sa préférée parce que j'étais très serviable, je faisais tout dans la maison. Il me cajolait et était très affectif avec moi. Nous étions liés comme par un aimant, on ne pouvait pas nous détacher l'un de l'autre. Ma mère était jalouse de notre relation, elle aurait voulu que je sois proche d'elle comme le sont mes autres sœurs, mais je ne pouvais pas accepter. C'est mon père qui s'occupait de nous, qui nous apportait à manger, qui assurait nos besoins, c'est à lui que nous devons exprimer notre gratitude ».

Sa relation avec sa mère a toujours été tendue, nous a expliqué M.D. Elle nous disait : « Ma mère était dure avec moi, plus qu'avec mes autres sœurs. Elle n'aimait pas que je sois proche de mon père. Elle me faisait trop travailler à la maison. A chaque fois que quelque chose est perdue dans la maison, elle m'accusait de l'avoir volé. Elle disait à mes sœurs que j'étais une voleuse ». Devant cette attitude de la mère, M.D nous a expliqué que son père ne la défendait pas et restait toujours neutre préférant les laisser gérer la situation.

M.D s'est mariée à l'âge de 24 ans. Son mari était son professeur de statistique au cours de la formation qu'elle a suivie. Il était son aîné de 5 ans. M.D nous a rapporté qu'elle a vécu une véritable histoire d'amour avec lui qui a abouti au mariage au bout d'un an malgré l'opposition des deux familles. « Ma belle-mère aurait voulu qu'il épouse sa cousine », nous disait M.D, « mais lui, il ne voulait que moi ». Ma belle-famille ne m'a jamais acceptée et m'a toujours rejetée parce que je n'étais pas de la même ethnique qu'elle (Bambara versus Wolof). Elle nous a également expliqué : « Ma mère n'a pas accepté le mariage non plus, elle me disait que j'étais une ratée. Mes sœurs, chacune a épousé un "toubab"⁶ et se sont installées à l'étranger, une en Belgique, l'autre au Canada et la troisième en France. Même mon frère

⁶ Mot utilisé en Afrique de l'Ouest, pour désigner toute personne à peau blanche.

aîné est parti à Madagascar. J'étais la seule qui est restée à Dakar. Ma mère me comparait toujours à elles et me disait que je n'aurais jamais la même vie qu'elles si j'épousais un Sénégalais. Mais moi je ne l'écoutais pas, j'aimais mon mari ».

Quand nous avons demandé à M.D la position de son père par rapport à son mariage, elle nous a répondu : « Mon père était content pour moi, il voyait très bien que j'aimais mon mari. Ce qui lui importait c'était que je sois heureuse. Il n'était pas comme ma mère, il n'aimait pas les apparences. Ma mère était très proche de mes sœurs et de leurs maris "blancs", c'était notre souffre-douleur ».

Juste après son mariage en 1995, M.D a rejoint son mari à Saint-Louis⁷ où le couple a loué un appartement. Elle a eu son premier enfant en 1997 et ses quatre autres enfants en 1999, 2002, 2004 et en 2006. Elle nous a dit que toutes ses grossesses s'étaient bien déroulées. Son mari était toujours à son chevet et prenait soin d'elle.

Le père de M.D s'est remariée deux ans après qu'elle ait quitté la maison, elle nous expliquait : « Il n'y avait plus personne pour s'occuper de lui, ma mère n'a jamais été proche de lui, on lui donnait à manger dans son coin, on le délaissait et je n'étais plus là, c'est normal qu'il aille chercher ailleurs ».

En parlant de sa relation avec son mari, M.D nous disait : « C'était le meilleur mari du monde, c'était quelqu'un d'exceptionnel, il n'y avait pas deux comme lui. Il était aimant, toujours souriant. Je me sentais en sécurité avec lui, je me reposais sur lui, on était fusionnel, une seule âme dans deux corps. On avait nos petites disputes sur les dépenses et l'argent qui ne suffisait pas mais jamais rien de grave. Je demandais de l'aide financière à mon père et à mon frère quand j'en avais besoin. A chaque fois qu'on se disputait, je faisais les courses et je lui préparais les plats qu'il aimait. Je le faisais rigoler et on oubliait la dispute. Je n'avais pas de soucis quand il était à mes côtés. Il me rappelait mon père. Je me cachais derrière lui et il me protégeait. Je me consacrais entièrement à lui et à mes enfants. J'ai arrêté le travail et je suis restée à la maison. Ma belle-mère ne m'a jamais aimée et a toujours essayé de me provoquer pour créer les problèmes mais je me pliais à ses volontés et je me laissais faire par respect pour mon mari et pour ne pas le déranger ».

⁷ Saint Louis : une des plus grandes villes de Dakar se trouve à l'embouchure du fleuve Sénégal, à 264 km au nord de la capitale du pays, Dakar, près de la frontière avec la Mauritanie.

En 2009, son mari est tombé gravement malade. M.D nous a décrit les circonstances de la maladie : « Le médecin lui avait dit qu'il avait un cancer hépatocellulaire. On l'a découvert trop tard pourtant il a toujours consulté des médecins mais aucun ne lui avait dit cela auparavant. Au début, il m'avait caché ce que le médecin lui avait révélé. Il était brave, courageux, il ne montrait jamais sa maladie. Mais je voyais quand même qu'il était souvent fatigué, alors j'ai demandé à un ami qui était proche du médecin de se renseigner et c'est en ce moment que j'ai su ». Par rapport au vécu de la maladie de son mari M.D nous a dit en pleurs : « J'avais toujours l'espoir qu'il allait se relever, je n'avais envisagé à aucun moment qu'il pouvait disparaître un jour et me laisser ».

Le mari de M.D est décédé à la fin de la même année après six mois de lutte. La mère de M.D nous a expliqué : « Elle n'avait pas accepté sa mort, elle disait à tout le monde de se calmer et qu'il va se relever et aller mieux et elle répétait sans cesse qu'il était là, qu'elle lui parlait et qu'elle était toujours mariée. Ceci a duré plusieurs mois après le décès ce qui nous a amené à l'hospitaliser pour la première fois ». M.D nous a rapporté : « C'était difficile, soudainement je me suis retrouvée sans ma moitié. Je me suis sentie comme nue. J'avais cinq enfants à ma charge. C'était un poids que je devais désormais porter seule. Ma belle-famille m'avait accusé d'avoir aggravé la maladie de mon mari parce que j'avais refusé de le ramener à Dakar quand il était malade. Je n'avais aucune aide. Si mon père et mon frère n'étaient pas là je ne sais pas comment j'allais m'en sortir ».

Après sa sortie de l'hôpital en 2010, M.D est revenue à Dakar avec ses enfants pour s'installer dans la maison familiale, composée de son père et de ses deux épouses. Elle a repris son travail et s'est occupée de ses enfants jusqu'à sa deuxième rechute et son hospitalisation en 2012. Elle nous a expliqué : « Je n'avais pas assez d'argent pour acheter les médicaments, j'avais un choix à faire, nourrir mes enfants ou acheter les médicaments, j'ai choisi mes enfants ». Après sa sortie, elle a recommencé à travailler.

M.D s'est remariée en juin 2014 et est à nouveau repartie à Saint Louis avec son mari. Elle s'est installée dans la maison que le premier mari lui avait laissée. Le deuxième vivait dans sa maison avec ses deux premières femmes et venait voir M.D tous les jours sans y passer la nuit. Elle disait avoir connu son mari sur la route en allant au travail. Ce dernier était déjà marié avec deux femmes et avait cinq enfants. M.D nous disait : « Je voulais que mes enfants aient un papa, qu'à Noël ils aient des cadeaux. Je pensais que cet homme serait comme mon défunt mari et qu'il allait me soulager un peu du fardeau de la vie ». Elle nous a

rapporté qu'elle était déçue et qu'elle regrettait le mariage. Elle nous disait : « Il était farfelu, avare. Il ne nous donnait pas à manger. Il disait qu'il n'avait pas d'argent mais pourtant il rentrait à chaque fois avec un sac de nourriture et mes enfants regardaient. Ils avaient faim mais il ne leur donnait rien. Je m'étais trompée, ce n'était pas lui l'homme que je voulais ». Sept mois après ce mariage, M.D a présenté les symptômes qui ont motivé sa troisième hospitalisation.

La mère de M.D la décrit comme une personne irritable, intolérante à la frustration. Elle n'aime pas qu'on la contrarie. Elle est très active. Elle nous disait également qu'elle manque d'ambition, contrairement à ses sœurs qui ont réussi à avoir des maris "toubab" et dont elle était fière.

M.D a été hospitalisée en janvier 2015, moment de notre rencontre. Les motifs étaient à type d'agitation psychomotrice, d'agressivité physique et verbale, de propos incohérents et d'insomnie. Ces troubles remonterait à une semaine avant l'hospitalisation. M.D ne restait plus sur place, elle bougeait sans cesse dans la maison. Elle a jeté une chaise contre sa mère quand elle avait tenté de la calmer. M.D insultait également tout le monde dès qu'on la contrariait. Elle disait être l'épouse d'un homme important, un cadre supérieur dans la banque d'habitat du Sénégal, en même temps son cousin. La mère nous a rapporté également qu'elle disait être enceinte et que son mari refusait de s'engager. M.D chantait, dansait dans la maison. Sa mère nous rapportait qu'elle avait fait beaucoup de dépenses inutiles et qu'elle avait distribué beaucoup de chèques en réponse à des sollicitations. Le tout dans un contexte d'insomnie totale.

Au cours de l'examen, le contact avec M.D était familier, elle nous saluait en souriant, puis nous proposait le thé. A la fin de chaque entretien, M.D nous faisait promettre de revenir la voir pour parler et boire le thé. Elle était ludique avec un sentiment de bien-être. Elle nous disait : « Je suis en pleine forme 17/20, je suis dans un monde à part ». Le discours était logorrhéique centré sur son mariage avec ledit cousin. M.D était exaltée et toujours souriante.

Nous avons noté des troubles perceptifs à type d'hallucinations auditives. Elle nous disait : « J'entends comme un bourdonnement dans les oreilles puis on me donne des ordres, on me demande d'ouvrir la porte puis de la fermer ». Elle rajoutait : « J'entends la voix de mon futur mari qui me demandait pardon, je l'ai menacé parce qu'il avait peur de s'engager vu mon état de grossesse ». M.D avait des idées délirantes érotomaniaques. Elle nous

disait : « Le voisin d'en face est amoureux de moi. J'étais sur ma terrasse, je l'ai vu assis dans son balcon, il était calme, serein, il était veuf comme moi, c'est quelqu'un d'important vous savez, c'est le ministre de l'enseignement supérieur. Il m'aime beaucoup ». Nous avons demandé à M.D si l'homme en question l'avait abordé, elle nous a répondu : « Il a peur de s'engager vu sa position et vu mon état de grossesse, mais il me regardait tout le temps, me souriait, ses yeux disaient ce qu'il ne pouvait pas verbaliser. Les familles sont en train de faire les démarches. C'est lui mon futur époux. Je n'aurai pas de soucis avec lui ».

Nous avons également noté des idées délirantes de grossesse. M.D disait : « Je suis enceinte, je dois retourner à Saint Louis pour ma deuxième échographie ». A notre question sur l'identité du père, elle nous a répondu : « C'est mon cousin avec qui je suis actuellement mariée. Il est cadre supérieur dans la banque de l'habitat de Sénégal. Il ne peut rien dire pour le moment, il veut garder la surprise pour la famille. J'ai délégué auprès de sa mère une copine à moi, dans l'intention de rendre publique notre union. Elle m'avait répondu que ça serait fait dans une semaine ». M.D nous rapportait également que ses cousines, les sœurs du mari en question, venaient lui rendre visite à l'hôpital pour lui parler des préparatifs. Les cousines ont nié tout ce qui a été rapporté par M.D.

Le diagnostic retenu était une manie délirante.

M.D a bénéficié d'un traitement à base de neuroleptiques et de thymorégulateurs. Un bilan sanguin a été fait et a éliminé la grossesse.

L'évolution a été marquée par une amélioration de la symptomatologie délirante.

Au quinzième jour d'hospitalisation, M.D a critiqué son délire, elle nous disait : « Non je ne suis pas mariée à mon cousin, il n'y a jamais eu de projet de mariage entre nous. Je n'ai jamais vu le ministre à part peut-être à la télé. C'est mon mari et mon mariage actuel qui sont la cause de ma maladie. Je ne pouvais plus supporter ni contenir la souffrance qu'il m'infligeait à moi et à mes enfants. Je croyais avoir fait le bon choix mais je m'étais trompée. Mais je vais en finir avec ce mariage et me trouver un autre homme, un vrai qui me protègera moi et mes enfants ». Le contact familial et l'humeur exaltée ont persisté durant l'hospitalisation.

Au vingtième jour, M.D nous a rapporté qu'elle n'arrivait pas à dormir, qu'elle pensait à son frère qui est à Madagascar. Elle nous disait : « J'ai besoin de lui, il va me

consoler et m'aider, vous savez docteur je sens un vide à l'intérieur de moi, c'est une sorte de consolation sur le plan affectif ». M.D nous expliquait que son frère l'avait soutenu financièrement à plusieurs reprises.

Au trentième jour, en parlant avec elle de ses motifs d'hospitalisation, elle nous disait en souriant : « Oui je me rappelle de ce que j'ai dit, mais rien n'était vrai. C'est la maladie qui m'a fait penser que je suis mariée à mon cousin. On se taquinait toujours et il me disait en rigolant que j'étais sa femme. Ce sont peut-être ces paroles-là qui ont pris de l'ampleur avec la maladie. Je ne suis pas mariée à mon cousin, je suis déjà mariée je ne peux pas avoir un deuxième. Je ne suis pas enceinte, d'ailleurs je viens de voir mes règles ». Quant à ses projets après la sortie, M.D nous disait : « Je vais reprendre mon travail et m'occuper de mes enfants. Je vais revenir auprès de mon mari, ce n'est pas bien le divorce. Tous les hommes sont pareils, il suffit de savoir comment les aborder et ils deviennent les meilleurs du monde ».

L'exeat a été fait au trente-septième jour, sous traitement neuroleptique et thymorégulateur. Le suivi en ambulatoire a été régulier avec une bonne observance thérapeutique.

COMMENTAIRES N°3

L'histoire de vie de M.D nous renvoie à des traumatismes infantiles intrafamiliaux autre que la séparation, l'abandon et le confiage. Le couple parental était défaillant avec une mère dominatrice et un père effacé. M.D s'est retrouvée au milieu de cette dualité. Dans une tentative désespérée de ramener une sorte d'équilibre au sein du couple, elle a substitué la mère en s'occupant de son père. Cette attitude aurait contrarié la mère qui a répondu par de l'éloignement et une dénigration en continue de M.D. Le père, cependant, bien que satisfait de cette position prise par M.D, ne la protégeait pas et ne la défendait pas pour autant.

Cette carence affective précoce et cet abandon par la mère aurait constitué un traumatisme psychique précoce qui a été désorganisateur pour M.D. Ce trauma, selon Bergeret [10], aurait fragilisé un Moi qui a évolué jusqu'au début de l'œdipe. On peut donc considérer que M.D est entrée, d'un seul coup, dans une situation œdipienne à laquelle elle n'était pas préparée. Il lui sera impossible de s'appuyer sur l'amour du père pour supporter les

sentiments hostiles envers sa mère et inversement. Son "Moi" fragilisé se serait aménagé en refoulant les questions relatives à la sexualité de sorte que le conflit oedipien n'est pas traité et que la période oedipienne passe sans élaboration secondaire. La relation d'objet reste anaclitique, archaïque. La triade narcissique remplace la triangulation oedipienne ; la sexualité ne se génitalise pas et reste fixée aux pulsions partielles orales et anales [25].

Dans ce sens, Jeammet expliquait : « C'est dans sa dimension de conflit à résoudre que le complexe d'œdipe prend une valeur organisatrice pour le psychisme en obligeant tout être humain à renoncer peu à peu à prendre la place imaginaire d'un autre. Le renoncement à être tout pour un autre permet en effet d'inscrire le sujet à sa place, dans une histoire qui n'est que la sienne » [38]. « *Kou wathie sa ande, ande boo dem fek fa borom* » (Toute personne qui laisse sa coutume et ses traditions n'aura pas de place chez l'autre, car ce dernier, étant déjà encré dans ses traditions, ne lui laissera pas la possibilité de faire valoir ses habitudes culturelles et traditionnelles).

Pour M.D, le renoncement à prendre la place de la mère aurait pu devenir le modèle d'un lâcher-prise qui aurait pu l'aider à se réaliser. Or, la négligence du père par la mère, l'absence de relation affective entre les parents n'auraient pas permis à M.D de résoudre ce conflit oedipien renforçant ainsi l'idée de substituer la mère auprès du père.

Certains auteurs anglo-saxons envisagent le fonctionnement d'une instance prémoïque qu'ils dénomment le « Self » et qui semble bien correspondre à cet état encore imparfait du fonctionnement du « Moi » [54]. Tant Winnicott que Ferenczi [23] soulignent l'importance du rôle de l'environnement parental dans la naissance psychique de l'individu et ses dérapages. Ils accordent à la réalité externe de l'objet un poids équivalent à celui de la réalité interne dans le devenir du sujet. En ce sens, le traumatisme narcissique serait à l'origine de la formation d'un faux self selon Winnicott [70]. Selon lui, quand la mère désillusionne son enfant trop tôt en n'étant pas « suffisamment bonne », l'esprit se mue alors en un « corps étranger » dans le self et un faux self se développe. Cette défense servant de rempart contre le chaos et des angoisses psychotiques reste néanmoins fragile puisqu'elle ne fait que masquer la « déprivation ». D'où le risque d'un effondrement ultérieur.

Pour notre patiente, sa mère lui a montré dès son jeune âge qu'elle n'était qu'une ratée, qu'elle n'était pas une source de gratification ni de fierté pour elle. La relation de M.D avec sa mère était conflictuelle et frustrante pour notre patiente qui a toujours été rabaisée,

dévalorisée et disqualifiée par sa mère. La mère ne manquait pas de lui rappeler qu'elle ne valait rien et que, comparativement à ses sœurs, elle représentait un échec. Cette comparaison débutait depuis l'enfance de M.D à qui la mère infligeait les tâches ménagères plus que les autres. La mère nous parlait de M.D en tant que mauvaise élève qui n'était bonne à rien, une personne sans ambition. Ce traumatisme narcissique a engendré une identification par M.D à cette image négative que la mère faisait d'elle ce qui expliquerait son auto-dévalorisation et son mésestime de soi. En ce sens Ferenczi [31] explique que, lorsque le parent nie l'empiétement et la détresse dont il est la cause, l'enfant échappe à cet état intolérable en dissociant ses perceptions et en s'identifiant au point de vue de l'adulte. Ce processus relève à la fois de l'identification et de l'introjection.

Parallèlement à ce manque d'affection maternelle et à cette relation anaclitique, nous avons observé une relation fusionnelle avec le père. Un père qui était idéalisé et sublimé. Le père était surinvesti émotionnellement comme une tentative de combler le vide émotionnel laissé par la mère.

Cette désorganisation et ce déséquilibre dans la relation mère-père-enfant aurait été un important facteur de souffrance et de tension émotionnelle pour M.D et générateur d'un équilibre émotionnel précaire.

Linares [44] dans une approche familiale des psychoses, a mis en évidence le rôle des triangulations disconfirmatrices dans l'apparition des épisodes psychotiques. Ces dernières seraient un facteur de risque potentiel d'une psychose, surtout devant la présence d'autres facteurs relationnels comme un stress extérieur ou plusieurs séparations. Dans la famille de M.D, on détecte une double triangulation disconfirmatrice où la patiente se retrouve toujours située au sommet de la position disconfirmée.



La première triangulation est constituée par M.D, le père et la mère. La deuxième triangulation est représentée par M.D, la mère et les sœurs. Il s'agit d'une variante de la configuration également fréquente où la fratrie prend une part active au jeu disconfirmateur

[44]. Dans ce cas de figure, M.D se trouvait exclue de la relation privilégiée existant entre sa mère et ses sœurs. Les interactions disconfirmatrices existaient depuis la petite enfance de M.D. Ce jeu a condamné M.D dans la position du « vilain petit canard ».

Ces évènements de la dynamique familiale perturbée ont probablement aussi été désorganisateurs. Selon Winnicot [53], les frustrations primaires restent inscrites dans l'inconscient sans que pour autant l'expérience puisse être représentée élaborée et verbalisée. Le sujet édifie alors une organisation défensive. Le clivage apparaît chez M.D comme un mécanisme de défense prévalant. Ces mécanismes sus-cités ainsi que le profil de personnalité de M.D nous renvoie à sa structure borderline.

Le mariage a représenté pour notre patiente un bon prétexte et une porte de sortie pour se refaire une nouvelle vie loin de ce tumulte familial. Elle a pu ainsi maintenir sa réalité psychique dans son changement de statut social. Le père a été remplacé dans sa fonction par son mari qui a perpétué cette relation « paternelle ». Après le décès du premier mari, elle a pu réinvestir un nouvel objet à travers son remariage. Cette persistance à trouver son équilibre à travers ses relations a été qualifiée de relation pseudo-duelle par Balint [22].

La déception causée par son deuxième mariage et le mari qui n'a pas pu remplir cette fonction de stabilisateur et de sécurisant ont été le deuxième traumatisme causant la rechute de M.D. Selon Bergeret [10], si le sujet connaît un deuxième traumatisme psychique désorganisateur, cela conduit à une grande crise appelée « névrose d'angoisse ». C'est un état de régression du Moi. Devant un tel excès de surcharge pulsionnelle, dans une situation qui rappelle le premier traumatisme, les défenses deviennent insuffisantes. Lorsque l'état limite est ainsi décompensé, il ne peut plus revenir à un état stable aménagé. L'angoisse dépressive a atteint un point de non-retour par rapport à l'aménagement antérieur. Il doit trouver un système défensif plus efficace : la voie névrotique, psychotique ou psychosomatique. Chez M.D nous avons retrouvé le mode psychotique. Ainsi, les épisodes psychotiques confronteraient M.D à une expérience archaïque douloureuse et lui permettraient de s'en libérer.

La thématique délirante développée par M.D lui permettrait de verbaliser son vécu traumatique et sa réalité insupportable. Cette réalité est marquée par une carence affective comme le témoigne son discours. La problématique de la relation avec la figure maternelle

est toujours exprimée au cours de ses épisodes délirants aigus ainsi que la recherche de la sécurité et d'un substitut au père.

Dans l'épistémologie psychanalytique contemporaine, la psychose relève de la résurgence d'évènements archaïques n'ayant pu être symbolisés et intégrés au sein de la subjectivité [29]. Elle se réfère plus précisément à une expérience antérieure vécue par le sujet comme une véritable mort psychique. Le délire aurait permis à M.D de reconstruire une réalité dans laquelle elle se sentait en sécurité, aimée et désirée. Il lui permettrait de réinvestir le monde extérieur par lequel il lui devient possible de rencontrer de nouveaux objets tant réels qu'imaginairement construits. Cette modalité relationnelle déployée à la faveur du délire vient protéger la patiente des expériences angoissantes notamment de séparation rencontrée dans le lien primaire à la réalité tout en la sortant de sa solitude narcissique comme l'expliquent Nacht et Racamier [50] « plutôt délirer que d'être seule ». Le délire serait donc une reconstruction d'une réalité dans laquelle M.D pourrait vivre et exister et dans laquelle elle aménage une relation entre elle et des objets substitutifs tant réels qu'imaginaires.

D'abord traitée pour une bouffée délirante, elle a été mise sortante dès que le délire a été gommé. Or, la psychose n'était qu'un mode de décompensation de sa structure limite. Au cours des autres hospitalisations, la symptomatologie maniaque était au-devant de la scène et l'attention s'est portée également au délire avec pour objectif son tassemement. Or, chez le borderline, le vide chronique l'expose à la dépression et l'excitation manique apparaît comme un mécanisme défensif contre cette dépression [9 ; 10 ; 19]. Selon Chambrier [20], le sujet limite présente le plus souvent des moments d'exaltation liés à des investissements idéalisés de soi ou des autres. Ces moments sont suivis de vécus d'effondrement. L'excitation comme défense contre-dépressive est alors recherchée.

OBSERVATION N°4

P.L est un homme de 32 ans, enseignant de profession, célibataire sans enfant.

Il a été hospitalisé pour la première fois en 2012 où le diagnostic de schizophrénie paranoïde sur un terrain de consommation de cannabis a été posé. Il a alors bénéficié d'un traitement neuroleptique. L'évolution a été rapidement favorable au bout d'un mois avec

critique complète du délire. Le suivi en ambulatoire était irrégulier marqué par de multiples ruptures thérapeutiques. La consommation de cannabis s'est poursuivie durant cette période. Pendant ce suivi il était accompagné à chaque fois par sa mère avec qui il était par moment irritable et agressif verbalement.

P.L fumait du tabac à raison de 15 paquets/année, consommait du cannabis à raison de 3 à 4 joints par jour depuis l'âge de 16 ans souvent en groupe parfois seul. Cette consommation a été excessive la semaine précédant la deuxième hospitalisation en 2014. P.L consommait également de l'alcool de façon occasionnelle.

P.L est issu d'un mariage bigame, sa mère étant la deuxième épouse. Il est le troisième d'une fratrie utérine de 5 enfants : 4 garçons et une fille. Il a été sevré à l'âge de 2 ans. Il a vécu son enfance avec sa mère et ses frères et sœur dans la région de Kaolack. Son père partageait son temps entre la famille de P.L et sa première famille qui résidait à Thiès. La mère de P.L était institutrice, son père était gérant d'une station-service dans la région de Thiès et il était souvent absent. Le patient nous disait : « Mon père n'a jamais été là pendant mon enfance, je ne savais pas ce que signifiait la notion de père, je le voyais entrer et sortir comme un étranger. Il me parlait à peine, ne m'a jamais pris dans ses bras quand j'étais petit, et tout cela en échange de quoi ? De la gérance d'une simple station-service ». Il rajoutait : « Il avait six autres enfants qui habitaient à côté de lui pourquoi prendrait-il de la peine à s'occuper de nous ». P.L nous expliquait par ailleurs qu'il avait une bonne entente avec ses demi-frères et que la relation entre ses parents était sans problème. Selon ses dires, il était le seul qui avait souffert de l'absence de son père bien que sa mère ait essayé de combler ce vide. « Le père reste un père » nous disait-il, « il ne peut pas être substitué ».

P.L a été scolarisé à l'âge de 7 ans. Il a étudié jusqu'à la deuxième année des cours élémentaires. Par la suite, son père a déménagé avec ses deux familles pour s'installer à Dakar pour des raisons financières selon les dires du patient. Il a alors été confié à sa grand-mère maternelle pour poursuivre ses études, étant le seul enfant en scolarisation. Son séjour chez sa grand-mère a duré un an.

P.L aurait présenté selon sa mère des pleurs incessants, une mauvaise adaptation à l'école et réclamait sans cesse sa famille. La mère nous expliquait : « Il s'est senti rejeté par la famille quand on l'a laissé avec ma mère. Cette dernière était très affectueuse avec lui et il

ne manquait de rien, elle était seule et prenait soin de lui mais P.L s'est senti abandonné et a tout fait pour nous rejoindre à Dakar ».

P.L a rejoint sa famille à Dakar et a obtenu le certificat de fin d'études primaires. Selon la mère, c'est depuis son retour que les problèmes ont commencé. Il avait une mauvaise fréquentation et n'écoutait personne. Il a par la suite été exclu en quatrième année secondaire pour vandalisme et résultats scolaires médiocres. Quand nous avons demandé à la mère la réaction du père face à ce comportement, elle nous a répondu : « Il n'avait pas le temps de s'en occuper, il a deux familles pour lesquelles il doit assurer tous les besoins ». Quand la mère nous répondait le patient a laissé échapper un soupir de tristesse.

P.L a été inscrit dans une autre école pour sa troisième année secondaire. En cours d'année, il a commencé à fumer le cannabis et à boire de l'alcool, il séchait les cours et allait à la plage avec ses amis pour en consommer. Il a réussi néanmoins à obtenir son brevet de fin d'études moyennes à l'âge de 19 ans et son père l'avait inscrit à une formation en électricité pendant deux ans sans succès.

Pendant 4 ans, P.L a accompagné son oncle paternel qui exerçait différents métiers à type d'artisans, de peintre, d'artiste des plages. Il nous a avoué qu'il consommait aussi avec lui le cannabis et l'alcool. Cet oncle avait rejoint la famille depuis le déménagement à Dakar. P.L nous expliquait : « C'est la seule image du père que j'ai eue dans ma vie, mon véritable père était absent, ne me voyait pas, ne me conseillait pas, que je fasse du bien ou du mal cela ne le perturbait pas tant qu'il restait tranquille et qu'il gagnait de l'argent ».

Quand nous avons demandé à P.L ce qu'il en était de ses autres frères il nous a expliqué que chacun avait fait sa vie et a quitté la maison sans chercher à rester en contact les uns avec les autres.

En 2006, son père l'avait inscrit à l'école de formation des instituteurs où il a suivi une formation d'instituteur pendant une année et a obtenu son diplôme. Il a été affecté pendant 5 ans en tant que volontaire en dehors de Dakar où il s'est installé seul dans une maison que l'école lui avait procurée. Il a enseigné la deuxième année des cours moyens. P.L n'avait pas arrêté la consommation de cannabis durant cette période. A plusieurs reprises, P.L a reçu des avertissements de la part du directeur de l'école concernant son travail. Ce dernier lui aurait reproché son absentéisme fréquent.

C'est en 2012, durant sa dernière année de volontariat, que ses troubles ont commencé. Sa mère nous expliquait : « Il était stressé et angoissé à l'idée de perdre son travail et de retourner dans la rue, il n'a pas supporté cette surcharge émotionnelle ». Quant à P.L, il nous a expliqué ses troubles par l'angoisse insupportable causée par les avertissements du directeur et le comportement de ce dernier envers lui auxquels se rajoutaient sa consommation excessive de cannabis et la frustration de son retour probable à Dakar. Après sa sortie de la première hospitalisation, P.L aurait cherché un poste d'instituteur en vain et a continué à consommer du cannabis. Le suivi thérapeutique a été arrêté, précipitant sa deuxième hospitalisation deux ans plus tard.

L'entretien a été réalisé en présence de la mère, qui a eu du mal à rapporter avec précisions les éléments de la vie de P.L avant de l'âge de 16 ans.

Les motifs d'hospitalisation étaient une insomnie, une consommation excessive de cannabis, des propos incohérents, une agitation psychomotrice et une errance. Cette symptomatologie évoluait progressivement depuis 3 mois. P.L ne dormait plus, il passait son temps à fumer, tenait des propos incohérents en disant que les gens le surveillaient, que Serigne Touba⁸ était son père, que le directeur de son école voulait lui faire du mal et l'empêcher de travailler par tous les moyens. Par ailleurs, P.L ne tenait pas sur place, faisait des déplacements fréquents et intempestifs en ville avec tapage nocturne. Il sortait souvent de la maison pour aller errer et être ramené par la suite.

Au cours de l'examen psychiatrique, le patient était calme et coopérant. Il passait sans cesse de la position couchée à la position assise, son discours était incohérent avec des réponses à côté, l'humeur était indifférente. Un syndrome délirant à thème de référence a été objectivé, le patient disait : « Les gens parlent de moi, ils m'ont caché beaucoup de choses, les gens divulguent mes secrets à mon entourage, ils m'observent partout où je vais, ils me surveillent ». Des idées de persécution ont été notées. Une thématique de filiation a été également mise en évidence, P.L nous disait : « Serigne Touba est mon père, mes parents m'ont caché la vérité, j'ai fait des recherches, Serigne Touba est mon père ». Les mécanismes étaient surtout des hallucinations et un automatisme mental. Le patient disait : « Les gens devinrent ce que je pense avant que je ne le dise. Je peux parler à ma mère rien que par la

⁸ Cheikh et théologien musulman, figure importante de l'Islam de la région en qualité de fondateur de la confrérie des Mourides

pensée. Je parle avec Serigne Touba, il est là pour me guider et m'orienter, moi je parle, lui il m'écoute et me conseille ».

Le diagnostic retenu était une schizophrénie paranoïde sur un terrain de consommation de cannabis. Le patient a bénéficié d'un traitement à base de neuroleptiques.

L'évolution au cours de l'hospitalisation a été progressivement satisfaisante avec tassement de l'agitation psychomotrice et amélioration du sommeil.

Au quinzième jour d'hospitalisation, le patient a commencé à critiquer son délire de filiation avec persistance des idées de référence et de persécution.

Au vingtième jour, le patient a été mis sortant contre avis médical à la demande de la mère. Cette dernière, dès qu'elle a remarqué le tassement du délire de filiation a demandé la sortie de son fils. Nous avons appris par la suite que cette attitude a été la même au cours de la précédente hospitalisation. Le suivi en ambulatoire a été régulier et satisfaisant les 3 premiers mois avec amélioration de la symptomatologie délirante. L'équipe qui le suivait a de nouveau perdu sa trace par la suite.

COMMENTAIRES N°4

Le cas de P.L nous renvoie à la problématique de la polygamie, avec un père débordé par ses exigences parentales financières qui prennent le dessus sur sa disponibilité psychique.

La biographie et la dynamique familiale de P.L mettent en évidence une importante carence affective et plusieurs situations de souffrance. P.L a vécu son enfance avec un père souvent absent. De ce fait, il n'a pas eu de modèle masculin auquel il pouvait s'identifier, son père n'aurait pas assuré son rôle de chef de famille comme le veut les traditions africaines. En effet, dans la culture africaine, le père possède le savoir social dont l'enfant aura besoin pour s'intégrer et se revendiquer membre de la parenté [47]. Pour le cas de P.L, son père était absent physiquement et émotionnellement ce qui laisserait penser que P.L n'a pas bénéficié de l'éducation sociale, chose dont il avait besoin pour son équilibre psychique.

La relation avec la mère nous interpelle également dans le sens qu'elle ne semblait pas émotionnellement impliquée dans le suivi de P.L. Ce dernier aurait donc vécu une situation d'abandon par le père et fait face à une mère incapable de lui donner des réponses. Ce sentiment d'abandon et de déception se serait renforcé quand sa famille a déménagé à Dakar le laissant avec sa grand-mère. Ces événements auraient constitué un traumatisme précoce engendrant une fragilité narcissique chez notre patient.

La fin de son stage de volontariat apparaît comme l'élément déstabilisateur. Cet arrêt de travail pourrait avoir été source de dévalorisation, engendrant une blessure narcissique, d'où la décompensation. Pour Bergeret, le traumatisme naît de la rencontre du Moi avec une frustration difficile à métaboliser, d'où la mise en place d'aménagements permettant de gérer l'angoisse [51]. Il peut arriver que ces aménagements deviennent inefficaces pour maîtriser leur angoisse, notamment lors de situations stressantes. Il va donc s'en suivre une décompensation psychotique pour certains sujets. Ceci pourrait justifier les tableaux délirants et schizophréniformes présentés par P.L.

Les épisodes psychotiques étaient essentiellement des idées de persécution, de filiation et des symptômes d'allure dissociative. Ils étaient déclenchés par des situations de stress, d'abandon et la consommation de substances psychoactives. Le délire aurait permis à P.L d'extérioriser le débordement pulsionnel inhérent à son traumatisme primaire. En ce sens, Flémal [30] énonce : « Le délire tend à se déployer comme un processus délirant par lequel le sujet peut rendre pensable et supportable le vécu traumatisant qu'il a éprouvé au cours de son histoire ». Les symptômes psychotiques pourraient être interprétés comme des défenses si l'on peut considérer qu'ils sont, à un moment donné et dans un contexte donné, utilisés par le patient pour lutter contre l'angoisse associée à l'expression d'un désir, d'une représentation, d'un affect ou d'un conflit [11]. Chez P.L, nous retrouvons ces défenses psychotiques nommées par Vaillant comme des défenses narcissiques [11]. Par le déni de filiation, P.L a nié son père et son existence dans sa réalité et s'est attribué un autre père Serigne Touba, figure puissante sécurisante qui pourrait le conseiller, l'encadrer, l'orienter et le protéger comme un père devrait le faire.

La projection délirante aurait permis à P.L d'extérioriser son angoisse de perdre son emploi, la peur de son directeur d'école et la colère qu'il ressentait à son égard en le désignant comme un persécuteur. Dans l'épistémologie psychanalytique, la psychose est assimilée à une agonie primitive qui préside à un débordement émotionnel impossible à

assimiler subjectivement [29]. La psychose aurait permis à P.L de se retirer de cette scène traumatique en se clivant libidinalement d'une part de cette réalité insupportable. Le délire intégrerait l'envahissement pulsionnel chez P.L dans un mouvement d'élaborations psychiques propres lui conférant certaines significations. Le délire serait pour P.L une tentative de reconstruction d'une réalité supportable dans laquelle il pourrait être et une cicatrisation d'une blessure psychique profonde qui trouve ses origines dans son enfance. Les conduites addictives auxquelles P.L a eu recours seraient un facteur précipitant et favorisant la survenue de la symptomatologie psychotique.

P.L a d'abord été diagnostiqué comme schizophrène. Cependant, le fait qu'il conservait ses capacités d'adaptation à la réalité entre les épisodes, le différencie des psychotiques « classiques ». Les mécanismes de défense mis en place chez P.L nous laissent penser à une structure limite. Contrairement aux patients névrosés qui utilisent, pour lutter contre l'envahissement pulsionnel, des défenses de haut niveau de l'ordre du refoulement, les patients limites ne disposent en général que de modalités défensives primitives plus proches du fonctionnement psychotique. Du fait des signes dissociatifs, l'état limite a été pendant longtemps considéré comme une forme particulière de schizophrénie [2 ; 19 ; 63]. La symptomatologie dissociative traduirait le « chaos interne » [46] que vivent les sujets borderline lors des situations d'abandon.

La toxicomanie était constante chez P.L. Cette toxicomanie nous renvoie également à la dualité psyché-soma et à la blessure narcissique présente chez l'état limite. Cette mise en jeu du corps, ostentatoire dans l'addiction toxicomaniacale, a ceci de singulier dans l'économie addictive, que le corps somatique apparaît dans l'exacte mesure inverse d'une éclipse du corps psychique, du corps d'une psyché se montrant fragile dans sa fonction première de contenance [52]. La conduite addictive interpelle bel et bien la problématique du narcissisme. Elle renvoie avant tout à la question du « dedans » et du « dehors », dans toutes ses déclinaisons, soit à la question de la mise en place d'un espace intermédiaire autorisant la différenciation et l'articulation de ces deux ordres de réalité. Une telle opération de médiation qualifie la fonction première dévolue au processus de représentation et désigne l'entre-deux, fondateur de l'espace de la « limite » à laquelle fait référence la notion d'état limite [52].

Le suivi de P.L a été irrégulier, marqué par l'existence d'une mère présente mais non impliquée et d'un père absent. P.L a été longuement traité comme un schizophrène devant la chronicité des troubles, le délire paranoïde et la toxicomanie. L'importance des éléments

délirants et les gènes qu'ils occasionnaient ont masqué le tableau clinique et orienté l'attention vers une psychose « classique ». Or, la toxicomanie et le délire n'étaient autres qu'une orientation vers une souffrance plus profonde et une organisation fragilisée de la personnalité de P.L.

IV- LA SYNTHESE DES COMMENTAIRES

Notre travail a concerné quatre patients : deux hommes et deux femmes. L'âge de nos patients variait de 22 à 40 ans. Nos sujets avaient des antécédents personnels psychiatriques.

Les diagnostics posés pour nos quatre patients étaient respectivement : une bouffée délirante aigue, une psychose paranoïaque, une manie délirante et une schizophrénie paranoïde. La lecture de nos cas nous a confrontés à des situations cliniques où l'approche du délire nous a permis de poser des hypothèses quant à l'importance de son utilisation dans un contexte thérapeutique des patients. Cette approche psychopathologique nous a aussi, a fortiori, permis de revenir sur le diagnostic de nos patients qui se sont révélés être des états limites.

Nos patients ont été victimes de traumatismes psychiques précoces résultants de jeux relationnels familiaux morbides. Nous avons mis en exergue les caractéristiques cliniques des délires, les plaintes psychosomatiques et les conduites addictives qui représentaient l'expression de la souffrance psychique ainsi que la fonction du délire dans l'approche thérapeutique de nos patients.

✓ **LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES DU DELIRE**

La symptomatologie était dominée par un syndrome délirant qui était au premier plan. Le délire était polymorphe à mécanisme hallucinatoire chez M.B, M.D et P.L et interprétatif chez G.N et M.D. Les thèmes étaient également polymorphes en lien avec des traumatismes vécus par nos patients. Ils étaient de type mégalomaniaque et messianique pour M.B, de persécution pour M.B, G.N et P.L, de filiation et de référence pour P.L, érotomaniaque, de grossesse et de mariage pour M.D. Selon certains psychanalystes contemporains, la psychose délirante se réfère plus précisément à la reviviscence d'une expérience antérieure vécue par le sujet comme une véritable mort psychique [29]. C'est donc finalement à une partie d'eux-mêmes et de leurs passés historiques que sont confrontés les sujets dans les moments tumultueux du délire.

Le délire était non systématisé chez trois de nos patients et bien systématisé chez G.N. L'adhésion au délire était totale pour tous nos patients. Ces épisodes psychotiques étaient déclenchés par des situations de stress, de déception, d'abandon et de consommation de substances psychoactives. Cependant, nos patients étaient restés adaptés sur le plan social ce

qui les différenciait des psychotiques. Selon Marcelli [20], ces tableaux « quasi psychotiques transitoires » ne correspondent pas, à une rupture complète d'avec la réalité extérieure mais à une incapacité du patient, à en retrouver la signification habituelle, du fait de son chaos interne.

✓ LES PATHOLOGIES PSYCHOSOMATIQUES ET/OU ADDICTIVES

Des plaintes somatiques ont été observées chez deux de nos patients. Elles étaient essentiellement à type d'algies diffuses qui étaient concomitantes avec les périodes de stress ou le vécu d'abandon. Ces maladies psychosomatiques témoigneraient de la faillite des mécanismes de défense contre l'angoisse laissant la tension psychique s'écouler directement dans le corps au lieu de s'évacuer par d'autres mécanismes. Le corps devient alors l'entonnoir des pulsions émotionnelles. Ces plaintes chez nos deux patientes femmes seraient l'équivalent des conduites addictives remarquées chez nos patients hommes. Toutes ces manifestations ne sont que l'expression du même versant : la souffrance psychique chez nos patients.

✓ LA FONCTION DU DELIRE

La lecture psychopathologique de nos cas nous a confrontés à des situations cliniques où l'approche du délire nous a permis de poser des hypothèses quant à la pertinence de son utilisation dans la prise en charge. Ceci revient à dire que nous nous sommes intéressés au sens du délire pour chacun de nos patients. La notion de sens à laquelle nous nous référons ici est à entendre à partir de deux niveaux distincts du fonctionnement délirant, à savoir : le sens non seulement que ce dernier véhicule mais également qu'il produit. Cela revient à dire que nous nous sommes intéressés au délire à partir tant du contenu des significations dont il est porteur, bribes d'un passé impensable, que de la fonctionnalité psychique qu'il réalise à l'égard de ces fragments d'histoire impensés [31].

Chez nos patients, l'analyse du délire nous a dévoilé beaucoup d'informations sur leur trajectoire de vie. En ce sens, Freud stipule que les personnes délirantes se sont détournées de la réalité extérieure mais, précisément pour cela, ils en savent plus sur la réalité intérieure, psychique, et nous en dévoilent des choses qui autrement nous resteraient inaccessibles [33]. Nous avons ainsi pu découvrir des personnes qui ont vécu une succession d'évènements

traumatiques ayant débuté dès leurs bas âges. Ces situations sont nées de problématiques parentales diverses à type d'abandon pour la plupart. Ainsi, l'enfant qu'ils ont été a manqué d'assurance, a été dévalorisé, s'est senti coupable de son incapacité à être « bon enfant ».

Chez M.B, porter l'attention sur son délire nous a permis de découvrir et de comprendre les événements de vie qui ont abouti à la mise en place de sa structure fragile et par conséquence, d'adopter une attitude permettant de déconstruire et vaincre les contre-charges qui s'opposaient au retour du traumatisme et assurant l'autoconservation du Moi. M.B a vécu des situations d'abandon, de maltraitance et de carences affectives qui ont engendré une blessure narcissique. Il aurait vécu ces situations comme une injustice qu'il n'arrivait pas à comprendre. Le délire aurait une fonction cicatrisante et reconstructrice dans son cas [30].

Le délire mégalomaniaque lui aurait permis de trouver une néo-réalité concevable pour lui. Etre le Cheikh Shérif lui aurait permis de faire le lien entre ce passé traumatique et la réalité commune. Comme le Prophète et tout missionnaire de Dieu, il serait passé par ces épreuves difficiles et traumatisantes parce qu'il était destiné à accomplir une mission divine, à être « l'Elu ».

Selon Freud le délire de grandeur dérive du délire de persécution : le malade victime d'un délire de persécution éprouve le besoin de s'expliquer cette persécution et il en viendrait à se croire lui-même un personnage important. La mégalomanie est ainsi rapportée à un processus de rationalisation [45]. On retrouve ainsi l'idée d'un « travail du délire ».

Pour G.N, les affects négatifs sont projetés sur les autres, la mère et la sœur, qui devenaient les persécuteurs. En ce sens, Flemal [31] énonçait qu'à défaut de pouvoir procéder à une transformation élaboratrice des éprouvés traumatiques, l'activité délirante peut ainsi évacuer sur un objet du monde extérieur, la partie pléthorique d'excitation pulsionnelle n'ayant pu être suffisamment intégrée à l'espace contenant du délire. De cette manière, la personne délirante peut localiser au dehors le débordement pulsionnel inhérent au traumatisme primaire. Chez G.N, le délire paranoïaque aurait donc une fonction localisante [30].

Selon Maleval [45], dans ce type de délire, la victoire reste à la reconstruction et la mégalomanie terminale apparaît comme une conséquence de la solution du conflit. Chez notre patiente le délire n'aurait pas atteint cette phase de reconstruction.

Chez M.D, le délire nous renvoyait dès le début à une problématique affective et relationnelle parentale. La thématique délirante était centrée sur la relation de couple et ses dérivées, en l'occurrence : l'amour idéal, la grossesse et le mariage réussi. Elle a ainsi mis à jour les déterminants de la défaillance de la relation parentale dont les conséquences se sont beaucoup répercutées sur elle. En effet, sa tentative de répondre à une sollicitation parentale implicite a eu un effet rebond qui s'est manifesté par une réponse à la solitude affective du père qui a frustré la mère. Cette dernière s'est alors entreprise dans un processus de « démolition » qui n'a pas été contrecarré par un soutien paternel. Le délire aurait ainsi permis à M.D de palier à une réalité difficile. On peut en déduire une fonction cicatrisante de son délire, à l'instar de M.B.

Chez P.L, le délire de filiation aurait une fonction identifiante [30] lui permettant de s'attribuer un père Tout-puissant (Serigne Touba). Cette élaboration délirante a été basée sur la disqualification d'un père « égaré » dans ses fonctions.

Pour tous nos patients, le délire était construit sur un grain de vérité et a constitué une tentative d'explication qui s'efforçait de construire un morceau de vérité historique à partir des temps et évènements passés.

✓ **LES ASPECTS THERAPEUTIQUES**

Selon Roussillon [62] : « Qu'elles portent sur le versant identificatoire ou représentatif du délire, ces deux modes d'interventions cliniques ont comme dénominateur commun de promouvoir un certain mode de présence auprès de la personne délirante ».

Pour nos patients, nous avons établi à travers des séances de psychothérapie un mode de présence qui participe à la reconstruction de leur champ relationnel. Cet ajustement du lien, cet accordage du praticien aux conditions relationnelles du sujet délirant constitue, selon Flemal, le vecteur premier du processus thérapeutique [31]. Nous avons adopté une place transférentielle susceptible de produire un lien apaisé et contenant pour le sujet, alliant des temps d'absence suffisamment habités et des modalités de présence suffisamment souples et malléables pour s'adapter aux singularités de chacun. En ce sens, Flemal expliquait : « Il s'agit pour le clinicien de se tenir prêt à une rencontre avec la personne délirante tout en ne s'imposant pas auprès d'elle. Se faire disponible, tout en laissant au sujet la possibilité de trouver/créer la forme de la rencontre, constitue la condition nécessaire à l'installation d'un

mode de rapport à l'autre au sein duquel, la personne délirante pourra se reconnaître et se ressentir reconnue » [31].

La prise en charge thérapeutique que nous avons adoptée ne relevait pas d'un protocole standardisé prédéterminé à l'avance mais a été conçu sur un mode affiné et remodelé sans cesse avec et à partir du sujet. Pour ce faire, on s'est porté garant du cadre social et institutionnel qui entourait la rencontre tout en se laissant, comme Freud [32] l'avait déjà souligné, enseigner par le sujet, son rythme, son langage et par les solutions, tout aussi originales soient-elles, par lesquelles il s'efforce de donner forme et sens à son histoire.

Pour nos patients, la prise en charge était basée sur la psychothérapie en s'aidant de la chimiothérapie ce qui a rendu la relation transférentielle plus supportable pour les deux protagonistes de la cure. Les progrès de la psychothérapie se sont accompagnés d'une diminution précoce des posologies pour M.B et M.D.

Cependant cette initiative n'a pas été concluante pour G.N et P.L. En effet G.N a uniquement élaboré une thématique persécutrice qui, selon Maléval [45] suit un processus évolutif qui mène à l'apparition d'une mégalomanie. Selon lui, cette maturation est nécessaire à un début de stabilisation du délire à expression paranoïaque.

Pour P.L, le manque de disponibilité psychique de la mère au cours de l'hospitalisation, ponctué à une décision de sortie prématurée contre un avis médical, ont été un frein dans l'effort de l'instauration de la psychothérapie.

CONCLUSION

Le délire n'est pas uniquement une succession aléatoire d'incongruité. Il peut révéler une histoire de vie chaotique chez des sujets fragilisés.

Pour mettre en évidence cette perspective, nous avons mené une approche à travers une étude qualitative rétrospective portant sur quatre patients considérés psychotiques.

Chez ces patients, le délire a représenté une tentative de réorganisation, un moyen de se protéger d'une menace archaïque d'anéantissement psychique.

Cette tentative de reconstruction psychique s'est révélée par des tableaux psychopathologiques déroutant, prenant l'allure de manifestations classiques, mais s'en détournant assez rapidement devant le soubassement des modalités de fonctionnement de leur personnalité limite.

Cette résultante s'est extériorisée à travers un vecteur délirant qui a constitué la seule issue face à une urgence menaçant l'intégrité psychique, en lien avec une situation extérieure causale désorganisatrice. La fonction du délire représente ainsi une symbolisation d'un chaos intrapsychique. Dès lors, elle demeure la porte d'entrée à une entreprise thérapeutique à travers une relation transférentielle privilégiée.

Ainsi, reconnaître une fonction et une logique inhérente au délire n'est pas sans conséquence pour le travail clinique. Si le processus délirant constitue une tentative de solution pour le sujet, autrement dit s'il procède à différentes opérations psychiques visant à traiter les effets délétères de l'impensé traumatique, il ne s'agit pas, au cours de l'accompagnement clinique, de vouloir supprimer le délire mais, au contraire, de soutenir et de moduler les potentialités résolutives qu'il comporte à partir de la relation avec le praticien.

Au terme de ce travail, nous dirons, que le délire est une défense du réel angoissant, une solution trouvée par le sujet limite pour se protéger contre ses traumatismes revivifiés, « une tentative de guérison » qui donne une nouvelle signification à son existence à travers une fonction bien précise.

BIBLIOGRAPHIE

1. **AAPEL.** Trouble borderline état limite et schizophrénie ou trouble délirant... ce que nous appelons "folie" dans le langage courant. [En ligne]. Consulté le 17 Décembre 2015. Disponible : <http://aapel.org/bdp/BLschizophreniaFR.html>
2. **ALLILAIFFE JF.** Les états limites. *EMC, psychiatrie.* 1985, 37-395-A-10.
3. **ALLILAIFFE JF.** Troubles limites et personnalité « Borderline » : Comment les reconnaître et les traiter. *Bulletin de l'académie nationale de médecine.* 2012 ; 7 : 1349-60.
4. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** *DSM III : Diagnostic and statistical manual for mental disorders.* 3^{ème} ed. Washington, DC : Masson, 1980. 494p.
5. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** *DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders.* 4^{ème} ed. Paris : Masson ; 2005. 1065p.
6. **ANZIEU D.** *Le moi peau.* Paris : Dunod ; 1985 : 254p.
7. **ASSOUN PL.** Le délire architecte. Figures freudiennes de la construction. In : Chaumon F. *Délire et construction.* Toulouse : Eres ; 2003 : 160p.
8. **BALL B, RITTI A.** Délire. In : Dechambre A. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* Paris : Masson ; 1882 : 315-408.
9. **BERGERET J.** *La dépression et les états-limites.* Paris : Payot ; 1992 : 354p.
10. **BERGERET J.** Les états limites et leurs aménagements. *Psychologie pathologique.* Paris : Masson ; 1994 : 331p.
11. **BERNEY S, DE ROTEN Y, SÖDERSTRÖM D [et al].** L'étude des mécanismes de défense psychotiques : un outil pour la recherche en psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies.* 2009 ; 29 (3) : 133-44.
12. **BLEULER E.** *Dementia praecox ou le groupe des schizophrénies.* Paris : EPEL-GREC ; 1993 : 671p.
13. **BOWEN M.** *Family therapy in clinical practice.* New York : Jason Aronson ; 1993 : 584p.
14. **BRELET FF.** Plaidoyer pour l'agir. Psychologie clinique et projective : passage à l'acte. *Revue de la Société du Rorschach et des méthodes projectives de langue française.* 2004 ; 10 : 8-25.
15. **BREMAUD N.** Un historique des définitions du délire psychotique. *Evolution Psychiatrique.* 2014 ; 79 (2) : 181-206.
16. **BUTTERS JE.** Understanding Adolescent Cannabis Use : A Stress Process Model Application. [Doctoral dissertation]. Canada : Université de Toronto ; 2001 : 296p.
17. **CABRE L, MARTIN J.** La fonction traumatolytique du rêve. *Revue française de psychosomatique.* 2013 ; 2 (44) : 51-9.

18. **CHABROL H, CHOUICHA K, MONTOVANY A.** Symptoms of DSM IV borderline personality disorder in a non clinical population of adolescents : study of a series of 35 patients. *Encéphale*. 2001 ; 27 (2) : 120-7.
19. **CHAINE F, GUELFI JD.** États limites. *EMC, Psychiatrie*. 1999, 37-395-A-10.
20. **CHAMBRIER J.** Les états limites à la pathologie bipolaire. *Encéphale*. 2006 ; 2 (32) : 10-4.
21. **DE CLERAMBAULT GG.** *L'automatisme mental*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond ; 1992 : 136p.
22. **DELBROUCK M.** Les états limites. *Carrefour des psychothérapies de Boeck et Larcier*. 2007 ; 9 : 217-58.
23. **DE PARSEVAL C.** De Ferenczi à Winnicott : le « nourrisson savant » et le faux self. *Le Coq-héron*. 2007 ; 2 (189) : 122-41.
24. **ESQUIROL E.** Délire. *Dictionnaire des sciences médicales en 60 volumes*. Paris : Panckoucke ; 1814 : 251-9.
25. **ESTELLON V.** *Les états limites*. Paris : Presse universitaire de France ; 2013 : 128p. (Que sais-je).
26. **EY H.** Les problèmes cliniques des schizophrénies. *Evolution Psychiatrique*. 1958 ; 2 : 149-211.
27. **FALRET JP.** *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Paris : Sciences en situation ; 1984 : 867p.
28. **FERENCZI S.** *Réflexions sur le traumatisme, Œuvres complètes, IV (1927-1933)*. Paris : Payot ; 1982 : 139-47.
29. **FLEMAL S.** La fonction cicatrisante du délire dans la schizophrénie. *Evolution psychiatrique*. 2010 ; 75 : 395 - 407.
30. **FLEMAL S.** Quelle définition du délire dans la psychose ? Pour une approche fonctionnelle du processus délirant. *Annales Médico-Psychologique*. 2013 ; 171 : 595-602.
31. **FLEMAL S.** Un autre regard sur le délire : enjeux et implications cliniques. *Psychologie Clinique*. 2013 ; 2 (36) : 173-83.
32. **FREUD S.** Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique. *Névrose, Psychose et Perversion*. Paris : Presse Universitaire de France ; 1973 : 320p.
33. **FREUD S.** *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris : Gallimard ; 1984 : 272p.
34. **FREUD S.** *Constructions dans l'analyse*. Paris : Presse Universitaire de France ; 1987 : 96p.

35. **FREUD S.** *Délire et rêves dans la Gradiva de Jensen*. Paris : Gallimard ; 1992 : 274p.
36. **FREUD S.** *Le président Schreber*. Paris : Payot ; 2011 : 160p. 672p.
37. **FREUD S.** *Cinq psychanalyses. 3^{ème} ed.* Paris : Presse Universitaire de France ; 2014 : 672p.
38. **JEAMMET N.** *La haine nécessaire*. Paris : Presse Universitaire de France ; 1989 : 144p.
39. **JEAMMET PH.** Dépendance et séparation à l'adolescence. Point de vue psychodynamique. In : Bailly D, Venisse JL. *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris : Masson ; 1994 : 231p.
40. **JOHNS A.** Psychiatrics effects of cannabis. *British journal of psychiatry*. 2001 ; 78 : 116-22.
41. **KERNBERG O.** *Les troubles limites de la personnalité*. Paris : Dunod ; 1997 : 286p.
42. **KHAN M.** *Le Soi caché*. Paris : Gallimard ; 1976 : 444p.
43. **LEMPERIERE T, FELINE A, GUTMANN A [et al.]**. Les états limites. *Psychiatrie de l'adulte. 2^{ème} ed.* Paris : Masson ; 2006 : 555p.
44. **LINARES JL.** La thérapie familiale des psychoses comme processus de reconfirmation. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau*. 2001 ; 1(26) : 58-78.
45. **MALEVAL JC.** *Logique du délire*. Rennes : Presse universitaire de Rennes ; 2011 : 257p.
46. **MARCELLI D.** *Les états-limites en psychiatrie. 2^{ème} ed.* Paris : Presse Universitaire de France ; 1994 : 80p.
47. **MBASSA MENICK D.** Impact de la culture dans la transmission des valeurs à l'enfant en pratiques éducative, familiale et sociale en Afrique [En ligne]. Consulté le 2/12/2015. Disponible : <http://www.em-consulte.com/article/993914/>
48. **MIER D, ESSLINGER C, SAUER C [et al.]**. Neuronal correlates of social cognition in borderline personality disorder. *Scan*. 2013 ; 8 : 531-7.
49. **MILLER FT, ABRAMS T, DULIT R [et al.]**. Symptômes psychotiques chez des patient avec trouble de la personnalité borderline et troubles de l'axe 1 simultanés. [En ligne]. Consulté le 31/12/2015. Disponible : <http://aapel.org/bdp/BLschizophreniaFR.html/>
50. **NACHT S, RACAMIER PC.** La théorie psychanalytique du délire. *Revue Française de Psychanalyse*. 1958 ; 22 : 482.

51. **NAUDET M.** Apport d'une thérapie cognitive dans la prise en charge d'un patient présentant un trouble de personnalité état-limite (borderline). [Mémoire de fin d'études : diplôme universitaire de méthodologies en psychothérapie- sociothérapie] Paris : Université Paris Descartes V ; 2003 : 55p.
52. **NOAILLE P.** La toxicomanie comme état limite. In : Vladimir M. *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. 2^{ème} ed. Paris : Presse Universitaire de France ; 2001 : 192p.
53. **PEDINIELLI JL, GIMENEZ G.** *Les psychoses de l'adulte*. 2^{ème} ed. Paris : Nathan ; 2009 : 122p.
54. **PELLE TD.** Les états limites et la dépressivité : un lien "anaclitique". [Thèse de doctorat en médecine]. Nancy : Université Henri Poincaré Faculté de Médecine ; 2004 : 136p.
55. **PERRY JC, HERMAN JL.** Trauma and defense in the etiology of bpd in borderline personality disorder, etiology and treatment. *American psychiatric press*. 1993 : 123-40.
56. **PINEL P.** *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris : Brosson ; 1809 : 536p.
57. **POROT A.** *Manuel alphabétique de psychiatrie*. 7^{ème} éd. Paris : Presse Universitaire de France ; 1996 : 768p.
58. **POSTEL J.** *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Paris : Larousse ; 1998 : 523p.
59. **REGIS E.** *Précis de psychiatrie*. 6^{ème} ed. Paris : Doin ; 1923 : 1269p.
60. **RITTI A.** Des délires basés sur des faits vrais ou vraisemblables. *Annales Medico-psychologique*. 1878 ; 19 : 106-10.
61. **ROSSI R, PIEVANI M, LORENZI M, et al.** Structural brain features of borderline personality and bipolar disorders/psychiatry research. *Neuroimaging*. 2013 ; 213 : 83-91.
62. **ROUSSILLON R.** Deux paradigmes pour les situations-limites : processus mélancolique et processus autistique. *Le Carnet PSY*. 2012 ; 161 : 37-41.
63. **SCHARBACH H.** Approche clinique et psychopathologique. *Neuropsychologie*. 1993 ; 8 : 112-32.
64. **SEGLAS J.** *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Paris : Asselin et Houzeau ; 1895: 835p.
65. **SELVINI PM.** Toward a general model of psychotic family games. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1986 ; 12 (4) : 339-49.
66. **SOLER C.** Le sujet psychotique dans la psychanalyse. *Psychose et création*. Paris : GRAPP ; 1990 : p28.

67. **STONE M.** Borderline Personality Disorder, Etiology and Treatment. *American psychiatric press*. 1993 : 87-101.
68. **TUCKER L, BAUER SF, WAGNER S [et al.]**. Long-term hospitalization of borderline patients : a descriptive outcome study. *American journal of psychiatry*. 1987 ; 144 : 1443-8.
69. **VLAMICK P.** Il faut limiter le traitement neuroleptique dans le temps. In : De Clerc M, Peuskens J. *Les troubles schizophréniques*. Paris : De Boeck université ; 2000 : 232p.
70. **WINNICOTT DW.** *Conversations ordinaires*. Paris : Gallimard ; 1988 : 320p.
71. **WINNICOTT DW.** *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard ; 2000 : 384p.