



HAL
open science

L'utilisation du processus de clivage chez une patiente cas-limite

S Norbert, I Jouve, Guy Gimenez

► **To cite this version:**

S Norbert, I Jouve, Guy Gimenez. L'utilisation du processus de clivage chez une patiente cas-limite : Réflexion diagnostique et psychopathologique. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 1999, 32, pp. 36-38. hal-01387775

HAL Id: hal-01387775

<https://amu.hal.science/hal-01387775>

Submitted on 26 Oct 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'utilisation du processus de clivage chez une patiente cas-limite

Réflexion diagnostique et psychopathologique

S. NORBERT ¹, I. JOUVE ², G. GIMENEZ ³

Résumé :

A partir d'un cas clinique concernant une incurie à domicile sans signes cliniques associés, et avec notamment une bonne adaptation socio-professionnelle, les auteurs développent une discussion psychopathologique. Après l'étude du diagnostic différentiel, entre névrose obsessionnelle, psychose et état-limite, les auteurs soutiennent l'utilisation de mécanismes de défense tels que le clivage massif, chez un sujet cas-limite.

Mots clés :

Incurie, psychose, dépersonnalisation, état-limite, formation réactionnelle, clivage.

Abstract :

From a clinical case concerning an ambulatory pathological non-selfcare without associated clinical signs and with a notably good social and professional fitting, authors present a psychopathological discussion. They discuss differential diagnosis between obsessive neurosis, psychosis and borderliner case.

Key words :

Pathological non-selfcare, psychosis, depersonalisation, borderline, reactive formation, splitting.

Mme B. est une patiente âgée de 49 ans, adressée dans notre service sur le mode de l'hospitalisation sur demande d'un tiers, par l'intermédiaire des urgences, suite à la découverte à son domicile d'un état d'incurie. Mme B., exerçant la profession d'employée de banque, alerte son employeur car elle ne s'est pas présentée à son travail depuis deux jours, et ne lui a donné aucun signe de vie. L'employeur prévient alors la police et les pompiers. Ceux-ci découvrent Mme B. alcoolisée à son domicile, et devant l'état d'incurie spectaculaire de son appartement, la patiente est transférée aux urgences de l'hôpital général; devant l'opposition aux soins et la suspicion d'un syndrome dépressif, une hospitalisation sous contrainte en milieu psychiatrique est décidée.

Lors du premier entretien, Mme B. nous apparaît comme une personne d'apparence soignée, s'exprimant avec une bonne élocution. Elle ne présente pas de signes de détérioration intellectuelle. Elle revendique les conditions de son hospitalisation, et banalise l'état de son appartement. Elle ne verbalise pas d'idées délirantes, semble adaptée à la réalité et ne présente pas de syndrome dissociatif franc. Elle allègue des antécédents d'éthylisme chronique ancien, mais présente une réticence à évoquer dans un premier temps son histoire personnelle. Malgré sa réticence le contact est bon, sans bizarrerie. Nous organisons une visite au domicile de la patiente, en présence de celle-ci, afin d'évaluer l'état des lieux et d'envisager une désinfection rapide, exigée par le syndicat de son immeuble.

L'appartement de la patiente se situe dans une résidence agréable d'Aix-en-Provence. La porte de l'appartement s'ouvre avec difficulté suite à l'accumulation d'objets sur le sol. La porte ouverte nous découvrons un tableau d'horreur: l'appartement s'avère être dans un état d'incurie extrême. Nous nous trouvons face à un

monticule d'environ 1m50 de hauteur, constitué de bouteilles d'alcool vides, d'emballages alimentaires divers, de restes de nourriture en état de décomposition avancée, de détritrus sur lesquels courent de nombreux insectes. Le sol est recouvert dans sa totalité par l'accumulation des ordures. Des serviettes hygiéniques usagées traînent par terre. Les fenêtres ne peuvent s'ouvrir à cause de l'amoncellement des ordures. Le lustre, le mur et le plafond sont envahis de toiles d'araignée. Les différentes pièces de l'appartement s'avèrent être dans le même état d'incurie, notamment la chambre: des vêtements sont entassés sur le lit, mêlés à des détritrus de toute sorte, laissant sur le matelas une place minuscule à la patiente pour s'allonger. La cuisine est également dans le même état d'insalubrité extrême.

Mme B., refusant de commenter la visite de son appartement, donne son accord pour qu'une entreprise de nettoyage privée vienne entreprendre la désinfection de son appartement. Une deuxième visite à domicile est organisée. Lors de cette visite, Mme B. reste quasi-mutique durant le transport. Dans l'appartement, elle refuse d'évoquer l'état des lieux, et s'insurge contre l'entreprise de nettoyage, découvrant une bombe à insecticide vide au milieu des détritrus: en effet, elle juge ce produit inefficace, et conteste violemment le prix demandé par l'entreprise de désinfection. Mme B., qui manifestement a beaucoup de difficultés à garder son calme et à se contenir, prétend que des affaires manquent, et menace de porter plainte. Nous devons interrompre la visite, Mme B. devenant de plus en plus interprétative et quérulente verbalement. Lors du trajet en voiture, elle menace de prévenir le maire de la ville, qu'elle dit connaître personnellement. Une demande de mandataire spécial sera instaurée, afin de permettre la remise en état de l'appartement, devant la tendance interprétative de Mme B. Sur le plan clinique, le comportement de Mme B. durant

¹ Médecin assistant. Service du Docteur Fornari. CH Montperrin. 13621 Aix-en-Provence.

² Interne DES de Psychiatrie. Service du Docteur Fornari. CH Montperrin. 13621 Aix-en-Provence.

³ Maître de conférence en Psychologie, Université de Provence, Faculté de Psychologie, 29, av. R. Schuman, 13621 Aix-en-Provence. Psychologue, CH Montperrin, Aix-en-Provence.

L'hospitalisation surprend tous les membres de l'équipe: la patiente rangera en effet sa chambre et ses affaires de manière soignée et très ordonnée, et surtout effectuera spontanément et consciencieusement la vaisselle lors des repas. Sa seule relation amicale, un homme âgé, se manifesterait. Il nous relate que Mme B. vient à son domicile tous les week-ends et insiste pour effectuer son ménage ainsi que la vaisselle. Mme B. ne l'a jamais convié à son domicile, et l'ami n'a jamais noté aucun trouble du comportement chez la patiente.

Lors des entretiens, Mme B. évoquera des antécédents dépressifs, sans que soient notés de ralentissement psychomoteur et d'inhibition. Elle s'adapte rapidement à la vie du pavillon, fuyant les contacts avec les autres patients. Elle banalise l'état de son appartement, et manifeste à plusieurs reprises une psychorigidité lors des entretiens. Devant la réticence initiale, une symptomatologie délirante est suspectée, mais elle ne sera jamais verbalisée par la patiente. Lors d'entretiens, Mme B. évoquera, lors de moments d'alcoolisation à son domicile, des épisodes de dépersonnalisation et de déréalisation, durant lesquels elle ressentait la présence de son ancien compagnon.

De plus, Mme B. présente une bonne adaptation professionnelle: elle effectue son travail de manière consciencieuse et exempte de tout reproche. Elle décrit des difficultés relationnelles avec ses supérieurs hiérarchiques, qu'elle prétend «mettre à distance afin d'éviter les médisances»; elle emploiera le terme de «carapace». « Je comprend que mes supérieurs me donnent des ordres, mais des fois je n'aime pas le ton employé par eux, surtout les femmes...»

Actuellement, Mme B. a un nouvel appartement. Elle accepte d'évoquer lors des entretiens l'incurie de son ancien logement, verbalisant des affects de honte et de culpabilité, notamment concernant la découverte par son voisinage et son employeur de l'état de son appartement. Elle allègue une symptomatologie dépressive responsable selon elle de l'incurie de son logement, due au sentiment de solitude lors de son arrivée le soir chez elle, après sa journée de travail. «Je voyais l'état de mon appartement, mais j'étais incapable de commencer à ranger». Ce sentiment de honte majorait sa solitude, car la patiente prenait soin de cacher à tous l'état de son intérieur. Mme B. parlera de sa « double personnalité »: «Au travail j'étais moi, le soir ce n'était plus moi, c'était une autre. Je buvais pour oublier». Lors des entretiens, le contact est chaleureux, les affects sont adaptés au discours.

Biographie

Mme B. est l'avant-dernière enfant d'une fratrie de seize frères et sœurs. Son père décède alors qu'elle a 4 ans, d'un suicide par pendaison. Sa mère meurt deux ans plus tard, d'un cancer d'origine gynécologique. Les enfants mineurs sont placés, sur décision du conseil de famille, chez une sœur aînée mariée. Une décision judiciaire modifiera cette situation, suite à la découverte de sévices sexuels (une des mineures attend un enfant du père de famille). Mme B., à l'âge de 13 ans, est ainsi placée à la DDASS. Elle poursuivra sa scolarité jusqu'à l'âge de 18 ans. Elle se marie à 19 ans, et a une petite fille quelques années après. Concernant la biographie familiale, nous sommes frappés par le nombre de décès par suicides violents (pendaison, noyade, ingestions médicamenteuses), qui concernent neuf membres proches (dont deux frères et plusieurs neveux et nièces), ainsi que par les antécédents de dépressions et d'éthylisme chronique. Un mois avant son hospitalisation, l'un des frères de Mme B. se suicide par noyade. Mme B. divorce en 1974, son mari part à l'étranger. La fille est élevée par sa grand-mère durant trois ans, sans aucun contact avec sa mère. Mme B. refusera de s'exprimer à ce sujet, et notamment sur le fait qu'elle vienne chercher sa fille, alors que celle-ci a 6 ans, pour l'élever. Mme B. a un compagnon, Michel, qui aurait pratiqué des attouchements sexuels sur l'enfant, provoquant la

séparation du couple en 1983. La fille de la patiente quitte le domicile familial à l'âge de 18 ans, sans donner de nouvelles. Michel décèdera d'un accident de la voie publique en 1992, alors qu'il avait renoué avec la patiente. Mme B. se réconcilie avec sa fille, mais suite au mariage de celle-ci en 1992, elle entre en conflit avec le gendre (qui lui intentera un procès pour non paiement de pension alimentaire). Ces conflits avec le gendre seront à l'origine d'une nouvelle rupture avec sa fille, qu'elle n'a actuellement pas revue depuis quelques années. Celle-ci nous rencontrera, refusant de rendre visite à Mme B., et évoquera avec réticence des violences subies de la part de sa mère durant son enfance. Elle décrira celle-ci comme n'ayant jamais fait la cuisine ni la vaisselle à son domicile, prenant des douches très rarement; mais l'état de son logement restait néanmoins correct.

D'après Mme B., les troubles dépressifs débutent en 1992, suite au décès de son compagnon ainsi qu'au conflit avec sa fille. Elle allègue un éthylisme chronique, survenant le soir à son domicile, dû selon elle à son état de solitude. En 1993, elle est hospitalisée pour une cure de sevrage éthylique dans la région de Strasbourg. Mme B. suit alors un traitement antidépresseur par Prothiaden, qu'elle interrompt quelques mois après sa sortie. Sur le compte-rendu d'hospitalisation, un examen psychométrique note, au MMPI: «l'introversivité, pourtant tenue secrète et compensée par de l'activité équilibrante, se révèle *borderline* à l'anormalité, de même que la psychorigidité». Lors de son hospitalisation dans notre service, un test de Rorschach est effectué: la conclusion note «l'hypothèse d'un fonctionnement psychique tendant à se clore sur lui-même pour se défendre de ce que la réalité porte de stimulations affectives difficilement supportables. Ce fonctionnement reste néanmoins sans déstructuration notable, le contact et le contenu verbal sont intacts au premier abord, et on peut faire l'hypothèse de possibilités de mobilisation».

Discussion diagnostique

Cette observation clinique nous a semblé intéressante à développer sur le plan psychopathologique. En effet, concernant cette patiente, aucun diagnostic n'a pu être établi avec certitude. De plus, nous avons été frappés par le contraste entre l'incurie spectaculaire du domicile, et le tableau clinique peu symptomatique lors de l'hospitalisation. La patiente est actuellement suivie par un médecin du service, reçoit un traitement antidépresseur par Déroxat, associé à un traitement anxiolytique. Une infirmière du service se rend régulièrement au domicile de la patiente, elle est reçue chaleureusement, et constate que l'appartement est tenu avec soin.

Un syndrome dépressif associé à un éthylisme chronique

Mme B., interrogée quelques mois après son hospitalisation sur l'état de son appartement, évoque selon elle une symptomatologie dépressive responsable de l'incurie à son domicile. Selon ses propos, « sa dépression, en 1992, a été mal soignée lors de son séjour hospitalier en Alsace». Elle allègue une aboulie, une lassitude, un sentiment intense de solitude, une incapacité à pouvoir effectuer du rangement dans son appartement. «Je voulais essayer de ranger, mais je n'y arrivais pas» nous dira-t-elle. Selon ses propos, cette symptomatologie survenait immédiatement lors de son retour à son domicile, le soir, alors que, durant la journée, elle effectuait son activité professionnelle avec efficacité. Les affects dépressifs sont actuellement verbalisés, rétrospectivement, à distance de l'hospitalisation. Durant celle-ci, Mme B. présentait peu de signes en faveur d'une symptomatologie dépressive. En effet, on ne retrouvait pas de ralentissement psychomoteur, ni de troubles du sommeil. On peut également s'interroger sur l'incidence de l'éthylisme chronique associé, pouvant être responsable d'un état

dépressif secondaire, ou majorant la symptomatologie pré-existante. A nouveau, la gravité du tableau d'incurie, laissant présager d'une situation évoluant depuis des années, ne nous semblait pas pouvoir correspondre uniquement à un état dépressif simple, de plus non-concordant avec la présentation clinique de la patiente. La symptomatologie dépressive alléguée par Mme B. nous a questionné sur la structure psychopathologique sous-jacente.

Une psychose ?

Devant la découverte de l'état de l'appartement de Mme B., notre première impression clinique fut celle d'un appartement de psychotique chronique. La réticence de Mme B. laissait évoquer une symptomatologie délirante sous-jacente, qui n'a jamais pu être individualisée. La froideur initiale du contact, la tendance interprétative, l'isolement affectif progressif, l'apragmatisme à son domicile, nous semblaient en faveur d'un tableau psychotique. La discordance entre son comportement dans le service et l'aspect de son appartement évoquait un clivage entre le monde extérieur et la réalité quotidienne et personnelle. Or, en dehors de son appartement, Mme B. semble adaptée à la réalité, ce qui est confirmé par son employeur.

Devant la psychorigidité ainsi que les éléments interprétatifs, une personnalité de type paranoïaque a été suspectée, sans éléments cliniques supplémentaires. Le tableau de psychose n'a ainsi pu être retenu.

Une névrose obsessionnelle?

Ce diagnostic peut apparaître dans un premier temps surprenant. Nous avons repéré un certain nombre de traits de caractère obsessionnels, sans pouvoir poser de diagnostic de névrose obsessionnelle, tels que la psychorigidité de la patiente, sa froideur affective, son comportement relationnel avec notamment sa crainte du contact, la mise à distance de l'autre notamment décrite lors de ses rapports avec ses collègues de travail. Elle évoque le terme de «carapace» pour décrire son comportement avec autrui. L'incurie, la saleté ainsi que l'agressivité décrite par sa fille nous font penser au caractère anal décrit par Freud et Abraham, sans que pour autant des formations réactionnelles stables puissent se mettre en place. Son comportement dans le service, ainsi que sa description de son activité au travail, évoquaient un comportement de type obsessionnel, avec des mécanismes de défense de type obsessionnel tels que des formations réactionnelles, pouvant être présents de manière ponctuelle (évoqués dans son comportement lors des week-ends chez son ami). L'incurie pouvait évoquer un effondrement des mécanismes de défense obsessionnels, en rapport avec la symptomatologie dépressive alléguée. De même, les sentiments de honte et de culpabilité, verbalisés lors des entretiens ultérieurs, évoquent plutôt une symptomatologie névrotique. Lors des entretiens ultérieurs à l'hospitalisation, la patiente présente une froideur affective à l'évocation de certains sujets douloureux, notamment la rupture avec sa fille, pouvant évoquer l'isolation en tant que mécanisme de défense. Mme B. ne décrit pas de rituels de type obsessionnel. Nous l'avons interrogée sur l'état de son appartement, tentant de retrouver un ordre ou une systématisation particulière des objets, malgré le laisser-aller manifeste. Mme B. n'a pas confirmé cette hypothèse. Pour certains auteurs, tels que Bouvet,

une structure obsessionnelle grave est proche d'une structure psychotique, en raison d'un trouble de la synthèse du Moi, ce qui peut être évoqué devant les épisodes de dépersonnalisation. «Ces faits de dépersonnalisation, je les ai rencontrés dans presque toutes mes observations de névroses obsessionnelles ; les malades ne les avouent qu'avec beaucoup de difficultés, et s'ils témoignent d'un trouble de la synthèse du Moi, ils ne sont nullement un argument décisif en faveur de la schizophrénie.» (Bouvet, 1953).

Un état-limite?

Une structure de personnalité de type état-limite est finalement évoquée devant la symptomatologie de type dépressive évoquée par la patiente, dépression de type abandonnique ou anaclitique. Pour Kernberg (1979), on retrouve dans le cadre de la dépression chez l'état-limite la rareté du ralentissement psychomoteur et de l'inhibition psychomotrice, ainsi que des affects de culpabilité associés. La patiente évoque des sentiments de vide et d'ennui, de solitude en rapport avec une angoisse de perte d'objet (la séparation avec sa fille et son compagnon), associés à des moments de dépersonnalisation. De même on peut évoquer une structure de type limite devant des traits de caractère pouvant appartenir à plusieurs catégories nosographiques, tel que le décrit Bergeret (1974-1975), avec des traits de caractère obsessionnel intriqués à d'autres éléments psychopathologiques. La conduite de dépendance de type alcoolique est un argument clinique supplémentaire, ainsi que les éléments interprétatifs, en faveur de mécanismes de défense plus archaïques tels que la projection.

Actuellement, ce diagnostic nous semble le plus probable; nous supposons que l'évolution clinique ultérieure nous donnera des renseignements supplémentaires. •

REFERENCES

Abraham K (1965). *Oeuvres complètes*, Paris, Payot.

Bergeret J (1975). *La dépression et les états-limites*. Paris, Payot.

Bergeret J (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris, Dunod.

Bouvet M (1953). Le moi dans la névrose obsessionnelle. Relations d'objet et mécanismes de défense. *Revue Française de Psychanalyse*, n° 14, 116-196.

Freud S (1935). Remarques sur un cas clinique de névrose obsessionnelle (L'Homme aux rats) In *Cinq psychanalyses*. Paris, Presses Universitaires de France.

Green A (1990). *La folie privée. Psychanalyse des états limites*. Gallimard.

Kernberg O (1979). *Troubles limites de la personnalité*. Toulouse, Privat.