

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE



FONDATEUR :

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

PAUL ABÉLY

117^e ANNEE — 1959

TOME DEUXIÈME



MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

*PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN*

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 13 juillet 1959

Présidence : M. J. DUBLINEAU, président

Compte rendu du Secrétaire général

Adoption du procès-verbal de la dernière séance à l'unanimité.

Lettres de remerciements de MM. les D^{rs} P.-E. LEROY, Guy BENOIT et NICOLAS-CHARLES, élus membres correspondants nationaux.

Election de trois membres correspondants nationaux

Après audition du rapport de M. J. LAFON, au nom d'une commission composée de MM. DELMAS-MARSALET, Paul ABÉLY et J. LAFON, rapporteur, le D^r DEMANGEAT est élu membre correspondant par 13 voix sur 13 votants.

Après audition du rapport de M. Paul ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. PICHOT, MENUAU et Paul ABÉLY, M. le D^r SCHMITZ est élu membre correspondant national par 13 voix sur 13 votants.

COMMUNICATIONS

Effet thérapeutique de la psilocybine sur une névrose convulsive, par MM. J. DELAY, P. PICHOT, Mlle T. LEMPÉRIÈRE et M. A.-M. QUÉTIN.

OBSERVATION. — Mlle B... Henriette, 35 ans, employée dans une perception, est hospitalisée dans le Service le 23 mars 1959 pour des manifestations compulsives concernant l'alimentation. La vue d'un aliment déclenche chez elle le besoin, la nécessité de le manger immédiatement et en totalité, ce qui entraîne aussitôt un remords intense.

Et cependant cette malade, qui se décrit comme une boulimique, présente un état physique très précaire : son poids atteint à peine 40 kg. pour une taille de 1 m. 69. De plus, ces symptômes s'accompagnent d'un cortège dépressif : asthénie, insomnie, idées tristes, découragement.

L'état actuel de cette malade ne peut guère se comprendre sans une étude approfondie de son milieu familial et de sa biographie.

LE MILIEU FAMILIAL : Henriette B... est née dans une famille de petits fonctionnaires dans laquelle on ne retrouve aucun antécédent psychopathique ou psychotique. Elle a toujours beaucoup souffert de l'atmosphère « étriquée » qui régnait à son foyer. La vie y était calme et réglée, sans aucune fantaisie, dominée par la moralité austère des parents. Les difficultés financières permanentes, la médiocrité intellectuelle des parents furent mal supportées par cette enfant, d'intelligence vive et spontanée.

La mère est la figure dominante de la famille. Hyperactive et perfectionniste, c'est elle qui détient l'autorité. Elle se préoccupe presque exclusivement du bien-être matériel des siens. Le père, comptable, « vérificateur », subit passivement la tutelle de sa femme et consacre ses quelques loisirs à des œuvres de charité. Une sœur, de deux ans plus jeune que la malade, actuellement mariée avec un percepteur de province, était tout à l'opposé de celle-ci. La mère comparait toujours ses deux filles pour dévaloriser l'aînée. Un frère, de sept ans plus jeune, a présenté un mal de Pott dans sa seconde enfance. La mère, dont il était le préféré, a toujours refusé les hospitalisations et ce garçon est ainsi resté grabataire, chez lui, pendant une dizaine d'années. Il vit encore chez ses parents, taciturne et aigri.

LA BIOGRAPHIE : Elle est née le 7 juin 1924. Elle fut nourrie au sein pendant un an. Le sevrage fut facile mais l'appétit resta capricieux par la suite. Vers 5-6 ans, on note un épisode indiscutable d'anorexie. La mère, qui nous en a parlé, ne peut en donner de motivations particulières. Cependant, à cette époque, l'enfant très inquiète, présentait des cauchemars nocturnes et avait peur dans le noir. Sa scolarité est avant tout marquée par une grande instabilité psychomotrice, ce qui permettait à la mère de redoubler les comparaisons entre les deux filles.

Malgré son humeur très variable et son indiscipline, Henriette passe le Brevet élémentaire en 1941. Elle désirait être institutrice... ou femme de lettres (depuis quelque temps elle écrivait de nombreux poèmes), ce qui attirait les moqueries de sa mère.

En raison des difficultés économiques de sa famille, notre malade découragée décide d'interrompre ses études. Peu de temps après, elle entre dans l'administration des Finances, où elle s'occupe encore d'un emploi modeste. Ses échecs répétés à différents concours ne peuvent guère s'expliquer que par un refus inconscient de sa part. Elle est assez bien adaptée à son milieu de travail, où on la considère cependant comme très originale.

HISTOIRE DE LA MALADIE : Le début des troubles se situe vers 1943. De multiples facteurs sont intervenus = aggravation des difficultés financières par suite de la maladie du frère, suppression définitive des aspirations professionnelles de la malade, Les questions alimentaires sont à cette époque le problème majeur de la famille B..., qui refuse, par principe, tout « marché noir ».

Henriette est déprimée, triste, pleurant souvent ; elle se sent inutile,

bonne à rien. Elle décide de se priver volontairement de manger. Elle maigrit de 20 kg. en un an. Ses règles s'arrêtent. Mais cette restriction volontaire n'a pas supprimé l'appétit. Elle commence à voler une partie de la ration de pain familiale, ce qui entraîne des remords immédiats.

Elle est hospitalisée à deux reprises dans le Service du professeur Heuyer, où elle est suralimentée (1943 et 1944). Son poids augmente mais ses règles ne réapparaissent pas. Elle peut reprendre son travail et mène une vie quasi-normale jusqu'en 1952, où elle doit être à nouveau traitée, cette fois pour des compulsions alimentaires. Ce sont des raisons analogues qui ont motivé une nouvelle hospitalisation en 1956 et il y a quelques semaines.

ETUDE CLINIQUE : A son entrée, la malade nous décrit ainsi les troubles qui la gênent ; il s'agit avant tout de fringales : dès qu'elle sent quelque aliment à sa portée, elle est obligée de le manger immédiatement et en totalité. Lorsqu'elle est chez ses parents ou chez sa sœur, cette faim impérieuse la pousse à voler des aliments.

Il s'agit véritablement d'actes compulsifs qui s'accompagnent d'angoisse extrême, mais il n'y a guère de lutte contre ce besoin qu'elle considère comme irrésistible. Elle n'a établi aucun rite de défense. L'acte n'est suivi d'aucun soulagement ; il entraîne des remords intenses. Les variations de son humeur jouent un rôle important. En période d'euphorie, elle arrive à s'accommoder de ses troubles. En période dépressive, elle est submergée par sa culpabilité ; ses fringales sont d'ailleurs exagérées par l'anxiété ; elle est prise dans un cercle vicieux. Chacune de ces hospitalisations a été motivée par une période dépressive.

Son mode de vie nous frappe par son extrême régularité. Tout y est minuté et prévu. Elle s'oblige chaque jour à un exercice physique intense (par exemple 20 km. de marche). Elle ne se permet des distractions que dans la mesure où celles-ci peuvent être considérées comme culturelles = théâtre, cinéma, livres, sont prévus avec soin.

Elle limite à l'extrême ses dépenses vestimentaires et l'acquisition d'une nouvelle robe doit être immédiatement suivie du don d'une robe en sa possession. Elle s'est d'ailleurs fixé un nombre d'habits qu'elle ne doit pas dépasser. Le caractère singulièrement rigide de cette existence n'échappe pas à notre malade, qui tente de rationaliser son comportement : « Elle ne peut s'offrir de satisfaction gratuite sans en ressentir une culpabilité immédiate puisque, de par le monde, tant de gens manquent de l'essentiel. »

Elle a conscience du caractère égocentrique de sa vie. Elle va rituellement chez ses parents une fois par semaine. Malgré son amour des enfants, elle ne peut supporter ses neveux, qui la fatiguent. Sa vie sentimentale et sexuelle est nulle. En 1946, à la suite du mariage de sa sœur, elle a envisagé de se fiancer avec un de ses collègues, mais a rompu pour un motif futile. C'est par la religion qu'elle tente de combler son vide affectif. Elle parle de « ses fringales spirituelles » tout comme elle parle de ses fringales alimentaires. La communion quotidienne, sa « nourriture spirituelle », est pour elle une véritable nécessité. Mais la religion lui apporte bien plus, l'espoir d'une vie future où elle sera enfin libérée d'un « corps » qu'elle n'a jamais pu accepter.

EXAMEN PHYSIQUE : La malade est très maigre, 40 kg. pour 1 m. 69. La peau est sèche, les cheveux cassants, la pilosité peu développée. Il existe une acrocyanose importante. L'aménorrhée persiste depuis 1952.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES : Urée = 0,58. Protides sanguins = 57. Alb./glob. = 29/28 = 1,04. Glycémie = 0,70. Numération et formule sanguine normales. Radio de la selle turcique normale. Frottis vaginaux : hypooestrogénie manifeste.

Electro-encéphalogramme : Tracé discrètement altéré ; aspect irritatif ; présence d'éléments \ominus sur la région postérieure de l'hémisphère gauche sans foyer (D^r Verdeaux).

Examen psychométrique (J. Perse) :

1) Epreuves utilisées : échelle d'intelligence Wechsler-Bellevue I, étalonnage original, test de vocabulaire Binois-Pichot, test de rétention visuelle de Benton, M.M.P.I., test de Rorschach, T.A.T.

2) Résultats : sujet dont le niveau intellectuel est nettement supérieur à la moyenne. Echelle Wechsler-Bellevue : Q.I. verbal = 119, Q.I. performance = 130, Q.I. total = 126. Test de vocabulaire Binois-Pichot : Q.I. = 119.

L'ensemble des données recueillies ne présente aucun caractère pathologique ayant une signification diagnostique précise. On relève seulement quelques traits névrotiques discrets parmi lesquels une légère anxiété avec quelques mécanismes peu structurés de type obsessionnel et surtout compulsif. Mais l'aspect dominant réside dans une immaturité affective certaine, en rapport avec d'importants problèmes d'adaptation psychosociale entraînant un refuge dans l'idéalisation et l'intellectualisation. On remarque également une agressivité culpabilisée à l'égard de la figure maternelle et un sentiment secondaire d'exclusion et de frustration affective.

OBSERVATION DANS LE SERVICE : A son entrée dans le Service, la malade a été isolée et soumise à une cure de largactil. Le résultat fut presque nul ; trois semaines plus tard, elle était toujours aussi déprimée et son poids n'avait pas changé. C'est alors que nous avons pratiqué la première injection de psilocybine.

Première épreuve à la psilocybine : Elle fut faite le 20 avril 1959 ; la malade recevait encore 100 mg. de largactil par jour. Elle ne donna d'abord lieu qu'à des réactions neuro-végétatives banales et de courte durée. Les manifestations psychiques survinrent plus tardivement alors que la malade était seule dans sa chambre. Nous en eûmes connaissance le lendemain et par le récit qu'elle en fit et par les poèmes qu'elle composa pendant la période féconde de son expérience. Hallucinations poly-sensorielles, métamorphose corporelle, modifications de l'humeur y sont décrites avec abondance et facilité. Certes, ces manifestations sont banales au cours des épreuves à la psilocybine mais elles restent habituellement mal formulées, voire incommunicables.

Chez notre malade, l'expansivité de l'humeur, jointe à des dons d'expression poétique, permirent une relation verbale relativement aisée d'une « expérience délirante » qu'une longue habitude de l'introspection lui permettait d'analyser dans ses moindres détails. L'euphorie y domine ; les titres de nombreux poèmes en témoignent : « Alléluia, Plénitude, Printemps, Eden, Euphorie ». Des hallucinations multiples, agréablement perçues, contribuent à créer une vision paradisiaque, dont la description nous paraît quelque peu naïve : « Anges jouant de la flûte, parfums étranges,

atmosphère bleue, pure et claire, harmonie étonnante. » Le temps n'existe plus : « Je suis jeune soudain, pour éternellement. » Ce qui l'enchantait tout, c'est la délivrance d'avec ses liens charnels, sa transparence, sa pureté, sa légèreté : « Je vole sur un rayon de soleil, je suis vertige... Je ne sens plus le poids de ma chair libérée, mon corps, ma vieille servitude, sans effort se sent soulevé... Je n'ai plus de corps, je n'ai plus qu'âme et je suis réelle. »

Deuxième épreuve à la psilocybine : La deuxième injection de psilocybine fut faite quatre jours plus tard, alors que le traitement de largactil avait été suspendu. Elle donna lieu à des réactions psychiques extrêmement intenses : état semi-confusionnel avec malaise physique pendant demi-heure, au cours duquel se déroulèrent des scènes oniriques à thème mystique : agonie du Christ, résurrection, vision paradisiaque.

Elle sortit peu à peu de cet état confusionnel pour entrer dans une phase de reviviscence émotionnelle qui dura près de deux heures. L'intensité des sentiments exprimés alors contraste avec la présentation habituelle de notre malade, très réservée d'ordinaire. Elle essaya d'ailleurs de contrôler son agressivité en annulant chaque critique par une contre-proposition.

Voici les principaux thèmes exprimés :

Frustration affective : « C'est toujours la même question, j'ai l'impression de ne pas être aimée (thème repris plusieurs fois)... Je souffrais du manque d'affection, même de mes professeurs. On me reprochait d'être peu ouverte.

Agressivité massive contre sa mère : « Ma mère, moi je ne la juge pas, elle n'a pas eu d'éducation suffisante. Elle a eu une enfance très malheureuse. Elle a voulu nous donner le matériel, uniquement le matériel ; elle ne s'est pas rendu compte que j'avais besoin d'autre chose que du matériel, elle est restée élémentaire. Je suis plus intellectuelle, je suis plus sensible. Du moment qu'on a le matériel, ça lui suffit. Ça ne me suffisait pas. Elle me dit toujours : « Tu n'as jamais manqué de rien. » Cette ouverture de cœur et d'esprit qu'elle ne m'a pas donnée. Elle me tirait les cheveux. Oh ! qu'est-ce que j'ai dit. Oh ! c'est affreux ! je ne devrais pas l'accuser, maman c'est une pauvre femme. Je suis en train de l'accuser alors que je l'aime. Au fond, c'est maman qui est responsable. Je sais que ce n'est pas de sa faute, mais elle est responsable. Hier, ma pauvre mère est venue, elle m'a apporté à manger, elle ne voit que ça... J'ai moi-même conscience de l'origine de ma maladie. Pauvre maman. Elle est responsable. Je le sais, mais j'ai un sentiment de culpabilité. Elle me disait que je la faisais saigner... Maman, je l'accuse et à la fois je l'excuse. »

Fixation au père : « Mon père est très bon, compréhensif, très dans l'ombre... Il se mettait en colère pour mes devoirs, alors qu'il était la patience même ; cela me frappait beaucoup plus que maman. Quand il me punissait c'était judicieux. Papa est plus intellectuel que maman. Comment se fait-il qu'ils se soient si bien entendus ? Maman, elle, est primaire. »

Au cours de son enfance, deux femmes ont joué un rôle très important dans sa vie affective.

Une voisine, Mme F..., qu'elle appelait maman, et qui « m'aimait bien, elle ». Le premier épisode d'anorexie à l'âge de 6 ans coïncide avec le changement de domicile des parents et l'éloignement de cette voisine, qu'elle

continuera cependant à aller voir régulièrement toutes les semaines jusqu'à sa mort.

Un professeur, Mlle D..., qu'elle eut vers l'âge de 10 ans. « Elle incarnait pour moi la maîtresse et la mère idéale. Son visage me revient, très présent à l'esprit. Pour lui faire plaisir (je me souviens très bien de ce sentiment), je terminais vite mon travail. Elle représentait l'image réelle de l'institutrice que j'aurais voulu être. »

Des sentiments de culpabilité : « Mon cas, c'est presque un cas religieux, j'ai toujours eu l'impression de culpabilité, c'est curieux. » « Il n'y a que moi qui a été nourrie par maman. Cela m'attachait à elle davantage. Peut-être cela me donne un plus grand sentiment de culpabilité envers elle. J'ai été la seule à être nourrie ainsi. »

Enfin, lorsqu'elle parle du traumatisme qui fut pour elle ses premières règles, elle nous dit : « Je viens d'avoir un instant d'angoisse. J'ai dû faire une bêtise. J'ai toujours ce sentiment de culpabilité. »

Des sentiments d'infériorité : « J'ai toujours eu l'impression d'être inférieure à eux (sa famille). J'ai l'impression que je leur ai volé quelque chose intellectuellement. J'aurais pu mieux réussir. »

L'anorexie : Elle rappelle ses difficultés alimentaires de l'enfance et nous explique le début des troubles en 1943, pendant la guerre. Elle laisse entendre qu'il ne s'agissait pas d'un manque d'appétit, mais d'une restriction volontaire si pénible qu'elle était parfois obligée de voler du pain en cachette.

Les compulsions alimentaires sont ainsi interprétées. « Je me rends bien compte que, dans mes fringales, il faut que je concrétise un besoin nerveux. Il n'y a que moi qui ai été nourrie par maman. Cela m'attache à elle davantage. »

Les problèmes sexuels : C'est la première fois qu'elle en parle sans réticence. « Comme j'étais très renfermée, je n'étais pas avertie le jour de mes premières règles. J'ai trouvé cela un peu répugnant. Je n'osais rien demander. Les rapports sexuels, il me faudrait beaucoup aimer pour surmonter cet acte-là. Je m'en rends compte moi-même. Heureusement que j'ai Bruno (son ours en peluche).

Les réactions dépressives : Pendant son enfance, se croyant rejetée par sa mère, elle eut parfois le désir de partir ou même de se supprimer.

*

**

Evolution : L'amélioration fut immédiate ; dès le lendemain, la malade était euphorique. Le poids augmenta rapidement. A sa sortie, un mois plus tard, elle avait repris près de 7 kg. Elle nous a souvent parlé de son expérience, qu'elle considère comme très bénéfique.

CONCLUSION

Chez cette malade, la psilocybine a eu une action thérapeutique incontestable. La comparaison entre les résultats des deux épreuves est très instructive.

La première, effectuée sous largactil, ne donna lieu à aucune abréaction émotionnelle, aucune reviviscence affective. Elle a seulement permis à la malade d'exprimer, sur un mode euphorique, son aspiration fondamentale : être délivrée de son corps.

La deuxième, effectuée sans largactil, entraîna un afflux de souvenirs. Sans aucun contrôle et avec une violence extrême, elle nous exposa ce qu'elle considère comme la psychogénèse de sa maladie, et surtout ses griefs contre sa mère. Des souvenirs d'enfance jusqu'à oubliés furent revécus émotionnellement, en particulier la séparation d'avec celle qu'elle considérait comme sa seconde mère, Mme F... Le premier épisode d'anorexie vers 6 ans fut ainsi expliqué.

Ce fut cette deuxième injection de psilocybine qui entraîna l'amélioration définitive de la malade. La prise de conscience intellectuelle et affective de ses problèmes ainsi que la transformation durable de son humeur nous semblent les éléments déterminants de ce changement.

DISCUSSION

M. DUBLINEAU. — L'association de facteurs impulsifs et d'éléments mystiques du type rapporté ici évoque l'éventualité d'une dysrythmie de type para-convulsif. La présence d'ondes lentes à l'examen électro-encéphalographique, pratiqué chez cette malade, pourrait, en dépit de son caractère assez banal, constituer un argument d'appoint en faveur d'une hypothèse de cet ordre.

A propos d'un nouveau neuroplégique, le Ro. 04.403, par M. G. BOITTELLE et Mme Cl. BOITTELLE-LENTULO

Le Ro. 04.403 fabriqué par les laboratoires « Roche » est la 2-chloro-9-(α -diméthylaminopropylidène)-thioxanthène. Ce produit présente un intérêt très important par rapport aux autres neuroplégiques : il est beaucoup mieux toléré, des doses moindres sont nécessaires et il donne des résultats très intéressants dans les psychoses maniaco-dépressives, ainsi d'ailleurs que dans les états hallucinatoires aigus ; dans ces états, son action est supérieure à celle des autres produits similaires, elle est moindre dans les délires hallucinatoires chroniques.

Nous avons employé la voie orale sous forme de comprimés dosés à 15 mg. et la voie parentérale, surtout dans la période d'attaque. Les ampoules qui nous ont été fournies sont dosées à 15 mg. en 2 cm³.

Technique. — Les doses employées furent généralement de 4 à 6 ampoules par jour en deux ou trois injections, chaque injection comportant l'administration de 30 mg. de Ro. 04.403. Dans certains cas, il a été utile — principalement lorsqu'en raison d'un état d'agitation persistant on a voulu avoir une imprégnation neuroplégique