

L'ENCÉPHALE

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

journal homepage: www.em-consulte.com/produit/ENCEP

PSYCHOGÉRIATRIE

Hallucination négative, conscience de soi et avancée en âge

Negative hallucination, self-onsciousness and ageing

C. Hazif-Thomas^{a,*}, F. Stephan^{c,d}, M. Walter^{b,c,d}, P. Thomas^e

^a Service de l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé, hôpital de Bohars, CHU de Brest, route de Ploudalmézeau, 29820 Bohars, France

^b EA éthique professionnalisme et santé, EA 4486, université UBO, 29820 Bohars, France

^c Service hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte, hôpital de Bohars, CHRU de Brest, 29820 Bohars, France

^d EA laboratoire de neurosciences de Brest (EA 4685), UFR de médecine, université de Bretagne Occidentale, 22, avenue Camille-Desmoulins, CS 93837, 29230 Brest cedex 3, France

^e Centre Jean-Marie-Léger, CHU de Limoges, 87025 Limoges, France

Reçu le 27 avril 2013 ; accepté le 19 juin 2013

MOTS CLÉS

Conscience de soi ;
Hypocondrie ;
Syndrome de Cotard ;
Hallucination
négative ;
Mélancolie ;
Sujet âgé ;
SMTr

Résumé Nous proposons dans cet article de faire le point sur les hallucinations négatives chez la personne âgée et sa prise en charge. La phénoménologie des hallucinations négatives est riche d'informations sur l'origine des symptômes psychotiques aux âges tardifs. Les relations entre hallucinations, troubles de l'humeur, et symptômes négatifs sont souvent difficiles d'appréhension par les soignants et mal vécues par les proches. L'identification des manifestations hallucinatoires nécessite une approche rigoureuse, d'autant plus indispensable qu'existe une très grande hétérogénéité des tableaux cliniques, notamment dans le syndrome de Cotard. Si l'hallucination négative a une fonction anti-traumatique pour le Moi de la personne âgée dans sa lutte contre la souffrance psychique, elle n'en témoigne pas moins d'une insuffisance de symbolisation. La prévalence de ce symptôme est sans doute sous-estimée, bien que sa présence indique souvent une atteinte thymique plus marquée. Ces symptômes hallucinatoires ont un retentissement important dans la vie relationnelle des malades, qui apparaissent prisonniers d'une souffrance incommunicable. Les thérapeutiques médicamenteuses ne sont pas toujours efficaces. Le traitement se doit donc de privilégier le rapport au corps dans une visée énergétique, et ainsi proposer des approches non médicamenteuses, somatiques, invasives (ECT) ou non (SMTr).

© L'Encéphale, Paris, 2014.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cyril.hazifthomas@chu-brest.fr (C. Hazif-Thomas).

KEYWORDS

Self consciousness;
Hypochondria;
Cotard's syndrome;
Negative
hallucination;
Melancholia;
Elderly;
SMTr

Summary

Background. — Negative hallucinations are characterized by a defect in perception of an object or a person, or a denial of the existence of their perception. Negative hallucinations create blank spaces, due to both an impossible representation and an incapability of investment in reality. They have a close relationship with Cotard's syndrome, delusional theme of organ denial observed in melancholic syndromes in the elderly.

Methods. — Phenomenological approach. The phenomenology of negative hallucinations provides quite an amount of information on the origin of the psychotic symptoms when one is rather old.

Results. — The connections between hallucinations, mood disorders and negative symptoms are often difficult to live with for the nearest and dearest. Negative hallucinations require a strict approach to identify their expression that is crucial because a wide heterogeneity exists within the pathological pictures, as in Cotard's syndrome. Although the negative hallucination has an anti traumatic function in elderly people fighting against mental pain, it still represents a deficiency in symbolization. The prevalence of this symptom is without doubt underestimated, although its presence often underlines thymic suffering that is more striking. These hallucinatory symptoms have an important impact on the patients' daily life, and they appear to be prisoners of a suffering, which cannot be revealed.

Conclusions. — We propose in this article to review the clinical symptoms of negative hallucinations in the elderly and the way to manage them. The medicinal approaches are not always effective. A greater place must be given to what is in connection with the body, aiming at a strong impact and thus to offer non-pharmacological approaches, such as somatic ones, which can be either invasive (electroconvulsive therapy) or not (transcranial magnetic stimulation).

© L'Encéphale, Paris, 2014.

Les hallucinations négatives se caractérisent par une absence de perception d'un objet ou d'une personne, ou un déni d'existence de leur perception. Les hallucinations négatives créent un espace blanc, à la fois absence pour la représentation et l'investissement d'objets nouveaux [1,2]. Elles entretiennent une relation étroite avec le syndrome de Cotard, état délirant à thématique de négation d'organe, observé au cours de syndromes mélancoliques de l'âge dont il constitue un indice de gravité. Ces symptômes hallucinatoires témoignent paradoxalement d'un essai de sauvegarde identitaire archaïque, essayant de pallier à une douleur morale incontournable et difficile ou impossible à élaborer. La gravité de ces symptômes, leur richesse sémiologique invitent à proposer une réflexion phénoménologique et à faire un retour théorico-pratique sur les grandes options thérapeutiques à envisager.

Les hallucinations négatives

Dans sa relation au cosmos antique, Cicéron avance que la vieillesse est un pathos [3], un sentiment qui est aussi en droit, celui de garder une certaine emprise sur sa vie, une voie vers l'autorité naturelle, seule à même d'aider chacun à quitter « le tumulte et le boueux chaos d'ici-bas ». On l'aura compris, le cosmos dont il s'agit ici ne doit pas signifier le seul monde mais l'état subjectif de l'Union (koinos) et de la Dispersion (idios), espace perplexisant qui s'ouvre à une dynamique de vie. L'élément déterminant de cette union et de cette dispersion est le Logos, c'est-à-dire le mot ou discours, ou encore la pensée, le rapport raisonnable, lien à la vie universelle (koinos pantos) [4]. L'intégrité corporelle est essentielle à la vie, et cette réalité émerge

douloureusement chez l'âge en perte d'autonomie psychique, se traduisant pas une angoisse de vidage. La dispersion est ici une menace qui renvoie à des angoisses de mort interne parallèle à l'effondrement de l'élan vital. Que se passe-t-il lorsque la dispersion l'emporte sur l'union, lorsque l'émotivité est désamarrée de l'affectivité, lorsque la psychée opère par négation? Le travail de symbolisation devient impossible, qui normalement permet de faire le lien et de maintenir la distinction entre le symbolisant — l'intégrité — et le symbolisé — la vie — [5]. Y a-t-il lieu d'observer, comme on le voit dans la schizophrénie, des hallucinations mal systématisées côtoyer de profondes perturbations affectives, dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments? La personne âgée en souffrance, trop souvent socialement isolée, confrontée aux deuils de ceux qu'elle a aimés, parfois gênée par la perte sémantique qui accompagne des troubles cognitifs débutants, n'a plus le recours au langage, la douleur morale qui l'habite sidère la pensée et l'imaginaire se dérobe faute d'avenir et de possibilités anticipatoires. La défense psychotique gomme une réalité de rupture de liens, incontournable et impossible à élaborer.

Minkowski [6] fait de l'affectivité ce qui renvoie essentiellement à l'intimité, « point sensible » dans le vécu de la personne, là où l'émotivité trouve plutôt son fondement dans le phénomène de la résonance et du retentissement, sorte d'écho du domaine public. Dans ce dernier cas, on remarque l'intensité de son expression traduisant paradoxalement le caractère superficiel des émotions. C'est que l'affectivité évolue dans le plan anthropo-cosmique, là où l'émotivité réfère à celui plus somato-psychique de l'organisme. Pourquoi insister sur cette notion si ce n'est pour marquer que la relation au cosmos a quelque chose

à voir avec l'aptitude de chacun à mentionner ses sentiments, perceptions et souvenirs en relation avec son monde interne? Et pourquoi l'évoquer quant à la thématique des hallucinations, a fortiori chez le sujet âgé?

L'hallucination négative est ce constat d'absence renvoyant non pas à la construction positive d'un objet ou d'une image, mais bien à la négation de sa réalité [7].

Cette expérience hallucinatoire négative est aussi ce que Maupassant a décrit dans le *Horla*, avant que Freud n'évoque ses propres expériences [8,9], ce qui ne laisse d'interroger sur les liens entre déni et perception. Nombre de malentendus peuvent encore faire errer le clinicien entre dénégation, refoulement et déni. Le cas de Flaubert aux prises avec des hallucinations visuelles en rapport avec une épilepsie temporale est illustratif. L'idée d'épilepsie est prégnante, même s'il s'efforça toute sa vie de la méconnaître activement. L'idée s'était toutefois illustrée dans sa conscience comme en témoigne cette confidence à un ami: «Je me suis senti emporté tout à coup dans un torrent de flammes» [9].

Tandis que dans le déni, fonction de défense très utilisée lors du vieillissement, «l'idée ne s'est jamais constituée», il y a dans le cas du refoulement conflit entre le sujet et son entourage, entre l'intérieur et l'extérieur [9] faisant que «le problème» (la constitution de l'idée) n'est pas de l'avoir, il serait plutôt d'empêcher les autres de l'avoir à sa place» [9]. L'image de barrière qui refoule convient bien à la défense névrotique, là où celle du filtre qui trie renvoie à la défense psychotique. Mais quand ce filtre lui-même devient inopérant, que reste-t-il au malade privé de toute possibilité de se retirer en son for intérieur? Comment continuer de juger de ce qui est ou n'est pas son monde lorsque le cœur de l'expérience subjective semble irrémédiablement troué? Ainsi une malade de Seglas peut dire: «je n'ai plus de cœur; j'ai bien quelque chose qui bat à la place, mais ce n'est pas mon cœur; cela ne bat pas comme avant...» [10]. L'hallucination négative semble alors renverser la formule classique de Husserl selon laquelle «Toute conscience est conscience de quelque chose»: est-ce pour tenter de dire qu'il n'y a plus rien qui alimente la conscience... ou cela témoigne-t-il de cet «instinct négatif» selon l'expression de Breuer, moins scrupuleux que Freud dans sa description de cette force interne qui agit à l'insu de la personne [11]?

C'est que cette défense du Moi si paradoxale surgit dans le vocabulaire médical au contact du monde de l'hypnose chère à Bernheim [12] et à l'école de Nancy puisqu'il s'agissait de la non-perception d'objets ou de personnes, sur ordre donné par l'hypnotiseur [11]. Elle serait donc une forme de déni perceptif ayant pour but de supprimer activement une perception intolérable. La présence du délire de négation chez les patients âgés dépressifs ou débutant un processus démentiel [13] accompagne souvent un vécu de perte et de solitude [14].

Sa réalité clinique gériopsychiatrique est peu documentée. Au plan épidémiologique, une étude chinoise de Chiu et al., menée à Hongkong, indique une prévalence de 0,57% après l'examen de 349 patients [15]. Les malades (262 femmes et 87 hommes d'âge moyen 74,8 ans) avaient tous été hospitalisés dans le service de psychogériatrie pour des motifs d'admission classique: démence, dépression majeure, anxiété généralisée... L'examen rétrospectif des

dossiers relève deux cas de syndrome de Cotard avec dépression majeure, dont l'un entendait des voix de fantômes, et était convaincu que ses fils étaient décédés, alors même qu'ils lui rendaient visite régulièrement. Ce malade pensait de plus que ses intestins étaient «bloqués», son corps délabré. L'auteur remarque que les descriptions cliniques sont semblables dans les pays occidentaux et orientaux.

Une autre étude de Berrios et Luque [16] indique d'après une analyse statistique de 100 cas rapportés dans la littérature, l'omniprésence du trouble dépressif, présent dans 89% des cas, aucune différence n'étant ici retrouvée entre hommes et femmes.

Les principales caractéristiques cliniques concernent les idées délirantes de négation du corps: 85%, celles de négation de l'existence: 69%, les préoccupations hypocondriaques: 58%, les idées d'immortalités: 55%, l'anxiété: 65%, et la culpabilité: 63%. Il serait possible d'après les auteurs de classer en 3 catégories ce syndrome que Jules Cotard avait individualisé dès 1880: la dépression psychotique, le Syndrome de Cotard type I ou Cotard dit pur et rattachable à un trouble délirant, et le syndrome de Cotard type II dans lequel les patients montrent de l'anxiété, de la dépression et des hallucinations auditives [16,17]. Ferrey et al. [18] de leur côté notent une prévalence plus élevée que dans l'étude chinoise mais elle est issue de leur expérience personnelle: 12 cas sur 300 patients vus pendant 10 ans. Ils insistent sur les formes partielles, leur expression le plus souvent limitée au tube digestif ou aux reins comportant moins une négation de l'organe lui-même qu'une négation de son fonctionnement. Ainsi le délire hypocondriaque peut être moins impressionnant que celui décrit par Cotard et al. [17], ce que Seglas [10] avait ensuite nommé délire de négation, délire qu'il associait volontiers à une indifférence vécue pour soutenir l'incommunicabilité de la situation et atténuer l'angoisse face à l'obligation délirante du châtimement.

Quoi qu'il en soit l'hallucination négative est enrôlée dans ce syndrome, ce qui a pu faire parler de maîtrise toute puissante du vide. Expression qui ne peut, pour autant, faire oublier la souffrance extrême des malades.

La souffrance est d'autant plus forte qu'elle touche à la relation au monde extérieur (étrangeté) et au monde intérieur (dépersonnalisation). Ici l'espace «clair», tel que conceptualisé par Minkowski [6], espace qui permet un jeu avec le vide et s'avère socialisé, disparaît au profit de l'espace «noir» dans lequel aucun recoin de notre Être ne peut plus renier l'espace, ainsi livré à lui et à sa part d'inconnu incompréhensible. À cette analyse phénoménologique déjà classique, nous ajouterons qu'à l'espace compris car appréhendé par la claire raison, la déstructuration de la conscience de soi laisse place à un vide à la fois subi et maîtrisé, subi sans doute psychiquement mais en partie maîtrisé aussi car ne livrant au vide que l'espace corporel clivé de l'espace psychique.

L'hallucination négative inaugure ainsi une expérience du soi inséré dans un monde étrange que l'autre ne partage plus, d'où la souffrance noire du mélancolique qui aux prises avec la négation d'organes n'a plus de claire perspective lui indiquant ce qui est partageable ou non avec son entourage. De sorte qu'avec l'hallucination négative, si le traumatisme de l'espace «noir» peut être en partie évité, l'expérience

peut devenir extrêmement mutilante puisqu'elle vient alors contredire l'expérience apaisante par laquelle l'espace soignant vient rassurer le patient en partageant avec lui ses défenses face à la douleur éprouvée. On relève ici un trouble fondamental de ce qui fait la *chair* au sens d'être un sujet incarné. Ainsi c'est parce que la peau est aussi cette chair qui me différencie de toute autre personne qu'elle est vécue comme bien autre chose qu'un sac d'organes. C'est ce qu'a conceptualisé Merleau-Ponty, d'où l'atteinte profonde de la réciprocité du Je et du Tu [19], phénomène déjà pointé chez les patients psychotiques par Naudin et al. [20] dans leur analyse phénoménologique des hallucinations.

Ici ce ne sont plus les idées qui sont dispersées, comme dans la manie et sa fuite des idées [21], mais les éprouvés corporels, d'où une fuite des limites du corps, expliquant la possibilité de délires d'énormité dans le syndrome de Cotard [22]. La compréhension de ce qui nous fait être charnellement qui on est, du corps-sujet, est à travers l'hallucination négative vidée de son sens, au profit d'une réalité seconde dans laquelle le malade ne repère plus ce qui lui appartient en propre, expérience témoignant de l'atteinte de la permanence du sujet... Néanmoins, certains auteurs soutiennent la persistance d'une fuite des idées dans le syndrome de Cotard, plus exactement « une sorte d'envers de la fuite des idées » ou même une fuite confuse des idées [23].

La dispersion du soi est ainsi une dispersion de la « mienneté » [20], faisant de la présence à soi un espace d'absence en soi, dans ce phénomène de chevauchement insaisissable et incessant si bien décrit par Minkowski entre espace vivant et mortifère chez le malade halluciné. L'invalidation de la conscience de soi accompagne ainsi le passage angoissant de la compréhension vers la dispersion, expliquant ces observations si fines de nos prédécesseurs [6] selon lesquelles le vécu hallucinatoire accompagne si souvent le passage de l'activité socialisée à l'inactivité désocialisante.

L'hallucination négative, une défense coûteuse pour le moi de la personne âgée

Ces expériences hallucinatoires peuvent certainement entériner une mutilation identitaire s'ils ne sont pas compris comme des formes de vécu défensif se manifestant au seuil d'une réorganisation psychocognitive. C'est une défense en effet puisqu'il s'agit d'alerter le moi que le corps, qu'il croyait maîtriser, peut lui échapper.

Madame D., 85 ans vient en consultation avec son mari. Depuis 52 ans, ils ne sont plus « tout jeunes » mariés. Tout allait « bien » jusqu'au cancer du pancréas de leur fils vivant en région parisienne, de sorte que depuis les traitements par chimiothérapie, il ne se rend plus auprès d'eux. Elle affirme avec une autorité cassante et indiscutable, sans marque extérieur du moindre doute ou du moindre affect, « mon mari est mort. » Et lorsque le médecin l'interroge sur le monsieur effondré qui l'accompagne, avec la même assurance : « Je ne connais pas ce monsieur ». L'espoir de parer au traumatisme en « rattrapant » par une autorité extérieure l'évanescence de la consistance interne au plan identitaire participe de la mise en place de l'hallucination interne. L'évolution de cette patiente, qui a répondu très favorablement à la clomipramine, situation atypique dans

le Cotard, nous a montré les liens avec le syndrome de Capgras, puisque dans ces 2 types de syndrome, la reconnaissance émotionnelle des visages ferait défaut [24]. Un autre exemple d'hallucination négative d'existence des proches par une personne âgée est cette fois rapporté par la littérature : Charon individualise ainsi une « forme sénile » : « Homme de 69 ans [...] L'accès d'aliénation mentale débute sans cause connue [...] Quelques jours après, apparaissent, avec de l'angoisse, des idées hypocondriaques de négation. Il n'a plus d'estomac, plus de pieds, il est bouché et ne peut plus uriner. Ses parents qui viennent pourtant le voir, n'existent plus » [15].

Cotard insistait dans la description de son syndrome sur le caractère inébranlable de la toute puissance dans la genèse du symptôme qu'il a décrit [17]. De la même façon que le délire de négation d'organe est un indice de gravité par rapport aux autres formes de délire, les hallucinations négatives constituent un élément de gravité particulier. Pour Freud, ce type d'hallucination est une manifestation archaïque par rapport aux précédentes [8]. D'un point de vue ethnologique, la relation aux hallucinations n'est pas perçue de la même façon selon les civilisations, et elles n'ont pas la même expression clinique [25]. Considérées comme pathologiques dans nos régions, ce qui ne peut que faciliter le déni, et transformer la sémiologie, elles sont parfois regardées comme participant à un processus psychique normal ailleurs. Ainsi, les épisodes hallucinatoires avec sentiments de présence de la personne décédée, perception de sa voix ou même hallucination de sa présence sont très fréquents dans les premiers mois chez la personne âgée endeuillée [26] ; plus qu'un leitmotiv, la figure du fantôme serait d'ailleurs pour Didi-Huberman un « Leitfossil » [23], une image survivante de persistance du disparu. Une étude scandinave a montré que 89 % des femmes et 57 % des hommes interrogés sur ces possibles phénomènes psychiques les avaient vécus. Cette étude portant sur 14 hommes et 36 femmes montre par ailleurs un vécu hallucinatoire chez 1/3 d'entre eux, concernant le fait de voir, d'entendre ou de parler avec les personnes décédées. La connotation « étrange » de tels troubles fait qu'ils sont peu partagés avec le médecin [27].

Il ne s'agit pas d'expériences angoissantes comme dans les hallucinations psychotiques. Dans certaines civilisations orientales, ces vécus singuliers sont considérés comme faisant partie d'un processus de deuil favorable [28]. Si l'hallucination positive est parfois et dans un certain contexte un élément favorable, simple témoin évolutif de l'élaboration d'un deuil, l'hallucination négative est le marqueur d'une dépression mélancolique de pronostic réservé, qui peut renvoyer à des réminiscences d'expériences personnelles de l'enfance non élaborées [29], et/ou entrant dans des schémas d'amnésie infantile [30]. Liée à un contexte de vie plus actuel et de façon assez caractéristique chez le sujet âgé, on remarque aussi comment la dépression « cotardienne », d'allure psychotique, vient exacerber, via des symptômes hallucinatoires négatifs, un vécu plus général de la personne âgée fait de « situation imposée d'isolement et de vide relationnel ». En effet, dans un contexte d'idées d'incurabilité, ces patients témoignant de cette « tendresse au négatif » décrite par Cupa pour qui « À défaut d'une relation gratifiante de tendresse, le sujet préfère une relation douloureuse vivante plutôt de rejet que de se confronter à l'indifférence » [31].

Les idées de négation doivent attirer l'attention sur l'hypocondrie secondaire à une atteinte de la conscience de soi [32] car elles renforcent un vécu d'incompréhension du côté du malade. Celui-ci fait preuve d'une angoisse incoercible qui pèse spécifiquement chez l'âge sur les fonctions de nutrition et de digestion. L'école de phénoménologie psychiatrique française a attribué au syndrome de Cotard un poids de « gravité » pronostique : « Les idées hypocondriaques, écrit Minkowski [6], prennent souvent au cours des psychoses d'involution la forme d'idées de négation ; le malade nie l'existence de ses organes, de son corps, puis, par une sorte de projection au dehors, celle des objets et du monde extérieur. Dans certains cas, à ces idées de négation viennent se joindre des idées d'immortalité et d'énormité ; le malade affirme qu'il ne mourra jamais et qu'il souffrira éternellement, ou encore que son corps est énorme, se confond avec le monde et le remplit. L'association, paradoxale à première vue, d'idées de négation et d'idées d'énormité et d'immortalité sur un fond d'anxiété mélancolique, constitue le syndrome de Cotard. Ce syndrome a été considéré comme signe de chronicité ; en réalité, il n'exclut point la possibilité de guérison ; il n'est pas non plus l'apanage exclusif des psychoses d'involution ». Il faut en effet considérer les éventuelles comorbidités, notamment les troubles de mémoire et les troubles bipolaires [33]. À l'heure des possibilités thérapeutiques actuelles, cette possibilité de rétablissement reste d'actualité, mais il arrive encore que toute la panoplie thérapeutique moderne échoue tant la difficulté sémiologique est avérée et le challenge thérapeutique, réel et éprouvant. Outre la sévérité des dépressions bipolaires du sujet âgé, Leger rappelle les préoccupations centrées sur le corps, pouvant prendre l'ampleur d'un syndrome de Cotard, avec une anxiété majeure [34].

La place centrale des thérapeutiques non médicamenteuses

En cas d'altération grave de l'état général et de répercussions somatiques d'une hypocondrie délirante mélancolique ou relevant d'un syndrome de Cotard, il y a place pour des approches biologiques non médicamenteuses [35]. L'électroconvulsivothérapie (ECT) peut aussi être indiquée en cas de mélancolie stuporeuse ou de refus de soins et/ou d'alimentation mettant en jeu le pronostic vital. Mais son acceptation n'est pas toujours aisée. Or le consentement est crucial face à tout acte médical et se reposer sur le consentement de la famille peut s'avérer difficile, les proches ne souhaitant pas toujours valider cette option. Ainsi ce que la jurisprudence nomme les « protecteurs naturels » [36] n'a pas toujours de traduction dans les faits (absence de la famille ou refus des proches) et doit alors se discuter l'apport de la stimulation magnétique transcrânienne (SMTr), beaucoup moins connotée « traitement de choc » et beaucoup mieux acceptée psychologiquement.

Cette option est à réaffirmer d'autant plus que l'efficacité et la tolérance des chimiothérapies médicamenteuses n'est pas toujours au rendez-vous des espoirs cliniques, qu'on parle de chimiorésistance comme Galinowski [37] ou que plus simplement on ait affaire à une indication privilégiée d'approche non médicamenteuse,

comme dans le délire de négation. Même si dans cette affection, l'ECT reste la technique de référence [38], l'emploi de la SMTr s'avère sûr et bien toléré chez le sujet âgé [39]. La gravité clinique est avérée tant la précarité somatique, la dénutrition, les anomalies métaboliques et la cachexie peuvent parfois compliquer ces tableaux eux-mêmes souvent atypiques. Dans ce contexte l'usage de la SMTr est une alternative à ne pas rejeter. La majorité des travaux concerne l'évaluation de l'efficacité de la SMTr dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs et des hallucinations auditives dans la schizophrénie [40,41]. Jalenques et al. [41] ont fait une revue de la littérature sur l'efficacité et la tolérance de la SMTr dans le traitement des dépressions chez le sujet âgé. Les auteurs concluent qu'en dépit de l'existence de résultats contradictoires, les données de la littérature sont plutôt en faveur d'une efficacité de cet outil thérapeutique chez les personnes âgées déprimées. Cliniquement, les facteurs prédictifs d'une moins bonne réponse au traitement sont un âge très élevé ou l'existence de lésions cérébrales. À noter que cette thérapeutique est très bien tolérée avec peu d'effets secondaires. Par contre, son intérêt en cas d'hallucinations négatives, n'est pas encore documenté.

L'emploi des approches non médicamenteuses accompagne parfois l'impression clinique de restauration de la sensibilité aux molécules antidépresseurs. En effet on parvient en ce cas à entamer le « noyau thymique » du syndrome de Cotard fait « d'indifférence, d'excitation ou d'inhibition mélancolique mais jamais de doute angoissé » [42].

Quoiqu'il en soit, l'adaptation du cadre, auquel les thérapeutiques alternatives participent, contribue à relancer une dynamique de réappropriation corporelle de la conscience de soi. Lorsqu'une réponse thérapeutique est observée, la restauration du rapport au soi des malades précède assez souvent celle de leur rapport au monde, ce qui est concordant avec les idées de Manus et Montfort [43]. Cela donne-t-il raison à Cotard et al. pour qui « Les aliénés sont généralement négateurs » [22] ?

Conclusions

Avec ou sans accès à des méthodes thérapeutiques somatiques (ECT, SMTr...), il importe de lutter contre le défaitisme face aux délires de négation chez le sujet âgé. L'exploration rapide de la vie mentale des patients hallucinés demeure malgré tout difficile d'accès car elle fait résonner des angoisses de mort. Il importe donc de ne pas censurer ces angoisses, car opérer ce black-out, c'est se résigner à une indifférence affective, elle-même reflet d'une amputation de la personnalité. Nombre d'idées et de conceptions actuelles, à force de faire fi de cette angoisse de mort, à force de l'oublier comme biais majeur dans les études vont peut-être trop loin dans leur volonté de conclure : ne peut-on se donner le temps d'écouter le malade ? L'intérêt actif des soignants aide ces patients à ne pas se résigner à la mort psychique, alors même que sont à l'œuvre des tentatives de compromis entre les nécessités de la coexistence et celles de continuer à s'étayer sur l'environnement. Comment être indifférent au syndrome de Cotard ? Son incroyable survivance malgré les thérapeutiques antidépresseurs modernes nous rappelle

qu'il convient de rester prudent et à la fois sensible face au malade blessé dans son Être tant dans sa relation au monde interne qu'au monde externe. La restauration de l'affectivité comme mode d'être évoluant dans le plan anthropo-cosmique est à ce prix.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Ey H. Hallucinations et délire. Alcan 1934. réédité. Paris: L'Harmattan éd.; 2000.
- [2] Green A. La causalité psychique. Paris: O. Jacob; 1995. p. 315.
- [3] Schmidt J. Cicéron. Paris: Pygmalion E, éd.; 1999.
- [4] Biswanger L. Introduction à l'analyse existentielle. Paris: Les éditions de minuit; 1971.
- [5] Bion W. Différenciation de la part psychotique et de la part non-psychotique de la personnalité. *Nouv Rev Psychan* 1974;10:60–78.
- [6] Minkowski E. Le problème des hallucinations et le problème de l'espace, quelques réflexions au sujet d'un halluciné. *Evol Psychiatr* 1932;4:59–76.
- [7] Hamon J, Ginestet D. Délire des négations: à propos de 4 observations. *Ann Med Psychol* 1994;152:425–43.
- [8] Freud S, Breuer J. Études sur l'hystérie, trad. A. Berman. Paris: PUF; 1978. p. 107.
- [9] Bayard P. Maupassant, juste avant Freud. Paris: Les éditions de minuit; 1984.
- [10] Seglas J. Le délire des négations. Paris: Masson; 1897. p. 105.
- [11] Green A. Le travail du négatif. Paris: Les éditions de minuit; 2011. p. 224.
- [12] Berheim H. L'hystérie: définition et conception, pathogénie, traitement, Encyclopédie scientifique. Paris: O. Doin et fils, éditeur; 1913, 436 p.
- [13] Mendez MF, Ramirez-Bermudez J. Cotard syndrome in semantic dementia. *Psychosomatics* 2011;52:571–4.
- [14] Gaillard M. La décompensation psychotique au troisième âge: mieux comprendre, mieux réagir. *Med Hyg* 2002;60(2395):1157–60.
- [15] Chiu HF. Cotard's syndrome in psychogeriatric patients in Hong Kong. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17(1):54–5.
- [16] Berrios GE, Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91(3):185–8.
- [17] Cotard J. Du délire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse. *Ann Med Psychol (Paris)* 1880;38:168–74.
- [18] Ferrey G, Le Gouès G. Psychopathologie du sujet âgé. 6^e édition Paris: Masson; 2008. p. 161–2.
- [19] Merleau-Ponty M. Le visible et l'invisible. Paris: Gallimard; 1964.
- [20] Naudin J, Pringuey D, Azorin JM. Approche phénoménologique des hallucinations. In: Hallucinations, regards croisés. Paris: Masson; 2002. p. 61–76.
- [21] Biswanger L. Sur la fuite des idées. Grenoble: Éd. J. Millon; 2000. p. 327.
- [22] Cotard J, Camuset M, Seglas J. Du délire des négations aux idées d'énormité. Paris: L'Harmattan; 1997. p. 102–64.
- [23] Ross G. Syndrome de Cotard et fuite des idées. *Evol Psychiatr* 2005;70:161–76.
- [24] Young AW, Leafhead KM, Szulecka TK. The Capgras and Cotard delusions. *Psychopathology* 1994;27(3–5):226–31.
- [25] Chaudhury S. Hallucinations: clinical aspects and management. *Ind Psychiatr J* 2010;19(1):5–12.
- [26] Laufer L. L'énigme du deuil. Paris: PUF; 2006. p. 85.
- [27] Grimby A. Bereavement among elderly people: grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87(1):72–80.
- [28] Yamamoto J, Okonogi K, Iwasaki T, et al. Mourning in Japan. *Am J Psychiatry* 1969;125(12):1660–5.
- [29] Brakel LW. Negative hallucinations, other irretrievable experiences and two functions of consciousness. *Int J Psychoanal* 1989;70(Pt 3):461–79.
- [30] Brakel LA. Understanding negative hallucination: toward a developmental classification of disturbances in reality awareness. *J Am Psychoanal Assoc* 1989;37(2):437–63.
- [31] Cupa D. Tendresse au négatif. *Carnet Psy* 2012;5(118):27–33.
- [32] Hazif-Thomas C, Thomas P. L'hypocondrie chez la personne âgée. *NPG* 2012;11(4):4–12.
- [33] Menecier P, Rouaud O, Arezes C, et al. Trouble bipolaire et démence: association fortuite ou filiation? À propos d'un cas et revue de la littérature. *Psychol Neuropsychiatr Vieillesse* 2007;1(23–4):5.
- [34] Leger JM. Dépression et vieillissement. In: Séminaire de Psychiatrie biologique. Hôpital Saint-Anne: approches cliniques, biologiques et thérapeutiques des maladies dépressives; 1996. p. 129–50.
- [35] Szekely D, Polosan M. Les thérapeutiques non médicamenteuses en psychiatrie. *Ann Med Psychol* 2010;168:546–51.
- [36] Jonas C. Le psychiatre face aux juges. Paris: Ellipses; 1997. p. 68.
- [37] Galinowski A. Les traitements somatiques. Manuel de Psychiatrie, sous la direction de JD Guelfi et F Rouillon. Paris: Masson; 2007 [Chapitre 23.6:543–54].
- [38] Lohmann T, Nishimura K, Sabri O, et al. Successful electroconvulsive therapy of Cotard syndrome with bitemporal hypoperfusion. *Nervenartz* 1996;67:400–3.
- [39] Jalenques I, Galland F, Cellier Y, et al. Stimulation magnétique transcrânienne répétée: efficacité et tolérance dans le traitement des dépressions chez le sujet âgé. *Ann Med Psychol* 2010;168(7):542–5.
- [40] Fitzgerald PB, Daskalakis ZJ. A review of repetitive transcranial magnetic stimulation use in the treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2008;53(9):567–76.
- [41] Jalenques I, Legrand G, Vaille-Perret E. Efficacité et tolérance de la stimulation magnétique transcrânienne (SMTRr) dans le traitement des dépressions chez le sujet âgé: revue de la littérature. *Encéphale* 2010;36(Suppl. 2):D105–18.
- [42] Saladini O, Luauté JP. Dépersonnalisation. EMC Psychiatrie. Paris: Elsevier; 2003 [10 p., 37-125-A-10].
- [43] Manus A, Monfort J. Psychopathologie de l'hallucination négative. *Evol Psychiatr* 1990;55(2):341–58.