

Communication

Regards croisés sur une patiente potomane
Crossed glances on a potomaniac patient

J.-L. Goëb *, D. Vercruyse, Ph. Duverger, H. Pettenati, K. Rannou-Dubas,
B. Gohier, J.-B. Garré

Unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU, 4, rue Larrey, 49033 Angers cedex 01, France

Résumé

La psychiatrie de liaison permet au patient de se trouver à la confluence d'approches spécialisées complémentaires. Nous proposons ici la lecture plurielle d'une observation clinique d'une jeune adulte de 20 ans, potomane : les causes organiques à rechercher sont exposées ; un développement psychiatrique et psychopathologique envisage la dynamique adolescente à l'œuvre chez la patiente ; enfin, l'ambivalence de l'eau, symbole de vie et de mort, illustre l'observation.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Consultation-liaison psychiatry gives to the patient additional specialized approaches. We propose here a plural reading of the clinical observation of a 20-year-old potomaniac woman: the main medical aetiologies are exposed; the psychiatric and a psychopathological reading discuss of her adolescent dynamics; finally, the ambivalence of the water, symbol of life and death, illustrates the observation.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Intoxication à l'eau ; Polydipsie psychogène ; Psychiatrie de liaison

Keywords: Consultation-liaison psychiatry; Potomania; Psychogenic polydipsia; Water intoxication

« Elle ne fut pas plutôt arrivée à la fontaine, qu'elle vit sortir du bois une Dame magnifiquement vêtue qui vint lui demander à boire.

– Est-ce que je suis ici venue, lui dit cette brutale orgueilleuse, pour vous donner à boire ?

J'en suis d'avis, buvez à même si vous voulez.

– Vous n'êtes guère honnête, repris la Fée. Eh bien, puisque vous êtes si peu obligeante, je vous donne pour don qu'à chaque parole que vous direz, il vous sortira de la bouche ou un serpent ou un crapaud. »

« Les Fées », *Les contes*, Charles Perrault.

1. Introduction

La potomanie est considérée soit comme diagnostic différentiel des syndromes polyuro-polydipsiques [16], soit comme entité psychiatrique survenant alors principalement au cours de psychoses (environ 80 % des cas), d'anorexies mentales ou de traitements psychotropes [5,14,22]. On ne retrouve aucun de ces éléments dans l'observation de la patiente que nous proposons.

2. Présentation d'un cas

Mélanie O., 20 ans, célibataire, est hospitalisée dans un service de Médecine Interne en raison d'un syndrome polyuro-polydipsique de découverte récente. La normalité du bilan organique oriente l'équipe médicale vers un diagnostic de polydipsie psychogène justifiant une évaluation psychiatrique.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jlgoeb@wanadoo.fr (J.-L. Goëb).

Mélanie est très déprimée. Elle dit, en larmes, avoir les idées éparpillées, « dans le brouillard », et exprime un sentiment de « vide intérieur qui empêche de penser ». L'appétit est conservé, mais le sommeil est gravement perturbé avec de nombreux réveils nocturnes. La contenance de l'hospitalisation, associée à un traitement antidépresseur sérotoninergique, améliore rapidement un syndrome dépressif qui passe au second plan de la symptomatologie.

La potomanie évolue depuis environ trois ans. À cette époque, Mélanie présente des plaintes somatiques multiples et imprécises (irritabilité, douleurs et tremblements musculaires, asthénie, flou visuel évoquant « une vitre sur laquelle coule de l'eau », vertiges) conduisant à un traitement par sulpiride (Dogmatil®) à visée anxiolytique. Ce traitement reste sans effet et Mélanie présente quelques mois plus tard de nombreux évanouissements mal étiquetés (les diagnostics d'épilepsie et de spasmodie ont été portés). Un EEG montrant des ondes lentes thêta bi-hémisphériques très fréquentes n'a pas permis de conclure. Des céphalées et une hypotension orthostatique entraînent ensuite un traitement par dihydroergotamine (Séglor®), prescrit pendant plusieurs mois. Cependant, l'état de santé de la patiente se fragilise avec une asthénie massive, d'importantes difficultés de concentration avec pertes de mémoire, désinvestissement et évitement scolaire préoccupant (les évanouissements sont suivis d'une amnésie des cours). La patiente obtient néanmoins son bac, mais elle est contrainte d'abandonner ses projets d'études supérieures au profit d'un emploi en usine.

La consommation d'eau devient rapidement très importante, « mécanique, automatique », jusqu'à atteindre sept litres par jour, par pichet d'un litre et demi, y compris la nuit. La patiente ne signale pas d'effets d'ivresse (parfois recherchés des patients [3]), mais une certaine facilitation de l'endormissement. Cette polydipsie s'accompagne depuis deux ans de quelques crises d'ingestion rapide d'aliments sucrés (gâteaux, confitures) en quantités abondantes, mais sans correspondre aux critères de la boulimie. La patiente ne s'est jamais fait vomir et n'a jamais présenté de période anorexique.

Plusieurs éléments peuvent avoir été déclenchants ou aggravants. La patiente insiste en premier lieu sur la révélation, il y a trois ans, d'attouchements sexuels commis par un professeur sur son plus jeune frère alors âgé de 16 ans. Mélanie indique son « cœur s'est arraché, que l'hémorragie était dans l'incapacité de s'arrêter elle-même ». Cette découverte de sévices chez son frère est très pénible pour la patiente, en particulier du fait d'une aggravation des conflits parentaux : « Ils vidaient leurs sacs » se souvient-elle.

Cette découverte renvoie la patiente à son histoire précoce. Même si aucun sévice de cette nature ne peut être affirmé, Mélanie a évolué, enfant, dans une atmosphère d'insécurité très pénible où les mauvais traitements étaient de mise de la part de ses grands-parents maternels. La patiente se trouve à un carrefour d'éléments transgénérationnels : psychiques, d'abord du côté maternel, et génétiques, ensuite, du côté paternel que nous évoquerons dans un second temps.

Nous apprenons ainsi que la mère de la patiente est née prématurée à sept mois de grossesse, quand sa propre mère est tombée d'une échelle alors qu'elle aidait son mari, maçon, à construire un toit. Elle est restée pendant ses 18 premiers mois à l'hôpital. Ses parents refusent encore de lui donner toute explication à ce sujet, « cela ne la regardant pas ». Au cours de son adolescence, la mère de Mélanie est placée dans un foyer de délinquance pendant deux ans car elle avait voulu tuer sa mère avant de tenter de se suicider par noyade. Ce désir de meurtre persiste et s'exprime devant Mélanie (âgée de neuf ans) quand sa mère a très violemment refusé de donner un verre d'eau à la grand-mère qui le réclamait. Mélanie est témoin, enfant, de scènes d'une rare violence entre ses grands-parents et leurs enfants. Sa carence affective propre est illustrée par la découverte tardive (lors de l'entrée en maternelle à quatre ans) d'une surdité partielle corrigée chirurgicalement. Mélanie se souvient « de la joie de découvrir alors le monde ». Son entourage est stupéfait de se rendre compte qu'elle lit depuis longtemps sur les lèvres.

Les frères de la mère de Mélanie présentent eux aussi une symptomatologie complexe, d'allure addictive. L'un est alcoolique et toxicomane ; le deuxième trois fois marié, exprime sa dépendance affective à travers la conquête de femmes d'au moins 25 ans plus âgées que lui, tandis que le dernier présente de graves conduites à risque (il a perdu huit de ses doigts au décours d'accidents de voiture, de chasse et de travail en charcuterie).

Malgré son hypoacousie, son développement précoce semble être harmonieux, notamment sans retard de langage. La mère de Mélanie écarte toute difficulté psychique du post-partum, mais reconnaît sa solitude avec ses trois enfants en bas âge, le père étant chauffeur routier. Elle est alors très jeune sans travail et subit encore l'autorité et l'omniprésence de ses parents. Mélanie a été allaitée trois mois, mais ses deux jeunes frères seulement quinze et huit jours respectivement en raison d'une hémorragie utérine du post-partum justifiant l'hospitalisation de leur mère. L'isolement et les besoins de la famille motivent une aide sociale. Mélanie est propre à 15 mois, mais une perte complète de la propreté à l'âge de deux ans suit un séjour d'une semaine pendant laquelle elle est seule chez ses grands-parents. Ses ressources lui permettent d'investir sa scolarité, au point que ses professeurs lui proposent de sauter certaines classes, ce que la mère refuse, ne souhaitant pas exposer sa fille à d'inutiles inquiétudes.

De nombreuses difficultés existent aussi du côté paternel, mais la menace apparaît ici de nature génétique, directement mortifère, puisque le père de Mélanie est atteint depuis trois ans d'une chorée de Huntington. Sa propre mère en est morte la même année à l'âge de 70 ans, après trente ans de maladie (sa grand-mère en souffrait aussi). Le père de Mélanie présente actuellement des difficultés motrices majeures avec une détérioration intellectuelle avancée. Au sujet de cette maladie, la mère de Mélanie dit devant sa fille, d'un ton très détaché et en décalage absolu par rapport à l'agressivité exprimée : « Si nous avions su, nous n'aurions pas fait

d'enfants. » Mélanie voudrait connaître son statut génétique afin de savoir si elle-même « désire un enfant », ne faisant alors aucune mention d'un tiers paternel.

Au moment de sa sortie de l'hôpital, Mélanie souhaite interrompre son travail où elle se sent exploitée du fait qu'il lui est interdit d'aller aux toilettes aussi fréquemment qu'elle le souhaite. Elle pense reprendre des études paramédicales pour s'occuper d'enfants sourds-muets, « même si je dois replonger dans mon enfance ». Elle accepte le suivi psychiatrique proposé en lien avec son médecin traitant.

3. Discussion

3.1. Point de vue médical

Le tableau général est celui d'une polyurie (de trois à vingt litres ou plus par jour) associée à une soif conservée et à l'augmentation des apports hydriques, proportionnelle à l'augmentation de la diurèse. La nycturie est fréquente et constitue souvent le motif de consultation [16]. Quand les capacités d'excrétion urinaire de l'eau libre sont dépassées, le tableau réalisé peut être celui d'une intoxication par l'eau, avec la survenue de divers symptômes, souvent fonctionnels (fatigue, vertiges), mais parfois témoins de gravité (troubles psychotiques, confusion, coma et même décès).

L'examen clinique est le plus souvent normal et des explorations complémentaires sont recommandées : un ionogramme plasmatique recherche une dysrégulation de la natrémie, un bilan rénal comprend une mesure de la créatinine plasmatique, de la clairance de la créatinine, de la diurèse horaire et journalière. L'osmolalité urinaire est comparée l'osmolalité plasmatique : l'hypo-osmolalité plasmatique de dilution est contemporaine d'une hypo-osmolalité urinaire. Dans la majorité des cas, la densité urinaire est inférieure à 1010 et la clairance de l'eau libre calculée est positive. Enfin, le test de restriction hydrique évalue la mobilisation de l'hormone antidiurétique (ADH) et l'injection de desmopressine (Minirin[®]) apprécie la sensibilité du tubule rénal à l'ADH.

Deux grands types de situations médicales sont décrits, selon que le syndrome polyuro-polydipsique est symptomatique d'un diabète insipide d'origine centrale ou d'origine néphrogénique. Dans le premier cas l'origine est la plupart du temps tumorale (tumeur hypothalamique ou hypophysaire, métastase cérébrale d'un cancer pulmonaire), mais parfois aussi d'origine traumatique (traumatisme crânien), iatrogène (irradiation cérébrale), infectieuse (encéphalite ou méningite), vasculaire ou infiltrative. Dans la seconde hypothèse, le tubule rénal est insensible à l'ADH pour diverses raisons, en particulier métaboliques (hypokaliémie, hypercalcémie) ou pharmacologiques (lithium). Les effets anticholinergiques de nombreux psychotropes majoraient parfois la consommation de liquides, notamment par l'effet « bouche sèche ». Une autre hypothèse est la stimulation directe par les neuroleptiques du centre du centre hypothalamique de la soif [21]. De nombreux psychotropes participent à la survenue d'une hyponatrémie par sécrétion inappropriée de l'hormone

anti-diurétique (SIADH) : les antidépresseurs notamment sérotoninergiques, les neuroleptiques, les anti-épileptiques ou les thymo-régulateurs (lithium, carbamazépine).

Dans le cas de Mélanie, il est licite de penser que les céphalées, l'hypotension orthostatique, les faiblesses musculaires, l'asthénie intense, les flous visuels, les pertes de connaissance, etc., sont en lien direct avec une hyponatrémie induite par une potomanie tardivement reconnue. La patiente est non fumeuse, avec une natrémie à la limite inférieure de la normale (132 mmol/l) et une hormone anti-diurétique dosable. La normalité du bilan oriente l'équipe médicale vers une évaluation cette fois psychologique de la symptomatologie.

3.2. Point de vue psychiatrique et psychopathologique

Dans un contexte psychiatrique, l'apport excessif de boisson est la cause du syndrome. La consommation excessive d'eau est volontaire, parfois motivée chez des patients psychotiques par des convictions délirantes, l'eau étant par exemple l'agent qui permet de noyer un dragon interne ou de préparer un envol vers le soleil [16].

Mélanie nous semble présenter, elle, un vécu dépressif quasi mélancolique de son corps, perçu comme un vide entre un haut et un bas, tonneau de Danaïdes, « sans rien qui arrête l'écoulement de l'eau ». Mélanie boit sans distinction le jour comme la nuit, comme si le temps était suspendu, continu, comme cela est parfois observé au cours de mélancolies cotardiennes avec idées délirantes de négation d'organe, d'énormité et d'immortalité. Son comportement alimentaire perturbé nous autorise à un rapprochement avec « la lecture mélancolique de l'anorexie mentale » [13] au sujet d'une patiente vivant son corps « de profil », comme s'il était réduit à deux dimensions, sans pores ni orifices, sorte de reflet sans profondeur. Ici, la potomanie permet que quelque chose circule, donnant à Mélanie l'impression, la sensation de vivre.

L'adolescence exige le réaménagement des liens que l'adolescent entretenait avec son environnement [7] avec, en particulier, la nécessité de renoncer aux objets infantiles soudainement sexualisés et donc menaçants, obligeant à la construction d'un nouvel équilibre entre l'investissement objectal et la sauvegarde de l'autonomie avec tous les moyens psychiques disponibles [17]. L'adolescent a recours à un « espace psychique élargi » [18] en traitant par la réalité externe une conflictualité qui ne peut se traiter totalement dans sa réalité interne. Cet espace est constitué de ceux à qui l'adolescent abandonne inconsciemment telle ou telle partie de ses instances à tel ou tel moment de son adolescence. L'objet est alors chargé d'un rôle supplétif et assure une « circulation psychique extracorporelle » [18], dont on mesure l'ampleur devant les catastrophes que provoque une rupture brutale de la relation avec cet objet. Un déséquilibre narcissico-objectal trop important menace directement le sentiment de continuité d'être du sujet lorsque l'investissement de l'objet constitue une « hémorragie pour l'investissement de soi », et on entrevoit dans l'observation les répercussions chez la patiente du drame vécu par son frère.

Schématiquement, dans le registre du pathologique l'adolescent a devant lui plusieurs manières de réagir [9] : il peut s'agir d'une fuite (dépression vraie) ou de la haine et de la lutte contre la mentalisation de la séparation par la mise en actes (registres psychopathiques où l'adolescent attaque l'objet qui l'humilie justement parce qu'il l'aime : attaque directe par l'agression ou indirecte à travers des conduites à risques au rang desquelles les dépendances aux toxiques [7]). Mais il peut aussi s'agir du refus de ces transformations avec les arrêts du développement [19] parmi lesquels les « épisodes psychotiques » où domine la destructivité du corps en général ; le « fonctionnement psychotique » où la destructivité concerne plus spécifiquement le corps sexué, le corps prégénital étant préservé, et la « psychose » où la rupture avec la réalité est complète de même que le désinvestissement du corps et des objets internes, psychiquement détruits, tandis que la néoréalité délirante vient remplir le vide ainsi créé en figurant les tendances œdipiennes et incestueuses qui n'ont pas pu s'élaborer psychiquement. Le corps est à la puberté le mode d'expression privilégié de la psychopathologie. Sa mise en jeu compulsive a pour « fonction essentielle de détruire l'adolescent comme sujet homme ou femme avec sa sexualité adulte. Le but inconscient est de perpétuer une relation à soi-même et à son corps qui ne soit ni sexuelle ni incestueuse » [19], voire « qui ne soit pas sexuelle pour ne pas être incestueuse » [8].

Le vécu du corps est très particulier pour Mélanie et son discours à ce sujet est très cru et angoissant. Elle semble très préoccupée par son intérieur qu'elle ne se représente pas, et projette sa curiosité sur un professeur qui lui infligerait des mauvaises notes pour la tester : « Il veut savoir ce que j'ai dans le ventre. » Sa consommation d'eau lui donne, d'une part, le sentiment de se remplir physiquement (« J'ai un litre et demi dans le ventre », de « colmater l'hémorragie » et lui procure, d'autre part, de nombreuses auto-sensations corporelles qui lui permettent de vérifier la solidité de cet intérieur qu'elle vit comme absent, la patiente exprimant « la descente, la traversée directe de l'eau du verre aux toilettes, comme s'il n'y avait rien pour arrêter... ». Le corps semble vécu comme un haut et un bas, évoquant (et peut-être même en deçà) le concept de bi-dimensionnalité [20]. Dans l'univers psychique à deux dimensions (telle la vitre évoquée par la patiente), le self se vit comme une surface sensible sans espace intérieur où pourrait se loger une pensée. Aucune vie séparée de l'objet n'est concevable sauf par une menace de déchirure à laquelle le self échappe par le démantèlement psychique. En revanche, le processus tri-dimensionnel confère un espace intérieur quand le self a lui-même expérimenté un objet capable d'exercer cette fonction de contenant, quand il a éprouvé la sensation d'être contenu. Ce n'est qu'ensuite que se développe la quadri-dimensionnalité, grâce à l'irréversibilité de la différenciation entre self et objet, à la fin de l'interchangeabilité, au vécu de la relation linéaire du temps avec en particulier la certitude – un peu plus grande chaque jour – de la mort à venir.

La souffrance somatique exprimée par Mélanie paraît une indispensable « mémoire du corps, confrontant le sujet à un déjà éprouvé dont il n'a pas le souvenir » [11]. Pour P. Aulagnier [3], le sujet adulte considère son corps comme l'enfant qu'il a été et qu'il pourra « aussi bien désirer réparer, surprotéger ou à l'inverse haïr, punir [...], ou encore tout simplement ignorer, reprenant ainsi à son compte la surdité maternelle ». Le processus à l'œuvre n'est-il pas ici encore de rendre à la vie un corps précocement délaissé par l'environnement puis désinvesti par le sujet ? De plus, « le corps rejeté par l'autre peut aussi être un corps mis en place de persécuteur extérieur [...]. La relation inconsciente entre l'enfant et sa mère, sa dimension persécutrice et la haine qui s'y échange, vont se déplacer sur la relation entre le Je et son propre corps. Le sujet introjecte la persécution et la haine, devenant alors le champ de bataille d'une relation persécuté–persécuteur entre son propre Je et son propre corps » [11]. P. Aulagnier [2] montre comment l'incapacité du Je à métaboliser les informations extérieures conduit à un étrange « retour au corps » sous forme de sensations de souffrances hallucinées.

Nous ne nous situons pas dans le débat de savoir si la patiente « est psychotique » ou non. Nous portons attention à la dynamique en cours, c'est-à-dire à quoi répond le symptôme dans l'actualité du développement de cette patiente, encore adolescente, qui n'exprime ni délire, ni hallucinations, ni syndrome dissociatif. Cette observation nous évoque la potentialité psychotique qui apparaît comme « le résultat de l'enkystement (et non le refoulement) d'une pensée délirante primaire qui a pour fonction de tenter d'opérer la reconstruction d'un fragment manquant dans le discours de l'autre » [1]. C'est une solution à un conflit rencontré par le sujet pendant son enfance. La *pensée délirante primaire* est « l'interprétation que se donne le Je de ce qui est cause de ses origines » [1]. Cette solution imparfaite peut conduire à la tentative de fuir toute pensée, tout désir qui ramènerait au conflit cause de l'excès de souffrance, c'est-à-dire une mutilation partielle, un coup de gomme, qui ne présente pas la construction du délire psychotique. Dans l'observation, la maladie du père met (et peut-être, remet) en cause l'opportunité de la conception des enfants. Il est frappant que ce diagnostic coïncide avec le début de la potomanie de sa fille.

L'établissement pendant l'enfance d'objets internes suffisamment solides, fiables, a été gravement entravé, et l'on peut se référer à *La mère morte* [15] pour appréhender l'expérience de la perte de sens vécue par l'enfant ne disposant d'aucune explication pour rendre compte de ce qui se produit autour de lui. Le sentiment d'insécurité interne précoce (aggravé par les carences environnementales) semble s'exprimer encore aujourd'hui par la recherche de la construction corporelle par incorporation quasi cannibalique des parents considérés comme des objets partiels.

Après quelques jours d'hospitalisation, la patiente nous a remis « un roman fleuve » d'une quinzaine de pages retraçant les épisodes marquants de sa vie. Une certaine agressivité inconsciente était perceptible à travers la remise de ce long

manuscrit, naïf et de lecture fastidieuse, mais cette agressivité peut être de bon aloi dans la mesure où la consommation d'eau a spontanément chuté dans le même temps à environ quatre litres par jour. Comme si l'absorption d'eau avait aussi la fonction d'éteindre et de taire une importante colère intérieure jusqu'alors interdite d'expression. À l'évidence, cette colère n'est pas simplement la sienne mais aussi la rage que la mère n'a pas pu exprimer autrement qu'en passages à l'acte auto- et hétéro-agressifs.

Cette observation rend compte de graves manques de repères, de limites, à la fois entre les générations mais aussi entre le possible et l'interdit. Tout se recoupe, les mots et les Moïse individuels semblent mêlés, fondus, à tel point que la question se pose d'une dimension psychotique, à la fois dans la dynamique de la patiente, mais aussi (et surtout) au sein des transactions familiales. Situer cette jeune adulte de 20 ans dans une dynamique encore adolescente permet d'envisager sa consommation d'eau comme le témoin d'un espoir, d'un effort de structuration ; l'eau qu'elle boit n'est pas une eau figée ou mortifère, mais bien plutôt un symbole de vie.

3.3. L'eau, symbole de vie et de mort

L'eau est un élément majeur dans la vie de la patiente. Son discours y fait très fréquemment allusion et, par ailleurs, elle fait beaucoup de natation « pour évacuer le stress » et c'est le plus souvent sous la douche qu'elle réfléchit le plus à ses difficultés. « L'eau, c'est comme une drogue » reconnaît-elle. L'observation rend bien compte de la valeur double, de l'ambivalence du symbolisme de l'eau, tel qu'il est décrit par Bachelard [4] et Durand [12].

Ainsi, dans de nombreuses cultures et en particuliers chez la patiente, l'eau est tout d'abord porteuse de *vie* et de régénérescence, elle est promesse de développement. Dans un mouvement régressif, la patiente s'immerge, se ressourcement et vérifie son intégrité corporelle : elle ne se dissout pas. L'eau est aussi symbole de *pureté*. Les ablutions rituelles purifient, la patiente évacue le stress et se lave des aliments ingérés lors des crises de boulimie. L'eau est *fertilité*, l'océan des origines. Selon les cultures, elle est la sève, le souffle vital, le breuvage d'immortalité et possède chez la patiente une vertu défensive contre la mort physique et psychique si présente dans son histoire et son actualité.

La bisexualité de l'eau est perceptible à travers cette observation. L'eau *masculine* est la semence qui féconde la terre en tombant du ciel, mais la rosée sortant de terre est *féminine*, maternelle, laiteuse, nourrissante, telle la mère de la patiente très proche de sa fille.

Cette grande proximité mère-fille se teinte, comme l'eau sale, d'une grande ambivalence. Hier si fertile, l'eau lourde engloutit, résorbe, ravage, étouffe, *noie* et la mère de la patiente le sait puisqu'elle s'est jetée dans une mare pendant son adolescence. L'eau peut être œuvre de mort : son déchaînement actif, l'hémorragie, annonce de grandes calamités, tandis que le refus d'un verre d'eau par la mère de la patiente témoigne d'une agressivité majeure. Nous n'avons pas exploré les possibles antécédents de terreurs nocturnes, malgré

les troubles du sommeil et la dimension phobique ancienne (absentéisme scolaire) de la patiente, or l'eau est souvent crainte du fait des *monstres* qu'elle peut abriter, le cycle veille-sommeil étant parfois comparé au flux et au reflux des marées. Sur un autre versant, l'eau-semence devient *incestueuse* et ce n'est certainement pas un hasard si la potomanie de Mélanie a débuté lors de la révélation des attouchements chez son frère. Tout se passe comme si la réalité subie par le frère renvoyait la patiente au vécu personnel de son enfance, dont le climat incestuel est très lourdement suggéré au cours des entretiens. Par ailleurs, si l'eau sait être libre, elle est *sans attache* et coule selon la pente du terrain, comme Mélanie errait, enfant, entre les séparations et les retrouvailles imprévisibles, sources de sentiment d'abandon et d'hyperattachement carenciel. Tel un déluge recouvrant les villes, l'eau *efface* l'histoire, comme les crises comitiales (liées à l'œdème cérébral de l'hyponatrémie) rendent la patiente amnésique. Le sentiment, le vécu précoce de lâchage affectif semblent avoir eu de graves répercussions sur la patiente qui se décrit comme intérieurement vide, sans rien en elle qui puisse retenir l'eau qu'elle boit, à l'image des citernes lézardées du peuple juif infidèle à Yahvé [Jérémie, 2,13] ou encore à l'image du vase brisé qui laisse échapper la connaissance de l'homme privé de sagesse [Ecclésiaste, 21,14].

Cependant, l'eau reste une bénédiction, elle calme la brûlure, et les oasis permettent des *rencontres* essentielles, comme celle de Mélanie et des soins. Comme la grossesse et l'allaitement purifient le sang dit impur, la fonction Alpha du thérapeute détoxifie – en prenant à la lettre l'expression de W.R. Bion [6] – les éléments projectifs de la patiente : « le stress » littéralement « évacué dans la piscine ». Le thérapeute doit être davantage consistant que le brouillard et moins rigide, plus malléable que la glace.

Cette observation d'une patiente potomane de 20 ans se situant encore dans une dynamique adolescente nous permet d'apporter une lecture plurielle à un symptôme souvent négligé, méritant une approche diverse qui doit cependant être complémentaire. Il n'est pas simple en effet d'articuler et de mettre en lien des points de vue parfois antagonistes : doit-on privilégier la présentation quasi mélancolique et prescrire un traitement anti-dépresseur, ou doit-on au contraire respecter ce temps dépressif qui peut participer à une élaboration psychique ? Par ailleurs, faut-il ou non lutter, avec une mesure de restriction hydrique, contre un symptôme dont on perçoit l'investissement défensif ? Ces questions restent naturellement ouvertes, le temps offert par la psychiatrie de liaison permet de confronter ces divers points de vue.

Références

- [1] Aulagnier P. La Violence de l'interprétation. Du Pictogramme à l'énoncé. Paris : PUF « Le fil rouge » ; 1975.
- [2] Aulagnier P. Les Destins du plaisir. Aliénation, amour, passion. Paris : PUF « Le fil rouge » ; 1979.
- [3] Aulagnier P. L'Apprenti historien et le Maître sorcier. Du discours identifiant au discours délirant. Paris : PUF « Le fil rouge » ; 1984.

- [4] Bachelard G. L'Eau et les Rêves. Paris : José Corti ; 1942.
- [5] Baharal HS. Water intoxication in a mental case. *Psychiatr Q* 1938;12:767–71.
- [6] Bion WR. Aux sources de l'expérience. Paris : PUF ; 1962.
- [7] Botbol M, Cupa D, Ménétrier C, Branco M, Tabatabai H, Milliet C. Adolescence et attachement. Communication au Congrès de l'ISAP, Aix en provence, juillet 1999.
- [8] Botbol M, Speranza M, Barrère Y. Psychoses à l'adolescence. *Encycl Méd Chir (Paris, France) Psychiatrie*. 37-215-B30, 2001, 10 p.
- [9] Braconnier A. La menace dépressive. Une transformation à l'adolescence de l'angoisse de séparation. *Confr Psychiatr* 1987;29:141–59.
- [10] Chevalier J & Gheerbrand A. Dictionnaire des symboles. Paris : R. Laffont / Jupiter ; 1982.
- [11] De Mijola-Mellor. Penser la psychose. Une lecture de l'œuvre de Piera Aulagnier. Paris : Dunod « Psychisme » ; 1998.
- [12] Durand G. Les structures anthropologiques de l'imaginaire. Paris : Bordas « Philosophie » ; 1979.
- [13] Garré JB, Lhuillier JP, Brunetière H. Une lecture mélancolique de l'anorexie mentale. *Act Psychiatr* 1986;7:38–46.
- [14] Gilbert B, Roche JF, Palomera S, de Lummey L. Potomanie et intoxication par l'eau révélatrice d'une anorexie mentale. *Ann Pédiatr* 1993;40:41–3.
- [15] Green A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris : Minuit, Critique ; 1988.
- [16] Illowsky BP, Kirsh DG. Polydipsia and Hyponatremia in Psychiatric Patients. *Am J Psychiatr* 1988;145:675–83.
- [17] Jeammet Ph. Les destins de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance* 1990;38:190–9.
- [18] Jeammet Ph. Réalité externe, réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Rev Franç Psychanal* 1980;44:481–522.
- [19] Laufer M, Laufer E. Adolescence et rupture du développement, une perspective psychanalytique. Paris : PUF ; 1984.
- [20] Meltzer D, Bremner, J, Hoxter S, Weddell D, Wittenberg I. Explorations dans le monde de l'autisme. Paris : Payot ; 1980.
- [21] Ogor G, Bercovici JP. Syndrome polyuro-polydipsique, orientation diagnostique. *Rev Prat* 1996;46:1129–33.
- [22] Ouvry O, Jacquin P, Basquin M, Alvin P. Anorexie mentale et intoxication par l'eau. *Neuropsychiatr Enfance* 1993;41:546–9.

Discussion

Dr Garrabé – À propos de la remarquable observation de Mélanie, j'aimerais connaître la réponse de la demande – formulée si j'ai bien compris par la malade – de connaître son statut génétique, sa potomanie ayant débuté à la révélation de la maladie du père et des attachements subis par le frère.

Dr Luauté – Puisque le père de cette malade est atteint de chorée de Huntington, il n'est actuellement pas possible de discuter des troubles qu'elle présente sans savoir si elle est ou non atteinte de la maladie. On connaît en effet des troubles psychopathologiques tels qu'états dépressifs, troubles caractériels et surtout psychoses qui peuvent être symptomatiques de la chorée et isolés pendant des années avant l'apparition des mouvements anormaux. Je serais à cet égard intéressé par le résultat de la détermination des triplets et j'espère que vous nous la communiquerez lors d'une prochaine séance.

Dr Ch. Foulon – Je pense que le fait que la patiente recherche les éléments génétiques qui montreraient ou infirmeraient le fait qu'elle soit porteuse du gène de la chorée de Huntington est fondamental. En effet, les troubles neurologiques de cette maladie apparaissent à

l'âge adulte et donc souvent ces sujets ont déjà eu des enfants dont on ignore s'ils sont porteurs ou non.

Il semble souhaitable de ne pas faire l'impasse sur cet aspect qui, on peut le supposer, constitue un sujet d'angoisse pour cette patiente.

Pr J.-M. Vanelle – Parmi les causes possibles de conduites potomaniaques primaires figure, en bonne place, leur survenue dans le cadre d'un trouble oro-alimentaire (anorexie mentale, boulimie). Vous ne l'avez guère évoqué parmi vos diagnostics psychiatriques, ni en général, ni en particulier pour cette patiente, Mélanie. Pourtant, vous avez mentionné dans son évolution des conduites boulimiques. Pouvez-vous nous éclairer sur ce point ?

Dr Veyrat – Avez-vous connaissance, chez cette patiente, de production de dessins ou de peintures qui pourraient être significatifs, comme il en a été publié des études chez les sujets présentant des troubles des conduites alimentaires ?

Réponse du Rapporteur – Au Dr Garrabé – Mélanie a exprimé à l'équipe du service de génétique son désir de connaître son statut concernant la maladie de Huntington. Cette équipe, et ce n'est pas la moindre de ses qualités, est très prudente quant aux conséquences possibles de ce qui est davantage que la révélation d'un risque ou d'une vulnérabilité, mais bien une prédiction de l'avenir sans aucune prévention possible. La sincérité de la demande est toujours mûrement réfléchie et réévaluée dans le temps. Compte tenu de la psychopathologie de Mélanie, qui à de nombreuses reprises s'est fait la porte-parole à la fois de son père et de sa mère (qui interroge à posteriori son propre désir d'enfants), la réponse a été différée. Je n'ai pas été consulté pour ce délai, mais je partage cette décision, qui n'est pas définitive. J'ajouterai que cette interrogation, certes légitime bien entendu, ne nous est pas apparue être une préoccupation urgente.

Au Dr Luauté – Je serais heureux de vous faire part du statut génétique de Mélanie lors d'une réunion ultérieure, mais je ne suis pas certain d'avoir accès par des voies détournées à ces informations de l'ordre de l'intime, même si le génome humain est aujourd'hui mis à nu. Nous n'ignorons pas les phénomènes d'anticipation génique qui sont responsables, en particulier dans la chorée, d'un début de plus en plus précoce de la maladie au fil des générations. De fait, le père de Mélanie en a souffert plus jeune que sa propre mère. Mais je ferai trois remarques. La première est que le psychiatre, même en dehors de toute prise en charge psychothérapeutique, n'a pas à savoir « des choses » que le patient ne connaît pas. Il doit accompagner au plus près, mais certainement pas devancer, ce qui me semblerait à la fois déloyal et disqualifiant vis-à-vis du patient. La deuxième remarque est que, naturellement, l'examen neurologique de la patiente est pour l'heure strictement normal, et aucun élément ne permet d'abonder dans le sens de prémices de la maladie. Par ailleurs, les troubles de Mélanie prennent leur source dans son enfance, et même dans l'hypothèse où Mélanie aurait un nombre de triplets excessif, l'imputabilité des troubles serait, elle moins certaine. Mais même dans ce cas, on ne saurait réduire Mélanie à un nombre de triplets : sa psychopathologie a du sens et il faut résolument le préserver. Comme l'a écrit Didier Houzel en 1989 au sujet de l'autisme, un parti-pris dans l'une ou l'autre direction serait fâcheux : « Si le praticien confirme l'hypothèse psychologique, il risque de sceller à tout jamais la culpabilité parentale, sans profit pour le travail d'élaboration psychique que les parents peuvent

mettre au service de leur enfant [et, ici, Mélanie elle-même, en son nom propre] ; s'il confirme l'hypothèse biologique, il justifie le déni de la réalité psychique et empêche ainsi le travail d'élaboration nécessaire. »

Au Dr Foulon – Je partage votre opinion : la recherche par la patiente de son identité génétique est fondamentale, mais seulement si elle est formulée par elle. Il n'est pas question de faire l'impasse sur cet aspect angoissant pour elle, mais n'est-il pas légitime que son psychiatre partage sa frustration de ne pas tout savoir ?

Au Pr Vanelle – J'ai introduit ma présentation en signalant que les troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale, bouli-

mie) représentaient, avec les psychoses, la très grande majorité des cas de potomanie et j'ai ensuite évoqué les comportements alimentaires aberrants de la patiente. Au regard des classifications internationales destinées à la recherche, ils ne constituent pas un trouble caractérisé du comportement alimentaire. Cela représente à nos yeux l'une des originalités de cette observation.

Au Dr Veyrat – Avec sa biographie, la patiente nous a effectivement remis quelques dessins, mais sans qu'ils soient significatifs de ceux rapportés au cours des troubles du comportement alimentaire. De plus, elle ne les avait pas dessinés avec nous, préférant, sans doute alors remplir sa bouche de mots, plutôt que d'eau.