

Misophonie et psychiatrie contemporaine

A propos de l'article: Jacot CR, Eric T, Sentissi O. La misophonie ou l'aversion pour le bruit: à propos d'un cas clinique. Rev Med Suisse 2015; 11:466-9.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Nous avons lu attentivement l'article de Jacot et coll. rapportant un cas de «misophonie»: une patiente ayant développé une aversion envers les bruits de mastication produits par son mari lors des repas et par des personnes mâchant du chewing-gum dans les transports publics, accompagnée de colère et de dégoût. L'article rapporte ce tableau clinique à un «trouble» récemment décrit, la «misophonie». Les auteurs mentionnent quelques éléments sémiologiques, épidémiologiques et neurobiologiques issus des rares études publiées sur le sujet avant de discuter la vignette. Ils présentent l'observation clinique, quelques résultats psychométriques, le traitement (14 séances de psychothérapie cognitivo-comportementale avec exposition progressive aux stimuli gênants, travail d'auto-observation et d'affirmation de soi) et l'évolution clinique, partiellement favorable. Ils concluent en confrontant la vignette à la littérature déjà discutée.

La revue de littérature est intéressante en ce qu'elle montre la façon dont la psychiatrie contemporaine procède pour repérer et établir un nouveau «trouble» dans ses classifications (un statut que la misophonie n'a pas encore conquis, nous verrons le sort que lui réservera le DSM-6) et soulève ainsi d'importantes questions épistémologiques mais aussi sociologiques et même politiques, que nous laissons de côté pour commenter plutôt la partie clinique de l'article.

La situation personnelle de la patiente, son histoire et le contexte de la consultation sont rapportés en cinq phrases: quelques éléments sociodémographiques sommaires, l'absence d'antécédent psychiatrique, des «difficultés au sein de la sphère familiale» qui ne sont pas décrites, et l'existence d'un médecin traitant. De cette femme, on ne saura rien de plus. Le statut mental rapporte l'absence d'éléments psychopathologiques hormis la misophonie, qui est décrite assez en détail. On apprend que la patiente souffre de misophonie depuis son enfance mais que l'aversion pour les bruits de mastication s'est aggravée depuis

une «remise en question de son couple» et le décès d'un «parent proche». Les auteurs signalent aussi que la patiente n'est pas gênée par les bruits des enfants mangeant à midi sur son lieu de travail, ni par la mastication de sa fille. De ce qu'elle a elle-même à dire de ses symptômes, de leur nature intime et corporelle (le dégoût) aussi bien que contextuelle et relationnelle (l'irritation), de la nature des tensions dans le couple, des liens qui l'attachaient au parent décédé, bref, de la façon dont ces divers éléments sont pour elle liés et prennent sens, on n'en saura pas davantage. Les auteurs font part des résultats de divers tests psychométriques sans exposer pour quelle raison ils y ont eu recours, hormis peut-être mesurer l'impact du traitement (ils font d'ailleurs un usage diagnostique un peu discutable d'une échelle destinée à mesurer la sévérité de la dépression plutôt qu'à en poser le diagnostic, mais passons), puis mentionnent sans l'élaborer leur choix d'un traitement cognitivo-comportemental. La discussion souligne surtout les points sur lesquels la patiente ressemble ou se distingue d'autres cas décrits. Aucune hypothèse sur l'origine du symptôme, son inscription dans le contexte familial et la façon dont il peut prendre un sens pour la patiente (et, pourquoi pas, pour le clinicien, dont il n'est pas exclu d'attendre qu'il ait quelques idées sur la dimension humaine du symptôme) n'est proposée.

On l'aura compris, ce qui nous pose problème dans ce rapport de cas, ce n'est pas tant ce qui s'y trouve que ce qui manque. Voici un *symptôme* (qui ne saurait être encore considéré comme «trouble» ou une «maladie» en soi), présenté comme s'il survenait isolément, hors de tout contexte, produit directement par un cerveau qui a peut-être, d'après la littérature, quelques petits problèmes du côté des potentiels auditifs N1, voire dans les connexions temporo-limbiques, sinon avec sa gestion de la sérotonine et de la dopamine (il y sera en bonne compagnie avec à peu près tout le reste de la nosologie psychiatrique contemporaine). Aucun lien n'est suggéré entre la biographie, les éléments déclencheurs ou aggravants, la situation familiale – et ce même sur ce fait assez saillant, nous semblait-il, que le bruit le plus gênant est celui d'un *mari* mastiquant lors du *repas familial*, deux faits socioculturels pour le moins

complexes ici réduits à des stimuli ondulatoires frappant une membrane tympanique et suscitant un peu d'agitation dans le secteur N1 du tracé électroencéphalographique. Rien n'est dit de la façon dont thérapeute et patiente se sont rencontrés, de la façon dont la patiente s'est positionnée face à son symptôme et au thérapeute, du sens du traitement lui-même et de l'évolution, favorable mais pas complètement. Et le lecteur un peu curieux de la vie des gens ne peut s'empêcher de se demander comment la relation du couple a changé, ou pas, après les progrès de la patiente, attestés par une diminution de son score de misophonie.

Le dossier du patient «psychiatrique» se rétrécit comme peau de chagrin: l'homme dans sa situation existentielle est transformé en symptômes quantifiables, rapportés à des collectifs sur lesquels se construit un savoir statistique, le traitement est réduit à une «intervention» sur ces mêmes symptômes, dont l'efficacité est envisagée comme mécanique. Bien sûr, dans un rapport de cas, on ne peut pas tout dire. La vignette clinique n'était peut-être ici qu'une illustration. Peut-être aussi que, dans leur prise en charge, les auteurs ont pris en compte certains de ces éléments dont nous regrettons l'absence. Mais, selon nous, ils auraient dû alors au moins mentionner les limites de leur rapport. Tel qu'il est publié, il ressemble malheureusement beaucoup à ce que la psychiatrie contemporaine propose. Or, à cette psychopathologie qui exclut de son champ d'interrogation tout effort de compréhension de l'autre, à cette thérapeutique réduite à une série de «solutions» pour chaque «problème» isolé lors de l'investigation, il n'est pas sûr que la psychiatrie survive encore longtemps. Cette présentation de cas plante un clou de plus dans un cercueil qui paraît bientôt achevé. Ci-gît la clinique, pourra-t-on constater, avec peut-être le soulagement d'avoir, enfin, évacué de la médecine tout ce qu'elle ne parvient plus à penser.

Pr Friedrich Stiefel

Service de psychiatrie de liaison
CHUV, 1011 Lausanne

Dr Michael Saraga

Social Sciences of Medicine/Centre for Medical
Education
McGill University
Montreal, Canada