Le syndrome d'Ekblom. Un modèle psychopathologique, le “ typus du contaminé ”

Anna Bensussan, Claire Rometti, Dominique Pringuey, Pascal Delaunay, Magalie Hamm-Orlowski, Michel Benoit

► To cite this version:

Anna Bensussan, Claire Rometti, Dominique Pringuey, Pascal Delaunay, Magalie Hamm-Orlowski, et al.. Le syndrome d'Ekblom. Un modèle psychopathologique, le “ typus du contaminé ”. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2019, 177, pp.967 - 973. 10.1016/j.amp.2018.03.016 . hal-03488376

HAL Id: hal-03488376

<https://hal.science/hal-03488376>

Submitted on 21 Dec 2021

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

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

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial| 4.0 International License

Mémoire

Le syndrome d'Ekbom. Un modèle psychopathologique, le « typus du contaminé » Delusional infestation. A psychopathological proposal, the « typology of the contaminated »

Anna Bensussan ^a, Claire Rometti ^b, Dominique Pringuey ^c, Pascal Delaunay ^d, Magalie Hamm ^e, Michel Benoit ^f

a) CHU de Nice, 30 avenue de la Voie romaine, 06001 Nice, France

b) Praticien Hospitalier de la Clinique Universitaire de Psychiatrie et de psychologie médicale du CHU de Nice Hôpital Pasteur, 30 avenue de la Voie romaine, 06001 Nice, France

c) Ancien Chef de Service de la Clinique Universitaire de Psychiatrie du CHU de Nice, Université de Nice Sophia-Antipolis, France

d) Praticien Hospitalier en Entomologie - Parasitologie – Service de Parasitologie Mycologie du CHU de Nice – Hôpital l'Archet, France

e) Praticien Hospitalier de la Clinique Universitaire de Psychiatrie et de psychologie médicale du CHU de Nice – Hôpital l'Archet, France

f) Chef de service de la Clinique Universitaire de Psychiatrie et de psychologie médicale du CHU de Nice, Université de Nice Sophia-Antipolis, France

Auteur correspondant : Anna Bensussan, 30 avenue de la Voie romaine, 06001 Nice, France

Téléphone : 06 09 76 58 82

Email : annabensussan@gmail.com

Texte reçu le 16 février 2018 ; accepté le 10 octobre 2018

Résumé

Le délire d'infestation est une maladie rare, dont l'impact sur la qualité de vie des patients est majeur mais dont la prise en charge est complexe. Si le tableau clinique a été très largement décrit par la littérature, la compréhension psychopathologique de la maladie demeure à ce jour inconnue. L'objectif de notre travail est de proposer une modélisation pour rendre familière cette population de patient que nous avons peu l'habitude de rencontrer. Nous avons effectué une étude de quatre cas recrutés dans les départements de dermatologie et de parasitologie du CHU de Nice d'avril 2016 à juillet 2017. Nos observations nous

permettent de formuler l'hypothèse que le délire d'infestation est une entité clinique aux frontières des troubles délirants, de l'anorexie mentale et de la pathomimie. L'anamnèse met en évidence la présence d'une maladie somatique grave avec vécu de honte et d'indignité, antérieure à l'apparition du trouble. La parasitose délirante pourrait s'exprimer lors de la rencontre entre cet événement traumatique, un sujet vulnérable sur le plan identitaire et une expérience personnelle ou culturelle avec le parasite. Nous avons identifié un « typus du contaminé ». Il s'exprime par une présentation hypocondriaque, une personnalité sensitive, des interprétations systématiques, une hyperthymie mixte, une attitude de pathomimie et une réticence biographique, se manifestant chez un sujet dont l'histoire révèle la présence de séparations et traumatismes dans l'enfance et qui s'organise autour d'un complexe étayage-dépendance, avec impulsivité, agressivité, tendance au conformisme et aux addictions. Le contexte avant l'infestation allie un blanc sexuel à un décor médico-chirurgical fixant honte et indignité, engendrant un fonctionnement opératoire, le tout modulé par la culture. Nos observations, bien que descriptives, proposent une modélisation psycho-socio-culturelle pouvant fournir un support de réflexion à l'élaboration de stratégies thérapeutiques.

Mots-clés : Cas clinique ; Délire ; Dermatologie ; Diagnostic médical ; Maladie parasitaire ; Modèle ; Psychopathologie ; Syndrome d'Ekbom

Abstract

Objectives. – Delusional infestation is a rare disease, the impact on quality of life of patients is major, but its management is complex. If the clinical picture was widely described by the literature, the psychopathological view still remains unknown. To give familiarity to this population of patient we don't very often meet, the objective of our work is to propose a typology.

Patients. – In a case study approach, we have recruited four patients suffering from delusional infestation in the dermatology and parasitology departments of the Nice university hospital from april 2016 to july 2017.

Results. – Our clinical observations led us to consider delusional parasitosis as a trouble on the borderline between delusional disorder, anorexia nervosa and factitious disorder. The anamnèse highlights the presence of a grave somatic disease with real-life experience of shame and unworthiness, previous to the appearance of the disorder. The delirious parasitosis could express itself during the meeting between this traumatic event, a vulnerable subject on

the identity plan and a personal experience or cultural with the parasite. We identified one "typology of the contaminated". It's expressed by a hypochondriac presentation, with a sensitive personality, systematic interpretations, mixed hyperthymia and pathomimic attitude. The biographical history reveals the presence of psychological trauma in childhood, the personality traits are organized around a complex of shoring and dependence, with impulsiveness, aggressiveness, tendency to conformism and addiction. The context before the infestation allies a sexual break to a medical surgical background fixing shame and unworthiness, engendering an operative functioning. The clinical aspect was modulated by culture.

Conclusion. – Although descriptive, our observations suggest a psycho-socio-cultural typology on which new strategies to improve the holistic care of these patients could depend on. Indeed, we keep in mind that no satisfactory therapeutic exists while it was very widely requested by the authors of all specialties, themselves worried to ensure good quality service. The level of care requires, in our times, novel solutions, means and approaches.

Key-words: Clinical case; Delusion; Delusional infestation; Dermatology; Medical diagnosis; Model; Parasitic disease; Psychopathology

1. Introduction

Les patients qui souffrent d'un syndrome d'Ekbom possèdent la conviction extraordinaire d'être infestés par des parasites alors que rien ne la rend plausible. Chercher un remède à leurs maux les amène à la rencontre du médecin qu'ils tentent de convaincre du mal qui les ronge. Ils convoquent souvent les généralistes, dermatologues, parasitologues, infectiologues ou internistes, professionnels pour lesquels la rencontre de cette population de patient demeure bien souvent mémorable. Bien que l'intervention du psychiatre soit légitime, cette consultation spécialisée est un véritable challenge. De plus, la conduite thérapeutique ne fait l'objet d'aucune recommandation. Ainsi, bien que relativement rare, la parasitose délirante pose un véritable problème en pratique clinique. Ce travail propose d'illustrer et d'approfondir la compréhension psychopathologique de la maladie au travers d'une étude de cas. De la singularité du premier échange à l'accompagnement au cours d'un suivi régulier, il

est question d'analyser et de commenter nos expériences dans le but de rendre familière cette population de patient que nous avons si peu l'habitude de rencontrer.

2. Vignettes cliniques

« La musicienne » est une femme de 66 ans. Elle ressentait des démangeaisons au niveau des parties génitales, associées à la vision de petites particules, et suspectait une parasitose. En guise de preuve, elle avait apporté des prélèvements voués à l'analyse entomologique. Elle se disait atteinte d'une bilharziose qu'elle avait contractée lors d'un voyage au Tchad en 2012 et demandait une ordonnance de praziquantel. La demande se faisait pressante, motivée par le diagnostic de dysplasie du col de l'utérus posé quelques années auparavant, atteinte dont son infestation locale était la cause.

« Le scientifique » est un homme de 49 ans. Il se plaignait d'une sensation de fatigue et de démangeaisons anales qu'il reliait à une ankylostomatose. Il expliquait penser être l'hôte de ce parasite depuis deux ans, date à laquelle il aurait été piqué près d'une rivière par un insecte non identifié. Son pathogène, asymptomatique jusqu'à présent, aurait été réveillé à la suite de la prise de traitements prescrits pour traiter une thrombose veineuse du membre supérieur venue compliquer une lésion articulaire de l'épaule survenue suite à un accident de la voie publique. Au quotidien, il était très à l'écoute de ses sensations corporelles, s'auto-examinait, faisait des expériences et collectait des preuves en utilisant un microscope.

« Le patriarche » est un homme de 83 ans. Il se plaignait d'avoir été contaminé par des microbes ayant traversé sa peau alors qu'il nageait dans la piscine municipale. Ces bêtes auraient été excrétées avec les urines des enfants handicapés qui venaient profiter des lieux avant les ouvertures publiques. Il se plaignait de sensations de piqûre très intenses. Il nous expliquait être épuisé et enchaîner les problèmes de santé puisqu'il a récemment été traité pour un cancer de prostate par chirurgie, radio- et chimiothérapie.

« La coquette » est une femme de 76 ans. Elle se plaignait de fatigue et de tremblements, mais pas seulement. Elle verbalisait que ses poils et ses cheveux étaient en mouvement, sous la maîtrise d'un parasite qui semblait petit à petit l'envahir et prendre le contrôle de ses organes. Celui-ci se vouait à pouvoir être documenté grâce aux nombreux prélèvements à disposition.

3. Le tableau clinique

Les deux critères principaux et complémentaires sont l'existence d'une conviction de parasitisme [6] associée à la présence de sensations cutanées attribuées à la vivacité des agents pathogènes [1]. Le tableau clinique typique survient chez une femme d'âge mûr et isolée socialement [2]. Si certains auteurs ont observé un début insidieux [7], d'autres ont décrit une apparition d'allure brutale que les patients et leurs proches peuvent dater avec précision. Pour remarque, cette différence tend à s'articuler avec la diversité des tableaux délirants dans laquelle peut venir s'inscrire un délire d'infestation. De même, la durée de l'infestation très variable s'inscrit dans le même raisonnement. Le moment où le malade se décide à consulter peut être très court, dans un délai de quelques semaines, ou parfois très long, avec des extrêmes de deux mois à vingt ans et une moyenne de deux à trois ans [24]. Concernant les caractéristiques de l'infestation, la peau surtout mais aussi toutes les parties du corps peuvent être dites infestées. Les agents pathogènes rapportés sont extrêmement divers. Certains signalent simplement des parasites, d'autres ont des hypothèses plus spécifiques et arrivent à nommer l'espèce en cause. Au quotidien, les patients passent leur temps à s'auto-examiner. Sur la base de leurs observations, ils élaborent des théories impressionnantes et détaillées [9]. Lorsqu'ils pensent avoir réussi à isoler un spécimen, ils l'apportent au médecin comme preuve de l'infestation. Ce signe caractéristique a été nommé le « signe de la boîte d'allumette » [13]. Pour se débarrasser de leur parasite, les patients ont recours à des gestes intensifs, répétitifs, et parfois dangereux d'auto-nettoyage. Certains développent des idées suicidaires et des passages à l'acte auto-agressifs ont été rapportés. Des réactions de colère peuvent se produire, en rapport avec l'incompétence présumée du thérapeute, ou le plus souvent à l'évocation d'un problème psychiatrique. Le premier médecin consulté est généralement le médecin de famille. Par la suite, la règle est celle du nomadisme médical. Lors des consultations, la réaction des patients à l'absence de parasitisme documenté n'est pas au soulagement. Celle-ci s'apparenterait à une insatisfaction, celle de ne pas être cru, et ainsi, de ne pas pouvoir être soulagé. La participation affective est forte [2] et une certaine agressivité peut être observée, voire de la revendication à obtenir un diagnostic définitif. Le patient se place dans une position constante de rivalité avec le savoir et le pouvoir médical apporté par le médecin, désigné finalement comme incompetent. La rencontre avec le psychiatre est une exception. Lorsqu'elle est indiquée par un confrère, elle est refusée la plupart du temps [9].

4. Bref historique des concepts et limites actuelles

Si nous étions atteints de délire d'infestation, il nous semblerait plutôt usuel de nous retrouver un jour dans la salle d'attente d'un dermatologue ou dans celle d'un parasitologue plus que dans celle d'un psychiatre. C'est ainsi que les descriptions historiques ont été réalisées à la fin du XIX^e siècle par Thibierge [24] et Perrin [18], deux dermatologues français, dont les travaux décrivaient déjà avec précision le tableau sus-décrit. L'entrée dans le XIX^e siècle sera marquée par le début de publications diverses. L'histoire a retenu le terme de « délire dermatozoïque présénile » proposé en 1938 par le neuropsychiatre suédois Karl-Axel Ekblom [7]. Il a souligné l'évolution insidieuse, la croyance irréductible, l'intégrité intellectuelle, les analogies avec la paranoïa et l'hypocondrie délirante et a écarté tout rapport avec un état phobique. Wilson et Miller [26] suggéreront d'autres étiologies possibles en 1946 en décrivant des parasitoses délirantes induites par la prise de toxiques, apparaissant au cours de l'évolution d'une schizophrénie, congruentes à des tableaux dépressifs chez le sujet âgé ou s'inscrivant chez des sujets de constitution paranoïaque. À la lumière de leurs observations, la parasitose délirante sera qualifiée de « non spécifique » et le terme générique de « délire de parasitose » sera proposé. À la fin des années 1990, Trabert [25] et Musalek [14-15] se sont démarqués par leurs travaux comprenant respectivement méta-analyses et observations cliniques.

À ce jour, entendre parler de parasitose délirante participe à susciter l'étonnement, l'intérêt et l'inquiétude. S'étonner d'abord de sa dénomination, celle-là même qui attribue à un symptôme (le délire) d'englober une entité clinique à part entière. S'y intéresser ensuite selon une approche catégorielle. Le délire d'infestation demeure une entité nosologique difficile à classer et reste en l'état au stade de syndrome pour lequel il faut rechercher les causes étiopathogéniques [3]. Au cœur de cette complexité, le clinicien se heurtera à un véritable paradoxe, celui d'être confronté à un tableau clinique précis qui tend inéluctablement à éclater la nosographie.

5. Analyse clinique

L'hétérogénéité des cadres nosographiques complique la compréhension de la maladie et les repères nous semblent difficiles à prendre [16]. Pourtant dans l'immense diversité nosographique au sein de laquelle la parasitose délirante s'incorpore, l'expression du tableau

clinique est, bien au contraire, d'une étrange similarité. C'est bien à ce climat, cette ambiance, ce délire, qu'il est question de s'intéresser pour passer de la singularité personnelle à la singularité d'une population. Dans cette perspective, nous garderons en mémoire que le nombre restreint de cas étudiés rend impossible l'ambition d'une généralisation.

5.1. Analyse linéaire

En consultation de médecine somatique comme psychiatrique, la présentation n'appelle en général aucun commentaire au premier entretien. L'aspect et la tenue vestimentaire sont ajustés à la saison et au lieu. Celle-ci nous laisse penser que l'adaptation du comportement à des règles de convenance, ou simplement aux impératifs sociaux, n'est pas altérée. On notera tout de même qu'elle est en général similaire à chaque entretien. L'allure n'est pas incurique, elle ne présente aucune bizarrerie ou maniérisme franchement détonnant pouvant être en faveur d'une pathologie caractérisée. Par ailleurs, on pourra noter la présence d'accessoires portés sur le chef (casquette, lunettes de soleil, perruque) dont l'utilisation, assez commune pourtant, nous restera en mémoire. Le regard est clair et souvent direct. Le contact est bon pour les banalités et la bienséance. Il reste bon, voire étonnamment facile tant que le clinicien va dans le sens du patient, le laisse développer ses plaintes et ses théories. Il se modifie face à la neutralité voire la circonspection médicale. Il est rapidement distant, presque froid, voire retenu lorsque le clinicien dirige l'interrogatoire. Lorsque les premières contradictions sont pointées ou que la conviction est remise en question, les réactions d'orgueil, d'opposition, de revendication voire d'agressivité sont la règle [6,9]. La relation au médecin s'ancre dans une position concurrentielle affirmée, formulée sans retenue et exprimée par l'insatisfaction de n'avoir pu être compris. L'énigme du nomadisme médical est alors levée et l'enjeu de la consultation se dessine plus clairement : le patient semble venir convaincre le médecin du mal dont il souffre, dont il a déjà posé le diagnostic et pour lequel il souhaite pouvoir être soulagé. Ce mode relationnel ne va pas sans nous rappeler celui rapporté dans les descriptions cliniques sur l'hypocondrie [12]. L'inquiétude durable et excessive sur la santé est similaire. Elle conduit à multiplier les consultations médicales, à faire prescrire des examens complémentaires ou les médications les plus diverses. La relation avec le médecin se fait en général sur un mode spéculaire, le malade se vivant comme un médecin imaginaire, en position constante de rivalité avec les conclusions médicales. Dans certains cas, le défi lancé à la médecine et l'insatisfaction amère de ne pas être soulagé de ses maux

peut conférer au comportement du parasité, comme de l'hypocondriaque, un aspect revendicateur. La demande d'un diagnostic définitif et d'un soulagement radical se transforme alors en sentiment d'être la victime de l'incompétence médicale et en exigence d'une réparation du préjudice subi. Le trait de quérulence peut également venir faire écho au registre du délire passionnel et de revendication, classé parmi les troubles délirants persistants. Concernant cette entité, dans son ouvrage intitulé *La psychanalyse peut-elle encore être utile à la psychiatrie ?*, le Pr G. Darcourt [5] porte à notre attention l'acharnement avec lequel ces derniers justifient leurs convictions et leurs réactions, semblant tenir absolument à convaincre l'interlocuteur qu'on leur veut du mal ou qu'on les trompe. Leurs discours sont longs, détaillés et ne négligent aucun fait mineur. Ils cherchent à construire une argumentation sans faille, similaire à l'organisation narrative présente chez les sujets atteints de parasitose délirante.

Si la démarche de soins et la revendication sont similaires, l'exigence de réparation d'un préjudice subi ne semble pas être perçue au même degré d'intensité chez les patients atteints de parasitose délirante. Les cas de dépôt de plainte ou d'accusation en justice sont inexistants dans la littérature, contrastant avec la clinique des délires paranoïaques. La question de la quérulence, bien qu'elle semble exister, est différente. Ce trait plus estompé reste réservé au cadre de la consultation. Au sein de notre population, le caractère fluctuant du contact selon le positionnement du clinicien nous fait envisager qu'ils sont très sensibles à l'opinion des autres, qu'ils auraient besoin de rallier à leur cause. Grâce à l'apport de la sémiologie psychiatrique classique, nous pouvons rapporter ce fond de dispositions caractérielles précédemment entrevues à une constitution paranoïaque dont certains traits sont atténués [8]. Les descriptions cliniques de Kretschmer et Dupré pourraient nous aider à répondre à ce constat. En effet, les traits sensitifs qui définissent des sujets timides, souvent anxieux, psychasthéniques, particulièrement sensibles aux réactions d'autrui, et hyperesthésiques aux contacts sociaux [8] pourraient s'en rapprocher. Ainsi, le patient a tendance à réagir par excès, en tout ou rien. Il semble soit idéaliser son interlocuteur, soit le basculer dans le camp des persécuteurs incompetents. Cela nous rappelle le procédé appelé l'idéalisation qui se retourne facilement en son contraire. La psychopathologie nous a appris que dans ce modèle, l'objet idéalisé peut vite devenir son envers. L'idéal se renverse, devient indigne et le bon objet devient persécuteur. L'idéalisation va de pair avec un autre mécanisme de défense, le clivage dans lequel tout un pan reste hors champ de la subjectivité [20].

La forme du discours, à l'image d'une pensée tachypsychique, est souvent logorrhéique lorsque le patient expose sa problématique. Par ailleurs, le flux de parole n'est pas incoercible et ne vient pas submerger le cadre de l'entretien. Il semble que ce comportement verbal soit sous-tendu par une composante anxieuse sous-jacente induite par la présence de l'autre. Cette participation affective peut venir momentanément désorganiser le discours, qui reprend son organisation dans le cadre de la conversation usuelle. La forme n'est pas en faveur d'une décompensation thymique franche mais témoigne d'une certaine plasticité. Elle présente une discrète élation [16] caractéristique à l'évocation de la thématique délirante. Le fond du discours nous permet de rentrer dans la spécificité même du délire d'infestation. Il exprime une conviction de parasitisme. Celle-ci se caractérise par son expression inébranlable alors qu'aucune preuve médicale ne peut l'affirmer. Elle est extraordinaire et imperméable et revêt ainsi les caractéristiques évoquées par Jaspers pour définir une idée délirante. Cette conviction est associée à une symptomatologie tactile qui vient la renforcer et la théoriser. Elle est décrite comme des piqûres, des démangeaisons et des sensations de grouillement, superficielles comme profondes [9]. En plus de ces symptômes tactiles, cette conviction s'appuie sur une symptomatologie visuelle. On notera les déformations cutanées, les sorties (fibre, cheveux, larves ou parasites) via les orifices (pores, bouche ou orifices génitaux), les explosions et le recueil des spécimens. Ainsi, il nous semble assister à l'émergence d'une « néo-réalité », marquée par l'abolition du lien consensuel à la réalité, qui s'articule autour d'une thématique : la présence d'une infestation. Mais celle-ci nous surprendra par sa suggestibilité. Aussi inébranlable soit-elle lorsqu'elle est défendue, elle peut se modifier. Les changements de thèmes sont courants dans nos vignettes cliniques : une oxyurose peut devenir une ankylostomose pour le scientifique, un parasite peut devenir une bactérie pour la coquette, et plus étonnant encore, un schistosome peut devenir une compresse pour la musicienne. Les influences que la thématique peut subir sont caractéristiques du délire d'infestation et nous questionne sur l'intégration du délire par le patient qui le défend [16].

La construction délirante, guidée par le thème, est tel un projet qui sert la conviction d'un parasitisme [19]. Au quotidien, tout se passe comme si l'environnement du sujet était « moyen de » pour « une utilité donnée ». Ces analyses passent par des inspections, vérifications, rituels et auto-examens constants. Par un mécanisme interprétatif, les malades opèrent une véritable transformation délirante des phénomènes corporels ressentis. Ceux-ci n'en sont pas toujours plus clairs, ils demeurent à leurs yeux comme une énigme qu'ils ne

parviennent pas à reconstituer. Cet aspect est particulièrement présent au début de l'évolution. On observe de façon systématique une phase initiale au cours de laquelle le malade est submergé par des phénomènes nouveaux et a l'impression d'être l'hôte d'un mystère qu'il doit élucider. Tout semble se passer comme si le délire obéissait au besoin presque irrépressible de tout expliquer, de tout déchiffrer, conformément à un système fondamental de signification. Ce mode de construction s'apparente à celui de la « folie raisonnée », aujourd'hui connue sous l'entité nosologique de délire d'interprétation de Sérieux et Capgras [8]. Il n'y a plus de place pour le hasard ou la contingence et le moindre phénomène corporel est rattaché au système délirant.

S'atteler à définir la systématisation au cours des délires d'infestation parasitaire est relativement délicat. Si nous avons conscience qu'un délire paranoïde n'est par définition pas systématisé, le délire de nos patients semble au départ s'organiser autour d'une problématique principalement corporelle spécifique et localisée, une sorte « d'épine irritative ». Le postulat d'une forme initiale et axiale dont l'organisation est cohérente et serrée, tel qu'on le retrouve dans les délires passionnels et de revendication [8], existe et est extrêmement fugace. Elle est rapidement rattrapée par un élargissement au cours duquel tous les états physiques sont perçus comme sous l'emprise de l'agent pathogène. Le travail de construction délirante s'élabore dans le cadre d'une systématisation mouvante selon l'ampleur prise par ce dernier. Dans la période où sa systématisation est achevée, le délirant tire de son raisonnement la conviction qu'il a découvert la vérité construite sur un système démontré jusqu'à l'évidence. Dans son évolution, le délire devient de plus en plus hermétique et prend l'allure d'un délire schizophrénique tel que nous le connaissons. À mesure qu'il avance dans l'inextricable chemin de son monde imaginaire, l'interprétant lui ajoute sans cesse de nouvelles directions, poursuivant sans trêve ses théorisations. Le délire se complexifie et s'épaissit en carapace où s'emprisonne le réseau des premières interprétations. C'est en général au cours de cette phase que les patients sont amenés à consulter, apportant la solution qui les fait souffrir et venant en demander le remède. La conviction est assez argumentée pour pouvoir être défendue. Cela pourrait expliquer le délai de la première consultation, survenant parfois des années après la première interprétation délirante.

On note que l'investissement de cette activité intensive qu'est la construction délirante crée un pôle d'excitation constante, dévoreuse de temps et d'énergie. En reliant ce dernier symptôme aux signes cliniques décrits antérieurement tel que la tachypsychie, la logorrhée et l'aspect dynamique des patients, nous tenterons de nous questionner sur le plan syndromique

de cette pseudo-exaltation. La perspective d'intégrer les signes dans une phase maniaque ou dépressive typique nous semble d'avance une analyse peu pertinente. L'humeur n'est ni dépressive ni euphorique. Les patients témoignent d'une forte irritabilité [9], leur donnant le sentiment d'être comme « à fleur de peau ». Associée à ce symptôme, une labilité émotionnelle récurrente semble être la caractéristique de l'humeur au sein de notre population [6]. Si la perte du plaisir est présente pour la plupart des activités, l'intérêt est unique et centré sur la caractérisation de l'infestation. Le ralentissement psychomoteur n'est pas observé. Au contraire l'excitation psychomotrice centrée sur l'investissement de la préoccupation délirante et sa théorisation intensive est de règle. Il existe par ailleurs une franche asthénie contre laquelle les patients semblent devoir lutter activement.

Sur le plan des conduites instinctuelles, on observe une perte de poids significative en l'absence de régime avec diminution de l'appétit, ainsi que des troubles du sommeil à type d'insomnie avec réveils nocturnes. La sensation d'une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer est une plainte récurrente. Il existe parfois un sentiment d'incurabilité et de péjoration de l'avenir, de véritables angoisses de mort voire des idées suicidaires. Si l'état mixte est une entité au sein des troubles de l'humeur qui semble pertinente, elle n'est cependant pas la seule, et la question délicate des rapports entre anxiété et dépression doit toujours être gardée en mémoire. Le problème se pose lorsque l'agitation anxieuse peut masquer la reconnaissance, par l'examineur, de la symptomatologie dépressive proprement dite, ou devant certaines formes atypiques telles les formes de début d'un état dépressif ou certaines formes paucisymptomatiques au cours desquelles un syndrome anxieux peut constituer un véritable équivalent dépressif [12]. L'état d'exaltation marqué par l'irritabilité, la labilité et l'hyperesthésie émotionnelle qui caractérise la parasitose délirante a été décrit par Clérambault pour caractériser le développement de l'existence délirante selon un axe idéo-affectif dans les délires passionnels et de revendication [8].

Au cours de nos observations cliniques, nous pouvons nous questionner sur le fait que le délire d'infestation puisse éclore durant l'évolution d'un épisode dépressif. Cela nous invite à nous accoler au cadre nosographique des formes dépressives délirantes. Celles-ci sont connues depuis les travaux de Cotard, Seglas et Kraepelin. Les thèmes les plus fréquents sont la culpabilité, la ruine, la négation d'organes ou la transformation corporelle [8]. Si la parasitose délirante n'y figure pas en son nom, elle peut y être assimilée par les sentiments d'indignité ou d'incurabilité.

La question de la caractérisation des perceptions est ici extrêmement complexe. Elle est pourtant centrale car les sensations sont le support de la conviction délirante. Si nous reprenons la clinique, nous pouvons constater qu'il existe des perceptions tactiles et des perceptions visuelles. Les perceptions tactiles sont toutes les sensations de démangeaisons, de piquûres, de grouillements mais encore de mouvements dont les patients nous font part [9]. Les perceptions visuelles sont aussi complexes. Elles comprennent des perturbations de l'image du corps avec des préoccupations excessives. Celles-ci concernent à la fois les modifications physiologiques ou les caractéristiques de la peau (rides, cicatrices, acné, pâleur ou rougeur, etc.), ainsi que le système pileux et des cheveux (modification et migration anormale des poils, cheveux et ongles). Il existe également des distorsions corporelles (modification de la forme et des dimensions du corps) comme nous l'expliquait le scientifique lorsqu'il disait ressentir sa « boîte crânienne se déformer ».

Enfin, il existe des illusions de spécimen parasites ou de produit pathogène. Si parler des perturbations tactiles s'avère difficile à caractériser car la question de l'illusion et de l'hallucination ne peut être véritablement résolue ici, nous serons particulièrement attentifs aux perceptions visuelles vis-à-vis desquelles le clinicien peut avoir un regard subjectif. Les patients nous font part de préoccupations concernant leur corps qui s'est modifié et qui continue de changer au fil du temps. Nous mentionnerons par exemple les cas du scientifique et de la coquette qui pouvaient constater la formation de reliefs anormaux de la peau, ces « marques » ou « lignes » dessinant parfois des lettres, que le clinicien ne pouvait observer. Les téguments sont minutieusement scrutés et attentivement examinés, parfois plusieurs heures par jours. Les patients procèdent à des soins pour les faire évoluer vers la guérison et tentent de faire diminuer l'anxiété liée à leur présence, ou de l'améliorer temporairement. Ce processus donne naissance à des lésions auto-infligées qu'ils entretiennent par les remèdes qu'ils conçoivent.

Les perturbations visuelles font également référence à la place de certaines parties du corps. Les cheveux migrent sous l'enveloppe cutanée et sortent par les pores. On se rappellera par exemple le cas de la coquette qui collait des morceaux de sparadrap sur sa peau pour empêcher le parasite de sortir. Enfin le corps peut être décrit comme changeant, doté d'un caractère évolutif et de la possibilité de se déformer. C'est le cas du crâne du scientifique dont le sommet « enfle » et « gonfle », caractéristique qu'il perçoit lorsqu'il passe la main sur son cuir chevelu. Ainsi la place du corps au sein des préoccupations est centrale. Une partie est dépréciée et jugée de façon exagérée. La préoccupation pour ce « défaut » est démesurée, au

point de provoquer un dégoût par exemple. La souffrance importante qui en résulte altère la vie en société (vie amoureuse, amicale, familiale, professionnelle). Ses caractéristiques, à savoir sa perception pathologique non critiquée et son retentissement dans la vie quotidienne font écho aux dysmorphies corporelles retrouvées au cours des cas de peur d'une dysmorphie corporelle, voire de l'anorexie mentale. De plus, l'investissement intensif de la thématique délirante, ce pôle d'excitation constant et dévoreur de temps ne va pas sans nous rappeler l'hyperinvestissement intellectuel ou sportif présent dans cette dernière pathologie [4].

Comme la littérature a décrit le syndrome de Münchhausen, le syndrome de Ganser ou Lathénie de Ferjol, se pourrait-il que le syndrome d'Ekbom présente des similarités [11] avec ces entités complexes ? Autrement dit, y aurait-il un but difficilement accessible poursuivi par le sujet qui se ferait volontairement malade et qui pourrait assimiler le trouble au sein de ceux du spectre de la pathomimie ? L'expression clinique marquée par des lésions auto-infligées est un élément central du délire d'infestation. Même si le parasite ne nous cachera pas être à l'origine de certaines d'entre elles, il pourra tendre à vouloir nous convaincre que d'autres sont induites par le parasite, resserrant la frontière avec un trouble factice [10].

De plus, au cours de nos observations, nous avons constaté une notion qui dénotait au sein du tableau clinique. Il s'agit de la part de suggestibilité constatée qui venait semer le doute sur la profondeur de l'authenticité de la conviction délirante. Celle-ci se caractérise par la modification de la thématique, parfois très finement, parfois plus grossièrement, sous l'influence des discours, des médias ou encore d'Internet. Alors que l'on pourrait croire que cela viendrait semer le doute et remettre en question le diagnostic aux yeux du patient, la conviction délirante se maintient paradoxalement défendue avec tout autant d'acharnement. Dans la pathomimie, les individus présentent une histoire avec un grand sens dramatique, plutôt floue et imprécise, qui se modifie au fur et à mesure de l'approfondissement du bilan médical. Lorsqu'ils sont démasqués, ils peuvent nier et rapidement sortir de l'hôpital contre avis médical. La démarche de soin globale est alors marquée par le nomadisme médical [12]. Ces derniers rapprochements sont autant de similitudes bien étonnantes. Ainsi, les liens entre parasitose délirante et pathomimie nous semblent bien plus étroits que l'on pourrait le penser de prime abord.

Au cours de notre analyse linéaire, nous avons tenté de saisir l'expression clinique de la population qui caractérise les patients souffrant de délire d'infestation parasitaire. Celle-ci nous a permis de penser qu'il s'agit d'une entité à la frontière entre le trouble délirant, l'anorexie mentale et la pathomimie. Les deux dimensions principales seraient la part

dépressive et la part corporelle. Ces similitudes nous ouvrent vers une perspective de compréhension qu'une analyse dynamique pourrait éclairer. Un examen de l'histoire de vie s'impose.

5.2. *Analyse dynamique*

À ce stade, nous avons constaté que la parasitose délirante est de ces troubles dont l'étude purement linéaire atteindra rapidement ses limites. Une nouvelle piste de compréhension nous invite à saisir la maladie dans un processus dynamique au cours duquel les éléments biographiques et les facteurs environnementaux jouent un rôle non négligeable sur l'expression clinique. Il est important de noter que s'atteler à soumettre des données biographiques au clinicien semble répondre à une demande tout à fait surprenante pour les patients venus consulter pour une infestation parasitaire. Ils s'occuperont de répondre avec rigueur à toutes les questions concernant les caractéristiques du délire d'infestation à proprement parler, mais il est délicat de récolter des éléments biographiques. Parler de leur histoire personnelle résonne à leurs oreilles comme un égarement de l'échange. Ainsi, nous leur avons confié la difficile tâche de « se raconter ». Plus qu'une succession d'événements et de faits à caractère historique, c'est bien le vécu biographique, la mise en récit qu'il est question d'étudier ici. Parce que le résultat de l'analyse de ce travail a impliqué une double subjectivité (un travail d'introspection réalisé par le patient puis un travail d'analyse réalisé par le clinicien), nous garderons en tête que nos conclusions sont tel un faisceau lumineux réfracté par deux lentilles. S'il s'est modifié et resserré, il en est aussi devenu plus spécifique.

Nous plonger dans l'analyse des similitudes biographiques nous a amenés à repérer la présence d'une configuration événementielle particulière durant l'enfance et l'adolescence des sujets. On notera que le scientifique a été confronté au décès de sa mère à l'âge de 7 ans et que la mère du patriarche a été atteinte d'une tuberculose au cours de la petite enfance de son fils. La coquette nous livrera la présence d'une instabilité relationnelle au domicile familial, ainsi que son sentiment de l'avoir quitté trop tôt pour répondre à ses obligations maritales. Ces éléments nous permettent de mettre en évidence la présence d'un travail de séparation précoce et imposé par l'histoire de vie. Celui-ci est engendré par la maladie, le décès d'un des deux parents au cours de la petite enfance ou la séparation par éloignement du sujet de son cercle relationnel familial. Dans son ouvrage *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, le Pr R. Roussillon nous éclaire sur ce qu'il appelle « la scène de

séparation » [20]. Il nous rappelle que se séparer est avant tout se différencier. Il est nécessaire de se distinguer suffisamment de l'autre, ne pas être confondu avec celui-ci, pour qu'un processus de séparation puisse s'amorcer. Cela signifie pouvoir s'individualiser et s'appuyer au sein de la dynamique identitaire. La thématique de la perte et de la séparation implique un travail d'individuation précoce au cours du développement, source de questionnements identitaires. Ainsi, l'analyse de la mise en récit de l'enfance met en évidence la présence de traumatismes infantiles [17]. Si notre étude nous a sensibilisés à nous tenir attentifs à rechercher la présence de ces traumatismes infantiles, elle nous a parfois confrontés à retrouver des récits de traumatismes sexuels.

À l'âge adulte, l'analyse de nos vignettes nous a permis de mettre en évidence la présence « d'idéaux », de « stéréotypes » auxquels nos patients ont tendance à se conformer. Cette aspiration dicte un certain principe de vie au quotidien. La dépendance au travail et au rôle social est particulièrement présente. Dans la quotidienneté, on retrouve des troubles des conduites alimentaires majoritairement chez les sujets féminins dont l'histoire de vie nous alertera sur les écarts pondéraux. De même, des conduites addictives peuvent être présentes. Enfin, l'image corporelle est importante pour chacun. Pour les hommes, elle s'exprime par le biais de l'importance accordée aux activités physiques et, chez les femmes, elle est perçue dans la présentation ou dans le discours. La notion de dépendance semble ressortir de nos vignettes cliniques et s'observer dans la tendance à l'appartenance à un rôle social, aux addictions alimentaires ou toxiques, ou l'attachement à l'image de soi. La question de l'appui et de l'étayage semble se poser. Sur cette dernière hypothèse, la psychopathologie nous apprend que la dynamique de l'individuation est fragilisée par les processus de séparation rencontrés au cours de l'histoire de vie, engendrant un jeu constant entre altérité et similitude dans le processus de maturation dont l'objectif est l'individualisation et la quête identitaire. Dans un tel pôle d'organisation, à savoir celui où l'assise identitaire est fragile et fait défaut, la question de l'appui et de l'étayage est centrale et nécessaire [20]. L'incertitude qui pèse sur la fiabilité des représentations identitaires du sujet implique le recours à une forme d'externalisation. Le sujet s'inscrit dans la mise en place de solutions par l'appui dont les assises peuvent prendre plusieurs formes.

Nous nous permettrons ensuite d'aborder la question de la sexualité. Si nous avons peu d'éléments et ne pourrions envisager de faire que de simples constatations, certaines similitudes peuvent être soulevées. Dans une anamnèse proche du début de la conviction d'infestation, le patriarce et la coquette nous ont verbalisé directement ne plus avoir

d'activité sexuelle. Concernant les sujets les plus jeunes, à savoir le scientifique et la musicienne, nous n'avons pas d'éléments concrets. Il est néanmoins possible de rapporter que le premier a eu une infection des parties génitales et la seconde, un cancer de l'utérus. Avec beaucoup de précautions, nous pourrions émettre l'hypothèse d'une diminution de l'activité sexuelle récente.

Le décor avant l'infestation est singulier. La musicienne a été atteinte et traitée d'un cancer du col de l'utérus deux ans avant le début des troubles. Le scientifique a souffert d'une entorse et luxation de l'épaule gauche à la suite d'un accident de scooter survenu quelques mois avant le début des troubles. La conséquence principale a été l'immobilisation et l'arrêt de son activité professionnelle. Le patriarche a été atteint d'un cancer de la prostate traité par chirurgie et radiothérapie cinq ans avant l'éclosion délirante. Les suites ont été compliquées d'une prostatite et d'une incontinence urinaire. Les répercussions sur son autonomie et sa qualité de vie ont été conséquentes. Enfin, la coquette souffre d'une ostéoporose compliquée de fractures multiples secondaires à des chutes de sa hauteur survenues au cours de l'année d'apparition du délire. Dans toutes ces situations, il nous a semblé important de relever la présence d'un antécédent de maladie somatique contiguë dans le temps avec l'apparition du délire d'infestation. Ces maladies sont graves dans leur pronostic, bruyantes dans leurs symptômes ou importantes dans leur retentissement. Ils souffrent de « ne pas se reconnaître » et souhaitent pouvoir « redevenir comme avant ». Les pathologies rencontrées impliquent des traumatismes physiques ou des affections dont la prise en charge thérapeutique a nécessité un geste chirurgical. Au sein de nos observations, le corps est irréversiblement transformé.

L'annonce d'une pathologie somatique grave est une situation que la psychopathologie nous a appris à comprendre comme un événement traumatique [20]. Le travail psychique nécessaire répond à deux caractéristiques : il est contraint et doit être fait en urgence. Au cours de notre étude, il semble que nos sujets ont dû « affronter » les soins. La musicienne et le patriarche ont dû faire face à des cancers localisés dans des zones corporelles intimes dont le dévoilement implique un état de malaise plus ou moins ressenti. L'exposition obligée et la perte de la maîtrise sont la source d'un sentiment de honte et d'intrusion. L'expérience de la maladie est parfois nouvelle, « je n'ai jamais fréquenté les hôpitaux auparavant » nous disent-ils. Elle engendre régulièrement un sentiment d'indignité et d'inutilité pour nos sujets. Si au cours de ces situations, ils apparaissent souvent comme de « bons » patients qui collaborent activement, leur pensée semble se fixer dans le factuel et l'événementiel. Au cours du délire d'infestation, leur attitude continue de coller à la matérialité des faits et des objets, aux actes

et aux examens paracliniques, mais aussi aux auto-examens et aux rituels quotidiens. Ce dernier mécanisme adaptatif pourrait être assimilé à l'apparition d'un fonctionnement opératoire.

La littérature concernant la parasitose délirante nous rappelle que les patients ont recours à des gestes impulsifs, intensifs et souvent dangereux pour se débarrasser des agents pathogènes. L'analyse de nos cas cliniques nous permet de mettre en évidence qu'ils tentent de désinfecter leurs vêtements et leur linge, mais aussi et surtout leur corps. Les lésions auto-infligées sont fréquemment retrouvées et sont parfois véritablement dangereuses. Ces conduites sont appelées auto-thérapies et tentent de réduire l'anxiété liée au parasite. En réalité, les patients augmentent souvent ainsi leur préoccupation, et le stress qui y est associé. Le recours au corps et la recherche d'un soulagement à une composante anxieuse dans un sentiment d'impasse sont des modalités similairement décrites au cours des automutilations [21]. Leurs apparentés nous font soulever l'hypothèse d'assimiler ces autothérapies à un équivalent de passage à l'acte auto-agressif. Le risque réel de passage à l'acte est connu dans la littérature chez les sujets atteints de délire d'infestation au cours de l'évolution de leur pathologie. Certains patients développent des idées suicidaires. À l'inverse, certaines réactions de colère peuvent se produire et des passages à l'acte hétéro-agressifs peuvent être décrits soit pour tenter de venir à bout du parasite par des méthodes drastiques (idées d'ingestion d'eau de javel pour la coquette), soit en rapport avec l'incompétence présumée du thérapeute, ou le plus souvent à l'évocation d'un problème psychiatrique. Ces données nous renseignent sur l'hypothèse de graves troubles de personnalité au sein de notre population.

Les similitudes qui existent entre l'hypocondrie délirante et la parasitose délirante nous font soulever la question de la thématique. Il existe une différence fondamentale entre les deux entités : l'hypocondriaque pense que les sensations sont liées à un dysfonctionnement de son propre corps, le parasite pense que celles-ci sont liées à la présence d'un agent pathogène. Si ces deux tableaux intègrent une tonalité persécutive, l'élément persécuteur est par ailleurs très différent. Dans l'hypocondrie, c'est le corps lui-même qui persécute, faisant discuter l'implication d'une dimension thymique mélancolique au sein d'une corporéité particulière. Dans le délire d'infestation, le parasite est le persécuteur. La thématique délirante utilise ainsi le mécanisme de la projection. Ce schéma positionne plus le sujet en victime, tel l'investit le paranoïaque, qu'en fautif, comme l'endosse le mélancolique. Si la corporéité est elle aussi centrale et singulière, la dimension thymique est différente, empruntant une tonalité plus revendiquante qu'auto-culpabilisante. Mais comment pouvons-

nous comprendre que la thématique se fixe sur une étiologie parasitaire ? Il existe, au sein des similarités biographiques, un élément qui mérite d'être soulevé à ce stade. Il s'agit de la présence même du parasite au sein de l'histoire de vie et des liens symboliques que le patient entretient avec celui-ci. Ainsi nous relèverons la présence d'une infestation parasitaire réelle diagnostiquée pour le scientifique et le patriarce. De plus, nous remarquerons une dimension culturelle au sein de la trame narrative de la musicienne et du patriarce qui ont passé des vacances ou réellement séjourné en Afrique, en pays tropical. Enfin, le récit de la coquette nous pointe une origine « pied-noire » et un antécédent de délirium tremens avec zoopsies. Il nous semble que le patient ait ainsi vécu une expérience avec le parasite, soit parce qu'il a réellement été infesté, soit parce qu'il entretient avec lui une relation symbolique particulière liée aux représentations culturelles. Le Pr A. Tatossian nous invite à réfléchir sur la notion de relativisme culturel, à savoir s'arrêter sur la distinction même du normal et du pathologique au sein des cultures [22]. Il pourra nous aider à poursuivre notre ouverture en nous avisant que plutôt que d'appréhender le symptôme dans le sens global d'un tableau clinique, c'est en étudiant le phénomène, beaucoup moins variable d'une culture à l'autre, que nous pourrions saisir le sens que nous tentons de décrypter.

6. Conclusion

Notre analyse nous amène à faire ressortir un « typus du contaminé ». Celui-ci s'identifie par une présentation hypocondriaque, une personnalité sensitive, des interprétations systématiques, une hyperthymie mixte, une attitude de pathomimie et une réticence biographique, se manifestant chez un sujet dont l'histoire révèle la présence de séparations et de traumatismes dans l'enfance, et qui s'organise autour d'un complexe étayage-dépendance, avec impulsivité, agressivité, tendance au conformisme et aux addictions. Le contexte avant l'infestation allie un blanc sexuel à un décor médico-chirurgical fixant honte et indignité, engendrant un fonctionnement opératoire reposant sur la matérialité et la rationalité des faits, le tout modulé par la culture. Nos observations bien que descriptives proposent une modélisation psycho-socio-culturelle pouvant servir de support de réflexion à l'élaboration de stratégies thérapeutiques. Nous rappellerons que la prise en charge ne fait l'objet d'aucune recommandation alors que celles-ci sont très largement exigées par les auteurs, toutes spécialités confondues, eux-mêmes soucieux d'apporter un soin de qualité à

notre époque où la considération, le respect des droits de nos patients, les aspects psychologiques mais aussi les exigences de résultats sont des valeurs en voie d'émancipation.

Conflits d'intérêt : Aucun

Références :

- [1] Ait-Ameur A, et al. Les délires de parasitose ou syndrome d'Ekbom. Rev Med Interne 2000;21:182-6.
- [2] Benattar B, et al. A propos du syndrome d'Ekbom. Ann Med Psychol 2004;162:755-61.
- [3] Bourgeois ML. Les délires d'infestations cutanée parasitaire, syndrome d'Ekbom. Ann Med Psychol 2011;169:143-8.
- [4] Brusset B. Alimentary disorders in adolescents. Rev Neuropsychiatr Infant. juill 1975;23:405-4.
- [5] Darcourt G. La psychanalyse peut-elle encore être utile à la psychiatrie ? Paris: Odile Jacob; 2006, 2-7381-1753-8.
- [6] Del Greco V. Clinical considerations on dermatozoic delusions (Ekbom's syndrome). Rass Studi Psichiatri 1961;50:358-62.
- [7] Ekbom KA. The pre-senile delusion of infestation. Hist Psychiatry 2003;14(54 Pt 2): 229-56.
- [8] Ey H. Manuel de psychiatrie 6^e éd. Paris: Masson; 1960;1989;978-2-294-71158-9.
- [9] Freudenmann RW, Lepping P. Delusional infestation. Clin Microbiol Rev 2009;22:690-732.
- [10] Gate J, Moreau, Vignon, Vachon R, Lafon. Aspect of cutaneous pathomimesis; auto-mutilation for a purpose derived from cenesthopathic sensations. Lyon Med 1950;183:27-8.
- [11] Gill CJ, Hamer DH. « Doc, there's a worm in my stool »: Munchausen parasitosis in a returning traveler. J Travel Med 2002;9:330-2.
- [12] Guelfi JD. Psychiatrie. Paris: Puf "Fondamental" 2007;978-2-13-045651-3.
- [13] Lancet. The matchbox sign. 1983.
- [14] Musalek M, Bach M, Passweg V, Jaeger S. The position of delusional parasitosis in psychiatric nosology and classification. Psychopathology 1990;23:115-24.
- [15] Musalek M, Kutzer E. Psychiatric and parasitologic aspects of dermatozoon delusion. Wien Klin Wochenschr 1989;101:153-60.

- [16] Moroge S, Paul F, Milan C, Perz S, Jouvion A, Pilard M. Legionnaire's delusional parasitosis case : clinical, nosographic and medico-military study. *Médecine et armée* 2014;42:1 51-58.
- [17] Oruc L, Bell P. Multiple rape trauma followed by delusional parasitosis. A case report from the Bosnian war. *Schizophr Res* 1995;16:173-4.
- [18] Perrin L. Des névrodermies parasitophobiques. *Ann Dermatol Syphiligr* 1896:129-38.
- [19] Pringuey D. La thématization du délire EFD 6 Cas D. Paris 7.4.98.
- [20] Roussillon R. Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. 2^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2014 : 978-2-294-73697-1.
- [21] Skinner JC, Berezin MA. Psychodynamic factors in a case of self-inflicted wound. *U S Armed Forces Med J* 1951;2:747-54.
- [22] Tatossian A. Psychiatrie phénoménologique Acanthe, 1997 : 2-225-83066-5.
- [23] Thibierge G. Les acarophobes. *Rev Gen CLIN Ther* 1894 ;32 :373-6.
- [24] Trabert W. Epidemiology of delusional ectoparasitic infestation. *Nervenarzt* 1991;62:165-9.
- [25] Trabert W. 100 years of delusional parasitosis. Meta-analysis of 1,223 case reports. *Psychopathology* 1995;28:238-46.
- [26] Wilson JW, Miller HE. Delusion of parasitosis (acarophobia). *Arch Dermatol Syphilol* 1946;54:39-56.