

Les multiples propos d'une athymhormique

Anne Bellmann et Gil Assal

Résumé

Le syndrome athymhormique ou perte d'auto-activation psychique se caractérise par une réduction de la motricité et de l'expression spontanée, l'appauvrissement de l'activité mentale auto-initiée et une apparente indifférence affective. Nous présentons ici le cas d'une patiente athymhormique suite à une lésion bilatérale des ganglions de la base, dont les productions ont été étudiées expérimentalement dans divers contextes d'émission. Les résultats révèlent une variabilité des productions en fonction du contexte d'émission. En objectivant, dans certaines situations, une amélioration sur le plan de l'incitation, du volume de productions et des affects exprimés, ils remettent en question la notion d'un réel vide mental et conduisent à de nouvelles hypothèses sur les processus en jeu dans l'athymhormie.

Mots clés : Syndrome athymhormique, perte d'auto-activation psychique.

Key words: Athymhormia syndrome, loss of psychic self-activation.

Adresse : Division Autonome de Neuropsychologie, C.H.U.V., 1011 Lausanne, Suisse.

INTRODUCTION

Laplane et collaborateurs (1982) et Habib et Poncet (1988) ont décrit un syndrome particulier observé à la suite de lésions bilatérales des ganglions de la base. Ce syndrome a également été observé chez des malades présentant une atteinte bilatérale impliquant une boucle fronto-sous-corticale. La symptomatologie se distingue par la réduction de la motricité et de l'expression spontanées, l'appauvrissement de l'activité mentale auto-initiée. La mimique faciale figée donne l'impression d'une indifférence affective.

Habib et Poncet (1988) ont emprunté, pour désigner ce syndrome, le terme d'athymhormie introduit par Dide et Guiraud en 1922 pour caractériser le "défaut de dynamisme vital instinctif et thymique" de certains schizophrènes. Laplane et al. (1982, 1990) ont parlé de perte d'autoactivation psychique (P.A.P.), afin de souligner qu'il s'agit avant tout d'un trouble de l'initiation spontanée, l'inertie étant levée moyennant une stimulation extérieure (hétéroactivation) suffisante. Jusqu'alors, les observations ne permettaient pas de savoir si les patients athymhormiques vivaient dans un réel vide mental et affectif, ou s'ils souffraient uniquement d'un déficit expressif les empêchant de communiquer leurs pensées ou sentiments. Laplane et al. (1990) ont remarqué qu'une stimulation par l'environnement pouvait restaurer une vie psychique presque normale, et ont souligné que des manifestations dépressives pouvaient survenir chez ces malades. Ceci suggère que, malgré les apparences, ces patients peuvent éprouver des émotions.

Adams envisage l'athymhormie et la P.A.P. comme des formes d'aboulie (communication personnelle, 1993). Cette notion ancienne remontant à Auerbach (1902) a été remise à l'honneur par Fischer et Adams et constitue dans sa forme extrême le mutisme akinétique. Chez de tels malades, rappelons que Fischer (1983) a montré qu'une communication devenait possible lorsqu'une conversation par téléphone était réalisée, d'où le nom d'effet téléphone.

Des fluctuations de ce type conduisent à s'interroger sur la possibilité de phénomènes analogues chez des patients athymhormiques. Nous avons cherché à savoir si des modifications de la modalité d'expression et des manipulations du contexte pouvaient avoir une influence sur la quantité et la qualité des propos émis par les malades, ce qui pourrait

remettre en question, du moins chez certains d'entre eux, la notion d'un vide mental et affectif.

OBSERVATION

Mme S., âgée de 30 ans, droitière, francophone, était infirmière. Mariée, elle était mère de deux enfants en bas âge. Son entourage familial et professionnel la décrivait comme une femme très active, recherchant le contact, s'exprimant volontiers. Depuis l'adolescence, elle souffrait de migraines à raison d'environ une crise par mois. A l'âge de 19 ans, un diabète insulino-dépendant fut mis en évidence. A noter que Mme S. pratiquait la contraception à base de progestatifs et qu'elle était tabagique (vingt cigarettes par jour).

Les troubles ont débuté en décembre 1991. Mme S. s'est plainte de céphalées, d'une fatigue croissante. Progressivement, elle devint incapable d'effectuer toute activité. Elle fut hospitalisée dans le Service de Neurologie du CHUV (Pr. Regli), où elle frappa par son akinésie, son amimie, la suppression de toute expression spontanée, le caractère laconique de ses réponses formulées à voix chuchotée après de longs temps de latence. Orientée dans le temps et l'espace, elle donnait l'impression d'être indifférente à sa situation. L'examen de la motricité et de la sensibilité était normal. Le langage, les praxies, la reconnaissance visuelle, la mémoire et le raisonnement se situaient dans les normes.

Au scanner cérébral et à la résonance magnétique, l'image a montré un double ramollissement ischémique asymétrique impliquant, dans l'hémisphère gauche, la tête du noyau caudé et la partie antérieure du putamen, et dans l'hémisphère droit le pallidum (voir Figure 1). La lésion gauche était plus étendue que la lésion droite. Ce double ramollissement a été attribué à une micro-angiopathie diabétique.

Les données sémiologiques et radiologiques ont conduit à poser le diagnostic de syndrome athymhormie.

Rentrée à son domicile après dix jours d'hospitalisation, Mme S. passait dès lors ses journées inoccupée, le plus souvent allongée. Elle ne manifestait aucun intérêt pour ses enfants, les laissait à longueur de journées devant la télévision, ne réagissait ni à leurs pleurs ni à leur agitation. La mère de la patiente dut assumer l'éducation des deux

enfants et l'entretien de la maison. Le médecin traitant adressa la patiente et sa famille à un psychiatre mais la prise en charge échoua.

Figure 1. IRM cérébrale : lésions touchant la tête du noyau caudé et la partie antérieure du putamen à gauche, le pallidum à droite.

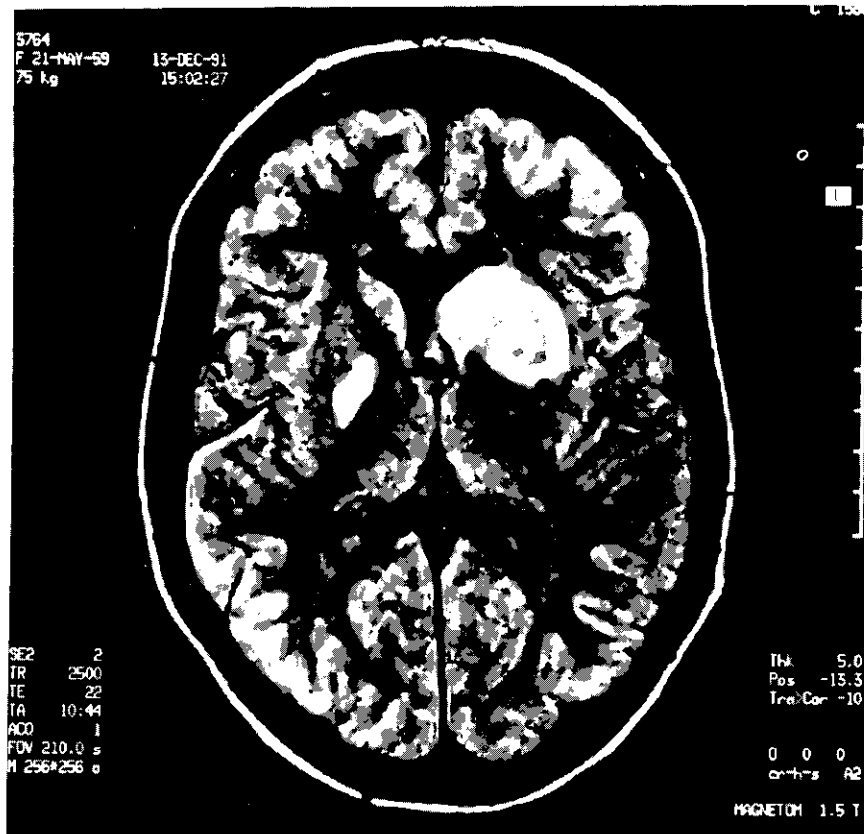


Figure 1. Cerebral MRI: Lesion of the head of the caudate nucleus and of the anterior part of the putamen on the left, lesion of the pallidum on the right.

Nous avons réexaminé Mme S. en septembre 1992, soit neuf mois après l'atteinte cérébrale et, en raison du vide thérapeutique, nous avons proposé de la suivre une heure par semaine pendant une année. Nous présentons ci-dessous les données enregistrées durant cette période.

Dans la vie quotidienne, la patiente était alors capable de mener à bien des tâches routinières de femme au foyer. Elle réitérait de manière compulsive mais sans charge émotionnelle deux souhaits : reprendre son travail et conduire. La reprise de l'activité professionnelle d'infirmière, malgré un aménagement (supervision, responsabilités limitées), aboutit à un échec en raison de difficultés d'organisation, de nombreuses négligences et d'une pauvreté de contact. La patiente s'avérait incapable d'une auto-évaluation. Fait remarquable que nous ne discuterons pas ici : les céphalées de type migraineux avaient presque disparu. Le diabète était toujours mal contrôlé en raison de l'incapacité de la patiente à se soumettre à un régime alimentaire approprié (prise de poids) ; le tabagisme restait important. Sans être négligée, la patiente frappait son entourage par une absence de coquetterie.

Le contact avec les examinateurs était pauvre en raison de l'absence de manifestations émotionnelles, et de la réduction de l'expression spontanée. Les propos étaient laconiques, la patiente répondait brièvement, toujours après une longue latence, sur un débit lent. Le ton était monocorde et hypophone.

Mme. S. était d'humeur égale. Aucune plainte n'était exprimée, ni spontanément ni à la demande. Elle ne manifestait ni tristesse, ni angoisse, ni culpabilité. Elle minimisait ses troubles et ne paraissait pas concernée par la situation de plus en plus difficile où elle se trouvait. Sur demande, la patiente décrivait une activité compulsive de comptage (compter les objets autour de soi, compter de trois en trois), prenant souvent la forme de petits problèmes qu'elle se posait à elle-même, par exemple : "Si les longs côtés de l'affiche valent trois points et les courts deux points, quel nombre obtiendra-t-on en faisant le tour de l'affiche ?".

La patiente était toujours ponctuelle et avertissait elle-même par téléphone en cas d'empêchement. Mais, en situation d'examen, la collaboration était passive.

Les résultats de l'examen neuropsychologique de septembre 1992 sont rapportés dans le Tableau 1. Les seuls déficits objectivés concernaient la fluence non verbale qui était persévérée et les épreuves mnésiques impliquant un jugement d'ordre temporel (test de récence) ou une

Tableau 1. Examen neuropsychologique.

Tâches		Résultats	
Langage			
Expression orale		Aspontanéité	
		Longs temps de latence	
		Enoncés courts	
		Hypophonie	
Répétition simultanée ("shadowing")		Centile 50	
Version française du "Boston Naming Test"		Centile 75	
Dénomination continue		Centile 50-75	
Compréhension de phrases passives et apragmatiques		Centile 75	
Ecriture sous dictée		Sans particularité	
Calcul : oral/écrit		Sans particularité	
Activités gestuelles et constructives		Sans particularité	
Reconnaissance visuelle		Sans particularité	
Mémoire			
Empan	verbal	6	limite-Centile 20
	visuo-spatial	5	limite-Centile 10
15 mots de Rey	apprentissage	54	Centile 10-30
	recognition	14	Centile 10
	évocation différée	13	Centile 30
15 signes	apprentissage	59.5	Centile 30-50
	recognition	14	Centile 30-50
	évocation différée	13.5	Centile 10-30
Figure géométrique complexe de Rey	copie	36	Centile 70
	évocation immédiate	21	Centile 10-30
	évocation différée	24	Centile 70
Récence	recognition	41/50	Centile 20-30
	ordre temporel	27/41	Inférieur au Cent. 6
Brown-Peterson		Inférieur au Centile 6	

Tâches		Résultats	
Fonctions exécutives			
Fluence verbale ("M", "Animaux")		Centile 25	
Fluence non verbale		Persévérée	
"Wisconsin Card Sorting Test"		4 critères (bon)	
Dénomination en condition "Stroop"		Centile 50	
"Subject Ordered Task" (Petrides et Milner, 82)		Nbre d'erreurs trop élevé	
"Six Elements Task" (Shallice et Burgess, 91)		Pas de transgression de règles, bonne organisation	
Imitation / utilisation		Pas de comportement d'imitation ni d'utilisation	
Attention-concentration			
Test D2	rendement	Centile 40	
	% d'erreurs	Centile 75-90	
	fluctuations	Centile 50	
Temps de réaction	visuels	267 msec.	Centile 6
	auditifs	222 msec.	Centile 6
Raisonnement			
Matrices Progressives de Raven (PM-38 version courte)		17/30	Centile 10
WAIS-R	Q.I. total	105	
	Q.I. verbal	107	
	Q.I. performance	100	
Notes standard	information	8	
	mémoire de chiffres	10	
	vocabulaire	12	
	arithmétique	9	
	compréhension	14	
	similitudes	16	
	complètement d'images	14	
	arrangement d'images	7	
	cubes	10	
	assemblage d'objets	14	
code	5		

Table 1. Neuropsychological assessment.

mémoire de travail ("Subject ordered task" de Petrides et Milner, 1982, et "Trigrammes consonantiques" de Brown et Peterson, 1959). D'autre part, les temps de réaction simples visuels et auditifs étaient discrètement ralentis.

DISSOCIATION ENTRE PRODUCTIONS ORALES ET ECRITES

Pour tenter de cerner plus précisément la nature des troubles observés, nous formulons deux hypothèses : la première implique que Mme S. souffre uniquement d'un déficit expressif la privant du moyen de faire part verbalement de ce qu'elle pense ou ressent, la seconde hypothèse impliquerait qu'elle vit dans un réel vide mental.

Afin de départager ces hypothèses, nous avons choisi dans un premier temps de comparer les productions de Mme S. dans deux modalités différentes, l'oral et l'écrit. Dans ce but, nous l'avons soumise, d'octobre 92 à septembre 93 à un ensemble de tâches peu structurées et peu directives. Le contenu des productions de la patiente et son degré d'incitation à l'action dans chacune des modalités ont fait l'objet d'une analyse comparative.

Nous présentons les résultats obtenus dans les situations suivantes : 1. Expression libre par écrit ; 2. Réponse à des questions ouvertes ; 3. Récit d'un conte ; 4. Présentation d'images à forte charge émotionnelle ; 5. Passation de quelques planches de deux tests projectifs, le Rorschach et le T.A.T.

1. Expression libre par écrit

Procédure : la patiente reçoit la consigne d'écrire ce qu'elle veut. Il n'y a pas de contrainte temporelle et l'examinatrice n'intervient pas.

Résultats : de façon surprenante, la patiente n'est pas déroutée par le caractère peu directif de la tâche. Elle se met d'emblée à écrire, le temps de latence étant inférieur à cinq secondes, et presque sans interruptions. La production est abondante, le style très vivant, les propos sont riches en détails, et surtout, un certain nombre d'affects sont expri-

més. Ce résultat contraste nettement avec la pauvreté (quantitative et qualitative) des propos émis oralement.

Extraits de productions écrites (sujet libre) :

"(...) Je me réjouis de me baigner avec mes filles et je me réjouis de voir Catherine nager seule ; c'est sûr, elle va y arriver bientôt ! En plus, on a retiré les drains trans-tympaniques à Laure qui pourra nager sans bouchons dans les oreilles, ce sera super (...)."

"(...) Zut, mon mari renonce à aller habiter dans la maison de François. Il cherche autre chose, avec un bail à loyer plus long pour l'école des enfants. Ça m'embête beaucoup, j'aime tellement cette maison ; je m'y voyais vraiment. Les enfants sont aussi déçus par cette décision. On ne parle plus de déménagement ; mince (...)."

2. Réponse à des questions ouvertes

Procédure : à deux reprises, une série de questions identiques est posée oralement à la patiente. Dans la première situation, elle est priée de répondre par oral (a), dans la seconde, par écrit (b).

Tableau 2. Comparaison entre réponses orales (a) et écrites (b).

<i>Comment vous sentez-vous ?</i>	a) De mieux en mieux. b) Je me sens bien physiquement mais j'ai de plus en plus de peine à accepter d'être dépendante pour mes transports.
<i>Vous voyez des progrès ?</i>	a) Oui. b) Oui, je m'occupe mieux de mon ménage et de mes filles plus quelques travaux annexes, bricolage, jardin.
<i>Comment vont vos filles ?</i>	a) Bien. b) Elles vont bien toutes les deux. Les vacances font du bien à l'aînée qui retrouve sa cousine Marie et qui se repose du "stress" de l'école. Les rhumes ont commencé... J'espère éviter les otites !

Table 2. Comparison between oral (a) and written (b) responses.

Résultats : comme l'illustrent les exemples rapportés dans le tableau 2, les réponses orales sont réduites au minimum, ne s'éloignant jamais de la question. En revanche, les productions écrites sont riches, la patiente développe spontanément ses propos.

3. Récit d'un conte

Procédure : la consigne est donnée de raconter "Le petit chaperon rouge". Une semaine plus tard, nous demandons un récit écrit de cette même histoire. Les temps de latence avant l'initiation de la production ainsi que la durée de toutes les pauses (interruptions) sont relevés.

Résultats : l'organisation séquentielle des deux récits est correcte, l'essentiel de l'histoire est restitué. On relève cependant de nombreuses différences.

- La plus flagrante concerne le degré d'incitation. Par oral, le récit n'est pas initié immédiatement. Il est entrecoupé de nombreux silences dépassant parfois une minute, et sans les incitations répétées de l'examinatrice, il n'aurait probablement pas été achevé. Par écrit, à aucun moment la patiente n'a besoin d'être stimulée à poursuivre. Il n'y a pas de période de latence au début de l'exercice, et on ne relève que deux pauses de 7 et 4 secondes (voir Tableau 3 pour une comparaison de la durée totale des interruptions).

- La quantité de productions est également différente et varie quasiment du simple au double : 67 mots dans le premier texte, 120 dans le deuxième (voir Tableau 3). La comparaison des deux contenus permet de déterminer que ce sont essentiellement les qualificatifs qui sont ajoutés par écrit : la petite fille est habillée de rouge, la grand-mère est malade, sa maison est petite, etc...

- Dans le premier récit, les aspects émotionnels de l'histoire sont gommés et le récit est raconté d'une voix monotone, parfois à peine audible. On ne sent pas la fin arriver. Dans le deuxième texte, il est fait mention de quelques affects, et surtout, le texte est rendu vivant par la formulation employée et la ponctuation (exemple, "lorsqu'il arriva chez sa grand-mère, quelle ne fut pas sa surprise de trouver le loup dans son lit déguisé en grand-mère !").

Tableau 3. Comparaison entre les récits oral et écrit du "petit chaperon rouge".

Modalité de réponse	Durée totale des pauses (secondes)	Nombre de mots
Orale	130	67
Ecrite	11	120

Table 3. Comparison between the oral and written narrations of the "Little red riding hood".

4. Présentation d'images à forte charge émotionnelle

Procédure : présentation, une par une, de dix photos en couleur, les une provoquant naturellement une réaction de dégoût, les autres insolites ou drôles. La question suivante est ensuite posée : "que pensez-vous de ces images, qu'évoquent-elles en vous et pourquoi pensez-vous que je vous les ai montrées ?". Une fois la réponse obtenue, la même question est reprise, la consigne étant cette fois d'y répondre par écrit. A aucun moment l'examinatrice n'intervient.

Tableau 4. Présentation de dix photos à forte charge émotionnelle.

<i>Consigne orale</i>	"Que pensez-vous de ces images, qu'est-ce qu'elles évoquent en vous et pourquoi pensez-vous que je vous les ai montrées ?
<i>Réponse orale</i>	"Pourquoi, j'en sais rien. C'est très théâtral."
<i>Réponse écrite</i>	"Ce sont toutes des photos composées, c'est-à-dire que les personnages sont maquillés, déguisés, et que tout ce qui les entoure n'est pas là par hasard ; tout a sa place sur la photo. Certaines me dégoûtent, d'autres sont sympas. Pourquoi me les montrer ? Je ne connais pas le pourquoi, ni la cause ni la conséquence."

Table 4. Presentation of ten photographs with strong emotional impact.

Résultats : la prise de connaissance des images ne s'accompagne d'aucun commentaire et le visage de Mme S. reste totalement impassible. La réponse orale est laconique et n'exprime aucune émotion. Les réponses écrites se distinguent par un nombre de mots près de huit fois supérieur, par l'expression d'affects, et par le fait que les trois aspects de la question sont traités (voir Tableau 4).

5. Passation de quelques planches de deux tests projectifs, le Rorschach (1948) et le Thematic Apperception Test ou T.A.T. (Murray et Morgan, 1935)

Ce matériel a été choisi pour son caractère non structuré et la charge émotionnelle qu'il est sensé induire.

Procédure : quatre planches du Rorschach sont présentées (deux en noir et blanc : I et II, et deux colorées : IX et X) et quatre du T.A.T. (I, II, III, IV). La patiente est priée de fournir une réponse orale à deux planches de chacun des tests et une réponse écrite aux deux restantes. Dans un deuxième temps, les planches sont reprises et les modalités de réponse inversées. Contrairement à l'usage, l'examinatrice n'intervient à aucun moment pour demander des précisions.

Résultats : la condition écrite diffère nettement de la condition orale par la durée séparant la présentation de la planche du premier mot émis quel qu'il soit : par oral, les temps de latence sont en moyenne 2 fois plus longs pour le T.A.T. et 6,5 fois plus longs pour le Rorschach (voir Tableau 5). Pour le Rorschach, cette différence se retrouve même lorsque la réponse orale survient à la deuxième présentation de la planche, c'est-à-dire après qu'une interprétation écrite de cette même planche ait déjà été fournie par la patiente.

L'ensemble des résultats rapportés démontre une nette dissociation entre les productions orales et écrites, se manifestant dans la mise en train, la poursuite de l'activité, la richesse des propos et la connotation affective qu'ils contiennent.

Tableau 5. Moyenne des temps de latence (en secondes) au Rorschach et au T.A.T. en fonction de la modalité de réponse.

Tests	Moyenne des temps de latence par oral	Moyenne des temps de latence par écrit
Rorschach	30,75	4,75
T.A.T.	17	8,5

Table 5. Mean latency (seconds) at the Rorschach and T.A.T. as a function of the modality of response.

DISSOCIATION ENTRE EXPRESSION DIRECTE ET INDIRECTE

On peut s'interroger sur la dissociation entre l'oral et l'écrit : d'une part, elle peut refléter l'existence de deux systèmes indépendants, spécifiques à chacune des modalités d'expression et susceptibles d'être sélectivement altérés. D'autre part, elle peut n'être qu'indirectement liée aux canaux de communication et dépendre de facteurs de type relationnel. En effet, telles que nous les avons étudiées, les situations d'expression orale et d'expression écrite se différencient l'une de l'autre par la nature de la relation entre le locuteur et l'auditeur : par oral, la patiente s'adresse à l'examinatrice qui lui fait face, par écrit, la communication est réalisée indirectement, sans contact oculaire avec autrui. Il nous semble que le facteur relationnel doit être mis en avant pour deux raisons. Premièrement, les circonstances ont fait qu'à diverses reprises, nous avons communiqué avec la patiente par téléphone. Deuxièmement, nous avons été amenés à l'interroger alors qu'elle était allongée sur un divan, tournant le dos aux examinateurs. Dans les deux cas, nous avons été frappés par la longueur des émissions par rapport aux productions habituelles. Mme S. argumentait ses propos, dépassait le cadre strict de la question posée, prenait des initiatives, ce qui ne survient jamais lors d'échanges face à face. Cette observation nous a paru rejoindre l'"effet téléphone" décrit par Fischer (1983) chez ses patients abouliques.

Afin de quantifier ces observations cliniques, nous avons comparé les productions de Mme. S. en situation face à face, avec ses productions alors qu'elle parlait seule dans une pièce devant un enregistreur.

Expression libre seule face à un enregistreur

Procédure : dans un premier temps, la patiente est priée d'exprimer ce qu'elle veut en un temps illimité face à l'examinatrice sans que celle-ci n'intervienne. Lors de la séance suivante, la même consigne est donnée, mais l'examinatrice quitte la pièce et donne l'instruction à Mme S. de parler face à un micro et d'avertir dès qu'elle a terminé.

Résultats : Comme on le voit dans le tableau 6, la différence entre les deux situations est flagrante. Hors de la présence de l'examinatrice, la patiente produit un récit quatre fois plus long et les temps de pause sont en moyenne beaucoup plus courts, n'excédant pas 19 secondes (contre 65 face à l'examinatrice).

Tableau 6. Expression libre orale face à l'examinatrice ou seule dans la pièce.

Situation	Nombre total de mots	Durée moyenne des silences	Durée de la plus longue pause
Face à l'examinatrice	178	16,4 sec.	65 sec.
Seule dans la pièce	689	6 sec.	19 sec.

Table 6. Free talk in front of the examiner or alone in the room.

DISCUSSION

Laplane et al. (1988, 1990) ont souligné l'influence de l'environnement sur le comportement de patients souffrant de lésions bilatérales des ganglions de la base. Ils décrivent ainsi une possibilité de levée de l'inertie en réponse à une stimulation extérieure qu'ils nomment hétéroactivation. Pour notre part, nous observons que pour une même tâche, avec un degré de stimulation explicite égal, le type de productions de notre patiente athymhormique est influencé par le mode d'expression. Les exemples que nous avons rapportés mettent en évidence de nettes différences dans l'incitation et le contenu des réponses quand la patiente s'exprime oralement ou par écrit et si elle est face à quelqu'un ou seule dans une pièce. Ces dissociations paraissent d'autant plus significatives que chez les sujets normaux, le schéma inverse est obtenu : les productions écrites et celles émises oralement côte-à-côte ou dos-à-dos avec l'interlocuteur se caractérisent par un volume d'émissions et un taux de redondances moindres, de même que par une plus grande distance affective par rapport au sujet traité (Moscovici et Plon, 1966).

L'hétérogénéité dans la manifestation des troubles de Mme S. a deux implications :

1. L'athymhormie ou P.A.P. ne constituerait pas un trouble monolithique.

2. la neutralité affective, l'aspontanéité et la pauvreté des propos ne reflètent pas chez notre patiente un réel vide mental ou affectif ni un total manque d'incitation : elle est capable, dans certaines conditions, d'émettre des avis personnels et de rapporter des émotions vécues.

Il nous reste à déterminer quels sont les facteurs susceptibles de réduire ou au contraire de renforcer les troubles de Mme S.

Une première hypothèse serait de considérer le papier et le crayon comme des stimuli déclencheurs. Le fait que la patiente se mette immédiatement à écrire une fois qu'elle a le crayon en main pourrait refléter un comportement d'utilisation, de dépendance à l'environnement tel que l'a décrit Lhermitte (1986). On pourrait également postuler l'existence d'une hypergraphie, ou compulsion à écrire comparable à son comptage compulsif, qui se manifesterait dès que le contexte s'y prête.

Ce type d'explications ne nous paraît cependant pas satisfaisant ; en effet, la présentation d'une feuille blanche et d'un crayon sans autre instruction n'induit pas de comportement d'utilisation ; la patiente n'écrit pas en dehors des séances de neuropsychologie et ne choisit jamais spontanément la modalité graphique pour s'exprimer. Ses productions écrites ne s'éloignent pas du thème proposé et Mme S. s'interrompt d'elle-même dès qu'elle n'a plus rien à communiquer.

La deuxième hypothèse postulerait que la modalité d'expression est le facteur déterminant. La dissociation observée refléterait l'existence de deux systèmes indépendants, spécifiques l'un à la modalité orale, l'autre à la modalité écrite, et susceptibles d'être sélectivement altérés. Aussi attrayante que soit cette explication sur le plan théorique, elle ne permet de justifier ni l'enrichissement des propos oraux, ni l'amélioration de l'incitation de la patiente lorsque l'examinatrice n'est pas face à elle.

Ces observations nous conduisent à proposer une troisième alternative : le pattern de productions de la patiente varierait si elle s'exprime directement à un auditeur qui lui fait face, ou si elle communique indirectement, que ce soit par écrit ou en s'adressant oralement à un auditeur sans le voir. Des facteurs d'ordre émotionnel induits par la position face à face, et notamment le contact oculaire, expliqueraient la réduction des propos lors des échanges "directs". Cette hypothèse permet de rendre compte de l'ensemble de nos résultats. Elle s'accorde également avec l'existence d'un "effet téléphone" chez certains patients abouliques (Fischer, 1983) et avec la notion d'une amélioration de la fluence chez les bègues lorsqu'ils parlent seuls dans une pièce (Bloodstein, 1950).

Etant donné ce qui précède, et dans une tentative d'intégration de nos observations à un cadre explicatif cohérent, nous formulons les trois postulats suivants :

1. Les patients athymhormiques disposeraient d'une quantité de ressources limitée. Comme Laplane (1990), nous envisageons, dans cette approche plutôt quantitative, la notion d'un continuum plutôt qu'un phénomène de "tout ou rien".

2. Les patients athymhormiques disposeraient d'un système énergétique dynamique (Laplane, 1990, évoque un "système quasi énergétique") suivant lequel les ressources, limitées, se répartiraient de façon

non spécifique en fonction de la demande. Il n'y aurait pas de quantité fixe d'énergie allouée, par exemple, à l'incitation au langage. Une situation exigeant la gestion de plusieurs paramètres, et notamment de paramètres connotés émotionnellement, mobiliserait une part importante de l'énergie disponible et restreindrait les capacités d'incitation à la réalisation d'un acte ou à la production d'un énoncé.

Nous suggérons que la confrontation directe avec autrui est particulièrement coûteuse en énergie de ce point de vue quantitatif, éventuellement en raison de la nécessité de maintenir le contact oculaire. Ainsi, chez Mme S., les troubles se manifestent dans toute leur ampleur dans les situations d'échange interindividuel : la relation face à face exposerait la patiente et accaparerait toutes ses ressources.

3. Enfin, nous postulons l'existence d'un seuil d'activation à atteindre. Le niveau de ce seuil varierait en fonction du taux de stimulation extérieure, une tâche directive nécessitant moins d'énergie, de ressources, que l'initiation spontanée d'un acte ou d'un propos.

Le comportement du patient dépendrait donc d'une part des ressources exigées par la tâche, d'autant plus importantes que le degré d'hétéroactivation est faible, et d'autre part du pourcentage d'énergie qu'il peut consacrer à l'initiation ou à la poursuite d'une activité, variable qui dépendrait de paramètres tels que la confrontation directe avec autrui. Chez les patients les plus atteints, il est possible que la seconde variable intervienne peu. En effet, si la quantité de ressources est au départ très limitée, la réduction des paramètres susceptibles d'accaparer l'énergie du patient ne suffira pas à garantir l'atteinte du seuil d'activation lorsque le degré de stimulation extérieure est faible. Ceci nous conduit à prédire que les dissociations observées chez Mme. F. ne se retrouvent pas chez tous les patients présentant une athymhormie ou P.A.P.

Sur le plan théorique, il existe des analogies entre la conception défendue ici et les modèles cognitivistes qui postulent, dans le domaine de l'attention, l'existence d'un processeur central, amodal, de capacité limitée, fonctionnant de manière souple en s'adaptant à différents types d'activités (Baddeley, 1986 ; Norman et Shallice, 1980). L'idée d'une distribution des ressources, que nous évoquons pour rendre compte de l'appauvrissement des performances de Mme F. lorsqu'elle communique avec quelqu'un qui lui fait face, s'apparente au "principe de com-

plémentarité" proposé par Norman et Bobrow (1975). Selon ce principe, l'augmentation des ressources nécessaires à l'accomplissement d'une tâche produit un déclin proportionnel des ressources disponibles pour effectuer simultanément une autre tâche. La distinction établie par Norman et Bobrow (1975) entre les processus "limités par les données" (data-limited) et "limités par les ressources" (resource-limited), bien qu'elle s'applique à un domaine différent, pourrait aider à mieux comprendre le comportement de certains patients. D'une part il serait déterminé par le taux de ressources ou d'énergie demandé par la tâche (composante "data-limited"), d'autre part il dépendrait de la quantité de ressources que chaque patient peut allouer à l'initiation et à la poursuite d'une activité (composante "resource-limited"). Chez les patients athymhormiques, nous supposons que potentialiser l'énergie disponible en réduisant le nombre de signaux externes à gérer (par exemple en évitant un face à face avec autrui) suffirait à modifier, dans certains cas, le profil comportemental pour autant que la tâche n'exige pas un taux d'énergie excédant les capacités du sujet.

Un autre exemple de théorie explicative faisant appel à une distribution des ressources attentionnelles est fourni par Coslett et al. (1993). Ces auteurs décrivent le cas d'un patient (J.F.) souffrant d'une lésion hémisphérique gauche, dont les performances à des tâches motrices, sensorielles et langagières empirent lorsqu'il agit dans ou vers l'hémispace droit. Notamment, le récit de l'histoire de Cendrillon est différent suivant que l'examineur est assis à la gauche ou à la droite de J.F. Dans le premier cas, le nombre de mots est deux fois plus important et la vitesse de production est supérieure. De même, quand le patient est orienté vers la gauche, les résultats sont meilleurs aux tests de fluence verbale, les temps de latence sont trois fois plus courts à la dénomination d'images. Les auteurs proposent une explication selon laquelle l'activation de l'hémisphère gauche consécutive à l'orientation du patient vers la droite, imposerait une surcharge au système attentionnel hémisphérique gauche déficient.

Notre explication en termes d'une limitation des ressources énergétiques, situe clairement le trouble au niveau de l'expression plutôt qu'au niveau du vécu. Sur le plan clinique, elle s'accorde bien avec l'impression que donne ces patients d'agir continuellement sur un mode économique ; ainsi, les réponses de Mme S. (émises à voix presque

chuchotée) sont toujours extrêmement ciblées, il n'y a jamais de répétition, aucun terme n'est superflu, non informatif.

Les dissociations observées chez Mme S. n'avaient jamais été rapportées jusqu'ici. Serait-ce parce qu'elles existent uniquement chez notre patiente ? Cette dernière se distingue des autres observations de la littérature par la nature asymétrique de l'atteinte cérébrale (tête du noyau caudé et partie antérieure du putamen dans l'hémisphère gauche, pallidum dans l'hémisphère droit). Il serait donc possible que le profil de comportement de Mme S. dépende de la localisation particulière des lésions. Gardons toutefois à l'esprit que les études antérieures ne parlent pas en faveur d'une influence de la localisation précise (frontale, pallidale, striée) des lésions bilatérales sur la qualité du syndrome athymhormique.

La découverte que certaines situations facilitent les possibilités d'expression de Mme S. et peut-être d'autres patients athymhormiques, ouvre des perspectives intéressantes pour la rééducation. Nous avons commencé à explorer ces perspectives chez notre patiente avec comme résultat une sensible amélioration qui s'est manifestée de façon homogène, en préservant les dissociations rapportées plus haut.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient Françoise Machado pour sa contribution à la rédaction de cet article.

ABSTRACT

The athymhormia syndrome or loss of psychic self-activation is characterized by a reduction of motricity and spontaneous verbal expression, by the impoverishment of self-initiated mental activity, and by an apparent emotional indifference. We present here the case of a patient suffering from athymhormia after a bilateral lesion of the basal ganglia, whose productions have been studied experimentally under different emission contexts. Results reveal a variability of the productions as a function of the emission context. Demonstrating, in some situa-

tions, an increase of the drive, of the quantity of productions and of the affects expressed, they question the notion of a real mental void and lead the authors to new hypothesis on the processes involved in athym-hormia.

RÉFÉRENCES

- Ali-Cherif, A., Royere, M.L., Gosset, A., Poncet, M., Salamon, G., & Khalil, R. (1984). Troubles du comportement et de l'activité mentale après intoxication oxycarbonée. *Revue Neurologique*, 140, 401-405.
- Auerbach, S. (1902). Beitrag zur diagnostik der Geschwülste des Stirnhirn. *Dtsch. Z. Nervenheilkd.*, 22, 312-332.
- Baddeley, A. (1986). *Working memory*. Oxford: Oxford University Press.
- Bloodstein, O. (1950). A rating scale study of conditions under which stuttering is reduced or absent. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 15, 29-36.
- Coslett, H.B., Schwartz, M.F., Goldberg, G., Haas, D., & Perkins, J. (1993). Multi-modal hemispatial deficits after left hemisphere stroke. A disorder of attention? *Brain*, 116, 527-554.
- Dide, M., & Guiraud, P. (1922). *Psychiatrie du médecin praticien*. Paris: Masson.
- Habib, M., & Poncet, M. (1988). Perte de l'élan vital, de l'intérêt et de l'affectivité (syndrome athymhormique) au cours de lésions lacunaires des corps striés. *Revue Neurologique (Paris)*, 144, 10, 571-577.
- Fischer, C.M. (1983). Honored guest presentation: Abulia minor vs. agitated behavior. *Clinical Neurosurgery*, 31, 9-31.
- Laplane, D. (1990). Is "loss of psychic self-activation" an heuristic concept? *Behavioral Neurology*, 3, 27-38.
- Laplane, D., Baulac, M., Pillon, B., & Panayotopoulou-Achimastos, I. (1982). Perte de L'auto-activation psychique. Activité compulsive d'allure obsessionnelle. Lésion lenticulaire bilatérale. *Revue Neurologique*, 138, 2, 137-141.
- Laplane, D., Dubois, B., Pillon, B., & Baulac, M. (1988). Perte d'auto-activation psychique et activité mentale stéréotypée par lésion frontale. *Revue Neurologique (Paris)*, 144, 10, 564-570.
- Lhermitte, F. (1986). Human autonomy and the frontal lobes. Part II: Patient behavior in complex and social situations: the environmental dependency syndrome. *Annals of Neurology*, 19, 335-343.

- Mendez, M.F., Schmidley, J.W., & Cleveland, O.H. (1987). Neurobehavioral changes associated with caudate lesions. *Neurology (Suppl.1)*, 37, 126.
- Moscovici, S., & Plon, M. (1966). Les situations-colloques: observations théoriques et expérimentales. *Bulletin de Psychologie*, XIX, 247, 702-722.
- Norman, D.A., & Bobrow, D.G. (1975). On data-limited and resource-limited processes. *Cognitive Psychology*, 7, 44-64.
- Norman, D.A., & Shallice, T. (1980). Attention to action: Willed and automatic control of behavior (CHIP Report 99). San Diego, CA: University of California, San Diego.