

Un peu de culture ne fait pas de mal :

Le syndrome de Medievo-Dépendance

ou

MDD

Par le Dr Painerus , Hôpital des Cinq – vins, service de pathologie mentale J.Bauché , Paris 12 °

Une définition univoque :

Pathologie grave dont la prévalence est en forte augmentation en Europe depuis 10 ans, mais qui semble aussi exister en Asie et outre Atlantique. Elle touche surtout l'adulte de sexe masculin de 20 à 40 ans avec des extrêmes allant de l'enfant en bas âge (formes familiales graves) aux personnes âgées. Elle se définit comme une perte plus ou moins transitoire de toute inscription dans la réalité contemporaine pour développer une dépendance comportementale et psychologique à une période dite médiévale. Ce n'est cependant pas un trouble psychotique en tant que tel.



Un sujet particulièrement atteint. Le traitement sera difficile et peut-être impossible...

Facteurs de risque par ordre de gravité décroissant (étude Vane Yck)

- Avoir au moins un ascendant dépendant (il ne semble pas exister une forme génétiquement déterminée mais les études sont contradictoires à ce sujet !)
- Avoir un faible degré d'estime de son soi contemporain : Ceci aboutissant à une réaction dite en miroir inversé allant de la grande décompensation chevaleresque (description princeps datant de F. Ouquet) avec le célèbre délire d'identification à un personne historique de haute lignée à des formes moins théâtrales .
- Présenter un fort degré d'impulsivité passéiste (décrit comme un arrêt brutal de toute activité cognitive ou physique devant un objet ou lieu rappellent ce passé). Notons ainsi que des accidents de circulation sont décrits par Monde-Vil lors de détournement de la vigilance de conducteurs MDD en passant devant des monuments historiques !
- Révéler des troubles de personnalité et de la sociabilité : plaisir obsessionnel à revêtir des vêtements anciens, à s'isoler de ses pairs pour vivre dans un monde imaginaire peuplé d'autres dépendants, fuite du quotidien pour fréquenter des regroupements saisonnier de malades coupés du monde contemporain et ceci dans des endroits inadaptés aux règles d'hygiène de base type forêt, ruines diverses...
- Présenter une forte prédilection pour une époque dite « époque d'enkystement » ou temps Coigne qui semble cristalliser toute les capacités intellectuelles et matérielles du sujet. Le désintérêt pour les autres périodes est bon un indice de gravité +++ (Échelle de gravite de T.M. Raire).



©2008 Les Compagnons de l'hermine radieuse — Association loi 1901 de reconstitution historique

Siège social : 28 rue de Watchet 29290 Saint Renan

téléphone : 02 98 03 68 44

mail : Contact@hermine-radieuse.net

Textes libres de droits, sous réserve de demande d'utilisation à l'association



Formes d'entrée et étiologies:

- soit brutale souvent la plus dure dans l'expression de la dépendance (forme grave avec fortes conséquences sociales à type dépense inconsidérées très rapides, conjugopathies secondaires, oublis des fêtes familiales ...)
- soit progressive après fréquentation de malades lors de regroupement saisonniers et contamination comportementales et parasitage intellectuel.

Décrivons aussi deux causes possibles fréquemment retrouvées :

- désir d'affirmation de soi (lire « le mythe du chevalier et le sur moi » de Dug et Clin ou « un sur moi protecteur : l'Armure » de Jonove
- ou par réaction à des ruptures de parcours de vie (type perte de sa collection de Playmobil MA ou destruction de « cabane forteresse symbolique » !)

Les stades classique de maturation de la personnalité, stade dit anal type pâte (château de sable) puis de l'Épée-bois, puis les stades dits « de Thierry la Fronde » (garçons) ou « de Jeanne d'arc » (les filles), sont actuellement mis à mal ! On décrit de plus en plus d'entrées directes par une forme dite Kaamelottienne (travaux de T.Roll) ou indirectes par un stade intermédiaire dit du GN.

Les divers types du MDD:

Nous ne parlerons pas des formes abâtardées type persistance du stade GN, pour n'évoquer que les 4 formes classique du plus bénin au plus grave:

- forme animatoire
- forme reconstituante
- forme histoire vivante ou living history disease de Jerisamble Tone particulièrement grave si l'époque d'enkystement est le XVème !
- formes mixtes très fréquentes dans certains groupes qui semblent engendrer un trouble identitaire profond.
- La gravité des conséquences médico-sociales sont de plus en plus lourdes selon ces formes de même que l'intensité de la dépendance. Notons que le catalogue le plus complet des typologies est accessible sur le site scientifique de Jaak.Mar et Chal.

Le diagnostic et le traitement :

Le MDD présente des signes très divers parfois difficiles à déceler sans **test de dépistage** (tests de C. Lunny ou de L. Tower pour les anglo-saxons) :

- La procédure est de placer rapidement entre les mains du sujet suspecté de MDD un objet de son époque d'enkystement, type un plat, une épée, et très rapidement lui retirer des mains et de la vue ++ !
- Le test est dit MDD positif si en moins de 10 secondes on voit apparaître une modification comportementale du sujet. Celle-ci peut aller jusqu'à une certaine agressivité verbale ou physique dans les cas les plus lourds (forme « histoire vivante ») ! Généralement il s'agit d'un tremblement des extrémités, une pâleur faciale, des sueurs, un manque initial du mot, parfois de malaise vagal !

Il est souhaitable de réaliser ce test qu'en milieu médical formé au MDD.

D'autres signes existent mais ne sont pas spécifiques : coupe de cheveux étrange, port d'habits en décalages avec la mode actuelle, hygiène douteuse au retour de leurs regroupements saisonniers,



déplacements en camionnettes ou camion, forte attirance vers les musées passésistes ou les musiques surannées et leur néolanguage déjà évoqué. Ce dernier utilise des mots étranges que seul les MDD croient comprendre (ex : Lyre et pipions ?, corps –secs ?...). Notons qu'entre eux des incompréhensions persistent : il existerait un conflit sémantique ancien entre un nommé Jacques et un nommé Grand.Bison. Aucun expert ne peut l'analyser à ce jour. (Travaux de Doublay à Armet)

Les personnes âgées MDD se reconnaissent par une barbe et / ou des lunettes en bois ou en os

En cas de sevrage brutal ces signes sont amplifiés. La ré-immersion dans la réalité est souvent douloureuse et doit être progressive, en s'appuyant sur une équipe pluri-professionnelle. L'usage en phase de sevrage du Contampaurin 7.5 est recommandé. L'isolement en un lieu où tout rappel au passé et à la culture est impossible peut être bénéfique (thérapeutique US.). Cependant les rechutes sont estimées à 23 % d'après la méta-analyse d' Avis-Saine.

L'approche familiale sera à privilégier durant le traitement : apprendre à se recentrer vers des jeux innocents et contemporains avec ses enfants, remanger de la viande les jours dits de non carnage dans leur néolanguage, interdire certaines émissions tv ou lectures...

N'oublions pas le rôle majeur joué dans la consolidation par les groupes d'entraide d'anciens MDD type les MDD Anonymes ou par le :

Numéro vert : 0800 .1415 .1515

Conséquences médico-sociales :

Dans la cellule familiale élargie une contagion rapide peut exister, l'expression du MDD sera donc transgénérationnelle avec parfois obligation d'intervention de service sociaux (protection d'enfant). Le conjoint peut développer une tolérance plus ou moins longue à la pathologie du MDD, des tensions dans la vie de couple sont possibles !

Il existe souvent des formes de fort déni intra-familial où le conjoint et les enfants ne peuvent évoquer à l'extérieur la pathologie du malade. Cette notion de honte non dite est un bon levier thérapeutique. Les liens amicaux hors MDD sont difficiles devant l'aspect monolithique des zones d'intérêt ou l'envahissement du domicile par des objets hétéroclites ou dangereux.

L'appétence à l'alcool et à l'usage d'objet dangereux induit une traumatologie très spécifique : Plaies, contusions faciales, entorses (étude de P.Avelmoke sur deux cent cas d'admission à l'hôpital de Tewkesbury)

Un point trop peu abordé la sexualité du MDD. Elle est généralement peu agissante contrairement à ce que ces propos laissent entendre ! Lors du regroupement de ces malades, il existerait des joutes verbales exaltant une virilité fantasmagorique (mais souvent défaillante dans la réalité) et très peu de rapprochement sexuels semble réellement exister.

D'après la grille d'appétence sexuelle de Ronan Delarose, la simple vision de certaines parties du corps de l'autre suffirait à leurs satisfactions : nuque et épaule féminines et pantalons moulants chez l'homme ! Un langage imagé semble d'ailleurs exister traduisant leurs détresses sexuelles : l'homme manipule des objets longs très évocateurs (épées, canons, bourdons...) et la femme traduit ses attentes inassouvies par le port de coiffes (dites pour elles : gone-elles ?) aux queues symboliquement démesurées, ou s'activent devant des mortiers « objets castrateurs » par excellence !

Conclusion :

Le MDD est un sujet difficile et trop peu abordé lors du cursus des études médicales. Regrettons que les structures de prise en charge ne soient pas à la hauteur de la propagation de cette pathologie.

Son développement doit nous interroger sur les raisons du rejet du monde contemporain par ses personnes sans pour autant diaboliser les malades.

Pen Ruz

