

## First Person Account

## Guérir de la psychose et de la perversion narcissique de mon père

Anonyme

Ma maman, une Suisse, issue de la bourgeoisie, était fille unique. Dynamique, généreuse, solaire, elle occupait un poste de laborantine dans un centre médical. Lorsqu'elle rencontra mon père, originaire d'une petite ville en Espagne, il était charmant et gentil. Il travaillait comme aide-maçon en Suisse romande. Séduite, ma maman avait eu le coup de foudre pour mon père et bien qu'elle fût déjà fiancée avec un autre jeune homme, elle le quitta.

En 1972, ils se marièrent en Suisse romande. Puis mon père suivit la formation de maçon et obtint le CFC. Comme il était très doué dans sa profession, mais aussi ambitieux, ma maman et ses parents l'aiderent financièrement, ce qui lui permit de monter sa propre entreprise de maçonnerie. Il a aussi appris le métier à des apprentis.

Cependant, depuis ma petite enfance, j'avais peur pour ma maman, car le comportement de mon père était anormal. Incapable de gérer ses frustrations, il était soumis à des sautes d'humeur incontrôlables. En une seconde, il passait du rire aux crises de colère. Il était violent, tant verbalement que physiquement. Il lui demandait l'impossible à réaliser pour créer des disputes quotidiennes. Il la harcelait moralement, il la culpabilisait, il la dévalorisait, il l'humiliait et il s'appropriait ses qualités. Il gérait aussi son argent. Il se vengeait constamment sur elle et je me demandais déjà, lorsque j'étais enfant, pourquoi mon père agissait ainsi, car ma maman était adorable et sa famille aussi. Pour mieux régner, il avait divisé la famille de ma maman afin de l'isoler et la placer sous son emprise. Durant vingt ans de vie commune, notre père n'a jamais aidé notre

maman dans les tâches ménagères et nous étions cinq enfants.

À l'extérieur, il était charmant et même serviable, et dans le quartier où nous habitons, nos voisins pensaient tous que ma maman avait beaucoup de chance d'avoir comme époux un homme comme mon père.

Alors qu'il maltraitait sa femme, mon père avait beaucoup de respect et d'admiration pour sa propre mère, restée en Espagne.

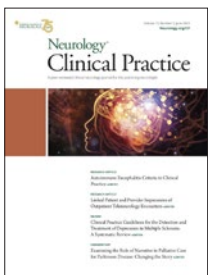


You will find the full article online at <https://sanp.swisshealthweb.ch/en/article/doi/sanp.2024.1331985688/>.

## Journal Club Neurology

## Autoimmune Encephalitis

Andreas Steck



Orozco E, Valencia-Sanchez C, Britton J, Dubey D, Flanagan EP, Lopez-Chiriboga AS, et al. Autoimmune Encephalitis Criteria in Clinical Practice. *Neurol Clin Pract.* 2023 Jun;13(3):e200151. Dalmay J, Graus F. Autoimmune Psychosis. In: Dalmay J, Graus F. *Autoimmune Encephalitis and Related Disorders of the Nervous System.* Cambridge: Cambridge University Press; 2022. p. 503–26.

Autoimmune encephalitis (AE) is the most common form of encephalitis of noninfectious etiology and is caused by autoantibodies targeting different neural epitopes. AE classically presents as a syndrome of rapidly progressive encephalopathy with memory deficits, altered mental status and/or psychiatric symptoms.

The three most frequent antibodies are LGI1, GAD65 and NMDA-R. LGI1 causes a limbic encephalitis with epilepsy and cognitive decline as the most prominent clinical features. GAD65 antibodies have been associated with multiple neurological syndromes including stiff-person syndrome, cerebellar ataxia and limbic encephalitis. Anti-NMDA receptor encephalitis is characterized by neuropsychiatric features.

Emphasis should be given to accurate clinical history, examination and supportive paraclinical diagnostic tests such as MRI, inflammatory cerebrospinal fluid parameters and EEG. Usually, AE is characterized by subacute onset

(rapid progression of less than three months), working memory deficits (short-term memory loss), altered mental status (altered level of consciousness, lethargy, personality change) and/or psychiatric and neurological symptoms.

Experience from studies on patients with primary psychiatric diseases tested for NMDA-R and other neuronal surface antibodies suggests that the likelihood of identifying clinically relevant antibodies is very low. Consequently, routine antibody testing should not be considered in patients with schizophrenia and other well-defined chronic psychiatric diseases. A review of patients with first episode psychosis tested for NMDA-R and other neuronal surface antibodies showed that about 3% had serum NMDA-R antibodies. In these patients, antibody testing should be considered as this condition can be treated with an appropriate therapy.

Conclusion: Syndrome-based criteria for autoimmune encephalitis are available as part of a diagnostic algorithm to help clinicians navigate differential diagnoses, the choice of antibody testing and the use of other paraclinical diagnostic tests. In clinical practice, a team approach of neurologists and psychiatrists will facilitate the recognition of AE and its best possible treatment.