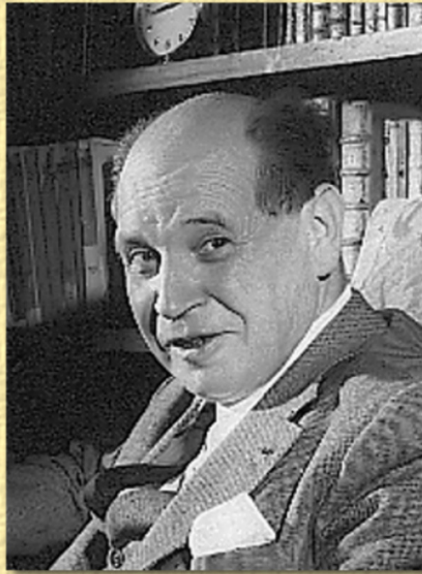


ÉTUDES PSYCHIATRIQUES



H e n r i E y

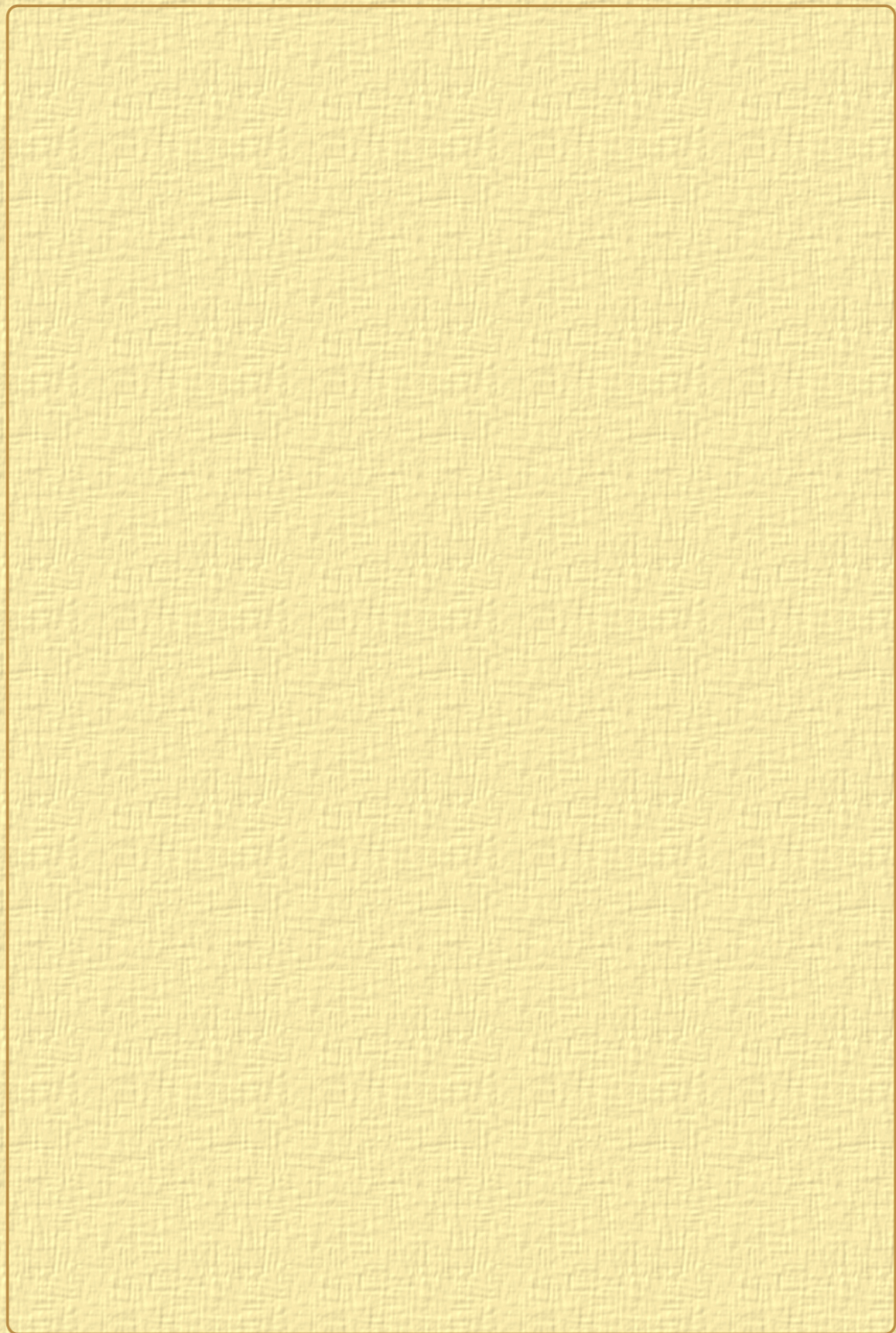
Accès au sommaire



Nouvelle édition
2006

CREHEY

LES DEUX VOLUMES ET LE CD-ROM DE LA PRÉSENTE
ÉDITION DES ÉTUDES PSYCHIATRIQUES D'HENRI EY
ONT ÉTÉ PUBLIÉS AVEC LE CONCOURS DU
CENTRE NATIONAL DU LIVRE.



INDEX

VOLUME I TOME I

AVERTISSEMENT À LA PRÉSENTE ÉDITION :	II
PRÉFACES : SITUATION DES <i>ÉTUDES PSYCHIATRIQUES D'H. EY</i>	IV
<i>Dans le Monde par J. GARRABÉ</i>	VII
<i>Dans l'œuvre d'Henri Ey par P. BELZEAUX</i>	XIII

AVERTISSEMENT.	7
<i>Préface à la deuxième édition.</i>	9
Argument.	13

ÉTUDE N° 1

LA « FOLIE » ET LES VALEURS HUMAINES.	15-22
--	--------------

ÉTUDE N° 2

LE RYTHME MÉCANO-DYNAMISTE DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.	23-49
---	--------------

<i>Les tendances actuelles de la philosophie et l'évolution de la médecine.</i>	31
---	----

ÉTUDE N° 3

LE DÉVELOPPEMENT « MÉCANICISTE » DE LA PSYCHIATRIE à l'abri du dualisme « cartésien ».	51-66
---	--------------

Pulvérisation atomistique de la séméiologie.	56
--	----

Genèse mécanique des troubles psychiques.	58
---	----

Le développement de la nosographie des « entités cliniques ».	61
---	----

ÉTUDE N° 4

LA POSITION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE CADRE DES SCIENCES MÉDICALES.	
--	--

(La notion de « maladie mentale »).	67-82
--	--------------

Médecine et psychiatrie dans l'évolution historique des sciences médicales.	67
---	----

Le dilemme psychiatrique.	69
---------------------------	----

La position de la psychiatrie dans le cadre des sciences médicales dépend d'une saine conception des rapports du physique et du moral.	73
---	----

La maladie mentale.	75
---------------------	----

Neurologie et psychiatrie.	78
----------------------------	----

Psychiatrie et pathologie organique.	78
--------------------------------------	----

Psychiatrie, psychologie et sociologie.	80
---	----

Conclusions.	81
--------------	----

ÉTUDE N° 5

UNE THÉORIE MÉCANICISTE

La doctrine de G. de Clérambault .

83-102

Les éléments primordiaux, nucléaires et basaux.	90
La genèse mécanique des psychoses.	92
L'auto-construction du délire.	97
La nosographie et la conception de G. de Clérambault.	99

ÉTUDE N° 6

UNE CONCEPTION PSYCHOGÉNÉTISTE

Freud et l'école psychanalytique. .

103-156

La psychologie freudienne.	108
Les manifestations normales de l'inconscient.	109
L'inconscient.	112
L'évolution et l'organisation de la vie instinctivo-affective : Les pulsions (Triebe).	115
Le développement de la libido.	117
L'infrastructure pulsionnelle fondamentale. Les tendances sado-masochistes.	119
La superstructure pulsionnelle.	122
La structure de la personnalité.	124
L'activité symbolique de l'esprit.	127
Technique psychanalytique.	128
L'analyse.	129
La dynamique du défoulement ou catharsis. Le transfert.	132
La psychopathologie freudienne.	136
Les mécanismes inconscients des états psychopathologiques.	137
Les caractères et comportements psycho-sexuels.	137
Les névroses d'angoisse.	140
La névrose obsessionnelle	141
La névrose hystérique.	142
Les délires systématisés.	144
Les états maniaco-dépressifs.	146
Les états schizophréniques.	148
La théorie psychogénétique des états psychopathologiques.	149
Théorie du traumatisme psychique pathogène.	150
Théorie de la régression libidinale.	150
La distinction entre névroses et psychoses.	152

ÉTUDE N° 7

PRINCIPES D'UNE CONCEPTION ORGANO-DYNAMISTE

DE LA PSYCHIATRIE.

157-186

Le sens et la portée de la conception organo-dynamiste de H. Jackson.	160
---	-----

<i>Syndrome oniroïde de dépersonnalisation.</i>	237
<i>Syndromes oniroïdes interprétatifs.</i>	238
<i>Syndromes oniroïdes Imaginatifs.</i>	238
Les états fantasmiques de type maniaco-dépressif.	239
Les évolutions typiques de psychoses aiguës.	239
Psychoses à évolution chronique.	240
<i>Les psychoses délirantes chroniques.</i>	241
<i>Les psychoses schizophréniques.</i>	250
<i>Les démences.</i>	254
Les psychonévroses.	257
<i>Hystérie.</i>	258
<i>La névrose obsessionnelle.</i>	259
L'Inconscient, foyer de l'imaginaire.	261
Théorie organo-dynamiste de l'identité du rêve et du délire au cours des dissolutions du psychisme.	262
Évolution et organisation de la vie psychique.	262
Structure dynamique et génétique de l'appareil psychique.	262
Le « noyau lyrique », le « foyer imaginaire », l'inconscient.	263
Les formes supérieures de l'activité psychique.	265
La dissolution hypnique et le rêve.	266
Dynamique des processus psychotiques.	268
Les psychoses aiguës. L'échelle des niveaux de dissolution de la conscience.	269
Psychoses chroniques. Niveaux de dissolution de la conscience et altérations de la personnalité.	270
Dynamique des processus psychonévrotiques.	272
Le phénomène sommeil-rêve et la théorie générale des troubles négatifs et positifs en psychiatrie.	274
Bibliographie	
Principaux ouvrages à consulter sur le rêve.	279
Principaux travaux sur le rêve depuis 1930.	279
Principaux travaux sur les rapports du rêve et de la folie et les états oniriques.	282
Principaux travaux sur les états oniriques et oniroïdes depuis 1930.	282
<i>Table alphabétique des auteurs.</i>	285
<i>Table analytique des matières.</i>	293

Volume I, Tome II

ARGUMENT, par Henri EY..... 7

ÉTUDE N° 9

LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE (9)

I. – ÉTUDE CLINIQUE.

L'EXPLORATION ET LA MESURE DES FONCTIONS MNÉSQUES.

1° « TESTS DE MÉMOIRE » CONTENUS DANS LES ÉCHELLES COMPOSITES D'EFFICIENCE.

2° LES BATTERIES DE TESTS DE MÉMOIRE.

L'échelle de mémoire de WELLS (1923)

L'échelle de mémoire de WECHSLER (1945)

L'échelle de « retentivité » de CATTELL

3° LES « TESTS DE MÉMOIRE » ISOLÉS.

4° ANALYSE FACTORIELLE. LE facteur « G ».

A. – LES SYNDROMES AMNÉSIIQUES

I. – LES AMNÉSIES GÉNÉRALES A FORME PROGRESSIVE (RIBOT).

1° L'AMNÉSIE ANTÉROGRADE (de « FIXATION »).

2° AMNÉSIE RÉTROGRADE (ou d'évocation).

3° AMNÉSIE ANTÉRO-RÉTROGRADE.

II. – LES AMNÉSIES PARTIELLES.

1° AMNÉSIES LACUNAIRES.

2° AMNÉSIES ÉLECTIVES.

3° AMNÉSIES ÉLÉMENTAIRES SYSTÉMATISÉES.

III. – LES AMNÉSIES PÉRIODIQUES ET LES « PERSONNALITÉS MULTIPLES ».

B. – LES SYNDROMES D'HYPERMNÉSIE

1° LES « VISIONS PANORAMIQUES DE L'EXISTENCE »

2° LES « CAPACITÉS MNÉSIIQUES PRODIGIEUSES ».

C. – LES PARAMNÉSIES OU ILLUSIONS DE LA MÉMOIRE

1° LES ERREURS DE LOCALISATION DANS LE TEMPS OU L'ESPACE

2° CONFUSION DU PRÉSENT ET DU PASSÉ.

a) *Les ecmnésies.*

b) *Les fausses reconnaissances*

c) *L'illusion de sosie (CAPGRAS)*

d) *Le sentiment de jamais vu*

3° CONFUSION DES SOUVENIRS PASSÉS ET DES SOUVENIRS IMAGINAIRES.

La fabulation

II - LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE DANS LES ÉTATS PSYCHOPATHOLOGIQUES.

A. – LES ANOMALIES DE LA MÉMOIRE ET LES ÉTATS D'ARRIÉRATION

B. – LES ÉTATS D'EXCITATION INTELLECTUELLE

C. – LES ÉTATS DE FLÉCHISSEMENT PAROXYSTIQUES DE LA CONSCIENCE

1° ÉPILEPSIE ET TROUBLERS MNÉSIIQUES.

Les troubles de la mémoire consécutifs à la convulsivothérapie.

2° LES AMNÉSIES HYSTÉRIQUES. (AMNÉSIES « PSYCHOGÈNES »).

3° LES AMNÉSIES DES ÉTATS SYNCOPAUX, DES ICTUS ET DES COMAS.

4° LES ÉTATS CONFUSIONNELS.

La « Psychose de KORSAKOFF »

Les confusions toxiques.

5° LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE DANS LA MÉLANCOLIE.

D. – ÉTATS DE DÉTÉRIORATION CHRONIQUE

1° LES ÉTATS SCHIZOPHRÉNIQUES.

2° LES ÉTATS DÉMENTIELS.

a) PARALYSIE GÉNÉRALE.

b) DÉMENCE SÉNILE ET DÉMENCE ARTÉRIOPATHIQUE

3° LES TROUBLES MNÉSQUES POST-TRAUMATIQUES.

III. – LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

A. – RESPONSABILITÉ DES AMNÉSQUES.

B. – LA SIMULATION DES TROUBLES DE LA MÉMOIRE.

C. – LE TÉMOIGNAGE ET LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE.

IV. – THÉRAPEUTIQUE ET RÉÉDUCATION

V. – LES CONDITIONS NEURO-BIOLOGIQUES DE LA MÉMOIRE

PROBLÈME BIOLOGIQUE DE LA MÉMOIRE

PROBLÈMES NEUROLOGIQUES DE LA MÉMOIRE

VI. – APERÇU PSYCHOPATHOLOGIQUE SUR LA MÉMOIRE ET SES TROUBLES

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE N° 10

LA CATATONIE (69)

§ I. – HISTORIQUE ¹

1° LA « CATATONIE » MALADIE. C'est KAHLBAUM qui, en 1874...

2° LA CATATONIE INTÉGRÉE A D'AUTRES ENTITÉS NOSOGRAPHIQUES.

3° LA CATATONIE CONSIDÉRÉE COMME UN SYNDROME MOTEUR NEUROLOGIQUE :

§ II. – ÉTUDE CLINIQUE

A. – LE « SYNDROME CATATONIQUE TYPIQUE ».

1° *Troubles du comportement :*

a) C'est en premier lieu le NÉGATIVISME,

b) L'INERTIE PSYCHOMOTRICE

c) LES TROUBLES DE L'EXPRESSIVITÉ PSYCHO-MOTRICE. Le *maniérisme*

d) LES DÉCHARGES PSYCHO-MOTRICES.

1° *Actes saugrenus et isolés. éclats de rire*

2° *Crises d'agitation impulsive*

3° *L'impulsivité verbale :*

2° *Troubles moteurs :*

a) CATALEPSIE, FLEXIBILITÉ CIREUSE :

b) STÉRÉOTYPIES :

c) TROUBLES DE LA MIMIQUE :

SYNDROME SOMATIQUE DE LA CATATONIE

- 1°. SYNDROME NEUROLOGIQUE ASSOCIÉ
- 2°. TROUBLES DU MÉTABOLISME
- 3°. TROUBLES SOMATIQUES
- 4°. INFLUENCE DES AGENTS PHARMACODYNAMIQUES SUR LA CATATONIE :
SYNDROME PSYCHOLOGIQUE

- a) AFFECTIVITÉ.
- b) DÉLIRE
- c) L'ORGANISATION DE CHAMP DE LA CONSCIENCE.

B. – ÉVOLUTION DES ÉTATS CATATONIQUES. LEURS RELATIONS AVEC L'HÉBÉPHRÉNO-CATATONIE

C. – LES CATATONIES SYMPTOMATIQUES

I. – *Les formes symptomatiques étiologiques*

- 1° LES SYNDROMES CATATONIQUES DE LA TYPHOÏDE :
- 2° SYNDROMES CATATONIQUES ENCÉPHALITIQUES (*encéphalite épidémique*) :
- 3° SYNDROMES CATATONIQUES MALARIQUES :
- 4° SYNDROMES CATATONIQUES COLIBACILLAIRES :
- 5° SYNDROMES CATATONIQUES SYPHILITIQUES SECONDO-TERTIAIRES
- 6° SYNDROMES CATATONIQUES TUBERCULEUX :
- 7° SYNDROMES CATATONIQUES AU COURS D'INFECTIONS DIVERSES
- 8° SYNDROMES CATATONIQUES EXOTOXIQUES
- 9° SYNDROMES CATATONIQUES ENDOTOXIQUES :
- 10° SYNDROMES CATATONIQUES DANS LES TUMEURS CÉRÉBRALES
- 11° SYNDROMES CATATONIQUES DANS LES TRAUMATISMES CRANIO-CÉRÉBRAUX.
- 12° SYNDROMES CATATONIQUES ARTÉRIOPATHIQUES CÉRÉBRAUX
- 13° SYNDROMES CATATONIQUES DES NOURRISSONS :
- 14° CATATONIE ET SÉNILITÉ :

II. – *Les catatonies symptomatiques psychotiques.*

- 1° LES SYNDROMES CATATONIQUES CHEZ LES ARRIÉRÉS PROFONDS:
- 2° SYNDROMES CATATONIQUES ET ÉPILEPSIE :
- 3° SYNDROMES CATATONIQUES CONFUSIONNELS AIGUS.
- 4° SYNDROMES CATATONIQUES AU COURS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE :
- 5° SYNDROMES CATATONIQUES DANS LES DÉMENCES PRÉSÉNILES ET SÉNILES :
- 6° SYNDROMES CATATONIQUES DANS LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES OU MANIACO-DÉPRESSIVES
- 7° LES SYNDROMES CATATONIQUES NÉVROTIQUES. CATALEPSIE HYSTÉRIQUE ET CATATONIE

§ III. – **PATHOGÉNIE DE LA CATATONIE**

A. – ANALYSE PHYSIOLOGIQUE DU SYNDROME MOTEUR CATATONIQUE

- 1° *Symptômes extrapyramidaux et catatonie*
- 2° *Recherches électromyographiques*
- 3° *Ergogramme*
- 4° *Chronaximétrie*
- 5° *Appareil labyrinthique et catatonie*
- 6° *Régime des réflexes:*
- 7° *Catatonie et physiopathologie du sommeil:*

B. LES AGENTS CATATONIGÈNES. LES « CATATONIES EXPERIMENTALES »

1° *La catatonie bulbo-capnique*

a) LA CATATONIE BULBOCAPNIQUE DANS LA SÉRIE ANIMALE

b) CHEZ L'HOMME, SYNDROME BULBOCAPNIQUE ET CATATONIE MÉCANISME PHYSIOPATHOLOGIQUE DE LA
« CATATONIE BULBOCAPNIQUE ».

2° *Catatonie uréthanique:*

3° *Catatonie par la cumarine :*

4° *Catatonie par le somnifène :*

5° *Catatonie et amines:*

6° *Catatonie et adrénaline*

7° *Catatonie insulinique*

8° *Catatonie électrique*

9° *Catatonie et infections expérimentales*

10° *Catatonie hépatique*

11° *Catatonie et « catatonine »*

12° *Catatonie et asphyxie*

13° *Catatonie et « hypnose » des animaux:*

C. – LA LOCALISATION CÉRÉBRALE DE SYNDROME CATATONIQUE

Théories méso-diencephaliques

Théories corticales

§ IV. – **THÉORIES GÉNÉRALES DE LA CATATONIE**

A. – THÉORIES MÉCANICISTES

B. – THÉORIES PSYCHOGÉNISTES

C. – THÉORIES ORGANO-DYNAMISTES

CONCLUSIONS

I. SÉMÉIOLOGIE

II. NOSOGRAPHIE

III. PATHOGÉNIE.

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE N° 11

IMPULSIONS (163)

Définitions

§ I. – **ANALYSE CLINIQUE DES DEUX FORMES
D'IMPULSIVITÉ**

A. – LES PROTOPULSIONS

B. – LES COMPORTEMENTS IMPULSIFS

§ II. – **LES IMPULSIONS AU COURS DES « MALADIES
MENTALES » ET DES « AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX »**

A. – LES IMPULSIONS DANS LES DIVERSES FORMES PSYCHOPATHOLOGIQUES

1° *Épilepsie et impulsions.*

2° *Alcoolisme et impulsions.*

3° *Schizophrénie et impulsions.*

4° *Les impulsions maniaco-dépressives.*

5° *L'impulsivité dans le déséquilibre psychopathique et les psycho-névroses.*

Les tics

6° *L'impulsivité dans les affections cérébrales et spécialement dans l'encéphalite épidémique.*

- a) – PROTOPULSIONS KINÉTIQUES
- b) – PROTOPULSIONS INSTINCTIVES
- c) – COMPORTEMENTS IMPULSIFS.

§ III. – *PATHOGÉNIE DES IMPULSIONS*

- A. – THÉORIES MÉCANICISTES
 - B. – THÉORIES PSYCHOGÉNISTES
 - C. – THÉORIES ORGANO-DYNAMISTES
- 1° *Dissolution de l'activité volontaire*
- 2° *Classification des impulsions*

- I. – LES COMPORTEMENTS IMPULSIFS DANS LES NÉVROSES ET LES PSYCHOSES
- II. – LES PROTOPULSIONS DÉTERMINÉES PAR DES DÉSINTÉGRATIONS PARTIELLE DES FONCTIONS MOTRICES.

§ IV. – *ESQUISSE PHÉNOMÉNOLOGIQUE DE L'IMPULSIVITÉ PATHOLOGIQUE*

ÉTUDE N° 12 EXHIBITIONNISME (213)

§ I. – *CARACTÈRES CLINIQUES GÉNÉRAUX DE L'EXHIBITIONNISME*

§ II. – *LES FORMES CLINIQUES DE L'EXHIBITIONNISME*

- A. – L'EXHIBITIONNISME IMPULSIF « ISOLÉ »
 - 1° *L'exhibitionnisme impulsif « type Lasègue »*
 - 2° *Les exhibitionnismes névrotiques:*
- B. – LES EXHIBITIONS SYMPTOMATIQUES
 - 1° *Les exhibitionnismes au cours des états confuso-démentiels.*
 - 2° *Les exhibitionnistes symptomatiques impulsifs.*

§ III. – *LE PROBLÈME MÉDICO-LÉGAL*

§ IV. – *ANALYSE PSYCHO-PATHOLOGIQUE DE L'EXHIBITION SEXUELLE*

Observations

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE N° 13 PERVERSITÉ ET PERVERSIONS (233)

§ I. – *POSITION DU PROBLÈME DE LA PERVERSITÉ ET DES PERVERSIONS PATHOLOGIQUES*

- A. – DÉVELOPPEMENT DE LA PERSONNE MORALE
- B. – LA « PERVERSITÉ » NORMALE ET PATHOLOGIQUE
 - La pathologie de la conscience morale.*

§ II – *LES ANOMALIES DU DÉVELOPPEMENT ÉTHIQUE OU « MORAL INSANITY »*

- A. – HISTORIQUE
- B. – FACTEURS ÉTIOLOGIQUES

- 1° *Dégénérescence bio-psychique, hérédité.*
- 2° *Étiologie toxi-infectieuse.*
- 3° *Facteurs sociogéniques, éducatifs et familiaux. Le milieu.*

C. – DESCRIPTION CLINIQUE DE LA PERVERSITÉ PATHOLOGIQUE

1° *Le noyau caractériel pervers.*

- a) *Rétivité.*
- b) *Malignité.*

2° *Déséquilibre thymique.*

3° *L'organisation névrotique de L'affectivité.*

4° *L'appétence toxicomaniaque.*

5° *Les « crises ».*

D. – FORMES CLINIQUES DE LA PERVERSITÉ INFANTILE

Descriptions classification de Wallon, de P. Male

E. – LE PROBLÈME MÉDICO-LÉGAL

F. – LE PROBLÈME D'ASSISTANCE

1° *Les amoraux ou pervers pathologiques adultes.*

2° *Les pervers infantiles.*

§ III. – **LES PERVERSIONS « PARTIELLES » (PERVERSIONS SEXUELLES)**

I. *Les déformations de l'image du partenaire (anomalies du « choix objectal »)*

II. *Les déformations de l'acte sexuel (érotisations substitutives).*

A. – ANOMALIES DU CHOIX OBJECTAL

1° *Autoérotisme, narcissisme, onanisme.*

2° *Pédophilie, inceste, gérontophilie.*

3° *L'homosexualité*

L'homosexualité inconsciente.

Les formes mixtes d'homosexualité et d'hétéro-sexualité.

L'homosexualité ambiguë

L'homosexualité à forme d'inversion sexuelle

le travestissement ou éonisme

L'hermaphrodisme

B. PATHOGÉNIE DE L'HOMOSEXUALITÉ.

Comportements homosexuels infantiles et animaux (Babouins de Zuckermann)

Les mœurs homosexuelles sociogénétiques

Les fantasmes inconscients de l'homosexualité.

L'intersexualité anatomo-physiologique.

Les processus organiques de déviation homosexuelle.

C. LES NIVEAUX STRUCTURAUX ET LES FORMES D'EXISTENCE HOMOSEXUELLE.

1° *L'homosexualité du niveau éthique*

2° *L'homosexualité du niveau de l'inconscient*

3° *L'homosexualité du niveau de la malformation hermaphrodite*

4° *Zoophilie érotique, bestialité*

5° *Le fétichisme.*

B. – LES DÉFORMATIONS DE L'ACTE SEXUEL (ÉROTISATIONS SUBSTITUTIVES)

1° *L'algolagnie (le sado-masochisme).*

La pyromanie la nécrophilie
L'érotique sado-masochiste. « *L'equus eroticus* ».
Le système pulsionnel sado-masochiste

2° Érotisation du regard.

3° Érotisation des fonctions digestives.

4° Érotisation urinaire.

§ III. – LES COMPORTEMENTS PERVERS « SYMPTOMATIQUES » OU « ACQUIS »

l'encéphalite épidémique

§ IV. – LA PATHOLOGIE DE LA CONSCIENCE MORALE

Perversité normales et pathologiques.

ÉTUDE N° 14

LE SUICIDE -PATHOLOGIQUE (341)

§ I. — ÉTUDE CLINIQUE DU SUICIDE PATHOLOGIQUE

A. — LES RAPTUS-SUICIDES

1° LE RAPTUS-SUICIDE DE LA MÉLANCOLIE STUPEURUSE ET ANXIEUSE

2° LE RAPTUS-SUICIDE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE.

3° LE RAPTUS-SUICIDE DE L'ÉPILEPSIE.

4° LE RAPTUS-SUICIDE DE L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE.

5° LE RAPTUS-SUICIDE DE L'ALCOOLISME AIGU.

6° LE RAPTUS-SUICIDE DES ÉTATS DÉMENTIELS (PARALYSIE GÉNÉRALE), DÉMENCES ORGANIQUES ET STUPEURUSES.

B. — LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES IMPULSIFS

1° LES RÉACTIONS SUICIDES DES ÉTATS DÉMENTIELS.

2° LES RÉACTIONS SUICIDES DANS LES ÉTATS CONFUSO-ONIRIQUES.

3° LES COMPORTEMENTS SUICIDES DE LA CRISE DE MÉLANCOLIE.

4° LES RÉACTIONS SUICIDES DANS LES ÉTATS SCHIZOPHRÉNIQUES.

5° LES RÉACTIONS SUICIDES DANS LES ÉTATS DE DÉSÉQUILIBRE ET PSYCHO-NÉVROTIQUE.

C. — LES RÉACTIONS SUICIDES DÉLIRANTES

D. — LES TECHNIQUES DU SUICIDE PATHOLOGIQUE.

Le suicide des enfants

§ II. — LE PROBLÈME SOCIOLOGIQUE

A. — ANALYSE STATISTIQUE ET GÉO-DÉMOGRAPHIQUE DU SUICIDE

B. — ANALYSE STATISTIQUE BIOPHYSIOLOGIQUE DU SUICIDE

C. — LES THÈSES SOCIOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES SUR LE DÉTERMINISME DU SUICIDE

La thèse sociologique de DURKHEIM et d'HALBWACHS

A CHILLE DELMAS, CHARLES BLONDEL, GABRIEL DESHAIES

**§ III. — ESQUISSE PHÉNOMÉNOLOGIQUE DE LA
PROPENSION AU MEURTRE DE SOI-MÊME.**

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE N° 15
ANXIÉTÉ MORBIDE (379)

§ I. — *ANALYSE PSYCHOLOGIQUE DES SENTIMENTS D'ANXIÉTÉ*

- 1° L'AMPLIFICATION PÉJORATIVE.
- 2° L'ATTENTE DU DANGER.
- 3° LE DÉSARROI.

§ II. — **LES FORMES CLINIQUES DE L'ANXIÉTÉ MORBIDE**

A. — LES CRISES D'ANXIÉTÉ

B. — LA STRUCTURE ANXIEUSE DES PERSONNALITÉS MORBIDES

1° *La névrose d'angoisse ou « anxiété constitutionnelle ».*

LA FORME CYCLOTHYMIQUE. 2° LA FORME NEURASTHÉNIQUE 3° LA FORME HYPOCONDRIQUE

2° *Structure anxieuse des psychonévroses.*

3° *Structure anxieuse des personnalités délirantes.*

§ III. — *L'ANXIÉTÉ DANS LES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX*

§ IV. — **LES THÉORIES PATHOGÉNIQUES**

A. — LES DEUX PÔLES DE L'ANXIÉTÉ. ANGOR ET ORGANISATION ANXIEUSE DE LA CONSCIENCE ET DE LA PERSONNALITÉ.

B. — LES CARACTÈRES DE L'ANXIÉTÉ PATHOLOGIQUE NÉVROTIQUE ET PSYCHOTIQUE.

C. — LES POSITIONS THÉORIQUES

1° POSITION MÉCANICISTE.

2° POSITION PSYCHOGÉNISTE

3° POSITION ORGANO-DYNAMISTE

§ V. — *L'ANGOISSE HUMAINE*

FREUD

KIERKEGAARD *et l'existentialisme*

Martin HEIDEGGER

JULIETTE BOUTONNIER

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE N° 16
DÉLIRE DES NÉGATIONS (427)

Définition

§ I. — **HISTORIQUE**

A. — ESSAI DE CONSTITUTION D'UNE NOUVELLE ENTITÉ (COTARD)

B. — LE « SYNDROME DE COTARD » SE RENCONTRE AU COURS DE DIVERSES AFFECTIONS (SÉGLAS)

ANALYSE CLINIQUE DU THÈME DE NÉGATION SELON COTARD et SÉGLAS.

Lecture de l'exposé de Séglas

Lecture de l'exposé de Cotard (434)

§ II. — **ÉTUDE CLINIQUE DES DÉLIRES DE NÉGATION**

A. — BRÈVE ANALYSE STRUCTURALE DES DIVERS ASPECTS DU DÉLIRE DE NÉGATION

B. – LES FORMES CLINIQUES

1° *Formes mélancoliques.*

1° LES DÉLIRES DE NÉGATION DES ÉTATS MÉLANCOLIQUES

2° LES DÉLIRES DE NÉGATION POST-MÉLANCOLIQUES

2° *Délires de négation hors de la mélancolie.*

1° FORMES CONFUSO-DÉMENTIELLES.

2° DANS LES ÉTATS SCHIZOPHRÉNIQUES

C. – PRONOSTIC

§ III. – APERÇU DES PROBLÈMES PATHOGÉNIQUES

1° THÉORIES MÉCANICISTES

2° THÉORIES PSYCHOGÉNISTES.

3° ESQUISSE PHÉNOMÉNOLOGIQUE DANS LE CADRE D'UNE THÉORIE ORGANO-DYNAMISTE

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE N° 17

HYPOCHONDRIE (453)

§ I. – LES TROUBLES HYPOCHONDRIQUES

A. – TROUBLES CÉNESTHOPATHIQUES (DUPRÉ)

B. – PRÉOCCUPATIONS HYPOCHONDRIQUES

C. – DÉLIRES HYPOCHONDRIQUES

1° *Le délire hypochondriaque de préjudice corporel*

2° *Le délire hypochondriaque de transformation corporelle.*

3° *Le délire hypochondriaque de possession de zoopathie et de grossesse.*

4° *Le délire hypochondriaque d'agression corporelle.*

§ II. – TABLEAUX CLINIQUES DE L'HYPOCHONDRIE

A. – L'HYPOCHONDRIE DANS LES ÉTATS DE DÉSÉQUILIBRE ET LES NÉVROSES.

L'HYPOCHONDRIA MINOR.

1° *L'hypochondriaque anxieux constitutionnel.*

2° *L'hypochondriaque paranoïaque.*

3° *L'hypochondriaque obsédé.*

4° *L'hypochondriaque hystérique.*

B. – L'HYPOCHONDRIE DANS LES PSYCHOSES. L'HYPOCHONDRIE DÉLIRANTE

1° *Les formes hypochondriaques de la mélancolie et des psychoses cyclothymiques.*

2° *Les formes hypochondriaques de la démence précoce et des états schizophréniques*

3° *Les formes hypochondriaques de l'épilepsie*

4° *Les formes hypochondriaques des états démentiels*

5° *Les formes hypochondriaques des délires chroniques.*

Les délires hypochondriaques systématisés

Les délires hypochondriaques paranoïdes.

Comportement et réactions antisociales des hypochondriaques

§ III. – DIAGNOSTIC

§ IV. – THÉORIES PATHOGÉNIQUES

A. – THÉORIES MÉCANICISTES

1° *Hypochondrie et affections des voies et centres de la sensibilité.*

2° *Théorie sympathico-viscérale de Head.*

3° *Théorie du « Schéma corporel ».*

B. – THÉORIES PSYCHOGÉNISTES

C. – THÉORIE ORGANO-DYNAMISTE

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE N° 18

JALOUSIE MORBIDE (483)

§ I. – ANALYSE DE LA JALOUSIE

A. – LA JALOUSIE AMOUREUSE

1° *La jalousie mélange d'amour et de haine.*

2° *La jalousie blessure d'amour-propre.*

3° *Le doute et les hésitations du jaloux.*

4° *Le comportement jaloux.*

B. – JALOUSIE NORMALE ET JALOUSIE PATHOLOGIQUE

§ II. – ÉTUDE CLINIQUE

A. – LA JALOUSIE DÉLIRANTE LIÉE AU DÉVELOPPEMENT ANORMAL DE LA PERSONNALITÉ.

1° *L'hyperesthésie jalouse de Mairet.*

2° *Le délire systématisé de jalousie.*

B. – LA JALOUSIE DÉLIRANTE SECONDAIRE A L'ALTÉRATION PROCESSUELLE DE LA PERSONNALITÉ (JASPERS)

C. – LA JALOUSIE MORBIDE SYMPTOMATIQUE DE PROCESSUS ORGANIQUE

1° *Le délire de jalousie alcoolique.*

2° *La jalousie morbide des toxicomanes.*

3° *Dans les affections cérébrales.*

4° *Dans la démence sénile.*

§ III. – STRUCTURE DE LA JALOUSIE MORBIDE

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE N° 19

MÉGALOMANIE (515)

Définition

§ I. – ANALYSE PSYCHOPATHOLOGIQUE DE LA MÉGALOMANIE

A. – MÉGALOMANIE ET PSYCHOLOGIE NORMALE

B. – DÉSÉQUILIBRE MÉGALOMANIAQUE DES VALEUR DU MOI AUX DIVERS NIVEAUX DE RÉGRESSION PATHOLOGIQUE.

a) *hâblerie fantastique et mythomanie*

b) *les états de rêverie pathologique du « délires aigus d'imagination », etc*

c) *Dans les états d'exaltation maniaque,*

d) *Dans les états oniriques et oniroïdes,*

e) *Dans les états démentiels.*

C. – LES ASPECTS SÉMÉIOLOGIQUES DES « IDÉES DE GRANDEUR »

1° *Idées et sentiments euphoriques de satisfaction et de bonheur.*

2° *Les idées délirantes de grandeur.*

3° *Les délires de structure mégalomaniaque fondamentale.*

§ II. – LES ASPECTS MÉGALOMANIAQUES DES DIVERSES « MALADIES MENTALES »

A. – ASPECT MÉGALOMANIAQUE DES PSYCHOSES AIGÜES

1° *Dans les états maniaques.*

2° *Dans les états mélancoliques.*

3° *Dans les états confuso-oniriques.*

4° *Dans l'épilepsie.*

5° *Dans les bouffées délirantes des dégénérés.*

B. – MÉGALOMANIE ET ORGANISATIONS PSYCHOTIQUES ET NÉVROTIQUES CHRONIQUES.

1° *Dans les psycho-névroses et les états de déséquilibre psychique.*

2° *Dans les états schizophréniques.*

3° *Dans les délires chroniques.*

Dans les délires systématisés

Dans les délires paraphréniques

4° *Dans les démences. Dans la paralysie générale*

§ III. – PATHOGÉNIE DE LA MÉGALOMANIE

(Le travail délirant de la projection du Moi dans le Monde)

BIBLIOGRAPHIE

INDEX DES NOMS PROPRES DU TOME II.....549

VOLUME II, TOME III

STRUCTURE DES PSYCHOSES AIGÜES ET DÉSTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE

Avertissement	7
Argument	9

ÉTUDE N° 20

LA CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES ET LE PROBLÈME DES PSYCHOSES AIGÜES

§ I. – Le problème de la classification des maladies mentales.	12
A.– Classifications anciennes	12
B.– Classifications classiques du XIX ^e siècle	14
C.– Classifications du XX ^e siècle	21
D.– Nouveaux points de vue	27
E.– Application des principes méthodologiques et classification proposée	32
.	32
§ II. – Le problème des psychoses aiguës	34
A.– Formes aiguës des maladies mentales chroniques	35
B.– Formes intermittentes maniaco-dépressives ou paroxystiques comitiales	37
.	37
C.– Psychoses aiguës et psychoses symptomatiques	38
D.– Psychoses aiguës et psychoses dégénératives	39

ÉTUDE N° 21

MANIE

§ I. - La crise de manie typique	49
A.– Historique	50
B.– Étude clinique	51
Mode de début, 51. Période d'état et analyse clinique, 53 à 70 (Présentation, 53. Excitation psychomotrice, 54. Tachypsychie et fuite des idées, 56. Anarchie instinctivo-affective, 61. Subdélire, 62. Syndrome physique, 67). Évolution de l'accès, 69. Variétés cliniques, 70.	
C.– Phénoménologie et analyse structurale	70
Analyse de la Fuite des idées par Binswanger, 70. Structure négative, 87. (Déstructuration de l'activité réflexive, 88. La pseudo-lucidité, 89. Déstructuration temporelle -éthique, 90. Structure positive, 92. (jeu, 92. Fiction, 93. Jeu des fantasmes et des pulsions. Psychanalyse, 94). La manie est un niveau de dissolution peu profond, 96. Caractère régressif de la Manie, 97. Manie et Mélancolie, 98.	

§ II. – Les manies atypiques	98
A.– Formes sémiologiques	99
Manies délirantes et hallucinatoires, 99. Manie confuse et incohérente, 101.	
B.– Formes évolutives	103
Manie chronique simple, 104. Manie rémittente, 105. Démence vésanique, 105.	
Formes délirantes chroniques, 106. Hypomanie, 107.	
C.– Formes étiologiques	109
D.– Formes mixtes maniaco-dépressives	113
Bibliographie	116

ÉTUDE N° 22
MÉLANCOLIE

§ I. – Historique	119
§ II. – La crise de mélancolie typique	122
A.– Conditions d'apparition	122
B. – Tableau clinique typique	124
a) Mélancolie dépressive, 125. (Faciès-Habitus, 125. Syndrome fondamental (Aboulie, 126. Inhibition, 127. Douleur morale, 130. Pessimisme, 131). b) Mélancolie anxieuse, 133. c) La recherche de la mort, 134. d) Syndrome physique, 136. e) Évolution et pronostic, 138.	
§ III. – Analyse structurale	140
A.– Analyse existentielle	140
B.– Psychanalyse	55
C.– Analyse structurale	161
(Structure négative - Perte de l'activité synthétique, 162. Trouble de la lucidité de la conscience, 163. Déstructuration temporelle éthique, 164. Structure positive : Le drame, 165. L'angoisse métaphysique, 167. Le retour aux fantasmes primaires. Psychanalyse, 168).	
§ IV.– Formes atypiques	171
1°) – Formes symptomatiques	171
Formes mineures (Dépression légère, 173. Dépression réactionnelle, 175). Formes graves (Mélancolies délirantes, 177. Mélancolies confuso-stuporeuses, 185).	
2°) – Formes évolutives. Mélancolies chroniques	185
Évolution démentielle, 186. Évolution schizophrénique, 186. Évolution d'un délire chronique, 187. Évolution névrotique, 189.	
3°) – Formes étiologiques	193
Mélancolie d'involution, 193, Mélancolies symptomatiques d'affections du système nerveux, 195.	
Bibliographie	200

ÉTUDE N° 23
BOUFFÉES DÉLIRANTES ET PSYCHOSES
HALLUCINATOIRES AIGUES

§ I. – Dégagement historique et nosographique de ce niveau de déstructuration de la conscience	201
1°) – Magnan et son École	202
2°) – La notion d'expérience délirante primaire de Jaspers	207
 § II. – Étude clinique	 209
Observations	211
Variétés cliniques	220
Formes imaginatives, 220. Formes interprétatives, 222. Formes intuitives, 222. Toutes ces formes sont essentiellement hallucinatoires , 223.	
Niveaux structuraux	225
Expériences de dépersonnalisation, 226. Expériences de dédoublement hallucinatoire, 234. Expériences délirantes oniroïdes. Exposé de l'ouvrage de Mayer-Gross, 250.	
 § III. – Phénoménologie et analyse structurale	 279
Phénoménologie des espaces vécus	279
1°) – Phénoménologie de la dépersonnalisation, de la conscience hallucinante et de la conscience oniroïde	282
2°) – Analyse structurale	294
Structure négative : le vague de la pensée, 295. L'état crépusculaire» 295. La déstructuration des espaces Vécus, 296. Structure positive : Actualisation dramatique du Vécu, 298. Symbolisation du vécu, 298. Artificialisation du vécu, 299.	
 § IV. – Les formes cliniques des bouffées délirantes et hallucinatoires aiguës	 300
a) Formes symptomatiques	300
Extase, 300. Expérience érotique, 301. Expérience catastrophique, 302.	
b) Formes évolutives	303
États crépusculaires paroxystiques, 304. Formes à évolution chronique, 305.	
c) Formes étiologiques	307
Toxiques hallucino-onirogènes, 308. Hachisch, 309- Mescaline, 312. Encéphalite épidémique, 318. Le problème physiopathologique, 322.	

ÉTUDE N° 24

CONFUSION ET DÉLIRE CONFUSO-ONIRIQUE

§ I. – Historique	326
§ II. – La Psychose confuso-onirique typique	334
Observations	334
Début	336
Période d'état	336
Mimique, 337. Comportement, 337. Analyse clinique : Trouble de la pensée, 339. Désorientation temporo-spatiale, 342. Obnubilation de la conscience, 344. Perplexité, 345. Troubles de la mémoire et fausses reconnaissances, 347. Le délire onirique, 349. Analyse structurale. 1°) Structure négative. Indifférenciation des processus psychiques, 357. Obnubilation, 357. Désorientation, 358. 2°) Structure positive. Intensité du délire onirique, 359. Extraréalité du délire onirique, 360. Projection affective dans l'imaginaire onirique, 361. État physique et physio-pathologique de la confusion mentale, 362. Pronostic, 368.	
§ III. – Formes cliniques	369
A.–Formes symptomatiques	369
Forme stuporeuse, 369. Confusion hallucinatoire, 370. Syndrome de Korsakoff, 371. (Historique, 371. Description clinique, 374. Formes cliniques, 378. Psychopathologie, 387. Anatomopathologie, 390). Délire aigu, 396. (Historique, 396. La notion d'encéphalite psychosique azotémique, 398, Conditions étiologiques, 399. Description clinique, 401. Anato-mo-physio-pathologie, 407). Stupeur et formes catatoniques, 413.	
B.– Formes évolutives	414
Formes périodiques ou récidivantes, 414. Formes chroniques démentielles, 416. Formes chroniques délirantes, 417.	
C.– Formes étiologiques	419
Confusions alcooliques, 420. Confusions puerpérales, 422. Confusions émotionnelles, 423. Délires fébriles, 425.	
Bibliographie	428

ÉTUDE N° 25

LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES MANIACO-DÉPRESSIVES

§ I. – Historique et problèmes généraux	430
1°) – De l'Antiquité aux temps modernes	430
2°) – L'entité « psychose périodique »	431

3°) – État actuel des problèmes	433
§ II. – Types d'évolution, modalités des crises et pronostic.	434
1°) – Aspects étiologiques	434
a) Age de début, 434. b) Sexe, 436. c) Race, 437. d) Conditions sociales et économiques, 437.	
2°) – Les crises et leurs modalités	438
a) Principaux types, 438. b) Type de la crise initiale, 441. c) Durée moyenne, 441. d) Longueur des rémissions, 443.	
3°) – Pronostic à long terme	444
§ III. – Autonomie et limites de la psychose périodique maniaco-dépressive	446
1°) – Toute crise maniaco-dépressive est-elle récidivante?	446
2°) – Les formes chroniques (Névroses, Délires, etc.) en font-elles partie ?	450
3°) – Les formes réactionnelles ou symptomatiques entrent-elles dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive?	455
4°) – Les formes atypiques entrent-elles dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive...	461
5°) – L'autonomie des formes d'involution	463
6°) – Coup d'œil d'ensemble sur la nosographie et la pathologie des psychoses périodiques maniaco-dépressives	469
§ IV. – Pathologie	471
1°) – Conditions biologiques constitutionnelles	471
a) Biotype, 47r. b) Lois de Mendel et psychoses maniaques-dépressives, 473. c) Les jumeaux, 475. d) Le pronostic héréditaire, 477.	
2°) – Conditions biologiques accidentelles	481
1. Pathologie nerveuse	481
2. Troubles organiques généraux	487
A. Pathologie hormonale	488
a) Thyroïde, 488. b) Hypophyse, 491. c) Gonades, 495. d) Surrénales, 497. e) Pancréas, 500.	
B. Fonctions organiques et homéostasie	500
a) Protéïdes, 502. b) Glucides, 503. c) Métabolisme basal, 505. d) Electrolytes, 506. d) Eau, 507. e) Cholestérol, 507.	
3°) – Psychopathologie	508
1. L'homme maniaco-dépressif	508
2. Les crises de manie et de mélancolie et leur valeur d'expression	509
3. Psychogénèse du choix de la crise maniaque-dépressive	512

4. Les crises et le sens de l'existence	514
Bibliographie	518

ÉTUDE N° 26
ÉPILEPSIE

§ I. – Les paroxysmes comitiaux	521
1°) Les Crises	521
A. La crise icto-comitiale et l'absence	521
B. La crise graduo-comitiale	525
2°) Les auras	526
Auras motrices, 528. Auras végétatives, 529. Auras paresthésiques et asomatognosiques, 529. Auras sensorielles, 531. (visuelles, 532. Acoustiques, 533. Olfacto-gustatives, Dreamy states, Crises de l'uncus, 535). Auras psychiques, 538. Phénoménologie de l'aura, 540.	
3°) Équivalents. Automatismes, crises psychomotrices	550
I. Le syndrome d'automatisme comitial des classiques	553
II. Les crises psychomotrices des auteurs anglo-saxons	558
III. Phénoménologie des équivalents psychosensoriels et psychomoteurs	561
§ II. – Les Psychoses aiguës comitiales	565
I. Les états comitiaux maniaco-dépressifs	567
II. Les états crépusculaires épileptiques	572
Le cas Jean-Pierre L.	573
III. Les états confuso-oniriques	599
§ III. – Les troubles mentaux comitiaux chroniques	601
I. Les délires chroniques	602
II. Les évolutions schizophréniques	603
III. La démence épileptique	605
§ IV. – L'Homme épileptique	610
1°) Biotype	611
2°) Psychotype	614
Épileptoïdie, 614. Rorschach, 617. Structure affective et Psychanalyse, 622.	
3°) La personne et le monde épileptiques	625
La compression, 628. Les décharges, 629. La frénésie, 630, Structure existentielle et processus organique, 633.	

§ V. – Le problème de la classification des formes de l'épilepsie.	637
Statistique personnelle	642
Les trois grands types	646
Type icto-comitial diencephalique, 646. Type icto-comitial diffus, 647. Type graduo-comitial.	647
Bibliographie	650

ÉTUDE N° 27

STRUCTURE ET DÉSTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE

§ I. – La notion de troubles de la conscience au regard des positions psychiatriques et psychanalytiques classiques	653
--	------------

Les troubles de la conscience en psychiatrie	654
La conscience et ses troubles devant la psychanalyse	665
De la notion de trouble de la conscience à celle de déstructuration du champ de la conscience	673

§ II. – Déstructuration de la conscience	681
---	------------

A. - La déstructuration du champ de la conscience comme unité du groupe des psychoses aiguës	681
B. - Phénoménologie des divers niveaux de déstructuration des champs de la conscience	683
C. - Étude clinique des psychoses aiguës considérées comme niveaux de déstructuration du champ de la conscience	691

§ III. – Structure de la conscience	697
--	------------

Généralités sur le problème philosophique	697
---	-----

I. - Développement génétique et variations de niveau de la conscience	703
II - Dynamique de la conscience et de l'inconscient	708
III. - Définition de la conscience	715
IV. - La «place» de la conscience dans la vie psychique (Transcendance et immanence de la conscience)	717
V. - La structure de la conscience et la structure du cerveau	718

§ IV. – De la pathologie de la conscience à la pathologie de la personnalité	750
.....	
Bibliographie	756
Index	761
Table analytique des matières	781

INDEX GÉNÉRAL DES TOMES I, II ET III (796)

ISBN 10 : 2-9527859-0-2

ISBN 13 : 978-2-9527859-0-7

©Copyright pour le Cercle de Recherche et d'Édition Henri Ey (CREHEY)

2, rue Léon Dieudé, 66000 Perpignan.

Tous droits de reproduction, même partielle, par tous média, de traduction et d'adaptation réservés pour tous
pays.

ÉTUDES PSYCHIATRIQUES

Henri Ey

VOLUME I

TOMES I & II

Nouvelle édition

2006

CREHEY

LES DEUX VOLUMES DE LA PRÉSENTE ÉDITION DES *ÉTUDES PSYCHIATRIQUES*
D'HENRI EY ONT ÉTÉ PUBLIÉS AVEC LE CONCOURS DU CENTRE NATIONAL DU LIVRE.

AVERTISSEMENT

La présente réédition (en deux volumes) des *Études psychiatriques* d'HENRI EY initialement publiées en 3 tomes, successivement en 1948, 1950, 1954, a une origine double. D'une part, elle est dans le prolongement de l'action de l'*Association pour la Fondation Henri Ey (APFHEY)* qui a permis, sous la houlette de son secrétaire général et initiateur, Robert Michel PALEM, de son président J. GARRABÉ et de son vice président J. CHAZAUD, le renouveau des études eyiennes, en organisant le sauvetage et la conservation par la ville de Perpignan des archives et de la bibliothèque qu'Henri Ey (1900-1977) avait rassemblées dans sa maison de Banyuls dels Aspres, son lieu de naissance et de retraite. Claude-Jacques BLANC avait pour sa part assumé, au sein du collège d'épistémologie Karl POPPER (*Asso. France-Copsyrep*) les années sombres où l'œuvre d'Henri Ey fut l'objet d'un oubli ingrat. D'autre part, elle est dans le prolongement des *États généraux de la psychiatrie* qui se sont déroulés à Montpellier en juin 2003 sous la présidence d'Hervé BOKOBZA. Il fut évident pour chacun des participants à cet effort de refondation que l'œuvre d'Henri Ey constituait désormais pour la pensée psychiatrique contemporaine, le socle d'un recours constant aussi bien sur le plan clinique et épistémologique, qu'institutionnel et syndical. Il nous apparaissait désormais incontournable d'offrir à la communauté psychiatrique le texte devenu introuvable de ces fameuses *Études psychiatriques*, haut lieu d'une clinique soucieuse du Sujet et de son corps, inséparable d'une réflexion approfondie sur la constitution de ses propres fondements.

Le texte que nous présentons est la reprise typographique intégrale du texte original de la deuxième édition revue et augmentée publiée chez Desclée de Brouwer dont les trois tomes totalisaient quelque 1630 pages. Nous avons voulu, en effet, donner à ce texte majeur de la psychiatrie du XX^{ème} siècle toute la qualité de présentation que la profondeur clinique de son contenu et la hauteur de vue de sa réflexion pouvaient requérir. Ce faisant, nous avons pu corriger les quelques éléments typographiques erronés que comportait l'original, en particulier uniformiser la hiérarchie des titres et intertitres sans toutefois compromettre la pagination de l'original. Cependant, nous nous sommes permis d'ajouter dans les marges, des « reports » strictement conformes au texte original. Henri EY, dont nous pouvons témoigner qu'il était soucieux d'un pragmatisme éditorial, l'avait préconisé et mis en œuvre pour les éditions successives de son « Manuel » de psychiatrie. Il nous est, en effet, apparu que ce texte très dense nécessitait un meilleur repérage, sans répéter pour autant les titres et intertitres du texte original. En même temps, nous pensons, qu'au premier coup d'œil, le lecteur trouvera dans ces « citations de marge » l'occasion d'une découverte de la richesse du

AVERTISSEMENT

texte même et une invitation à y entrer plus avant. Afin d'éviter toute orientation par trop subjective, ces « citations de marge » ont fait l'objet d'une double réévaluation critique par les membres du comité de rédaction. Nous avons également ajouté en marge de la zone titre de chaque *Étude* la liste de l'ensemble des études du tome dont elle fait partie, afin d'avoir facilement en mémoire le plan général de l'ouvrage. Chaque fois que cela nous a été possible nous avons signalé par des notes de l'éditeur entre crochets [NdÉ] les rééditions actuelles des ouvrages en référence, afin de donner aux plus jeunes lecteurs des facilités de recherche. Enfin, la reprise typographique intégrale a permis de générer un index général des noms propres, qui ne figuraient pas dans le texte original.

Nous avons doté cet immense somme psychiatrique de courtes préfaces faisant le point de nos connaissances actuelles sur ce que fût l'enseignement d'Henri Ey, sur la « situation » des *Études psychiatriques* dans son vaste projet d'une « Histoire naturelle de la folie », et sur la « refonte du savoir psychiatrique » à partir des très nombreux travaux internationaux sur lesquels s'appuient les *Études*. L'un de nous a mis en lumière leur rôle de creuset au sein du travail éditorial de la *Bibliothèque Neuro-Psychiatrique de Langue Française* dans lesquelles elles ont été initialement publiées chez l'éditeur Desclée de Brouwer ainsi qu'au sein du projet encyclopédique à auteurs multiples : le traité de psychiatrie clinique et thérapeutique de l'*Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (E.M.C.) aux Éditions Techniques (Paris).

L'ensemble de ce travail éditorial, qui a couru sur près de trois années, n'a été rendu possible que par l'amitié et l'ardeur au travail de nos collègues, dont il est remarquable de noter qu'il a mobilisé non seulement trois générations de psychiatre, des jeunes internes aux psychiatres honoraires, mais aussi des spécialistes des sciences connexes. Nous voyons déjà dans l'attrait transgénérationnel et l'intérêt des chercheurs que peuvent susciter la clinique et la réflexion de EY, la récompense de tous nos efforts.

Notre gratitude de cœur ira à Mme Renée Ey et Mr Louis Ey qui, comprenant de suite l'enjeu du projet éditorial, nous ont accordé toute leur confiance et surtout le temps de sa réalisation. Nos remerciements iront en premier à notre complice Pierre NOËL, qui a bien voulu mettre tout son professionnalisme, sa rigueur et sa relecture critique à l'établissement des épreuves définitives. Jean GARRABÉ, président de l'APFHEY, dont le soutien fut essentiel au démarrage du projet, a assumé l'indispensable actualisation des références présentes dans le texte. Les doubles relectures et la constitution des « citations de marge » ont été consciencieusement effectuées par nos chers amis psychiatres et neuro-psychiatres, publics ou privés, psychanalystes, phénoménologues ou historiens des Universités qui n'ont ménagé ni leurs encouragements, ni leur temps personnel : Charles ALEZRAH, Raoul BELZEAUX, Michel de BOUCAUD, Humberto CASAROTTI, Pierre CHENIVESSE, Jean-Christophe COFFIN,

AVERTISSEMENT

Jean-Pierre COLIN, Jean-Claude COLOMBEL, Sylvie DELMAS-ARBIOLS, Emmanuel DELILLE, Annie GALAUP-BELZEAUX, Samah Ben HAOUAÏA, Eduardo Tomas MAHIEU, Cyril SAINT MARC, Robert Michel PALEM Jean-Pierre PÉCASTAING, Philippe RAYNAUD de PRIGNY. Nos remerciements vont également à Nadine RODARY ainsi qu'à Philippe BRUNIER-ZSIGRAY et coll. de la *Bibliothèque Henri Ey* de Ste Anne (Paris) pour l'éclaircissement des bibliographies litigieuses. Enfin, nous nous excusons de n'avoir pu inclure dans ce comité rédactionnel, forcément restreint, tous ceux qui l'auraient souhaité et de ne pouvoir citer tous ceux, nombreux, qui, membres ou sympathisants de l'APFHEY, en France et dans les pays francophones, en Amérique du Sud et au Japon, par leur témoignages chaleureux de sympathie ont vivement encouragé ce projet de réédition.

Perpignan, le 30 septembre 2006

Patrice BELZEAUX

PRÉFACES

SITUATION DES *ÉTUDES PSYCHIATRIQUES*
DANS LE MONDE ET DANS L'ŒUVRE

par

J. GARRABÉ

P. BELZEAUX

SITUATION DES ETUDES.

Les *Études psychiatriques* d'Henri EY, confluence de la pensée psychiatrique internationale.

Dr Jean GARRABÉ

L'écriture et la publication par Henri EY entre 1948 et 1954 des trois premiers tomes de ses *Études psychiatriques* délimitent un espace où confluent et s'entrecroisent son oeuvre personnelle depuis le premier de ses ouvrages *Hallucinations et Délire*, paru en 1934, et la littérature psychiatrique internationale du milieu du XIX^{ème} siècle. Comme ces grands fleuves formés par la rencontre d'eaux issues de plusieurs sources, cette confluence de courants de pensée différents va donner un nouveau cours à l'histoire de la psychiatrie mondiale.

L'entre-deux guerres.

Écrit dans le droit fil de la psychiatrie clinique française, le premier ouvrage d'H. EY « *Hallucinations et Délire. Les formes hallucinatoires de l'automatisme mental* » est couronné par la *Société Médico-psychologique* garante de cette glorieuse tradition. Le texte est suivi d'une bibliographie très importante des textes des différentes écoles qui ont traité la question depuis le XIX^{ème} siècle jusqu'aux années trente. Il est préfacé par Jules SÉGLAS (1856-1939), alors âgé de quatre-vingt huit ans, qui écrit : « c'est un excellent résumé des travaux antérieurs... » (dont ceux du préfacier lui-même) « ...qui comporte en plus une part de recherches et de vues personnelles ».

On pourrait faire la même remarque que celle de SÉGLAS à propos des ouvrages ultérieurs d'Henri EY jusqu'à y compris les *Études* : on y retrouve toujours un rappel détaillé des travaux antérieurs et contemporains avant l'exposé des vues originales qui, elles aussi, sont toujours suivies d'une bibliographie internationale balayant l'objet de l'étude depuis son origine jusqu'aux textes des années cinquante. Nous en donnerons des exemples.

Dans la bibliographie de son premier ouvrage EY fait figurer son article sur « *La notion d'automatisme en psychiatrie* » paru dans un des premiers numéros, le n°3 de la seconde série de *L'Evolution psychiatrique* (1932, IV-2° ; 3: 11-35) qui est alors une très jeune revue où peuvent s'exprimer des idées plus novatrices que celles diffusées par des revues plus anciennes comme les *Annales médico-psychologiques* ou *L'Encéphale*. C'est ainsi qu'Henri EY cite un article d'Eugène MINKOWSKI (1885-1972) publié dans ce même numéro sur « *Le problème des hallucinations et le problème de l'espace* » dont il saura se souvenir dès 1932 au moment de ses premiers travaux sur les hallucinations, mais surtout dans l'approche phénoméno-structurale de l'*Étude N°23* consacrée aux « Bouffées délirantes », comme dans son analyse des niveaux de destructuration de la conscience exposée dans l'*Étude N°27*, analyse que l'on trouvera approfondie dans son ouvrage *La conscience* (1962-1969) et remaniée enfin, en 1973, dans son *Traité des hallucinations*. La voie nouvelle tracée par E. MINKOWSKI (1885-1972) dans son ouvrage phénoménologique de référence sur « *Le temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques* » paru en 1933, sera non seulement d'un recours essentiel dans la rédaction de l'*Étude N°22* sur « *La mélancolie* », mais aussi un modèle de psychopathologie structurale. C'est à lui et à son épouse Françoise MINKOWSKA-BROKMAN (1882-1950) qu'Henri EY devra la dialectique si souvent utilisée dans les *Études*, de la forme et du contenu, métaphore du négatif et du positif.

Revenant à la bibliographie de ce premier travail sur l'automatisme, on trouve également citée la récente thèse de son ami Jacques LACAN (1901-1981) qui est, elle aussi, composée en deux parties : l'une qui traite de la formation historique du groupe des psychoses paranoïaques depuis ses origines avec l'emploi du terme par HEINROTH (1773-1842) en 1818 jusqu'à la définition proposée par Emil KRAEPELIN (1856-1926) dans l'édition de 1915 de son *Lherbuch* non traduite en français. L'autre qui expose brillamment le courant novateur partagé d'ailleurs par les surréalistes qui, dans la ligne de la « psychogenèse » de KRETSCHMER, d'Eugène BLEULER et surtout de FREUD, battait en brèche, avec l'appui actif d'Henri EY, le courant constitutionnaliste défendu alors en France par Ernest DUPRÉ (1862-1921), GÉNIL-PERRIN (1882-1964). Henri EY, toujours ouvert au dialogue fécond, fait dans les *Études* plusieurs références aux travaux désormais psychanalytiques de J. LACAN.

Le second ouvrage d'Henri EY parut d'abord sous la forme de deux articles cosignés avec Julien ROUART dans *L'Encéphale* en 1936 puis en 1938 en un seul volume chez Doin avec une préface du professeur Henri CLAUDE (1869-1965). Cet « *Essai d'application des principes de JACKSON à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie* » comprend une première partie où sont rappelés ces principes tels que le grand neurologue anglais les avait exposés dans les *Croonian Lectures*, conférences

faites à la fin du XIX^{ème} siècle, traduites en français et publiées dans les *Archives Suisses de neurologie et de Psychiatrie* en 1921 et 22, puis recueillies dans les *Selected Writings of John Hughlings JACKSON* (1838-1911) par James TAYLOR. La deuxième partie de cet essai envisage la dissolution de l'activité psychique au cours des états psychopathologiques sous l'angle des idées de JACKSON. Il y est fait référence à d'autres travaux des deux auteurs (*Hallucinations et Délire* et congrès de Prangins pour EY, thèse pour ROUART) sur « le principe peut-être le plus général qui régit le domaine de la psychopathologie, celui de *l'écart organo-clinique* ». Cette question va constituer l'axe de réflexion de toute l'œuvre de EY. S'il est un des premiers ou le premier à la poser et à tenter d'y répondre en ce qui concerne la psychopathologie je ne suis pas sûr qu'il n'ait pas été précédé dans celui de la neuro-pathologie par des auteurs comme Ludo Van BOGAERT.

EY écrit alors : « l'écart organo-clinique... assure à la science psychiatrique une double originalité de fait et de droit. L'originalité de fait, celle qui lui est si injustement reprochée c'est que dans le domaine des sciences médicales, aucune n'est autant restée dans l'ignorance des processus étiologiques en raison de la *réalité* psychique qui s'interpose entre la lésion et le tableau clinique. L'originalité de droit, si méconnue par les psychiatres eux-mêmes, est qu'en raison même de cet écart la science psychiatrique, plus qu'une autre branche de la pathologie, a le droit de s'intéresser, en deçà même des recherches étiologique (même supposée entièrement achevées) au groupe-ment syndromique, à l'analyse toujours pathogéniques des faits cliniques. Autrement dit encore, si la science psychiatrique demeure la science des causes des maladies mentales, elle a encore pour objet l'étude analytique de la folie »(p.162).

C'est dans cette même période de l'immédiat avant-guerre que nous percevons un frémissement annonciateur de la survenue prochaine d'un nouveau paradigme en psychopathologie, celui que le regretté Georges LANTÉRI-LAURA (1930-2004) a décrit comme étant le troisième dans l'histoire de la psychiatrie, venant après ceux de l'aliénation mentale et des maladies mentales et qu'il a désigné comme étant celui des structures psychopathologiques. Ainsi les deux ouvrages d'Henri EY dont nous venons de parler après ceux d'Eugène MINKOWSKI, et la fondation de la revue avec le groupe d'études de *L'Evolution psychiatrique* en sont les premières manifestations à Paris.

Avant la deuxième guerre mondiale.

Mais la situation politique en Europe, puis la Seconde Guerre Mondiale avec les terrifiantes conséquences qu'elle va entraîner sur le sort des malades mentaux va retarder ce changement de paradigme et en déplacer le centre où il va se produire.

La fuite des psychanalystes d'Europe centrale menacés par la persécution raciale vers d'autres pays européens ou américains est bien connue des historiens de la psychanalyse.

Pour notre propos d'aujourd'hui nous rappellerons les années passées par Rudolph LOEWENSTEIN (1898-1976) en France où il sera mobilisé en 1939 après sa naturalisation. À la suite de son départ en 1941 pour Genève puis New-York, il retrouvera Heinz HARTMANN (1894-1979) et Ernst KRIS (1900-1957), autres fondateurs de l'*Ego psychology* qui aura une influence marquée sur la psychanalyse et la psychiatrie nord-américaine. LOEWENSTEIN parallèlement à ses interventions à la *Société psychanalytique de Paris* où, se forment des psychanalystes conformément aux recommandations de l'Association psychanalytique internationale (I.P.A.), intervient à plusieurs reprises à partir de 1927 à *L'Evolution psychiatrique*, société fondée par les rédacteurs des volumes parus sous ce titre en 1926-1927 et qui réunit des psychiatres venus de plusieurs pays avec des formations très diverses.

Il faut aussi parmi ces psychiatres contraints à l'exil rappeler le nom de Wilhem MAYER-GROSS (1889-1911), dont EY présente largement dans ses *Étude* n° 24 « *Bouffées délirantes* » et n° 25 « *Confusion* » les travaux allemands et notamment *Die Oneiroïde Erlebnissform* (1924) inspiré de la psychologie structurale de Karl JASPERS (1883-1969) avant que le titulaire de la chaire de Groningen ne soit contraint à l'exil pour l'Angleterre. La publication en 1954 dans ce pays du traité « *Clinical Psychiatry* », par W. MAYER-GROSS, E. SLATER et M. ROTH fera pénétrer dans la psychiatrie de langue anglaise certaines des conceptions psychopathologiques allemandes, notamment celles de *l'Ecole de Heidelberg*.

C'est bien une remarque du même W. MAYER-GROSS suggérant l'intérêt qu'il y aurait à faire un parallèle entre les symptômes dits par Eugen BLEULER « primaires » et « secondaires » dans les psychoses schizophréniques et ceux dits « négatifs » et « positifs » par Hughlings JACKSON dans les dissolutions de la conscience, qui a inspiré Henri EY dans sa tentative d'appliquer les idées du second à ce groupe de psychoses délirantes chroniques.

Le résultat de ces recherches psychopathologiques sur les psychoses chroniques aurait dû être exposé dans le tome III des *Études psychiatriques* annoncé « à paraître » dans le deuxième mais lorsque celui-ci parut en 1954 il ne traitait que des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience et n'abordait ni le champ des névroses ni celui des psychoses chroniques. Les raisons pour lesquelles les *Études* sont restées inachevées ont donné lieu à diverses hypothèses dont nous reparlerons. L'absence du Tome IV qui, lui, devait être consacré aux processus somatiques générateurs s'explique en partie par cette originalité de droit de la science psychiatrique dont nous a parlé EY de s'intéresser en deçà des recherches étiologiques à l'analyse toujours pathogénique des faits cliniques.

PRÉFACES

Signalons cependant qu'au cours d'un symposium réuni en 1956 à Madrid par le professeur Juan José LOPEZ IBOR (1906-1991) pour préparer le II^{ème} Congrès mondial que devait organiser à Zurich Manfred BLEULER (1903-1996) sous la présidence de C.G. JUNG (1871-1961) avec pour thème exclusif la schizophrénie, EY fit une importante communication sur *La concepcion organo-dinamica de la esquizofrenia* dans lequel il donne la trame de ce qu'aurait pu être une application de ses principes psychopathologiques à la schizophrénie. L'intérêt de ce symposium vient en outre de ce qu'y participèrent les principaux auteurs européens qui faisaient alors des recherches sur le sujet : J. BARAHONA FERNANDES (Lisbonne), Manfred BLEULER (Zurich), Julio DELGADO (Séville), Charles DURAND (Prangins), Gonzalo LAFORA (Madrid), Ramon SARRÓ (Barcelone), Kurt SCHNEIDER (Heidelberg), Jakob WYRSCH (Berne), etc... La lecture de leurs communications respectives nous éclaire sur l'état de la question au milieu du XX^{ème} siècle. Pour les uns le schizophrène est un patient atteint d'une maladie, pour les autres c'est avant tout, dans une perspective existentielle, une personne confrontée à une expérience vitale. La conception organo - dynamique de EY combine les deux points de vue dans la mesure où la psychose schizophrénique par sa structure à la fois négative et positive témoigne de la tentative de reconstitution par la personne du schizophrène d'un nouveau destin vital.

Mais il ne faudrait pas oublier qu'avant même que n'éclate la Seconde Guerre Mondiale, la Guerre d'Espagne avait conduit à l'exil des médecins républicains espagnols dont de nombreux neuropsychiatres. Plusieurs d'entre eux s'exilèrent en Amérique latine, après pour certains, une étape à Paris où ils furent aidés par Clovis VINCENT (1879-1947). Le fondateur de la neurochirurgie faisait déjà pratiquer avant la guerre l'examen histologique des tumeurs opérées à la Pitié par Pio del RIO ORTEGA (1882-1945) qui s'exila à Oxford puis à Buenos-Aires. Deux noms sont encore à citer : celui d'Angel GARMA ZUBIRAZETTA (1904-1993) qui, après une formation psychanalytique en Allemagne et un temps passé à Paris fut un des introducteurs de la psychanalyse en Argentine. Et surtout Dionisio NIETO (1908-1985) formé en Allemagne dans les années trente et qui, exilé à Mexico, y fonda l'Institut de neurobiologie. C'est NIETO, parfait connaisseur de la psychiatrie française qu'il enseignait à ses élèves, qui utilisa pour la première fois la *chlorpromazine* dont il avait appris la découverte à Paris. Cela se passa à l'hôpital de la Castañeda de Mexico en 1955. Ce fut la première utilisation sur tout le continent américain. NIETO sera connu internationalement lors du II^{ème} Congrès mondial à Zurich à la suite de sa communication décrivant les modifications de la névroglie observées en utilisant la méthode de del RIO ORTEGA dans les régions diencéphalo - limbiques chez certains malades souffrant de schizophrénie. La critique de l'antipsychiatrie que fit NIETO est plus tardive. Elle fait référence aux Journées organisées en 1969 à Toulouse par *L'Evolution psychiatrique sur la concep-*

tion idéologique de « l'histoire de la folie » de Michel FOUCAULT. Mais nous évoquons là des moments de l'histoire de la psychiatrie bien postérieurs à 39-45. En fait la Seconde Guerre Mondiale avait interrompu brutalement et pendant de longues années les échanges entre les différentes écoles nationales, échanges qui seront longs à se rétablir.

Les *Annales Médico-Psychologiques* avaient peu avant la guerre, entre 1936 et 1938, demandé aux représentants les plus éminents de ces principales écoles nationales d'exposer ce qu'était l'état de la science psychiatrique dans leurs pays respectifs. Nous sommes de nos jours stupéfaits lorsque nous lisons l'article de Robert GAUPP (1878-1953), continuateur de l'œuvre de KRAEPELIN dans le domaine des psychoses paranoïaques sur *les tendances actuelles de la psychiatrie allemande* (A.M.P., 1938, 92, 2). Non seulement GAUPP annexe les « voisins de langue allemande du Sud et de l'Est », c'est à dire les auteurs suisses et autrichiens, mais il considère que la loi du 14 Juillet 1933 sur la stérilisation des malades atteints de maladies héréditaires (il reconnaît l'antériorité dans ce domaine des législations nord-américaine et du canton de Vaud) et les travaux de biologie héréditaire « rendus très zélés par les exigences de l'Etat » font que « la psychiatrie allemande trouve de nouveau un contact plus étroit avec la science française à qui, depuis un siècle, elle doit beaucoup de choses, et dont elle suit l'évolution propre avec beaucoup d'intérêt ». Eugène MINKOWSKI protestera dans un article publié la même année dans cette même revue contre cette hygiène raciale.

Nous avons eu la surprise de retrouver dans les divers tomes des *Études* des références aux travaux sur la schizophrénie de Carl SCHNEIDER ou sur l'hérédité d'Ernst RÜDIN qui échappèrent au Tribunal de Nuremberg, le premier par le suicide et le second grâce à sa nationalité suisse. Après un long silence des historiens sur cette psychiatrie nazie son étude a été reprise en Allemagne, notamment lors du *XI^{ème} Congrès Mondial* de 1999 à Hambourg.

La Seconde guerre mondiale.

De fait les psychiatres français n'eurent pendant l'Occupation pratiquement aucune possibilité d'échanger leurs idées avec ceux d'autres pays. *L'Évolution psychiatrique* en particulier interrompit ses réunions et la publication de sa revue pendant l'occupation, malgré les propositions de l'un des fondateurs du groupe d'études, René LAFFORGUE (1894-1962) qui, né en Alsace annexée après 1870 et donc à l'origine de nationalité et de formation allemande, de tenter d'obtenir des autorités d'occupation les autorisations nécessaires.

Cependant dès 1942 Henri EY organise à l'hôpital de Bonneval, comme pour mar-

quer que cette situation ne doit pas tarir le cours de la pensée psychiatrique française, les premières « *Journées d'études* » où il présente une *Esquisse du plan de l'histoire naturelle de la folie*. Ce travail ne nous est connu que par des notes recueillies pendant ces journées des 15 et 16 Août et récemment republiées par J. CHAZAUD chez L'Harmattan (2006). EY précise dans l'Avertissement placé en tête du premier tome des *Études* que celles-ci ne sont que des « pièces détachées » de l'ouvrage qu'il rêvait d'écrire depuis vingt ans sous ce titre *d'Histoire naturelle de la folie* que la guerre l'a empêché de réaliser. L'un de nous en rendra compte plus loin.

L'Étude N°1, La folie et les valeurs humaines est le texte d'une allocution prononcée à la séance inaugurale des *Journées psychiatriques* de Mars 1945 à la Faculté de Médecine de Paris après donc la libération de cette ville mais avant même la fin de la guerre.

Les *deuxièmes Journées de Bonneval* consacrées aux *Rapports entre la Neurologie et la Psychiatrie* avec la participation de Julian de AJURIAGUERRA (1911-1992) qui d'origine espagnole avait fait ses études de médecine à Paris dans l'entre-deux guerres et d'Henri HÉCAEN eurent lieu en 1944 mais le texte des rapports *Neurologie et psychiatrie* par EY et *Dissolutions générale et dissolutions générales des fonctions nerveuses* par AJURIAGUERRA et HÉCAEN qui adoptent un point de vue jacksonien ne fut publié qu'après la guerre en 1947 chez Hermann & Cie qui en a publié en 1998 une deuxième édition avec un avant-propos de J.C. COLOMBEL et R.M. PALEM.

L'après guerre.

Hermann, éditeur des sciences et des arts, publiera dans les *Actualités scientifiques et industrielles* en 1950 les six volumes de rapports au *Premier Congrès International de Psychiatrie* puis, en 1952 ceux des compte-rendus de leurs discussions au *Premier Congrès Mondial*, puisqu'il changea d'intitulé au cours de son déroulement en raison de son succès même. Pas moins de 29 pays y furent représentés

Ce congrès organisé par Henri EY marque le rétablissement des échanges internationaux au moins entre les sociétés nationales de psychiatrie alors existantes ou entre psychiatres exerçant dans des pays où leur nombre n'avait pas encore permis de constituer de telles sociétés. Il était prévu qu'il soit présidé par Pierre JANET alors mondialement connu mais la mort de celui-ci en 1947 fit qu'il le fut par Jean DELAY (1907-1987). Ce dernier avait été confirmé à la Libération dans ses fonctions de professeur titulaire à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale dont il assurait l'intérim depuis 1942 à la suite de la déportation à Auschwitz de Joseph LÉVY-VALENSI (1879-1943) qui, du fait de son origine juive, n'avait pu occuper le poste auquel il avait été élu et dont on apprit qu'il avait été gazé quelques jours après l'arrivée du convoi au camp d'extermination.

Ce *Premier Congrès de Paris* permit à de nombreux psychiatres et psychanalystes exilés de revenir en Europe continentale. On peut, parmi eux, citer les noms d'Anna FREUD (1895-1982) et de Mélanie KLEIN (1882-1962) qui y exposèrent leurs idées sur la psychanalyse des enfants, sujet alors de vifs débats.

Jean DELAY fut élu président de l'*Association pour l'organisation de Congrès Mondiaux de Psychiatrie*, fondée pendant le déroulement du congrès et Henri EY secrétaire général, fonction qu'il occupera pendant pas moins de seize ans, jusqu'au *IV^{ème} Congrès* organisé à Madrid en 1966 par le professeur Juan-José LOPEZ-IBOR.

On retrouve trace de ce *Premier Congrès* dans les références nombreuses aux rapports ou aux comptes-rendus qui figurent dans les tomes des *Études* publiés lors de sa préparation ou à son issue. La première édition en 1948 du tome I « *Historique. Méthodologie. Psychopathologie générale* » fut suivie en 1952 d'une deuxième édition revue et augmentée. Dans la préface Henri EY écrit « L'évolution de la psychiatrie contemporaine telle que, notamment le premier Congrès mondial de Psychiatrie l'a révélée, me confirme dans la stricte position organo-dynamiste que j'ai prise et que j'estime la seule capable d'ouvrir, sur le champ de la psychiatrie, une perspective ordonnée ». De fait après avoir dans ce premier tome comparé *Une théorie mécaniciste. La doctrine de G. de Clérambault (Étude N°5)* et *Une conception psychogénétiste. Freud et l'école psychanalytique (Étude N°6)* il affirme *les principes d'une conception organo-dynamiste de la psychiatrie (Étude N°7)* avant de faire du rêve le « fait primordial » de la psychopathologie en établissant les rapports entre la dissolution hypnotique et les dissolutions psychopathologiques (*Étude N°8*)

A partir du tome II, *Aspects sémiologiques*, chacune des *Études* est construite selon le modèle des premiers ouvrages de EY : après un historique minutieux de la question le point de vue de l'auteur est comparé à celui de ses contemporains et est suivie d'une bibliographie internationale : allemande, espagnole, portugaise, italienne, suisse, belge, scandinave, anglaise mais aussi largement tournée vers les Amériques non seulement du Sud mais aussi du Nord. Elle peut prendre une extension considérable allant des ouvrages classiques jusqu'aux plus récents.

On remarque parmi ces derniers d'autres volumes de la « Bibliothèque Neuro-Psychiatrique de Langue Française » (B.N.P.L.F.) dont l'éditeur est Desclée de Brouwer et où s'incluent les tomes des *Études psychiatriques*. Le comité de direction de la B.N.P.L.F. bien que francophone, est lui aussi international puisqu'il comprend Manfred BLEULER (Zurich), Ludo van BOGAERTH (Anvers), Henri EY (Bonneval) Henri FLOURNOY (Genève), Jacques LACAN, Jean LHERMITTE et Eugène MINKOWSKI tous trois de Paris. La bibliothèque finira par compter plus de vingt titres y compris les trois tomes des *Études* et les deux volumes des *IV^{ème} et VI^{ème} Colloques de Bonneval* comme sont désormais intitulées les *Journées*. On y relève les rééditions d'ouvrages

PRÉFACES

classiques de la littérature psychiatrique française du XX^{ème} siècle : les thèses de J. FAVEZ-BOUTONNIER (dont s'inspire largement l'*Études* N°15 sur l'Angoisse), de DALBIEZ (dont les thèses sont reprises dans certains chapitres des *Études* N°8 et 27), d'Eugène MINKOWSKI, (*Étude* N°22 sur la Mélancolie) d'Alexandre VEXLIARD, mais aussi des nouveautés comme les *Epilepsies* de MARCHAND et AJURRIAGUERRA, *Le Rorschach* de Françoise MINKOWSKA, (travaux tous deux utilisés dans l'*Études* N°26 sur l'Épilepsie), *L'Évolution des connaissances et des doctrines sur les localisations cérébrales* d'HÉCAEN et LANTÉRI-LAURA et des traductions en français d'ouvrages importants comme *Le cas Suzan Urban* de Ludwig BINSWANGER, *Phénoménologie du masque à travers le Rorschach* de Roland KUHN (avec une préface de Gaston BACHELARD) et surtout *Le cycle de la Structure (Die Gestaltkreiss)* de Viktor von WEIZSAECKER (1889-) traduit de l'allemand par Michel FOUCAULT et Daniel ROCHER avec une préface d'Henri EY. Un des derniers ouvrages de cette Bibliothèque est « *La notion de schizophrénie. Séminaire de Thuir* » (Février-Juin 1975) où chacune des sept séances est introduite par Henri EY qui donne les références de ses propres travaux sur le sujet et des ouvrages des autres auteurs qu'il y cite.

Enfin est annoncé dans cette Bibliothèque Neuro-Psychiatrique de Langue Françaises une *Histoire de la psychiatrie dans l'histoire de la médecine* (en préparation) qui restera inachevée et dont seule paraîtra la première partie grâce à H. MAUREL de façon posthume en 1981 chez Masson sous le titre *Naissance de la Médecine*.

Le III^{ème} Colloque de Bonneval sur *Le problème de l'organogenèse et de la psychogenèse des psychoses et des névroses* qui s'était tenu en 1946 paraît dans la B.N.P.L.F. en 1950, l'année du Premier Congrès Mondial de Paris mais le VI^{ème} sur *L'Inconscient* célébré en 1960 ne pourra paraître en raison de l'extrême difficulté à réunir les textes qu'en 1966, ce dont s'excuse EY.

Le IV^{ème} Colloque, *Autour de la notion d'hérédité* en 1950 ne sera jamais publié bien que EY l'annonce « à paraître » dans les *Études*. Il aurait été intéressant de comparer les rapports présentés en 1950 au colloque par les rapporteurs français et ceux présentés cette même année au Congrès Mondial dans la Section VI Psychiatrie sociale sur *Génétique et eugénique* par F.J. KALLMAN (New-York), L.S. PEROSE, J.A. FRASER-ROBERTS et E. SLATER (Londres) et E. STROMGEN (Aarhus). Les auteurs français étaient sans doute plus réticents à aborder la question sous l'angle de l'eugénisme encore marqué par le nazisme qui avait conclu à l'euthanasie de malades atteints de maladies mentales considérées comme incurables rendant leur vie indigne d'être vécue.

Le V^{ème} colloque qui s'était tenu à Bonneval en 1957 pour, comme le symposium de Madrid de 1956, préparer le *Deuxième Congrès Mondial de Zurich* paraîtra mais en 1958 dans *l'Évolution Psychiatrique* : un premier fascicule consacré à des articles d'auteurs français est suivi d'un deuxième avec des analyses en français de la biblio-

graphie internationale récente sur la schizophrénie : L. BINSWANGER, H. SCHUTZ, HENCKE, S. ARIETI, Derek RICHTER, G. LANFELD, Ida MALCAPINE, Frieda FROMM-REICHMAN, LEWIS B. HILL, Klaus CONRAD.

Dans « *Etat actuel de nos connaissances sur le groupe des schizophrénies* » Henri EY rend brièvement compte du Congrès de Zurich, témoignant d'une certaine déception, la seule nouveauté notable étant la confirmation de l'action des neuroleptiques dont Jean DELAY et Pierre DENIKER (1917-1998) présentèrent une classification claire et complète.

Dans le même numéro de la revue Paul RACAMIER (1923-1996) présente l'œuvre de Frieda FROMM-REICHMANN (1889-1957), qui décédée brutalement avant le *II^{ème} Congrès Mondial de Zurich* n'avait pu y présenter comme prévu ses travaux sur le traitement psychanalytique des patients schizophrènes pratiqué à la *Chesnut Lodge Clinic*.

Le Traité de psychiatrie clinique et thérapeutique.

Peu après le *Premier Congrès de Paris*, Henri EY avait entrepris une nouvelle tâche éditoriale qui témoigne du même double souci : d'une part affirmer l'existence de la psychiatrie en tant que spécialité médicale à part entière, d'autre part conquérir la place que doit tenir la littérature psychiatrique de langue française dans cette approche nouvelle de la pathologie mentale dont nous avons perçu les prémisses avant la guerre et dont témoigne, après celle-ci, la *Bibliothèque Neuro-Psychiatrique de Langue Française* où sont publiées les *Études*. L'occasion lui en a été fournie lorsque lui fut confiée la direction du *Traité de psychiatrie clinique et thérapeutique* dont les volumes devaient prendre place dans l'ensemble de ceux de l'Encyclopédie médico-chirurgicale (E.M.C.). La première édition dirigée par Henri EY de ce Traité à révision périodique parut en 1955. Un volume annexe traitant de *La psychiatrie dans le monde* comprenait douze chapitres où autant d'auteurs présentaient l'état de la psychiatrie à cette date dans leurs pays respectifs ; en raison de son caractère particulier, il ne devait pas être révisé annuellement mais réédité globalement chaque fois que la nécessité s'en ferait sentir. Il n'y a pas eu malheureusement de réédition de ce volume qui est ainsi devenu un document très précieux pour l'histoire de la psychiatrie. Dans plusieurs chapitres, les auteurs signalent les travaux psychiatriques les plus importants parus dans leurs pays dans les années cinquante. On retrouve ainsi mentionnés :

- pour la République Fédérale allemande l'ouvrage de V. von WEIZSÄCHER *Der Gestaltkreis* que EY a fait traduire en 1958.(cité comme « vitaliste » allemand dans l'*Étude N°2*, p.30)

- pour la Belgique les travaux de Ludo Van BOGAERT notamment ceux sur les leuco- encéphalites subaiguës qui soulèvent la question de l'écart organo-clinique. (déjà mentionné dans l'*Étude N°23* et celle sur la *Catatonie N°10*)

PRÉFACES

- pour la Grande-Bretagne ceux de MAYER-GROSS et d'Aubrey LEWIS (1900-1975) qui présentera vingt ans après, le glossaire et Guide de classification des troubles mentaux de la huitième révision de la *Classification Internationales des Maladies* (C.I.M.VIII). (MAYER-GROSS fournit une bonne partie du matériel clinique de l'*Etude N°23, Bouffées délirantes*)

- pour les Pays-Bas H.C. RUMKE donne une importante bibliographie où figurent ses propres travaux. (RUMKE est argement cité dans l'*Etude N°21, Manie*)

- pour le Pérou Honorio DELGADO (1892-1969), cité dans l'*Etude N°27*, rappelle le Mémoire sur *La psychiatrie en Amérique du Sud* qu'il avait publié avec O. TRELLES en 1939 dans la série des *Annales médico-psychologiques* (C'est au cours d'une réunion au *Premier Congrès de Paris* en 1950 que fut fondée l'*Asociacion psiquiatrica latino-americana* A. P. A. L.)

- pour la Suède Trosten SJÖGREN donne la liste des ouvrages de psychiatrie parus dans son pays entre 1933 et 1955 dont les siens propres sur l'hérédité, comme si la neutralité de leur pays avait permis aux psychiatres suédois de poursuivre en toute sérénité leurs recherches. (D'autres auteurs suédois sont cités dans les *Etudes*)

- pour la Suisse Manfred BLEULER estime que l'on ne peut indiquer une tendance générale des travaux car les recherches ne sont pas centralisées dans la Confédération Helvétique, cependant il souligne l'orientation vers la phénoménologie et la « Dasein-analyse » et cite les travaux de BINSWANGER ; pour la psychanalyse il souligne l'influence de C.G. JUNG ; quant à ses propres travaux il retient paradoxalement ceux sur la psychiatrie endocrinologique. (Tous auteurs largement cités dans les *Etudes*, en particulier BINSWANGER essentiel à l'*Etude N°21, Manie*)

- pour la Turquie Ihsan Sükür AKSEL, directeur de la clinique psychiatrique de l'Université d'Istanbul et formé dans les laboratoires de SPIELMEYER à Munich et de JACOB à Hambourg fait remarquer qu'en raison du peu de place donnée lors du *Premier Congrès Mondial* à la neuropathologie il avait fait adopter une proposition de rapport sur l'anatomie pathologique des psychoses au deuxième.

- pour l'U.R.S.S., N.I. OSERETZKI ne donne aucune indication sur des travaux scientifiques récents sur la psychiatrie dans l'Union et lance un appel aux savants d'autres pays pour unir leurs efforts avec ceux des soviétiques pour résoudre les difficiles problèmes concernant l'étiologie, la pathogénie, la prophylaxie et le traitement des maladies psychiques.

- pas moins de trois textes sont consacrés à la psychiatrie aux Etats-Unis : le premier d'Oskar DIETHELM (cité dans les *Etudes Tome III*) traite successivement de la psychiatrie clinique, des traitements (à noter qu'en ce qui concerne l'usage des médicaments seul est mentionné celui des barbituriques ce qui explique l'hécatombe que leur emploi va entraîner à Hollywood et que celui des neuroleptiques n'est pas encore mentionné, la découverte de leurs effets antipsychotiques n'étant pas encore connue aux Etats-Unis), de la psychiatrie à l'hôpital général, de l'enseignement, de l'éducation du public, de la recherche, de la psychiatrie sociale et de la prévention, tous sujets qui montrent l'avance considérable prise par la psychiatrie nord-américaine pendant la guerre. Le second, écrit par Karl MENNINGER (1893-1990) lui-même, (largement cité dans les *Etudes*) le fon-

dateur de l'institution qui en était devenue la Mecque à Topeka au Kansas, décrit l'état de la psychiatrie américaine en se référant au mouvement psychanalytique ; sa lecture nous montre que le succès de la psychanalyse aux Etats-Unis paraît avoir eu moins d'influence sur le développement de la psychiatrie qu'on l'a imaginé en Europe et que son efficacité thérapeutique s'est rapidement heurté au scepticisme des travaux d'EYSENCK. MENNINGER mentionne sa propre contribution au *Congrès International de Paris* : « *Processus de régulation du Moi sous l'action d'un stress majeur* ». Le troisième article enfin, le plus intéressant du point de vue de l'histoire, traite de la psychiatrie infantile dont la naissance aux Etats-Unis est marquée par la fondation en 1952 de l'*Académie Américaine de Psychiatrie Infantile* ; les auteurs signalent les articles tout récents de Leo KANNER (1894-1981) sur l'autisme de la première enfance et ceux de René SPITZ (1887-1974) sur les maladies psychogéniques de l'enfance.

En ce qui concerne le corps même du *Traité clinique et thérapeutique*, EY confie la rédaction des articles à plus de cent quarante collaborateurs, la plupart membre de la société de l'*Evolution psychiatrique* mais il se réserve d'écrire lui-même les chapitres qu'il considère essentiels. Ce sont :

-Tout d'abord *L'histoire de la psychiatrie. La psychiatrie dans le cadre des sciences médicales*. Il y fait référence aux *Études N°2 Le rythme mécano-dynamiste de l'histoire de la médecine* et *N°3 Le développement « mécaniciste » de la psychiatrie à l'abri du dualisme « cartésien »* (Tome I) et *N°24*.

-*Les mouvements doctrinaux dans la psychiatrie contemporaine* où il fait référence à l'*Étude N°5. Une théorie mécaniciste : la doctrine de G. de Clérambault*.

-Et surtout l'important chapitre sur le « *Groupe des psychoses schizophréniques et des psychoses délirantes chroniques Les organisations vésaniques de la personnalité* ».

EY donne, pour chacun des sous-chapitres, des références bibliographiques récentes et, à la fin du chapitre, un important « index bibliographique » des principaux ouvrages parus depuis 1874 sur la démence précoce et la schizophrénie. Remarquons que si 1874 est la date de parution de l'article de KAHLBAUM « *Die Katatonie oder das Spannungsirresein* » EY cite aussi celui de HECKER « *Die Hebeephrenie* » qui date de 1871 et surtout celui de KAHLBAUM de 1863 « *Die Gruppierung des psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen* » ce qui avance la date d'apparition du concept dans l'histoire de la psychiatrie. Par contre en ce qui concerne ses propres travaux sur le sujet, il se borne à citer l'*Étude N°10* sur la catatonie qui figure dans le tome II des *Études psychiatriques. Aspects sémiologiques*.

Nous avons la surprise en lisant les légendes de deux des images choisies par EY pour illustrer que « la personne du schizophrène devient une personne autiste dans la mesure où l'inconscient éjecté devient la forme de l'être, sa surface » qu'il s'agit là des

« extraits de l'Étude N°31, *Schizophrénie* » à paraître dans le tome IV des *Études psychiatriques* ». (La figure n°2 est la reproduction du n°110 « Trous de vers... », aquarelle peinte par le Maître schizophrène KLOTZ et faisant partie de la collection réunie à Heidelberg par Hanz PRINZHORN (1886-1933) dont une reproduction ornait la bibliothèque de Sainte-Anne ; et la figure n°3 celle d'un fragment du triptyque du « *Jardin des Délices* » de Jérôme BOSCH dont une copie se trouvait dans le bureau-bibliothèque de EY dans sa maison familiale de Banyuls dels Aspres où il s'était retiré).

Les derniers textes sur les psychoses schizophréniques.

En 1955, EY n'avait donc pas renoncé à publier un quatrième tome d'*Études psychiatriques* où la schizophrénie aurait pris place au N°31 après les 27 des trois premiers parus entre 1948 et 1952. Quels auraient été alors les sujets des *Études N°28, 29 et 30* ? Le chapitre sur les psychoses délirantes chroniques du *Traité* ne le remplace pas comme nous en avons nous-même fait l'hypothèse. Pourtant lorsque nous avons rassemblés en 1999, sous le titre *Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques* vingt-deux textes publiés en français par Henri EY entre 1926 et 1973 sur le sujet nous n'en avons trouvé aucun postérieur à 1955 qui ait la forme d'une étude. EY se borne pendant les trois années qui suivent à commenter des ouvrages de la littérature internationale publiés par d'autres auteurs comme ceux de K. KOLE et de Jacob WYRSCH sur les psychoses endogènes à l'occasion du centenaire de KRAEPELIN, et à faire ses propres remarques après le *Deuxième Congrès Mondial de Zurich* sur l'état actuel de nos connaissances sur le groupe des schizophrénies, et sur « *L'intervention psychothérapeutique dans la schizophrénie* » de LEWIS B. HILL.

Ces commentaires traduisent une désapprobation de l'extension qu'est en train de prendre le concept en s'éloignant du modèle proposé par Eugen BLEULER et la nécessité d'en préciser de nouveau les limites. Plusieurs articles publiés par EY dans d'autres langues destinées à des lecteurs non francophones dans les années soixante, ainsi que son intervention sur « *Névrose et schizophrénie* » pour le colloque de Tbilissi, vont en ce sens.

Ce n'est que beaucoup plus tard en 1973 à propos du livre de Manfred BLEULER paru l'année précédente « *Die schizophreneren Geistesstörungen in Leichte langjährig-gekränkten Familien* », ouvrage non encore traduit en français et depuis peu en anglais, où l'auteur bouscule quelque peu les idées de son père, qu'EY écrit : « le chapitre que j'ai écrit sur les Psychoses Schizophréniques dans l'Encyclopédie en 1955, je ne l'écrirais plus tout à fait dans la même forme 17 ans après, mais il m'a plu en le relisant de constater que par avance -ou déjà en faisant état des recherches de l'école de Zürich – je me trouvais d'accord avec M. BLEULER pour souligner la réver-

sibilité, la flexibilité, la non-fatalité de l'évolution psychotique ». (Nous ne savons pas si c'est l'abandon par Manfred BLEULER de la dénomination « Schizophrénie » qui a conduit les auteurs nord-américains à parler en 1980 dans le D.S.M.III de Troubles schizophréniques avant de revenir en 1984 dans le D.S.M.IV à *Schizophrenia*). Nous pouvons imaginer que l'*Étude N°31* aurait pu être ce chapitre du *Traité* écrit sous une autre forme mais laquelle ?

Henri EY inclut dans le *Manuel de psychiatrie* qu'il publie à partir de 1960, avec Paul BERNARD et Charles BRISSET, un chapitre sur les psychoses schizophréniques ; on constate en comparant les éditions successives jusqu'à la quatrième entièrement remaniée de 1972 qu'il y a peu de modifications sur le fonds et que c'est surtout l'index bibliographique qui est complété par l'indication des publications internationales récentes. On y retrouve la mention du livre de Manfred BLEULER, qui lui avait inspiré son commentaire, ainsi que la référence à plusieurs dizaines de pages au début du deuxième tome de son *Traité des hallucinations* qui traitent du « groupe des psychoses schizophréniques », puis, après celles consacrées aux « Délires systématisés » (paranoïa) et aux « Délires fantastiques paraphréniques », celles sur « la transformation des trois espèces de Délire chronique et leur forme hallucinatoire », pages essentielles car elles nous livrent peut-être la clé de ce qui aurait pu être le contenu du Tome IV des *Études psychiatriques*, après les polémiques sur la réalité de la maladie mentale provoquées par le mouvement antipsychiatrique.

L'anti antipsychiatrie.

EY avait pris en 1974 position sur *L'antipsychiatrie (Son sens et ses contresens)* dans une mise à jour du *Traité de Psychiatrie* qui comprend une importante bibliographie internationale sur le mouvement antipsychiatrique que l'on a pu considérer comme un feu de paille n'ayant pas eu à terme d'influence sur l'évolution de la psychiatrie, alors que nous pensons qu'il en a accéléré l'évolution dans nombre de pays.

EY écrit dans le *Traité des hallucinations* qui, de la même manière, lui donne l'occasion de donner les références de la littérature internationale depuis les premiers travaux sur les rapports entre hallucinations et délire, c'est à dire depuis la genèse même de la psychiatrie, jusqu'en 1973 ces lignes qui peuvent servir à situer les *Études* dans son histoire au XX^{ème} siècle : « Quelques conclusions s'imposent au terme de cette étude des Psychoses délirantes et hallucinatoires chroniques :

1° Il s'agit d'espèces d'un même genre et qui peuvent se transformer d'une espèce à l'autre.

2° Toutes sont processuelles (c'est à dire des *manifestations* sur le plan clinique) d'une désorganisation du corps psychique en tant qu'il constitue l'être conscient, en tant qu'il est le Moi législateur du système de la réalité et de l'unité de sa propre personne.

3° mais le *processus psychotique*, pour négatif qu'il soit dans sa nature, libère les forces de l'inconscient. Il a lui-même un pouvoir dynamogénique qui donne son sens au Délire.

4° Dans une telle perspective organo-dynamique, les psychoses, même les plus graves et les plus chroniques ne peuvent pas, ne doivent jamais être considérées comme irréversibles. C'est en connaissant et suivant le travail du délire qui indexe si exactement l'activité hallucinatoire, que l'on peut et que l'on doit en évaluer et en modifier le cours, sans se laisser aller à trop d'illusions faciles et en prenant conscience de la gravité, de la réalité, de ces maladies de la réalité ».

Le Séminaire de Thuir.

Le dernier ouvrage publié par Henri EY dans la B. N. P. L. F., le vingt deuxième de la collection, réunit les textes des sept séances du séminaire qu'il a animé de Février à Juin 1975 à Thuir dans les Aspres de son Roussillon natal. EY maintenant proche de la fin de sa vie y apparaît toujours comme le grand passeur d'idées que nous révèle la lecture des *Études* mais il ne s'agit plus uniquement de faciliter les échanges entre les différentes écoles nationales, il doit aussi être le nocher qui permet à une nouvelle génération de franchir l'obstacle qui la sépare de la connaissance de la psychiatrie mondiale.

EY introduit chacune des six premières séances avant de laisser la parole à un collègue plus jeune pour traiter la question à l'ordre du jour, mais il prend le soin de préciser qu'il avait particulièrement veillé à chaque fois à la bibliographie correspondante. Les références données sont tout à fait comparables à celles des *Études* allant des travaux les plus anciens aux plus récents et l'on est frappé par la rigueur de la mise à jour qui inclut des publications de l'ensemble de la littérature internationale jusqu'en 1974.

Au cours de la septième séance EY prend parti dans les discussions interminables qui avaient alors lieu à propos de l'application de la notion de *processus psychique* au sens de JASPERS à la schizophrénie : « Certains (et généralement les Psychanalystes, spécialistes de l'interprétation, herméneutistes intrépides qui entendent tout comprendre et motiver jusqu'à évacuer les obscurités du délire pour les assumer dans leur propre langage comme je l'ai souvent fait remarquer à propos des rapports de la psychanalyse, du délire et de la schizophrénie), certains donc (de M. FOUCAULT et Th. SZASZ jusqu'à R. LAING, B. COOPER et A. de WAELEHENS) contestent la validité de cette notion et en dénoncent l'abus, mais il suffit de se reporter à l'analyse du *Président Schreber* par FREUD ou telle qu'elle a été reprise par J. LACAN, « Ecrits » pp.557-583) pour se convaincre que le *délire verbal* du schizophrène manifeste la réalité même

(l'ontologie) de la pathologie de la personne, c'est à dire la fatalité qui le pousse à parler pour ne rien dire. Tout ce que nous avons dit, exposé et approfondi du processus schizophrénique, nous montre ... que le processus schizophrénique ne peut être réduit à la psychogenèse d'une pure idéologie (GABEL), ou au flux d'un fluide verbal (DELEUZE, etc....) : il manifeste la réalité d'un bouleversement qu'introduit dans le système de la réalité l'aliénation de la personne, comme une hétérogénéité ou comme un dérèglement de son organisation. C'est d'ailleurs ce que FREUD lui-même admettait en parlant à propos de la psychose (1916) d'une formation *alloplastique* du délire. »

EY note : « C'est la clinique et l'analyse structurale de processus schizophrénique qui peuvent le mieux répondre à la question que je me posais à la fin du tome II de mes études (*Étude N° 27*), lorsque je me demandais comment pouvons-nous théoriquement passer (comme le malade le fait) de la structure aiguë de la déstructuration du champ de la conscience à la structure chronique de la pathologie de la personnalité, de la folie d'un instant à la folie de l'existence ». Bien entendu l'*Étude N° 27, Structure et déstructuration de la conscience*, la dernière publiée, ne figure pas à la fin du tome II mais du tome III. C'est là que EY annonce que le prochain volume traitera « des rapports réciproques ou non (c'est là toute la question) – c'est nous qui soulignons – de la pathologie de la conscience et de la pathologie de la personnalité ». EY se fondant sur ce que dit du Moi dans les psychoses aiguës Ludwig BINSWANGER dans son célèbre essai *Ideenflucht*, si souvent cité dans ses propres études, répond ainsi à la question qu'il avait lui même formulé vingt ans plus tôt : « devenir schizophrène c'est passer par des phases « processuelles » aiguës ou subir un trouble analogue à celui de l'expérience hypno-onirique, mais aussi ajouter à cette déstructuration du champ de l'expérience actuelle un bouleversement des structures temporelles ou historiques de la personnalité qui s'inscrit dans la conjugaison même du langage lequel devient l'ordre idéo-verbal d'un discours si singulier qu'il ne doit pas s'entendre...le processus pathologique est une pathologie qui altère radicalement et tout à la fois les modalités synchroniques et diachroniques de l'être conscient...et leurs rapports réciproques. »

Nous pouvons lire ce message posthume comme un testament spirituel nous indiquant quel aurait été le contenu de ce tome d'études annoncées et nous laissant le soin de continuer à réfléchir sur les rapports réciproques entre les structures synchroniques et diachroniques de l'être conscient.

Jean GARRABÉ

Président de l'Association pour une Fondation Henri EY

Situation des « *Études psychiatriques* » dans l'œuvre d'Henri EY.

Dr Patrice BELZEAUX

Les *Études psychiatriques* d'Henri EY resteront pour longtemps une référence non seulement pour le souffle indépassé de ses descriptions cliniques et l'empan d'une ampleur inimaginable aujourd'hui des références qu'il véhicule (qui en fait une mine pour tous les historiens et les chercheurs), mais aussi pour la hauteur de vue des questions qu'il pose aux nosographies et aux classifications, aux théoriciens de tous bords, comme au champ et aux limites de la psychiatrie elle-même, questions dont la plupart demeurent d'une actualité brûlante.

Evidemment, ce texte d'une richesse aux ramifications multiples qui en fait une œuvre, un *opus magnum*, peut féconder des approches érudites extrêmement diverses : cliniques, nosographiques, méthodologiques, théoriques, épistémologiques, historiques, sémiotiques, philosophiques, éthiques voire littéraires et esthétiques.

Nous nous limiterons dans le texte qui va suivre à décrire, en particulier grâce aux recherches effectuées sur les documents d'archives ¹, *la situation des Études psychiatriques dans l'œuvre d'Henri EY* et de conclure sur quelques remarques d'ordre épistémologique. Le lecteur désireux d'approfondir l'œuvre d'Henri EY, sa philosophie et son influence dans le monde pourra se reporter avec profit aux ouvrages de R.M. PALEM ² et à celui de J. GARRABÉ ³. Nous donnons à la fin du présent texte quelques éléments chronologiques afin de situer plus facilement parmi les quelque 600 articles et 15 ouvrages ⁴ que comprend l'œuvre d'Henri EY de 1926, date de sa thèse

1. Le Fonds Henri EY (archives et bibliothèque) est conservé, par la volonté de Renée EY et après convention avec l'Association pour la Fondation H. EY, aux Archives Municipales de Perpignan, rue de l'ancienne Université. Directrice M^{me} Michèle Ros.

2. PALEM Robert Michel « *Henri EY psychiatre et philosophe* » éd. Rive Droite, Paris, 1997 et « *La modernité d'Henri EY. L'Organodynamisme* » DdB, Paris, 1997 ; trad. en japonais T. FUJIMOTO avec préface du Pr Haruo AKIMOTO, Soronsa édit. Tokyo, 2004 – « *Henri EY et les Congrès Mondiaux de psychiatrie* » Traboucayre éd. Perpignan, 2000 – « *Organodynamisme et neurocognitivism* » L'Harmattan éd. Paris, 2006.

3. GARRABÉ Jean : « *Henri EY et la pensée psychiatrique contemporaine* » Les Empêcheurs de penser en rond, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1997.

4. On trouvera sur le site internet de l'Association pour la Fondation Henri EY « www.ey.asso.fr » le répertoire entier de ses œuvres établi par J. GRIGNON ainsi qu'une chronologie détaillée de ses activités personnelles, nationales et internationales (P. BELZEAUX). On y trouvera également en base de données le répertoire détaillé complet (27000 titres) de sa bibliothèque personnelle de travail (P. BELZEAUX).

« *Glycémie et maladie mentale* » à 1981, date de parution de son ouvrage posthume, « *Naissance de la médecine* », les articles et ouvrages auxquels nous ferons référence dans la suite de notre travail. Un simple coup d'œil sur cette bibliographie succincte permettra de nous rendre compte que les *Études psychiatriques* des années 1950 sont le creuset où convergent et d'où partiront toutes les questions qui nourriront les ouvrages d'H. EY ainsi que les débats et colloques qu'il organisera. Nous allons nous en expliquer au fur et à mesure.

L'esquisse du plan de l'histoire naturelle de la folie :

Après ses premiers travaux sur les hallucinations de 32-34 et l'intégration du jacksonisme en 36 à une conception globale de la psychiatrie dont il ne cessait d'enseigner la clinique, Henri EY réunissait les 15 et 16 août 1942, ses collègues, amis et élèves pour la 1^o *Journée de Bonneval* dont le thème n'était rien de moins que « *L'esquisse du plan de l'Histoire naturelle de la folie* » qui fut l'objet d'un tirage à 100 exemplaires hors commerce en 1943⁵, très bien reproduit en fac-similé dans le N°5 de mai 1999 de *L'Information psychiatrique*. Ce plan en 9 parties d'un ouvrage à venir n'est donné, nous en avertit H. EY, que « comme indication d'une doctrine qui par sa cohérence peut entraîner au travail d'équipe » (dernière ligne du document ; *Info. psy.*, 488). Il venait en outre de signaler : « Tel est le plan d'un ouvrage qui demandera encore autant de temps peut-être que les dix ans au cours desquels il a déjà été préparé. » 1932-1942 ; 1942-1952 : Henri EY ne se trompait pas sur l'ampleur de la tâche dans laquelle il s'était engagé en prenant à témoin ses amis. En effet, les *Études psychiatriques* préparées pendant 10 ans au travers des « leçons du mercredi » à Ste Anne, mettraient encore 10 ans avant de paraître au tournant des années 50 !

Ajoutons que ce numéro essentiel de *L'Information psychiatrique* de 1999, reproduit également en fac-similé un **document de travail dactylographié daté de décembre 1939**, provenant des Archives de H. EY répertoriées par R-M. PALEM. Le document est intitulé « *Études psychiatriques. Plan* ». Il comprend 6 parties et fait mention du nombre approximatif de pages pour chacun des chapitres :

5. « *L'esquisse du plan de l'Histoire naturelle de la folie* » de Henri EY (ouvrage en préparation), Notes recueillies pendant les Journées de Bonneval des 15 et 16 août 1942 par J.D. (Jacques DELMONT) tirage à 100 ex. numérotés et hors commerce sur les presses de l'Imprimerie Vendéenne à la Roche sur Yon le 30 juillet 1943. Réédition en fac-similé sous la direction de J. CHAZAUD et L. BONNAFÉ avec la complicité de P. NOEL in *L'Information psychiatrique* N° 5 Vol. 75, mai 1999 pp.443-558. Nouvelle réédition augmentée de préfaces par J. CHAZAUD in « *La folie au naturel ; le premier colloque de Bonneval comme moment décisif de l'histoire de la psychiatrie* », sous la direction de J. CHAZAUD et de L. BONNAFÉ. L'Harmattan éd. Paris 2005.

PRÉFACES

- 300 pages pour l'introduction, l'histoire de la psychiatrie et la psychopathologie générale dans laquelle on retrouve les lignes de force du futur Tome I de 1948 : mécanisme, psychanalyse, organodynamisme ; mais il prévoyait, en plus, un chapitre sur la phénoménologie que nous regrettons, puis un sur Janet, et un autre intitulé de « Jackson à Bleuler : le néojacksonisme ». Cette introduction se termine par le fameux Chapitre « Rêve et Folie » basé sur une connaissance analogique, aristotélicienne, des facteurs de folie. Il clôturera effectivement le tome I des *études* de 48.

- 1400 pages sur les psychoses dont H. EY nous dira très clairement dans le document de 43 qu'« il en tirera la matière des « questions » des conférences dûment documentées et mises au point. » (note 1 de la 4^e partie du manuscrit de 43). Il décrit trois grands cadres :

1) celui des *Psychoses paroxystiques* qui comprend les psychoses aiguës (confusion, délire aigu, Korsakoff et délires transitoires ou Bouffées délirantes), psychoses épileptiques, psychoses périodiques et se termine par un appendice : niveaux de stabilisation chronique des psychoses paroxystiques.

2) celui des *Psychoses chroniques* divisé en : 1^o Psychose à évolution non dementielle (d'abord déséquilibre psychique et psychonévroses : hystérie et obsession, puis délires chroniques : paranoïa, paraphrénie) 2^o Psychose à évolution dementielle avec les psychoses discordantes et les démences (hébéphréniques, vésaniques, organiques).

3) celui des *Psychoses oligophréniques* avec l'Idiotie et la débilité mentale.

De ces deux derniers paragraphes, c'est surtout ceux sur les psychoses et les psychonévroses chroniques qui feront cruellement défaut aux *Études psychiatriques* bien qu'annoncés en 1954 dans son texte par Henri EY comme une suite logique.

- 180 pages pour les neuropsychopathies (aphasies, hallucinoses, syndromes psychomoteurs (chorée, parkinson) qui alimenteront le débat avec AJURIAGUERRA et HÉCAEN aux 2^o Journées de Bonneval sur « *Neurologie et psychiatrie* », avec la distinction jacksonienne et eyienne des dissolutions locales partielles et des dissolutions uniformes globale, concepts qui délimitent pour EY les champs respectifs de la neurologie et de la psychiatrie.

- 650 pages pour les maladies à symptomatologie psychopathiques (hérédité, intoxications, processus endogènes, affection cérébrales) certainement ébauche de ce que devait contenir le premier projet de tome IV tel qu'il fût annoncé jusqu'en 1952 sur les « *Processus somatiques générateurs* » dont fait partie l'hérédité chapitre jugé « d'importance primordiale » par H. EY (dans le document de 43) et qui fera l'objet des 3^o Journées de Bonneval sur « *L'Hérédité* » avec H. DUCHÊNE dont le texte reste non publié à ce jour. La problématique qui devait être examinée était celle du polymorphisme génétique, et du polymorphisme d'expression du trouble, c.a.d. de *l'écart organo-clinique*.

- 600 pages pour « *l'étude de quelques problèmes particuliers* » : hallucinations, catatonie, anxiété, mémoire, troubles du comportement (dont impulsions, homicide, suicide, refus d'aliments, fugues, mutisme, vol, exhibitionnisme) qui constitueront la matière du futur tome II de 1950. Nous reviendrons en détail sur cette question.

- 200 pages sur « *La folie et les valeurs humaines* ». Mystique et folie, esthétique et folie, réflexion sur la valeur scientifique et morale de la psychanalyse, problèmes médico-légaux, problèmes d'assistance. Le premier thème fait l'ouverture du tome I (Étude N°1). Les autres ont fait l'objet de publications séparées.

Soit comme le note R.M. PALEM un ouvrage en 6 parties de 3230 pages ! dont près de la moitié était consacrée à la clinique des psychoses (1400 p. !). Beaucoup plus que *l'Esquisse du plan de l'histoire naturelle de la folie*, objet du premier colloque de Bonneval de 1942, ce plan de décembre 1939 est beaucoup plus proche de ce que sera la publication réelle.

Enfin, nous avons, conservé aux archives H. EY, *un cahier d'écolier manuscrit* de 52 pages daté d'avril 1940 à Compiègne sous le titre « *Plan de l'ouvrage : Histoire naturelle de la folie* ». Ce cahier contient des notations extrêmement intéressantes pour situer l'origine des *Études*. L'ouvrage en 7 volumes, cette fois, devra s'appeler écrit H. EY : « *Essai d'histoire naturelle de la folie* si l'ouvrage est assez complet et assez riche ». H. EY note ensuite : « Il deviendra *Études psychiatriques* s'il n'est pas achevé ou ne contient pas assez de documents cliniques et de développement analytiques. » H. EY en était le seul auteur, mais J. ROUART devait rédiger le chapitre psychothérapeutique...et en cas de décès, une équipe désignée était chargée d'en achever la rédaction...(ROUART, BALVET, DELMONT, NODET, TUSQUES, DESHAIES, PICART, VIDART, CARRIER, MIGNOT, BRISET, FOUQUET, COLOMB). La préférence éditoriale était donnée à Desclée de Brouwer. Mais en cas de défection Ch. DURAND était chargé de constituer une société d'édition. ⁶

De « L'esquisse » aux « Études » :

Plusieurs remarques s'en suivent :

1° *L'Essai d'histoire naturelle de la folie est bien le projet auquel H. EY est attaché depuis 1932* nous dit-il et qu'il n'abandonnera jamais tout à fait comme en témoigne son ouvrage posthume sur « *La Naissance de la médecine* » où l'écllosion originelle de *la nature des maladies* sera très finement exposée. Il déclarait d'ailleurs peu avant sa mort dans son opuscule de combat antipsychiatrique (*Défense et illustration de la psychiatrie*, 1978) : « La psychiatrie est-elle une science de l'homme ou une science de la nature [humaine] ? » Il concluait en insistant sur le fait que la notion de maladie mentale implique qu'elle soit une maladie de la *nature humaine* et non une variation contingente et corrélative à la culture... « c'est dans l'orbite de la biologie et de la médecine et non de la psychosociologie qu'elle doit se mouvoir. »

Les *Études psychiatriques* ne forment donc que la matière de cet *essai d'histoire naturelle de la folie*, pour lequel H. EY a certainement jugé trop présomptueux de lui donner ce titre lors de la publication. A lire les « *Avertissements* » des trois tomes des

6. Voir CHAZAUD J. : « Pour servir d'introduction à l'histoire des premières Journées de Bonneval », *Info psy* N°5, 75, mai 1999, p.471 – Rééd. : J. CHAZAUD et L. BONNAFÉ : *La folie au naturel. Le premier colloque de Bonneval... op. cit.*

Études, on comprend que le projet était en réserve et que ce n'est qu'en cas d'aboutissement du projet caressé en 39-40-42, que les *Études* seraient devenues *L'Essai d'histoire naturelle de la folie*. Ainsi dans l'« *Avertissement* » du premier tome de 1948, Henri EY déclare : « Les études que je me décide à présenter dans ces volumes constituent ' les pièces détachées ' d'un ouvrage auquel je ne cesse depuis vingt ans de consacrer l'effort que requiert, pour tous les instants, la volonté d'écrire une HISTOIRE NATURELLE DE LA FOLIE...⁷ » Henri EY s'excuse ensuite qu'une « si présomptueuse entreprise » l'amène à ne produire qu'une « série disparate et inégale de fragments, privés à dessein de l'enchaînement que doit leur conférer, dans mon propos, leur forme définitive. » Sans doute Henri EY pensait déjà aux fragments sémiologiques du tome II, car cette remarque n'est pas valable pour le Tome I qui est, au contraire, déjà remarquablement construit.

Examinons les transformations opérées par ce passage de l'*Esquisse* aux *Études*.

Tome I : En effet, le premier tome des *études* correspond bien au projet final présenté au colloque de 42. Il reprend l'ensemble des arguments historiques, théoriques et psychopathologiques en insistant particulièrement comme il le soulignait dans son *Esquisse du Plan...*, sur « l'aspect le plus profond du jacksonisme » « celui des rapports entre le subjectif et l'objectif, le conscient et l'inconscient, la pensée vigile et le rêve »⁸. C'est cet aspect « le plus profond du jacksonisme » qui formera la grande *Étude* N°8 : *Le rêve « fait primordial » de la psychopathologie*. Cette étude clôtüre magnifiquement la réflexion menée dans les chapitres antérieurs et l'ensemble s'avère finalement beaucoup mieux construit et achevé que ne le laissait supposer le plan de 42. De plus, à l'occasion de la deuxième édition de ce tome I en 1952, H. EY ajoutera à l'étude N°1 un chapitre de réflexions approfondies et actualisées sur la philosophie de la médecine et de la biologie.

Tome II : Si H. EY avait respecté son *Esquisse de plan* de 42, les *Études* auraient normalement du se poursuivre par l'exposé concernant « *Les psychoses* » (IV° partie), puis par « *Les dissolutions isolées* » (aphasies, apraxies, chorées, hallucinoses) (V° parties), puis par « *Les processus à symptomatologie mentale* » (hérédité, divers processus étiologiques et réflexions sur l'écart du processus à son expression), par « un gros volume consacré aux *faux problèmes* » de la sémiologie (VII° partie), enfin par « *La folie et la vie humaine* » (VIII°) développant les problèmes soulevés par les rapports de la folie avec le crime, la création esthétique et l'expérience mystique, pour finir par les problèmes « *Enseignement et assistance* » (IX° partie).

7. En petites majuscules dans le texte original.

8. *Esquisse du plan...*, op. cit. *Info psy*, p.482.

Or, le tome II des *Études psychiatriques* publié en 1950 est, comme on l'a vu, consacré aux « *Aspects sémiologiques* » « dépouillé à dessein » d'appareil théorique, comme s'exprime H. EY dans son *Argument*. Constatons qu'il arrive donc bien avant son tour (il passe de la VII^e partie à la II^e) et qu'il ne correspond d'ailleurs qu'en partie au projet initial. Pour expliquer cette anticipation nous n'avons, à ce jour, aucun document d'archive pouvant en rendre compte. Chacun, par contre aura noté, ne serait-ce qu'en ouvrant ce second tome sémiologique, l'absence notable d'une étude portant sur les hallucinations qui, comme on l'a vu, avait nourri presque tous les premiers travaux de H. EY en 1932-34. Cette Étude sur les hallucinations figurait pourtant dans le *tapuscrit* de 39 et dans *l'Esquisse du plan* de 42... Nous reviendrons plus loin sur ce point primordial et sur les hypothèses que nous nous sommes autorisés.

Par contre nous devons noter que la teneur générale des *Études sémiologiques* du tome II de 50 correspond bien à l'esprit qui était indiqué dans *l'Esquisse du plan* : examiner « *les faux problèmes* » qui sont générés par « l'atomisme sémiologique ». « Ce sont des syndromes isolés artificiellement par l'atomisme, et dont on cherche ensuite l'explication univoque »⁹. Or, « ces phénomènes se présentent toujours en réalité comme inclus dans un tout, dont ils dépendent, et sous des conditions structurales avec lesquelles ils varient »¹⁰. On peut être certain qu'en 1950 sur ce point de doctrine H. EY n'aura pas lâché un pouce : « l'objet de la sémiologie psychiatrique n'est ni un symptôme, ni une série de « troubles élémentaires », artificiellement isolés », « chacun d'eux est un monde », « l'unité clinique psychiatrique est la structure névrotique ou psychotique dans son mouvement évolutif »¹¹. Effectivement aucune des *Études* composant ce tome II ne traitera d'un symptôme isolé de son contexte clinique ou de la structure qui le contient et l'exprime. Au contraire H. EY s'attachera chaque fois à montrer la vanité du réductionnisme mécaniciste et de l'atomisme sémiologique, particulièrement dans les *Études* sur la *Mémoire* (N°9), sur la *Catatonie* (N°10), sur les *Impulsions* (N°11) à forte composante de travaux neurologiques. La tâche lui sera très facilitée dans les *Études* portant sur *l'Anxiété morbide* (N°15), *l'Hypochondrie* (N°17) et la *Mégalomanie* (N°19) qui sont par nature des troubles transnosographiques et plus dimensionnels¹² que catégoriels. Mais l'organo-dynamisme ne sera pas pour autant omniprésent dans les *Études* du tome II, loin s'en faut. Ainsi l'*Étude* N°12 sur *l'Exhibitionnisme* n'en comporte une référence que par son

9. *Esquisse du plan...*, VII^e partie « Les faux problèmes » op. cit. *Info psy*, p.486

10. *Esquisse du plan...*, op. cit.

11. *Études psychiatriques* : Tome II, *Argument*.

12. Le mot « dimension » fait partie du vocabulaire employé par H. EY dans son texte de *l'Étude* N°15 sur *l'anxiété pathologique*. Il anticipe ainsi un débat très actuel à partir de la neuropsychologie tendant vers l'atomisme sémiologique avec un retour subreptice au travers du DSM à la psychiatrie des entités que combattait avec détermination H. EY (*Étude* N°20).

PRÉFACES

renvoi à l'*Étude sur l'Impulsivité*. De même celle, N°16, sur le *Délire de négation* et N°18 sur la *Jalousie* n'en comportent que par son renvoi à la psychopathologie générale des délires. La phénoménologie structurale a d'ailleurs beaucoup de mal à trouver sa portion congrue dans l'*Exhibitionnisme* et, dans l'*Étude N°13, Perversité et perversion*, l'éthologie et la psychanalyse y tiennent une bonne place, comme dans l'*Anxiété morbide* où, à côté des larges citations de KIERKEGAARD et de HEIDEGGER, la psychanalyse est très présente par la référence constante aux travaux freudiens de J. BOUTONNIER. Comment d'ailleurs pourrait-il en être autrement ? On voit là qu'H. EY n'a pas voulu privilégier des aspects « utiles » à sa démonstration mais a été fidèle à sa note de bas de page de l'*Argument* : « offrir les images les plus variées de l'éventail clinique » et il s'en faudrait de peu pour que nous ajoutions de « l'éventail psychopathologique », tellement ses points de vue sur les approches psychanalytiques et existentielles des troubles sont pénétrants. On regrettera tout de même, pour le plaisir de les lire qu'il n'ait pas retenu les quelques autres aspects du tapuscrit de 39 : l'Homicide, le Refus d'aliment, les Fugues, le Mutisme, le Vol... Mais on remarquera toutefois que rien n'était prévu de ces grands classiques de la sémiologie que sont la discordance, la dissociation, l'ambivalence, les phobies et les obsessions, etc. H. EY fidèle à lui-même se réservait de ne les traiter qu'avec les structures qui les contiennent comme il l'exprime également dans son argument de 48. Nous verrons également ceci à propos du problème des hallucinations. Retenons pour l'instant qu'H. EY avait choisi de présenter ses fragments sémiologiques dépouillés, autant que faire se peut, d'une ossature psychopathologique.

Tome III : *Chacun sait que le tome III ne répond plus à ce plan d'ensemble et intègre au cœur de chaque étude des psychoses aiguës cette structure jacksonienne et cet « ordre systématique », pour reprendre ses mots, qu'il se réservait de ne présenter que plus tard. Ainsi chaque étude sera « nourrie de la substance même de l'histoire naturelle de la folie que je me réservais de n'écrire qu'après avoir publié ces fragments dépouillés à dessein de leur naturelle articulation. Sans renoncer à publier un jour cet ouvrage qui sera alors comme la conclusion de ces études, celles-ci en deviennent la partie intégrante. » (Argument du Tome III, 1954). Désormais les principes de l'« Essai d'histoire naturelle de la folie » étaient intégrés dans le corps même de chaque Étude psychiatrique. H. EY ne concevait plus un vaste chapitre central avec son exposé théorique, ses exemples et ses « preuves » précédant la clinique comme le prévoyaient les projets de 39-40-42, mais commençait à concevoir un ouvrage séparé des Études cliniques qui serait comme la synthèse théorico-clinique d'un travail déjà là en puissance. Nous pouvons percevoir là une inflexion sensiblement différente dans la conception organo-dynamique elle-même : il devenait vain de vouloir iso-*

ler une sémiologie dépouillée de son ensemble structural et de remettre à plus tard son sens comme un deus ex-machina qui ordonnerait de l'extérieur un ensemble neutre a priori. Au contraire H. EY rompt avec le passé : les pièces et les morceaux de la clinique ne sont pas neutres, anidéiques ou dépouillés mais contiennent déjà tout un « monde » en puissance qu'il y a lieu de mettre en valeur dans sa potentialité foisonnante d'humanité vraie plutôt que de le dessécher en liste ou en index tout juste propres aux statistiques ¹³. Autant donc que l'écriture elle-même soit en concordance avec la psychopathologie de l'intégration organo-dynamique. Ce qui fera la beauté des *Études* du tome III, leur poésie ¹⁴, tient certainement à cet accord jamais égalé entre le style d'une écriture, l'objet qu'elle veut faire entendre et l'organisation psychopathologique à laquelle elle se soumet. L'ordre du discours se doit d'être le reflet de la nature ordonnée du monde et cet ordre est celui de la structure psychopathologique.

Changement de cap donc, dont il y a lieu de se demander par quoi, à part le temps et l'ampleur accrue des tâches d'organisateur, il a été rendu nécessaire. Nous pensons pour notre part qu'il s'agit de l'effet « amplificateur » du 1^o Congrès mondial de psychiatrie de 1950 qui se situe après la rédaction du Tome II et qui retarde et, en fait, conditionne la refonte du projet initial de 42.

La préface du 8 mai 51 (Tome I, 2^o éd.) est à cet égard, très explicite : « L'évolution de la psychiatrie contemporaine telle que, notamment, le premier Congrès Mondial de Psychiatrie l'a révélée, me confirme dans la stricte position organo-dynamiste que j'ai prise et que j'estime la seule capable d'ouvrir, sur le champ de la psychiatrie une perspective ordonnée... » et même si son néo-jacksonisme a rencontré diverses critiques de bords opposés : de son point de vue « elles s'annulent »...

H. EY est donc déterminé à faire connaître, dès maintenant et complètement, ses idées et à se jeter dans la bataille... Il construit donc ses *Études* sur les psychoses aiguës suivant l'ordre rigoureux qu'impose l'organisation de la conscience et son plan de l'histoire naturelle désormais intégré au corps du texte. Et il y met tout son matériel clinique avec de nombreuses observations, qu'elles soient issues de la tradition psychiatrique, qu'elles soient personnelles ou qu'elles soient traduites par ses élèves d'importants auteurs contemporains allemands comme MAYER-GROSS. Il y expose de

13. H. EY ne se résout aux statistiques que dans l'*Étude* N° 14 sur le *Suicide pathologique* et l'*Étude* N° 25 sur *Les psychoses maniaco-dépressives* et dans cette dernière comme à regret car son expérience clinique sur le long terme ne lui indiquait aucune possibilité de spécifier pour un même malade un quelconque ordre d'alternance, de fréquence ou de durée des crises et encore moins de les prévoir. Au contraire, il était frappé par les formes de passage d'une variété de psychose aiguë à une autre.

14. Ce terme de « poésie » nous a été soufflé par un des plus ardents relecteurs des épreuves notre ami Jean-Claude COLOMBEL.

très nombreuses références ¹⁵ dont certaines traductions de haut niveau, complètement inédites à l'époque comme *La fuite des idées* de BINSWANGER (*Étude N°21*). Il produit l'ensemble des approches nécessaires à l'obtention d'un travail ordonné qu'il veut « multidimensionnel » : clinique, phénoménologique, psychanalytique *mais toujours entièrement centré sur l'analyse phénoméno-structurale : structure négative, structure positive*. C'est pourquoi ce tome III des *Études* sur les psychoses aiguës, porté par un souffle formidable, apparaît à chacun comme un monument d'exhaustivité clinique jamais égalé.

2° *La deuxième remarque portera sur l'incomplétude de l'ouvrage* publié entre 1948 et 1954 lorsqu'on le compare au manuscrit, tapuscrit et plan initial ¹⁶.

a) Les psychoses chroniques. Nous avons déjà souligné qu'il manque aux *Études* un grand chapitre sur *les psychoses chroniques* qui comprenait, comme on l'a vu, les déséquilibres psychiques, les psychonévroses hystériques et obsessionnelles, les paranoïas et paraphrénies puis, séparées par leur évolution démentielle : les psychoses discordantes et les démences ; chapitre auquel se serait ajouté celui sur les psychoses oligophréniques. EY s'en excuse : « Ce tome ne contient qu'une partie de ce que j'avais annoncé » (*Avertissement*, Tome III).

Jean GARRABÉ a tout d'abord pensé, sans doute avec raison, qu'une partie de ce matériel clinique, celui sur les schizophrénies, a nourri les textes des volumes psychiatrie de 1955 de l'EMC-psy ¹⁷. Parallèlement celui sur les psychoses oligophréniques a nourri les chapitres que nous savons de la plume de EY dans le *Manuel* de 60 ¹⁸. Si l'on fait le compte, seules les névroses hystériques et obsessionnelles et surtout la « *paranoïa* » n'ont pas fait l'objet d'un traitement véritable mais d'évocation partielle lors de l'examen de problèmes connexes (comme dans le plan d'ensemble des troubles de la personnalité de l'*Étude n°27*). Pour la *paranoïa* le fait d'autant plus

15. Chaque *Étude* comprend environ 450 à 550 entrées différentes de Nom d'Auteur (de langue anglaise, allemande, espagnole, italienne, ...). Je peux apporter le témoignage qu'en 76-77, H. EY connaissait toujours par cœur la cotation de la Bibliothèque de Ste Anne qu'il avait contribué à établir et qui porte aujourd'hui son nom.

16. Rappelons que la somme des pages des *Études psychiatriques* totalise 1620 p. (290+550+780), alors que la somme des pages du tapuscrit tel qu'H. EY lui-même l'avait envisagé totalisait 3230p. !

17. GARRABÉ J. : Préface à l'édition des écrits disponibles de H. EY sur la schizophrénie sous le titre : « *Schizophrénie, études cliniques et psychopathologiques* » Les Empêcheurs de penser en rond, Institut Synthélabo Le Plessis-Robinson, 1996. Traduction en japonais par le Dr Toshiro FUJIMOTO (Myasaki) en 2005. J. GARRABÉ a modifié son hypophèse de départ. (voir texte ci-joint).

18. Les documents d'archives du fonds EY montre une relecture-correction des épreuves avant tirage de la plume de H. EY du Chapitre « Oligophrénie » (et non des autres chapitres) du *Manuel* de 1960.

étonnant qu'Henri EY écrit lors de son compte rendu dans les A.M.P. de la thèse de J. LACAN de 34 avoir participé de tellement près aux débats qui entourèrent sa rédaction qu'il avait « quelques scrupules à en faire un compte rendu impartial ». L'on pourrait déduire de cette absence que la paranoïa, apparemment la plus psychogénétique des psychoses, mettait H. EY dans l'embarras et objecterait à son Organo-dynamisme. Nous pensons qu'il n'en est rien et qu'Henri EY n'était certainement ni embarrassé, ni à cours d'idées pour intégrer à l'entrecroisement des expériences aiguës et de la pathologie de la personne, la clinique de la paranoïa, son analyse phénoméno-structurale, et surtout ses « moments féconds ». On peut même penser que l'intégration du vécu de ces expériences aiguës « fécondes » dans le développement de la personne était le problème majeur qui lui tenait à cœur de résoudre comme il l'écrit à fin du tome III. « Nous étudierons l'importance des crises dans l'évolution des névroses, *des délires chroniques*, (c'est nous qui soulignons) des schizophrénies et des démences. Nous devons alors soigneusement étudier ces maladies mentales pour saisir l'exacte portée pratique et théorique des anastomoses (qu'il appelle aussi trait d'union) qui lient [...] la folie d'un moment à la folie d'une existence. »(derniers mots écrits du tome III, 1954) Mais le fait est que s'il a bien posé le problème, il ne l'a jamais écrit et ce ne sont pas les « tapuscrits » des leçons du mercredi qui peuvent remplacer la présentation qu'il s'appretait à faire à la suite des psychoses aiguës.

Par contre, nous avons dans l'ouvrage de 63-68 « *La conscience* » un condensé de ce qu'aurait pu être ces études concernant la pathologie de la personne : il s'agit du chapitre « *De l'altération à l'aliénation du Moi* » dont H. EY nous dit en note : « Ce chapitre n'est qu'une approximation anticipée des *Études* que nous nous proposons de consacrer aux « maladies mentales » qui sont « chroniques » dans la mesure où elles altèrent ou aliènent le système permanent de la personne. » Suivent alors, dans le style dense et phénoménologique de cet ouvrage majeur, les descriptions du moi caractéro-pathique, névrotique (hystérie et obsession), aliéné (paranoïa et schizophrénie) et démentiel. On le voit, encore dans les années 63-68, (c'est à dire même après la publication de ses articles sur la schizophrénie dans l'EMC-psy de 55 et après la publication du *Manuel* écrit en collaboration avec Paul BERNARD et Charles BRISSET) H. EY pensait pouvoir développer la suite de ses *Études* en consacrant un tome à la pathologie de la personne et la façon dont les « crises » altèrent son développement...

Ce tome, le IV° des *Études*, annoncé de multiples fois, tantôt par l'éditeur et par EY lui-même (dans le tome II, en particulier à propos de l'encéphalite épidémique) comme portant sur les *processus somatiques générateurs* et tantôt par EY dans de nombreux passages du tome III comme portant sur les psychoses chroniques et les altérations de la personnalité, ne verra jamais le jour.

PRÉFACES

E. DELILLE ¹⁹ a montré après plusieurs campagnes de consultation du fond d'archives H. EY de Perpignan et du fond d'archives ELLENBERGER de la Bibliothèque de Ste Anne, portant en particulier sur la correspondance entre H. EY et ses éditeurs comme entre H. EY et ses collègues, qu'il y eût au moins trois projets différents de Tome IV : *Les processus somatiques générateurs*, *Les Psychonévroses chroniques* puis *La conscience* corrélée aux avancées de la neurobiologie moderne qui le passionnait. En fait H. EY n'abandonnait ni l'idée de donner la suite logique et promise aux psychoses aiguës par un tome sur la pathologie chronique ni l'idée de couronner son ouvrage par la « nature » des processus cérébraux. Sans doute avec une oscillation suivant les promesses, les contraintes de temps, les enjeux stratégiques et les enthousiasmes du moment.

Pour les psychonévroses chroniques – comme la note de 63 que nous avons déjà citée l'indique- EY tenait toujours au projet des *Études* malgré sa longue contribution à l'EMC-psy . En effet, en accord avec les dernières recherches de J. GARRABÉ (voir son texte dans cette préface) cette contribution sur la schizophrénie de l'EMC-psy ne remplit pas son projet d'étude :

D'une part, il n'y a pas d'analyse phénoméno-structurale de la schizophrénie dans l'EMC-psy sauf en fin de texte une petite « esquisse Organo-Dynamique de la régression » d'une page et demi à peine sur 200 pages. Et H. EY déclare que tout reste à faire : « Une doctrine cohérente de la schizophrénie qui dans cette perspective se proposerait d'articuler l'aspect régressif (négatif) et l'aspect constructif (positif) de la psychose reste à faire. » (p.324).

D'autre part la question énoncée à la fin des *Études* et reprise quasiment dans les mêmes termes dans le chapitre Schizophrénie de l'EMC-psy n'est pas résolue. Il s'agit d'étudier s'il y existe des rapports réciproques ou non entre la pathologie de la conscience et la pathologie de la personne : « ceci ne peut être rendu clair qu'après une étude approfondie [qui n'existe pas encore] de la structure de la conscience et de l'organisation de la personnalité ».

On le voit donc, en aucun cas H. EY ne considère que l'étude sur la schizophrénie de l'EMC-psy a rempli le projet qu'il se proposait d'examiner à la fin du tome III ²⁰.

19. DELLILE E. « Histoire d'un livre qui n'existe pas sur la schizophrénie. Le tome IV des Études psychiatriques d'Henri EY » *Les cahiers Henri EY* N°10-11 Juin 2003 pp.243-256. Publication de l'Asso. pour la Fondation Henri EY.

20. H. EY esquissera cette question de manière flamboyante et en se heurtant aux limites mêmes de la méthode [R.M. PALEM, *Cahiers H. EY* N°5 et N°10-11] dans le dernier chapitre du *Séminaire de Thuir* (1975-77) : « Vers un modèle de compréhension et d'explication du processus schizophrénique ».

Par contre, sur le plan de la psychopathologie générale, nous pensons que son ouvrage « *La conscience* » annoncé en 60 au colloque sur *L'Inconscient* et publié en 63 répond parfaitement à ce programme. (« *La conscience et l'organisation du cerveau* » est d'ailleurs le titre qu'Henri EY donne dans sa correspondance au futur tome IV, DELILLE op cit). Nous ferons de plus l'hypothèse qu'il tient lieu de cette *histoire naturelle de la folie*, cet ouvrage mythique, cette superstructure psychopathologique qu'il avait un temps envisagé de n'écrire qu'après ses *Études*. En effet, cet ouvrage qui traite des niveaux de structuration et de déstructuration de la conscience et des niveaux d'organisation et de désorganisation du moi de la personne (« de l'être conscient de soi ») a la même fonction que le chapitre psychopathologie générale : *Organisation des niveaux de dissolution* de 42, compte tenu, bien entendu, des modifications et des apports considérables dont EY s'est nourri en 20 ans de lectures et de contact au plus haut niveau de la réflexion de l'époque. Ainsi s'expliquerait d'ailleurs, ce grand chapitre central d'une centaine de pages « *Neurobiologie de la conscience* » qui ferme comme un point d'orgue la phénoménologie du champ de la conscience avant de s'engager dans l'analyse de l'être conscient de soi. C'est pensons-nous qu'entre phénoménologie, personnalisme, psychanalyse et linguistique, EY ne veut pas que la *nature* (devenue entre temps *biologie* et ici *neuro-anatomie*) ne soit oubliée. Mais, ce faisant, H. Ey semble admettre aussi que si la pathologie de la conscience et de ses crises peut être étroitement corrélée à la neurobiologie du cerveau, il n'en est plus de même de la construction de la personne qui, même si elle en émane, s'en dégage presque complètement par l'organisation de ses superstructures linguistiques et éthiques.

Donc de notre point de vue « *La conscience* » dans son projet, dans son contenu comme dans son plan en trois parties, avec la neurobiologie au centre ²¹, répond parfaitement au projet initial de l'Histoire naturelle de la folie dont les études ne sont qu'une partie.

Mais si l'on quitte le plan de la psychopathologie pour gagner celui de la clinique, on cherchera en vain dans toute l'œuvre un travail approfondi sur cette « intrication complexe » entre la conscience altérée et la trajectoire de la personnalité. Mentionnons qu'un travail avec IGERT et RAPPARD sur « *Bouffées délirantes et Schizophrénie* » ²² à partir du matériel clinique de son service à Bonneval peut tenir lieu d'approche lointaine. Seules les *Études N°25* sur *Les psychoses périodiques maniaco-dépressives*, qu'H. EY est tenté de prendre comme paradigme de cette ques-

21. H. EY explorera son hypothèse avec les moyens scientifiques de l'époque (E.E.G.) et avec de talentueux collaborateurs : Cath. LAIRY, M de BARROS-FERREIRA, L. GOLDSTEINAS : « *Psychophysiologie du sommeil et psychiatrie* », Masson, Paris, 1975, 315p.

22. H. EY, C. IGERT, Ph. RAPPART : « Psychoses aiguës et évolution schizophréniques dans un service de 1930 à 1956, *A.M.P.*, 1957, 115 II : 231.

tion, et l'*Étude N°26* sur l'*Épilepsie* offrent une esquisse de ce problème de l'organisation pathologique de la personnalité à partir des crises (voir *Étude N°20*). C'est dire qu'il reste, à nous ses élèves, encore beaucoup de chemin à faire.

Ajoutons cependant que c'est encore ce même travail directeur qui, deux ans avant sa mort, importe au plus haut point à H. EY. En effet il l'appelait de ces vœux en 75 (dans la réédition largement augmentée d'une préface et d'une postface du mémoire de 36-38 de *Des idées de Jackson...*) : il questionnait « *en quoi, de quelle manière, à partir de quelles qualités, les crises, les expériences délirantes primaires, c'est à dire les moments psychotiques aigus alimentent les déformations diachroniques de la personne* ». C'est dire que pour EY une bonne part du chronique s'alimentait de l'aigu et qu'il y avait là une question brûlante non résolue.

C'était sans doute, comme nous le verrons, donner une place prépondérante à l'aiguë.

b) Le problème des Hallucinations. La deuxième incomplétude marquante concerne, comme nous l'avons vu, le tome II et l'absence surprenante, au premier abord, du chapitre sémiologique sur les *hallucinations* pourtant prévu en 39-40-42. H. EY s'en explique dans son *Argument* : « Je me suis abstenu de faire coïncider (ces images discontinues) avec les thèmes fondamentaux de toute science psychiatrique [que sont] les délires, les hallucinations, la dissociation schizophrénique. » « J'attribue à ces problèmes une si décisive importance qu'ils ne m'ont pas paru « détachables » de l'ensemble ultérieur *dont ils constitueront la clé de voûte*. » (souligné par nous). Ainsi s'explique l'absence dans ce tome II « *aspects sémiologiques* » de ces problèmes fondamentaux. H. EY ne pouvait concevoir de traiter du problème des hallucinations, (des délires et de la dissociation schizophrénique) sans un appareil théorique et conceptuel qui les rendrait intelligibles. Inversement sa psychopathologie ne pouvait être exposée de façon valable et valide à ses yeux qu'en s'appuyant sur la clinique complexe et ambiguë de la réalité (qui échappe sans cesse) des hallucinations.

H. EY tiendra promesse en publiant en 73, malgré les graves ennuis de santé qui l'avaient retenu alité, son magistral *Traité des hallucinations*, deuxième *opus magnum*. On voit donc que ce *Traité* occupe, lui aussi de façon explicite, la place et la fonction de cet ouvrage mythique qui devait articuler et couronner l'*Histoire naturelle de la folie*. Mais cette fois dans le *Traité*, à la différence de *La conscience*, il n'est plus question de l'ouvrage projeté en 39-42, du moins à notre connaissance. De même, lorsqu'il fût pris en 76 dans « *la défense et l'illustration de la psychiatrie* », devenu « anti-antipsychiatre », il ne fera plus mention de son projet d'écrire son *Histoire naturelle de la folie*. Mais il ancrera l'hallucination comme étant incontestablement « *la clé de voûte de la psychopathologie* ». Nous le constatons donc, loin que l'hallucination ne

soit qu'un fragment sémiologique dépouillé de toute psychopathologie, loin que les symptômes ne servent qu'à illustrer des « faux problèmes », c'est l'hallucination qui devient le paradigme de toute la psychopathologie. H. Ey n'a jamais été aussi loin d'une conception atomiste de la sémiologie et inversement aussi loin dans la conception de la *structure* où chaque élément porte en lui les caractéristiques de tout l'ensemble²³. Car d'évidence pour lui, le symptôme contient toute la psychopathologie. La maladie mentale, quant à elle, et devenue « un phénomène naturel dépendant de l'organisation spécifique du “ *corps psychique* ” humain » (préface IX). C'est le terme de *biologie* (causalité biologique) nous allons y venir en conclusion, qui remplacera généralement celui de *nature*, et c'est la locution « *corps psychique* » qui remplacera désormais le terme assez mal choisi de « *conscience* », de l'aveu d'H. Ey lui-même ...

Une pensée en rupture avec une longue tradition psychiatrique

Comme nous l'avons compris, il y a une audace incroyable chez Ey. Dans ses Études, il ne veut rien moins que renverser le centre de gravité de la psychiatrie tout entière qui doit passer des formes chroniques qui ont permis sa construction, aux formes aiguës : « en faisant de la déstructuration de la conscience dans les psychoses aiguës « la clé de voûte de la psychiatrie » nous rompons délibérément avec une longue tradition qui a fondé d'abord l'aliénation mentale sur les « formes chroniques » plus ou moins démentielle... ». L'ouvrage « La conscience » corrigera cet emballage, mais la question posée reste entière : « Que devient le « sujet » dans ces « crises » plus ou moins longues », interroge Ey « et que devient-il après ou entre ces crises ? » passage des Études où l'on voit que Ey ne dédaignait pas d'user du mot de « sujet », en écho aux travaux psychanalytiques dont ceux de son ami J. LACAN²⁴...

Nous n'insisterons pas sur l'absence dans les *Études* de ses fameux *processus somatiques générateurs*, tome IV intermittent, sur lequel Ey est revenu dans son *Manuel* et dans son *Traité des hallucinations*. On sait l'importance pour lui de l'intoxication expérimentale au Haschich et sa référence clinique et théorique à MOREAU de TOURS, aux autres « drogues » aussi (mescaline, LSD, etc) et l'importance de la

23. G. LANTÉRI-LAURA a authentifié cet abord de la clinique comme *paradigmatique*. In « *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne* » Edition du Temps, 1998. Voir également « Penser la psychiatrie et son histoire » *Les cahiers Henri Ey* : N°1, 2000. Publication de l'Asso. pour la Fondation H. Ey, Perpignan.

24. Dont il cite (oct. 53), en l'appelant « conférence de Rome » son discours de sept. 53 : « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse » dans son *Étude* 27 p.729. Le mot de « sujet » est employé plus de 200 fois dans le tome III, généralement en opposition à l'« objet ».

fameuse Encéphalite épidémique léthargique qui l'avait tant frappé et qui a joué un rôle de première importance dans l'épistémologie psychiatrique ²⁵. Rappelons brièvement que, combattant dès 39-40-42, le règne des entités, anti-Kraepelinien dans l'âme, il inaugurerait en psychiatrie, deuxième audace, *le diagnostic à deux entrées*, clinique et étiologique, séparées par *l'écart organo-clinique*. Des étiologies diverses produisant le même tableau clinique, et réciproquement une étiologie unique produisant des tableaux cliniques distincts, force était de traiter les deux séparément, ce qu'il fit. Là encore EY ne voulait pas perdre de vue la *nature de la maladie* c'est à dire son ancrage dans le *bios*. Tout ceci produisant une classification *anti-nosographique*, troisième audace, qui répondait uniquement à des cohérences structurales de niveaux dont le propre était d'être éventuellement variables dans le temps chez un même sujet. Enfin, quatrième audace, on pourrait en énumérer encore bien d'autres, il rendait sa classification des maladies mentales *isomorphe* à la conception « naturelle » qu'il s'en faisait (*Étude N°20*), à savoir à la conception qu'il avait de cette organisation naturelle du psychisme. Les *Études* vont désormais donner au champ de la psychiatrie sa cohérence, avec « une perspective ordonnée », moment majeur qui permet de définir le champ d'application d'une science, sa définition et ses limites à partir de ce que l'on sait des lois qui régissent son « objet » et non par des *nomenclatures* ou des décrets extérieurs à son objet. *Cette homogénéité est certainement un des moments les plus forts de la psychiatrie du XX^{ème} siècle*. On peut dès lors comprendre que tous ses renversements théoriques et la réhabilitation du terme de « folie », audaces et ruptures épistémologiques *voulues*, à la fois, pour recueillir la parole de l'humain *encore-là* malgré son trouble et pour réorganiser le champ entier de la psychiatrie d'après guerre, aient pu séduire des personnalités aussi différentes que BONNAFÉ, FOLLIN, DESHAIE ²⁶, BRISSET, etc. et « entraîner au travail d'équipe »...

Après les Études psychiatriques

Ordre et métaphore

Incontestablement le déroulement de l'œuvre d'H. EY est puissamment ordonné malgré ses interruptions, ses reprises, ses changements d'éditeur et sa construction sans relâche renouvelée par les avancées des sciences, de la philosophie et de la psychanalyse. L'œuvre obéit à des idées fortes dans lesquelles elle s'enracine pour s'y

25. BELZEAUX P . « De l'encéphalite épidémique à l'organisation des discours psychiatriques. Essai d'épistémologie psychiatrique. » 1979 Thèse Toulouse Pr GAYRAL ; Mémoire Paris Pr A. BOUGUIGNON, Pr G. LANTÉRI-LAURA.

26. H.EY fait largement référence à ses travaux dans son *Étude N° 14* sur « *Le suicide pathologique* ».

développer, produire des rameaux parfois aussi importants que le tronc mais sans jamais quitter sa souche. Il y a chez le catalan cette aspiration à la synthèse ²⁷, à l'ordre, à l'organisation du monde et des savoirs, à cette haute spiritualité d'un Ramón LLUL ²⁸ pour lequel la transformation de forme, comme une greffe, est une élévation de l'être : « plus la sève de l'oléastre va à l'olivier et plus l'olivier se développe, mais la sève qui monte prend la forme de celui-ci » « Le symptôme décrit un monde » écrit H. EY dans ses *Études*, mais ceci sans jamais perdre le contact avec le sol des choses simples de la terre.

Ainsi la crainte de s'éloigner du sol des choses-mêmes et d'encourir le reproche d'un pur verbalisme l'engage à une vigilance de chaque instant. À l'instar de FREUD dans le *Président Schreber*, il redoute que le psychiatre en épousant trop bien les formes verbales du Délire, finisse par délirer avec le patient, – thème du tome I, inlassablement repris dans son *Traité des hallucinations*– et inversement il redoute qu'à condamner trop radicalement le courant mécaniciste qui « réalise » la métaphore délirante (*Étude N°5*), il ne soit lui-même beaucoup trop entraîné dans la métaphore et bien loin de ses « doigts solidement refermés sur une poignée de faits ; ces faits qui ont soumis mon orgueil et ma révolte... » qu'il opposait à J. LACAN dans leur joute de 1946 aux troisièmes journées de Bonneval. Ainsi lorsque entraîné par le feu de sa description des Bouffées délirantes (*Étude N°23*) les métaphores jaillissent là où, précisément, dans le discours du patient, elles « perdent de leur épaisseur », il s'en explique et s'en excuse presque : « C'est la raison pour laquelle une description phénoménologique de ce vécu exige un « style » lui-même métaphorique. Si nous l'avons trop employé au gré du lecteur, il voudra bien convenir que c'était pure nécessité » (p.298). Le lecteur attentif découvrira qu'il y a dans les *Études* une réflexion épistémologique constamment sous jacente sur le pouvoir de la métaphore, sur l'idéalité, sur la réalité, sur l'interprétation des signes et sur ce qui lie les faits aux théories. C'est ce problème et celui de la validité du signe clinique qu'il approfondira plus tard magistralement avec sa « *Naissance de la médecine* » dans son dialogue fécond avec le Michel FOUCAULT de la « *Naissance de la clinique* » et de « *Les mots et des choses* ».

27. Il y a de la catalanité dans cette disposition d'esprit. Eugène d'ORS cité dans la grande *Étude N°8* du Tome I p.213, apôtre du *Noucentisme*, l'ordre du nouveau siècle en catalogne (1900) et fondateur avec Pompeu FABRE de la langue catalane prescrit dans ses *Glossari* de «porter l'anecdote au rang de la Catégorie.», esprit de système que tous les catalans, S. DALÍ en tête, que fréquentait de temps à autre H. EY, font couramment et comme naturellement...

28. « L'arbre de science de Ramon Llull refléurit » (Discours de réception prononcé le 31 mai 1972 lors de la cérémonie d'investiture d'H. EY, en qualité de Docteur Honoris Causa de l'Université de Barcelone), *Evolut. Psychiat.*, XXXVII, 2, pp. 61-87. Reproduit in « *Henri EY, un humaniste catalan dans le siècle et dans l'histoire* » R.M. PALEM et Coll. Trabucaire éd. Perpignan, 1997.

PRÉFACES

L'idée de nature, le corps et la mort dans la vie.

Dès leur introduction en 39-40-42 dans son plan d'une *Histoire naturelle de la folie*, H. EY n'abandonnera plus jamais ni *la nature* ni *le corps* quels que soient ses puissants attraits pour la culture et l'esprit. On sait que le « *corps psychique* » développé en 73 est ce concept qui permet de rendre compte de l'organisation complexe d'un psychisme en devenir, être de temps avec son plan d'organisation personnel tel qu'il l'envisageait dans son *Étude N°27* et l'a décrit minutieusement dans « *La conscience* », mais d'un psychisme de vie – ce pourquoi il préfère ce terme à celui d'*appareil psychique* employé par FREUD – et d'un psychisme enraciné dans le corps. À cette idée d'un *enracinement* du psychisme dans le corps, il y tient plus que tout comme en témoigne le chapitre V de son *Étude N°27*. Et d'un corps qui s'en nourrit (ou en souffre) dans une boucle en retour. Il faut prendre garde, chez H. EY à cette double acception du corps (dont rend mieux compte la langue allemande) : du corps biologique émerge le psychisme qui, en retour, le constitue comme chair des mots, corps en jeu dans les refoulements de la parole. Jamais il n'acceptera l'idée que le corps en jeu dans la parole, le corps vécu – celui qu'il décrit magnifiquement dans ses *Études* sur la Manie, la Mélancolie, les Délires ou l'Angoisse –, que la chair des mots occulte jusqu'à l'effacement le corps biologique, l'homme dans sa nature, d'où sa constante recherche tout au long des *Études* de cette fameuse *structure négative* témoin direct des altérations, des désorganisations de l'organisme. Car enfin écrit-il en 75 mené par le courant dialectique de sa propre réflexion dans le chapitre qu'il intitule *de la naturalité de la maladie mentale* : « le corps psychique (cet être de langage, de temps et de devenir) est-il à l'intérieur ou à l'extérieur du tégument, en dehors ou au dedans de l'organisation... ? »²⁹. La réponse à une telle question ne peut se faire pour Henri EY que par *la mort* qui vient alors prendre sa place dans la conceptualisation : « mais la mort est là pour assigner à la vie son sens et les limites de son corps : le « corps psychique » disparaît quand la mort détruit tout ce que le tégument contenait de vie individuelle, jusqu'à et y compris lui-même. » H. EY fait constamment une place à la mort dans la vie³⁰, c'est pourquoi il ne peut accepter « une psychosociologie qui ferait dépendre le « corps psychique » des acquisitions de l'expérience et de l'influence du milieu ou de l'action des autres, car ce « corps psychique » qui cesserait d'appartenir au corps serait condamné à n'être qu'extérieur au tégument ». (p.215, op.cit.) Ce qui est logiquement inacceptable lorsque la mort est à sa place, la mort

29. H. EY « *Des idées de Jackson à un modèle Organo-dynamique en psychiatrie* ». Privat éditeur. Rééd. : avec préface de Cl. J. BLANC, Coll. Trouvailles et retrouvailles dirigées par J. CHAZAUD, L'Harmattan Paris, 1997.

30. que l'on veuille bien relire « *La corrida et l'esthétique de la violence* » d'H. EY (pp. 23-27) et le commentaire que nous en faisons à partir du *Traité des hallucinations* (pp.49-50) in « *H. EY, un humaniste catalan ...* », op.cit.

naturelle, la nature comme proche parente de la mort.

Nous dirons pour conclure que rien n'est plus étranger à H. EY qu'une psychopathologie qui, telle une combinatoire, vaudrait pour elle-même, et n'illustrerait pas les différents niveaux d'organisation, les différents foyers de cohérence de *l'être-encore-là*, c'est à dire de *celui* qui continue d'être jusqu'à son terme le Sujet de sa vie, malgré les effets subreptices du « négatif » dans les infiltrations nivelées en nappe, en paliers brisés ou en étrange rétroaction d'une mort dans sa vie. Il ne peut pas ne pas y avoir cette *hiérarchie des formes d'être* qu'H. EY décrit magnifiquement dans ses *Études* parce que « *la réduction à l'unité n'existe pas en psychopathologie qui traite précisément des pluralités d'être pour la mort* »³¹.

C'est en reprenant et précisant tous ces thèmes humanistes pour son dernier ouvrage « *La naissance de la médecine* » qu'H. EY s'est éteint en novembre 77, non sans avoir « bouclé la boucle » inaugurée en 39-40-42 avec son *histoire naturelle de la folie* : il revisite longuement pour nous l'acte de naissance de la *nature chez l'homme*, de la *nature de la maladie* et de la longue marche jamais acquise, toujours dialectique, qui a séparé le mal moral, la souillure et le péché, de la nature de la maladie, de la *physis* et de la vie.

Patrice BELZEAUX
Président du CREHEY
Secrétaire gén. adjt de
l'Association pour la Fondation Henri Ey

31. Citation p. 194-195 de « *La naissance de la médecine* ». Masson édit., Paris, 1981.

Repérages chronologiques des *Études psychiatriques* dans l'œuvre de H. EY

1932 : suite de travaux souvent avec le Pr Henri CLAUDE sur les *hallucinations* et son travail personnel sur l'*automatisme* que EY considérera toujours comme essentiel.

1934 : son premier ouvrage préfacé par J. SÉGLAS « *Hallucinations et délire. Les formes hallucinatoires de l'automatisme mental* »³² dans lequel le travail sur l'*automatisme* est repris et dans lequel il est toujours question d'une possible psychogénèse directe des troubles mentaux à laquelle H. EY préférera, sitôt après au grand regret de J. LACAN, la conception d'une psychogénèse indirecte.

1936 : le mémoire dans l'Encéphale avec J. ROUART qui introduit le jacksonisme comme axe de la théorisation. Publié sous la forme d'une monographie préfacée par H. CLAUDE en 1938 « *Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie* ». Doin éd. Paris

1942 15-16 août : 1^o *Journées de Bonneval* dont le Compte rendu par Jacques DELMONT a été édité à 100 exemplaires hors commerce en 1943, rééditées avec bonheur, en fac-similé, sous la direction de J. CHAZAUD, L. BONNAFÉ et P. NOËL dans le N°5 de mai 1999 de *L'Information psychiatrique*³³.

1943 : 2^o *Journées de Bonneval* consacrées à « *Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie* » avec Ajuriaguerra et Hécaen. Editées en 1947 chez Hermann, Paris. Rééd. : Hermann édit. 1998 avec une préface de R.M. PALEM et J.Cl. COLOMBEL, 124p.

1946 : 3^o *Journée de Bonneval* sur « *Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses* ». Éditées en 1950 chez Desclée de Brouwer (DdB) dans la Bibliothèque de Neuro-Psychiatrie de Langue Française. Paris³⁴.

1947 : « *La psychiatrie devant le surréalisme* » texte majeur sur l'esthétique et la folie paru dans la revue *L'Évolution psychiatrique*³⁵, dont on trouvera des fragments dans le Tome II des *Études* en particulier comme contre point dans l'Etude N°13 : *Perversité et perversion*.

1948 : Tome I des *Études psychiatriques. Historique, méthodologie, psychopathologie générale*. (Bibliothèque Neuro-Psychiatrique de Langue Française, Desclée de Brouwer, 296 p.).

1950 : 4^o *Journée de Bonneval* sur l'Hérédité avec H. Duchêne (non publié à ce jour).

1950 : Publication en Espagnol à Madrid de « *Estudios sobre los delirios* »³⁶ que H. EY citera comme complément indispensable au tome III de ses *Études*.

1950 : Tome II des *Études psychiatriques. Aspects sémiologiques*. (Bibliothèque de Neuro-

32. Réédition : Coll. Trouvailles et retrouvailles dirigées par J. CHAZAUD, L'Harmattan, 1998.

33. Réédité avec une préface revue et augmentée « *La folie au naturel ; le premier colloque de Bonneval comme moment décisif de l'histoire de la psychiatrie* », L'Harmattan éd. 2005. Le texte de H. EY est agrémenté des notes prises par L. BONNAFÉ quelques mois après les Journées de 42 en préparation du 2^o colloque de Bonneval en 43, des commentaires rétrospectifs de ce dernier et d'une analyse de ces journées par J. CHAZAUD.

34. Réédition, Bibliothèque des introuvables, Coll dirigée par J. SEDAT, Tchou édit. Paris, 2004.

35. Réédité dans les *Cahiers H. EY* N°12-13 mars 2004 pp.21-78. Publication de l'Asso. pour la Fondation Henri EY, Perpignan.

36. Réédition : 1998 Presentación J. GARRABÉ (Evocación de Henri EY) et H. CASAROTTI (La aportación de Henri EY al diagnóstico de la psicosis delirante), Fundación archivos de Neurobiología, Ed Triacastela, Madrid, 199p.

Psychiatrie de Langue Française, Desclée de Brouwer, 550 p.).

1950 : H. EY organise comme secrétaire général, le premier *Congrès International de Psychiatrie* qui, pour répondre aussi bien aux attentes qu'aux critiques rencontrées, renforcera l'auteur dans sa défense de l'Organo-dynamisme.

1952 : réédition revue et augmentée du tome I des *Études psychiatriques*. L'augmentation concerne essentiellement l'*Étude N°2*. Ainsi la partie concernant la philosophie de la médecine est originale. Dans notre exemplaire de 52, l'éditeur marque « à paraître » un tome IV concernant « *Les processus générateurs* ».

1954 : Tome III des *Études psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*. (Bibliothèque Neuro-Psychiatrique de Langue Française, Desclée de Brouwer, 788 p.). Dans les notes et le corps du texte de ce tome III, H. EY ne fait plus mention du tome IV comme traitant « *Les processus générateurs* », mais comme traitant des « *Psychoses et Névroses chroniques* ». L'éditeur quant à lui, ne fait plus mention d'un tome IV.

1955 : direction et publication des volumes du *Traité de psychiatrie clinique et thérapeutiques de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC)* dont les grands textes sur la schizophrénie ont été rédigés par H. EY lui-même. Ces textes ont fait l'objet d'une réédition en 1996 sous la direction de J. GARRABÉ. (Voir supra).

1957 : 5^e *Journée de Bonneval* sur la schizophrénie (publié en 1958 dans la revue *l'Évolution psychiatrique*).

1960 : 6^e *Journée de Bonneval* : c'est l'année du fameux colloque sur « *L'Inconscient* » édité avec retard en 1966 toujours chez DdB éditeur. Bibliothèque de Neuro-Psychiatrie de Langue Française. Rééd. Bibliothèque des introuvables, Coll. dirigée par J. SEDAT, Tchou édit. Paris, 2004.

1963 : première édition de « *La conscience* ». p.u.f. éditeur.

1964 : *Psychiatrie animale* chez DdB éditeur. Bibliothèque de Neuro-Psychiatrie de Langue Française.

1968 : deuxième édition revue et augmentée de « *La conscience* » éditée au p.u.f.. Rééd. DdB, 1983.

1973 : parution du *Traité des hallucinations* en 2 tomes chez Masson édit. totalisant avec les index 1540 p. Deuxième opus magnum d'Henri EY. Rééd. : avec préface de Cl. J. BLANC in Bibliothèque des introuvables, Coll. dirigée par J. SEDAT, Cl. Tchou édit. Paris 2005.

1975 : réédition revue et largement augmentée par les apports de réflexion sur l'évolution de la science biologique de « *Des idées de Jackson à un modèle Organo-dynamique en psychiatrie* ». Privat éditeur. Rééd. : avec préface de Cl. J. BLANC, Coll. Trouvailles et retrouvailles dirigées par J. CHAZAUD, L'Harmattan Paris, 1997.

1981 : parution posthume 4 ans après sa mort (novembre 1977) de « *La naissance de médecine* » (Masson éd.), ouvrage également majeur, mis en forme par H. MAUREL sur les indications de l'auteur et qui devait être complété par « *L'histoire de la psychiatrie dans l'histoire de la médecine* » noté (en préparation) en 1954 dans la collection Bibliothèque de Neuro-Psychiatrie de Langue Française chez DdB et dont nous ne possédons qu'un fragment de la plume de EY publié in « *La naissance de la psychiatrie (Centenaire de l'Hôpital du Vinatier)* », . *Actualités psychiatriques*, 1977, 5 : 9.

PRÉFACES

Les « tapuscrits » d'Henri EY

Témoins de l'enseignement d'Henri EY lors des « mercredi de Ste Anne » salle Magnan ou dans la bibliothèque, les tapuscrits sont aussi la première source des « *Études psychiatriques* ». Nous donnons une liste non exhaustive de ces documents d'archives tels qu'on peut les consulter à la Bibliothèque Henri Ey de Ste Anne et aux Archives Municipales de Perpignan qui abritent le fonds EY (Directrice M. ROS).

Fonds Ey de Perpignan *

- « Les Délires »: Monographies dactylographiées successives (1933, 39, 46, 49, 51, 53).
- « Psychoses paranoïaques », revu et mise à jour en 1938, 43
- « Les idées et les thèmes des délirants chroniques, les mécanismes d'édification, les délires fantastiques et systématisés, la pathogénie des délires, le délire d'influence » (1935, 38, 41, 46), « Délires d'imagination » (1933, 36). « Idées de persécution » (1935, 38), de « Jalousie morbide » 36, 38, 41, 47 (pour l'*Étude N°18*).
- « Délires systématisés chroniques et psychoses paranoïaques »: 151p. en 1951, 112p. en 1961.
- « Les Etats paranoïdes » pour la Semaine des Hôpitaux de Paris (juillet 1931).
- « Le Groupe des paraphrénies » (1935, 38, 43, 45, 46).
- « Les délires d'imagination » (1936, 38).
- « La confusion mentale » (1941).
- « L'encéphalite léthargique » (43p.), « Délire aigu » (1951, 31p.), « Psychose de Korsakoff » (1937, 39, 42, et 51, 37p.). « Troubles mentaux de l'encéphalite épidémique » 46p. (1953).
- « Les psychoses alcooliques » (1942, 1952).
- « L'Hystérie »: article de la Gazette des hôpitaux de 1935 et appendice dactylo. de 17p. en 38-39, 45-46, 1951.
- « Le vol pathologiques », « l'Homicide pathologique » (1933, 1942).
- « Epilepsie » (1931), dactylo (E) et manuscrit ; « Pathogénie, étiologie et traitement de l'épilepsie » 85p. (1944) ; « Étude clinique de l'Epilepsie » (1951).
- « Les états d'arriération profonde (idiotie et imbécillité) » 1938, « L'Idiotie » (1932, 1942), « La Débilité mentale », « Le Mongolisme », « L'orientation prof. des instables et des débiles ».
- « Troubles mentaux et troubles circulatoires d'involution »: 40p. (1948-51).
- « Les Démences » (dactylo. et notes manuscrites), texte revu en 1939, 42, 45, 46.
- « Les aphasies I »: 1935, 1943, 47, 53. « Les aphasies II »: 1950, 57 (162p. au total, en 2 volumes reliés).
- « Hérédo-psychiatrie »: L'Hérédité, Constitutions, Déséquilibre, Dégénérescence. Monographies de 1937, 1949-50. Cela fera à terme un tapuscrit de 176pages : « Rapport des Journées de Bonneval de juillet 1950 », dont la 1^{ère} partie (Ey) s'intitule « Hérédo-psychiatrie » et la 2^{ème} (H. Duchène): « De la dégénérescence à la génétique. Essai sur l'évolution des conceptions de l'hérédité en psychiatrie ».

*. Répertoire sur support informatique par R.M.PALEM.

Ste Anne, Paris : Bibliothèque H. Ey ³⁷

- Hystérie (1951) 133 p.
Les psychoses alcooliques (1952) 82 p.
Psychoses de Korsakoff (décembre 1951) 37 p.
Les aphasies (1950) 112 p.
Troubles mentaux de la sénilité (1951) 105 + 7 p.
Les délires (généralités) (1951) 63 p.
Psychoses paranoïaques (1951) 118 p.
Le groupe des paraphrénies (1951) 67 p.
Troubles mentaux et troubles circulatoires d'involution (1951) 30 p.
L'évolution des idées et les problèmes nosographiques et pathogéniques généraux concernant la « démence précoce » et la schizophrénie de Kraepelin 1950 (juin 1950) 40 p.
Hérédo-psychiatrie (sans date) 110 p.
Psychoses maniaco-dépressives (décembre 1951) 2 vol. (48 p.).
Psychose périodique ou maniaco-dépressive (décembre 1951) 2 vol. (39 p.).
Les états maniaques (décembre 1951) 2 vol. 69 p.
La mélancolie (décembre 1951) 2 vol. 54 p.

37. Liste aimablement communiquée par Nadine RODARY, Bibliothèque H. Ey Ste Anne, Paris.

ÉTUDES PSYCHIATRIQUES

HISTORIQUE - MÉTHODOLOGIE - PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE

ÉTUDES PSYCHIATRIQUES

TOME II

Les aspects séméiologiques

L'étude des « Troubles de la Mémoire », de l'Anxiété, de la Catatonie, des Impulsions, des Thèmes délirants, etc., montre qu'on ne peut séparer ces « symptômes » des structures névrotiques et psychotiques dont elles ne constituent que des aspects variables selon les niveaux de dissolution.

TOME III

Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience

Etude n° 20: *La classification des maladies mentales et le problème des psychoses aiguës.* - N° 21 : *Manie.* - N° 22: *Mélancolie.* -
N° 23 : *Bouffées délirantes et psychoses hallucinatoires aiguës.* - N° 24 :
Confusion et délire confuso-onirique. - N° 25 : *Les psychoses périodiques
maniaco-dépressives.* - N° 26 : *Epilepsie.* - N° 27 : *Structure et déstructuration de la
conscience.*

TOME IV (à paraître)

Les processus somatiques générateurs.

[NdÉ : page de garde telle qu'elle figure dans l'exemplaire de la 2^{ème} édition de 1952]

BIBLIOTHÈQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE DE LANGUE FRANÇAISE

ÉTUDES
PSYCHIATRIQUES

HISTORIQUE – MÉTHODOLOGIE –
PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE

PAR

Henri EY

*

2^{ème} ÉDITION
revue et augmentée

[NdÉ : 2^{ème} édition parue en 1952 chez Desclée de Brouwer, Paris]

1^{ère} ÉDITION : NOVEMBRE 1948

2^{ème} ÉDITION : JANVIER 1952

NOUVELLE ÉDITION CORRIGÉE AVEC PRÉFACES ET INDEX, DÉCEMBRE 2006

Copyright pour le *Cercle de Recherche et d'Édition Henri Ey (CREHEY)*, Perpignan, tous droits de reproduction,
de traduction et d'adaptation réservés pour tous pays.

Avertissement

Les Études que je me décide à présenter dans ces volumes constituent des « pièces détachées » d'un ouvrage auquel je ne cesse depuis vingt ans de consacrer l'effort que requiert, pour tous les instants, la volonté d'écrire une HISTOIRE NATURELLE DE LA FOLIE. Je prie le lecteur d'excuser d'avance l'imperfection d'une si présomptueuse entreprise. Il ne la pourra juger, ici, que sur une série disparate et inégale de fragments, privés à dessein de l'enchaînement que doit leur conférer, dans mon propos, leur forme définitive.

Je me suis abstenu notamment, en mettant au point cette série d'« images » discontinues, de les faire coïncider autrement que par incidence occasionnelle avec les thèmes fondamentaux de toute science psychiatrique : les délires, les hallucinations et la dissociation schizophrénique, attribue en effet à ces problèmes une si décisive importance qu'ils ne m'ont pas paru « détachables » de l'ensemble ultérieur dont ils constitueront la clé de voûte.

Je ne sais combien d'années me seront encore nécessaires pour conduire à bonne fin une tâche qui dépasse trop manifestement les forces que je peux mettre à son service. C'est pourquoi je me suis résolu à livrer ces épures ou plutôt ces esquisses à la critique des psychiatres qui, comme moi, cherchent à dresser *la Psychiatrie dans sa densité et ses contours naturels*. C'est pourquoi, aussi, je les confie à tout ceux qui, mieux que moi, pourraient éventuellement les porter, au point de parachèvement où je n'aurais pu parvenir.

J'ai ainsi cédé aux amicales injonctions de ceux qui ont eu, certes,

beaucoup de peine à me démontrer qu'il y avait quelque urgence ou quelque intérêt à la publication de ce « jeu de cartes » psychiatrique, mais qui m'ont rapidement convaincu que je ne pouvais indéfiniment passer sous silence un travail auquel ils ont puissamment collaboré, soit par notre habituel commerce d'idées, soit par la stimulation que n'a pas manqué d'apporter à mon labeur, le vivant témoignage de leur sympathie.

PRÉFACE A LA DEUXIÈME ÉDITION

L'accueil qui a été fait aux premiers volumes de mes *Études* me donne l'occasion de les revoir et de les quelque peu augmenter. Les suppléments que j'y apporte – sauf pour ce qui est du développement sur les rapports de la philosophie et de la médecine contemporaines – sont cependant assez minces. Ils consistent surtout en précisions sur certains points de vue importants et en quelques références à des travaux parus depuis la première édition de cet ouvrage.

L'évolution de la psychiatrie contemporaine telle que, notamment, le premier Congrès Mondial de Psychiatrie l'a révélée, me confirme dans la stricte position *organo-dynamiste* que j'ai prise et que j'estime la seule capable d'ouvrir, sur le champ de la psychiatrie, une perspective ordonnée.

Si celle-ci s'inspire des principes d'Hughlings JACKSON et a pu être nommée *néo-jacksonisme*, il est évident cependant que je n'entends être « ni le garant, ni l'esclave » de la pensée de l'illustre neurologue anglais. Aussi le reproche que l'on croit parfois pouvoir m'adresser de « travestir » – sinon de « trahir » – la « véritable » conception de JACKSON, ne peut que me laisser indifférent puisque, aussi bien, mon propos est d'aller – à partir des principes d'une théorie génétiste de l'évolution et de la dissolution de l'être psychique – « jusqu'ou' précisément JACKSON n'est pas allé ».

Quant à l'argument contraire, lequel m'est également opposé et qui est celui d'une trop grande servilité à l'égard de la pensée d'un « neurologue », si grand fût-il, il est bien clair – tout au moins pour moi – que ma fidélité à l'organicisme ne va pas jusqu'à me faire assimiler purement et simplement la psychiatrie à la neurologie. Je crois m'être suffisamment expliqué et avoir assez milité dans ce sens pour ne pas tomber sous le coup de cette critique et de ce contresens.

Au vrai, ma position, *non pas éclectique mais critique*, est celle d'un équilibre doctrinal qui entend échapper aux naïvetés de la psychogenèse ou de la sociogenèse et aux absurdités du mécanisme neurologique du siècle dernier. Je l'ai répété cent fois et je le redis encore. Il convient de dépasser, tout en même temps, le monisme et le dualisme – l'opposition somatique-psychique – l'antinomie des facteurs constitutionnels ou de milieu – et celle de la forme et du contenu – mais il faut aussi mainte-

nir la « maladie mentale » dans sa structure originale, dans sa consistance naturelle, sans la laisser glisser vers la simple « pathologie d'organe » ou de fonction et sans la laisser s'évaporer dans la nuée des réactions socio- ou psychogénétiques du comportement. C'est pourquoi, outre les faiblesses internes de son système que je ne suis pas à même hélas ! de porter à son degré voulu de perfection, la conception que je défends a nécessairement contre elle de dresser tout ensemble ceux qui demeurent attachés à une conception neurologique (même de forme « jacksonienne » « *senso strictu* ») des troubles mentaux et ceux qui ne voient dans la maladie mentale, et notamment dans les névroses, qu'un produit, un événement des circonstances de l'histoire ou même de l'Histoire.

J'ai la conviction trop profonde que la psychiatrie pour marquer sa place exacte dans la classification des sciences et pour s'adapter rigoureusement à son objet doit se garder de ces deux dangers (celui d'être « trop organiciste » et celui de ne l'être pas assez) pour ne pas persévérer fermement dans la voie que je me suis tracée et dont ces Études montreront (et ont peut-être déjà montré) qu'elle suit assez rigoureusement et patiemment une direction tout à la fois, traditionnelle et nouvelle.

En dépit des critiques contradictoires et qui de ce fait s'annulent, je continue à « faire » une psychiatrie qui intègre comme dans la nature des choses, la *personne* humaine, son « être dans le monde », son intentionnalité dans *l'accident* qu'est toujours une maladie. C'est-à-dire que je considère la « maladie mentale » pour ce qu'elle est : un « équilibre » dans le déséquilibre – une modalité d'existence, vivant le déficit et l'impuissance – une façon de s'accommoder à une catastrophe, – mais sans oublier que, tout de même que le rêve dépend du sommeil, cet équilibre, cette réaction, cette forme d'existence dépendent du déséquilibre, du déficit, de la désorganisation vitale. Et cette « catastrophe vitale » c'est non seulement une situation « malheureuse » passée ou présente, mais la maladie qui altère la « mise en situation » et ne permet plus à l'être d'y réagir autrement qu'avec des moyens inférieurs et à des niveaux inférieurs.

C'est cela qui représente pour moi l'essentiel d'une conception organodynamiste de la psychiatrie et ce sont les corollaires de cette conception qui forment les diverses parties de cet ouvrage qui par un paradoxal, sinon funeste, excès de vitalité, renaît déjà avant d'être achevé.

Henri EY,
Bonneval, le 8 mai 1951.

Je dédie ces « Études » :

« A TOUS CEUX QUI EN ME CONFIAINT LE SOIN DE LES AIDER À
APPRENDRE LA PSYCHIATRIE M'ONT FOURNI L'OCCASION D'EN
APPROFONDIR L'ÉTUDE. »

Henri Ey.

PREMIÈRE PARTIE

MÉTHODOLOGIE - HISTOIRE PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE

ARGUMENT

C'est dans une perspective résolument dynamiste conforme aux plus anciennes doctrines médicales que doit se développer la Psychiatrie. Abandonnant le dilemme cartésien qui étrangle la notion même de « maladie mentale », la Psychiatrie ne doit être ni « mécaniciste » ni « psychogénétiste », car la « maladie mentale » n'est ni un agrégat de symptômes mécaniques et sans signification humaine ni une simple variation de comportement sous l'influence de causes psychologiques ou sociales. La « maladie mentale » est une forme de dissolution de l'activité psychique conditionnée par un processus organique. Elle est à cet égard analogue au rêve que libère le sommeil.

Étude n° 1

LA « FOLIE » ET LES VALEURS HUMAINES ¹

1. Folie et valeurs.
2. Rythme de la médecine.
3. Mécanicisme et psychiatrie.
4. La notion de « maladie mentale ».
5. La doctrine de De Clérambault.
6. Freud et la psychanalyse.
7. Conception Organo-dynamiste.
8. Rêve et psychopathologie.

La psychiatrie française, en tant que science et œuvre d'assistance, la première en date et en prestige au siècle dernier, a subi un crépuscule auquel nos grands maîtres: MAGNAN, SÉGLAS, RÉGIS, G. de CLÉRAMBAULT (pour ne parler que des disparus) n'ont pas réussi à l'arracher. Et pourtant c'est bien chez nous, après la Révolution française que la psychiatrie a pris son moderne essor. Cela ne saurait surprendre celui qui voit clairement que les concepts qui constituent le fondement de notre science se groupent et se déterminent sur le plan philosophique et social relativement au problème crucial de la liberté, tout de même que ses règles pratiques, sur le plan de l'assistance, gravitent autour du respect de la liberté individuelle. Quoi qu'il en soit, après un brillant développement, la psychiatrie française a décliné. Cette crise, hors de nos frontières, est volontiers mise sur le compte de l'esprit français qui serait plus rationaliste, géométrique et de surface, qu'intuitif, de finesse et de profondeur. Rien de plus faux. Et le malaise que tant de nos bons esprits éprouvent chez nous témoigne, au contraire, d'une aspiration profonde restée insatisfaite et de dons inemployés. C'est le secret de tant de vocations psychiatriques que j'ai vues se rompre ou s'éteindre dans l'indifférence et l'apathie.

*...c'est bien chez nous, après la Révolution française que la psychiatrie a pris son moderne essor...
...ces concepts [...] se groupent et se déterminent sur le plan philosophique et social relativement au problème crucial de la liberté...
...pourtant la psychiatrie française est en crise...*

1. Reprise d'une allocution prononcée à la Faculté de Médecine de Paris à la séance inaugurale des « Journées Psychiatriques » de mars 1945.

Cette allocution est restée naturellement sans grand effet et on ne peut que déplorer, sans trop s'en étonner, que les Pouvoirs Publics continuent à ne pas prendre, sauf quelques exceptions (dont il m'est particulièrement agréable de les remercier) les mesures nécessaires pour satisfaire aux besoins grandissants de l'assistance psychiatrique. Sans doute la situation économique est-elle responsable de l'indigence de l'équipement psychiatrique. Mais l'encombrement toujours croissant des services rend impérieux et inéluctable le besoin de créer un puissant mouvement de cure et de réadaptation sociale. La « machine psychiatrique » doit être portée à un plus haut degré de rendement. Elle doit tourner plus vite et mieux et elle a besoin d'être servie et dirigée par un corps de spécialistes beaucoup plus nombreux. Il n'y a que quatre cents « Psychiatres » en France. Il en faudrait plus de mille. Tout le problème est là, à condition naturellement que la quantité soit subordonnée à la qualité.

Il faut saisir jusque dans leurs racines, dans les erreurs de l'esprit, les causes de cette décadence où l'énergie des psychiatres se décourage et s'épuise en circuit fermé.

C'est tout d'abord le désintéret presque total des pouvoirs publics et de l'opinion publique à l'égard des problèmes sociaux de la psychiatrie. Cela peut et doit étonner puisque l'aliénation mentale a, pour la société et dans la société, une telle résonance qu'elle s'impose comme un phénomène médico-social de première grandeur et que c'est, en effet, l'aspect de la pathologie qui requiert le plus immédiatement l'attention des gouvernements. Rien de surprenant dès lors que la loi de 1838 ait été la première loi d'assistance. Mais une fois défini, par elle (ou tout au moins par l'exercice devenu rapidement traditionnel de ses dispositions), une fois défini l'aliéné comme un être dangereux et à interner, une fois créé l'asile destiné à le recueillir et à le traiter, une fois la part du feu faite, une fois « tuée la marionnette », le problème a pu paraître définitivement résolu. Du même coup la société, ayant apaisé sa conscience collective et assuré sa sécurité, a rejeté hors de son champ d'action ces êtres gênants et inquiétants dont le bourdonnement importun et stérile menace son repos. Et plus aucun intérêt ne s'est attaché aux « fous » autre que le devoir de subvenir tant bien que mal à leur onéreuse existence. Qui oserait en effet s'intéresser à ces pauvres machines, à ces dangereux explosifs, opiniâtres si étrangement dans leur persévérance à persister dans leur être et parfois leur lignée ? La mort est généralement le remède que, sans aller toute-fois jusqu'à leur assurer, on souhaite à leur infortune.

Si certaines expériences du passé nous ont montré quel parti pouvait être tiré de la misère humaine par une exploitation démagogique bien orchestrée autour de quelques « slogans » : lutte contre l'alcoolisme, lutte contre la tuberculose, lutte contre les maladies vénériennes, etc., thèmes sans cesse renouvelés et peut-être, hélas ! éternels de la propagande politico-sanitaire, elles ont révélé peu d'empressement pour l'assistance psychiatrique décidément reconnue comme un assez médiocre tremplin. Faudrait-il penser que se doit établir comme une hiérarchie dans la misère et qu'elle aurait, elle aussi, ses privilégiés et ses sacrifiés ?

Si c'est le critère de l'importance numérique qui doit mesurer l'intérêt à accorder aux fléaux sociaux, faut-il rappeler qu'un demi-million de familles sont, du fait des affections psychopathiques, plus ou moins frappées d'inquiétude et de malheur ? Et si c'est le critère pratique de la récupération sociale, est-il si éclatant d'évidence que les guérisons et les récupérations sociales soient moins nombreuses chez nos malades (chez qui elles atteignent un minimum de 30 à 35 pour cent) que dans ces maladies qui suscitent le plus constamment la sollicitude de l'État et la pitié publique ?

A peine une exception est-elle cependant consentie pour cette portion de l'assistance psychiatrique qui s'applique à l'enfance anormale. Certes les plus grands espoirs que l'on peut fonder sur une plus grande plasticité de la pathologie psychia-

Depuis la loi de 1838... le désintéret presque total des pouvoirs publics... et le peu d'empressement pour l'assistance psychiatrique décidément reconnue comme un assez médiocre tremplin...

trique infantile et la pitié qui s'attache à de si touchantes misères expliquent et justifient ce choix, mais encore ne faudrait-il pas qu'il fût exclusif.

Une seconde cause de la crise psychiatrique est la méconnaissance sinon le dédain dont témoigne le corps médical à l'égard du fait psychopathologique. Un médecin assure toujours volontiers et même parfois avec une paradoxale satisfaction qu'il n'entend rien à la psychiatrie. C'est même, parmi les banalités auxquelles nous sommes accoutumés, une des plus quotidiennes. De fait la formation médicale française exclut (à l'exception de quelques stages brefs et non obligatoires pour tous) l'enseignement de la psychiatrie alors que dans certains pays étrangers, au contraire, il fait partie intégrante de la culture médicale. Je ne crois pas me tromper beaucoup en disant que 3 ou 4 pour cent seulement d'étudiants en médecine ont été placés dans des conditions d'enseignement ou simplement d'information telles qu'ils ont pu un moment se poser la question de leur éventuelle vocation psychiatrique, la plupart d'entre eux ignorant tout et de notre science et de notre carrière, alors que nous sommes 300 spécialistes pour soigner quelque 300.000 malades psychopathes.

Les raisons d'un divorce aussi profond entre la médecine et la psychiatrie, entre les hôpitaux et les asiles, entre la Salpêtrière et Sainte-Anne, et qui va même jusqu'à diviser le corps médical psychiatrique en deux parties, d'ailleurs inégales, les raisons d'une telle séparation me paraissent résulter de la confusion même de la notion de maladie mentale. Tantôt la psychose est considérée comme une maladie « non organique » (« puisqu'elle est psychique »!) et elle entre dans le domaine fantomatique du « psychisme pur », de l'imagination et pour tout dire du néant. Tantôt entièrement réduite aux affections organiques cérébrales, viscérales, humorales qui la déterminent en effet, et confondue avec elles, elle devient « une maladie comme les autres » et rien de plus. Autant dire que dans les deux cas la psychose perd toute existence, la psychiatrie tout objet et le psychiatre toute importance ! Celui-ci plus ou moins inconsciemment assimilé à l'aliéné est regardé comme un jongleur de mots auquel on veut bien reconnaître parfois quelque talent d'esprit bien plus propre à divertir qu'à forcer l'estime.

On susciterait certainement bien des réactions et des protestations chez les médecins, et spécialement les neurologistes, qui sont accoutumés à penser de la sorte, si l'on se risquait à leur dire que leur attitude nihiliste à l'égard de la psychiatrie trouve son origine dans la vieille conception cartésienne des rapports du physique et du moral. C'est pourtant, je crois, ce qui explique que, *chez nous plus qu'ailleurs*, la séparation absolue du « mode de l'étendue » et du « mode de la pensée » se soit transposée et concrétisée en ce profond et néfaste fossé qui sépare dans l'esprit de tant de médecins (lesquels prêtent et reprochent volontiers cette idée aux psychiatres) la médecine de la psychiatrie. Il y a là, je supplie qu'on y prenne garde, un dangereux

Seconde cause de la crise de la psychiatrie: la méconnaissance sinon le dédain dont témoigne le corps médical à l'égard du fait psychopathologique...

malentendu qui vicie, chez nous, l'enseignement de la psychiatrie et l'efficacité de l'assistance aux psychopathes.

Une troisième cause de la décadence de la psychiatrie française provient des psychiatres eux-mêmes. Certains par un goût assez paradoxal du « hara-kiri » adoptent l'attitude si fréquente que je viens de dénoncer. Tantôt ils traitent les psychoses comme un développement purement psychogénétique, une production purement psychique et ils se perdent dans une « logomachie » sans objet. Tantôt ils réduisent la psychose à ses seuls déterminants cérébraux ou humoraux, ne considèrent qu'eux et se réfugient dans une psychiatrie du scalpel, du microtome ou du microscope, impuissante à saisir la substance des troubles qui leur échappe parce qu'ils l'ont eux-mêmes systématiquement écartée. Beaucoup, vaincus par l'impossibilité de dominer les problèmes que la dure exigence des faits propose insidieusement à leurs réflexions – ou bien (ce sont les plus nombreux) se réfugient dans quelques travaux spéciaux minutieusement conduits dont nos sociétés savantes portent le confidentiel témoignage – ou bien (et le cas est certainement exceptionnel) érigeant leur impuissance en principe méthodologique, s'abandonnent à un dilettantisme sceptique bien propre à assurer leur repos.

Ne serait-ce pas que ce qui nous manque, à nous psychiatres, c'est LA PSYCHIATRIE ? Et par là j'entends, non certes les connaissances pratiques et cliniques suffisantes pour exercer honorablement notre profession, mais un corps de doctrine. Chez nous on n'aime pas les théories et on a, en un certain sens, bien raison si l'on entend par là des abstractions sans référence à la clinique ou des dogmes qui ne souffriraient pas la discussion. Mais des théories scientifiques, des hypothèses qui harmonisent et préparent les observations sont, qu'on le veuille ou non, indispensables à toute science et la psychiatrie ne saurait s'en passer sans se condamner à son actuelle faiblesse. Elle doit s'imposer par la consistance de ses connaissances et de son appareil théorique. C'est cela seul qui lui confèrera sa décisive valeur scientifique dans le cadre des sciences biologiques et médicales et assurera définitivement son prestige.

Les remèdes à apporter à un tel état de choses ou bien découlent naturellement de ce qui précède ou, pour ce qui est de l'exacte situation de la psychiatrie relativement aux sciences médicales en général et à la neurologie en particulier, dépendent de l'élaboration d'une psychiatrie théorique, seule capable d'assurer un vigoureux système d'assistance, mais, leur exposé exigerait de telles discussions techniques que je m'en voudrais, plus encore qu'on ne m'en voudrait, de les exposer ici. Qu'il me suffise de dire qu'à mes yeux les principes essentiels d'un plan de réformes dans ce domaine sont : l'aération et la diversité de l'assistance psychiatrique arrachée à l'unique adhérence à son unique objet actuel : l'aliéné interné - la création d'une nouvelle législation qui s'applique à l'étendue plus humaine et variée de l'objet de l'assistance, c'est-à-dire à toutes les formes et degrés de psychopathie - la nécessité d'un cadre unique et hié-

...Ce qui nous manque, [...] c'est un corps de doctrine...

...Les remèdes à apporter dépendent de [...] l'élaboration d'une psychiatrie théorique, seule capable d'assurer un vigoureux système d'assistance...

...la création d'une nouvelle législation qui s'applique à l'étendue plus humaine et variée de l'objet de l'assistance...

rarchisé des médecins spécialistes pour tous les établissements publics de cures, d'assistance et de prophylaxie psychiatriques.

*

* *

Permettez-moi maintenant quelques brèves réflexions sur la valeur humaine d'une psychiatrie non seulement médicale et biologique, mais qui doit se montrer résolument « anthropologique ¹ » pour se trouver à la hauteur et à la mesure de son objet.

Pour bien saisir les exigences du problème pratique de la psychiatrie il faut, en effet, que soit exactement apprécié son objet la « folie », forme générique de toutes les psychoses et névroses. Rapportons-nous aux intuitions concrètes essentielles du problème, à ses « images d'Épinal ».

Regardons notre malade, comme un faisceau de forces tendues jusqu'à la menace dans la farouche concentration de son être hostile et irrité, investi de l'énigmatique meurtre qui monte étrangement jusqu'à sa main. Ou voyons-le frappé de vertige, chancelant, trébuchant contre l'implacable réseau des contraintes logiques et sociales, comme captif de la transparence perdue de son langage et ivre du rêve qui a éclaté en lui, plein de vide, décimé et déchu.

Ces deux images, celle de l'effroi et celle de la pitié interfèrent et se mélangent dans l'appréhension du problème humain que pose l'aliénation mentale. Le psychopathe est en effet à la fois pitoyable et redoutable.

Mais, entre ces deux images extrêmes de l'intuition primitive, nous devons placer les cent images qui les mêlent. Ne voir dans la série qu'une de ces extrémités c'est se condamner à vouloir ou laisser tous les aliénés en liberté ou écraser tous les psychopathes sous le poids de la loi de 1838. Mais comme nos malades ne sont pas tous des êtres dangereux ni tous des êtres déments, il faut que la psychiatrie assure son contact bienfaisant avec toute l'étendue et la variété de son objet. Il faut, et ceci est plus aisé à concevoir qu'à réaliser et à légaliser, il faut que le service fermé, unique pièce,

...la nécessité d'un cadre unique et hiérarchisé des médecins spécialistes...

...La psychiatrie doit se montrer résolument anthropologique pour se trouver à la hauteur et à la mesure de son objet...

1. C'est de ce point de vue que se réclament la plupart des mouvements psychiatriques qui, un peu partout, à la phase de « défense sociale » tentent de substituer une phase de « défense de l'homme aliéné ». - Cet effort de « désaliénation », tâche fondamentale de la psychiatrie, a inspiré les Journées psychiatriques Françaises de 1945 et de 1947 (BERNARD, BONNAFÉ, DAUMEZON, FOUQUET, SIVADON, etc ...). En Hollande avec RUMQUE, Van den HOLSTET, Van den BERG et en Suisse avec BLEULER, BINSWANGER, etc..., dans les pays Anglo-Saxons avec de nombreuses équipes, dans tous les pays peut-on dire, le vieil asile s'ouvre et le psychiatre s'ouvre avec lui. Les travaux de l'école de Zurich comme ceux de celle d'Heidelberg s'inspirent plus nettement encore de cet aspect « anthropologique » de la psychiatrie. Récemment, reprenant un des thèmes développés chez nous par BONNAFÉ (*Le personnage du Psychiatre*, « Evolution Psychiatrique », 1948), W. SCHULTE (*Fortschritte der Neuro*, octobre 1950) étudiait « le Psychiatre devant le miroir de son malade ». De tels enthousiasmes - même et surtout s'ils doivent alarmer certains dans leur « mauvaise conscience » - sont l'honneur de notre profession.

...il faut que le service fermé, unique pièce, jusqu'ici, de l'échiquier ne soit plus qu'une phase, ni nécessaire ni suffisante, d'un cycle d'assistance plus souple et plus varié...

jusqu'ici, de l'échiquier ne soit plus qu'une phase, ni nécessaire ni suffisante, d'un cycle d'assistance plus souple et plus varié comprenant des services d'observation, des services de cures libres, des services de réadaptation sociale et de placement familial, des colonies agricoles ; de telle sorte que l'internement ne puisse constituer ni la seule, ni même la plus fréquente solution d'assistance.

Le remède administratif, qui paraît tenter quelques esprits et qui consisterait à établir deux catégories artificielles de malades, l'une répondant au mélange assez obscur de notions comme la « curabilité, l'acuité et la bénignité », et l'autre groupant les « déchets » appelés à la fois « chroniques » « incurables » et « dangereux » (outre qu'une telle organisation ne tarderait pas à faire éclater dans la pratique l'absurdité et l'incohérence d'un tel assemblage) aggraverait encore tous les inconvénients du système actuel qui n'a justement pas su ou pu satisfaire, dans un même organisme juridico-administratif, à la diversité des exigences naturelles du fait psychiatrique.

Mais revenons encore à l'objet de nos réflexions, au malade envisagé encore sous son aspect générique. Il fut un temps (peut-être non révolu pour tous) où avec l'aliéné tout psychopathe était considéré comme une machine. La maladie mentale, sorte de monstre, semblait s'emparer de son être le posséder et en détruire totalement l'humanité. Cependant pour les techniciens modernes, plus attentifs aux mouvements de la vie psychique de nos malades, la « folie », sous quelque forme psychopathique ou névrotique qu'elle se présente, ne saurait constituer une aliénation de substance, une formation mécanique hétérogène à la nature humaine. Le problème de la « folie » dans sa généralité et sa multiplicité, tel qu'il se propose à notre sagacité, serait inintelligible si tous les hommes ne possédaient des instincts et des passions qui, sans cesse, s'opposent à leur unité, s'ils n'avaient ni mémoire ni imagination par quoi ils sont sollicités de s'évader du présent et du réel, s'ils ne contenaient pas, dans les deux sens du mot, les sortilèges et les enchantements de leur enfance et de leurs rêves. La « folie » brise seulement le flacon de ces inconscientes vapeurs. C'est dire qu'elle est immanente à la nature humaine, qu'elle est en puissance chez tous les hommes. Et ceci, qu'on veuille bien ne pas s'y tromper, n'équivaut certes pas à reprendre, pour notre propre compte, cette absurdité que l'on prête si souvent au psychiatre et qui serait la négation même de la psychiatrie, savoir : que tous les hommes seraient « fous », - mais incline bien plutôt à considérer avec la profonde identité de matière, l'essentielle diversité de structure de l'homme normal et du malade. Aussi est-il pour nous, ce malade, malgré sa maladie, une surface de contact humain, une profondeur de résonance, un accent, un cri qui émeut et blesse comme un écho du drame le plus authentiquement humain. Et cela l'assistance psychiatrique se doit de ne pas l'oublier. Les efforts des médecins ont répondu depuis longtemps, sans que l'administration et la loi aient reconnu et consacré leurs initiatives, à cette exigence du malade d'être traité avec le maximum d'égards dûs au maxi-

...ce malade est pour nous, malgré sa maladie, une surface de contact humain, une profondeur de résonance, un accent, un cri qui émeut et blesse comme un écho du drame le plus authentiquement humain...

mum d'humanité qu'il peut encore représenter. C'est ainsi que s'est constitué à l'intérieur de l'asile pour beaucoup de malades un nouveau monde, une néo-société. Il faut augmenter cet effort, l'élargir et le faire circuler au travers d'un système assez varié, pour permettre à chaque malade de se rapprocher le plus possible de la vie sociale.

*
* *
*

... Il faut augmenter cet effort, l'élargir et le faire circuler au travers d'un système assez varié, pour permettre à chaque malade de se rapprocher le plus possible de la vie sociale...

De telles réformes, si elles ne constituent rien de plus que ce qui est voulu depuis longtemps par la plupart des psychiatres, exigent cependant un enthousiasme et une opiniâtreté qui doivent caractériser le renouveau psychiatrique que nous attendons tous. Elles exigent aussi beaucoup de réflexion et de préparation car elles ne s'accommoderaient pas d'une trop hâtive improvisation. Enfin elles exigeront de puissants moyens matériels. Il sera nécessaire, en effet, d'aménager des établissements, d'en construire, de les équiper à la mesure des grands progrès thérapeutiques acquis depuis 30 ans. Il sera nécessaire notamment de renforcer le cadre, ridiculement restreint en France, des médecins spécialistes chargés de tous les services de cette assistance. Nul doute, cependant, en fin de compte, que les finances privées et publiques bénéficieraient du courant de réadaptation sociale et de l'effort thérapeutique accru qui ne manquerait pas de se produire.

Permettez-moi en terminant d'ajouter que je ne pense pas, en formulant ici des idées qui appartiennent pour la plupart à toute l'école psychiatrique française, exprimer seulement l'impatient désir de nos jeunes collègues mais certainement aussi le souhait de tous les psychiatres avec nous qui, ne cessant de penser à égaliser ceux qui, chez nous, ont su s'acquérir tant de mérite dans les premières démarches de l'Esprit au secours de l'Esprit, offrons notre expérience et notre bonne volonté au pays.

Étude n° 2

LE RYTHME MÉCANO-DYNAMISTE DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

1. Folie et valeurs.
2. *Rythme de la médecine.*
3. Mécanisme et psychiatrie.
4. La notion de « maladie mentale ».
5. La doctrine de De Clérambault.
6. Freud et la psychanalyse.
7. Conception Organo-dynamiste.
8. Rêve et psychopathologie.

Au cours des nombreuses discussions que nous avons depuis vingt ans avec notre maître P. GUIRAUD, de ces discussions qui auront été pour nous à la fois un enseignement et un stimulant, cet excellent esprit nous déclara un jour: « Au fond, quand nous sommes en présence d'un malade, je dis : il a une maladie - et vous, vous dites -il est malade ». Nous lui fîmes remarquer que c'était dans cette opposition fondamentale que résidaient les deux attitudes d'esprit qui se sont toujours combattues et ont alterné tout le long de l'évolution des doctrines médicales. Ce qui peut paraître un simple jeu de mots est, en fait, *le point de départ* de deux conceptions entièrement différentes de la pathologie. D'un côté une conception à la fois vitaliste, biologique, humorale et totaliste, celle d'une pathologie synthétique relativement peu soucieuse de considérer la maladie comme un « corps étranger ». D'un autre côté une conception à la fois mécaniciste, anatomiste, solidiste et atomistique d'une pathologie analytique appliquée à isoler des « entités » « maladies ». C'est ce perpétuel (peut-être cet éternel) balancement entre deux doctrines, leur interférence, leur opposition, leur succession dans le succès de leur périodique hégémonie qui constitue le *rythme de l'histoire de la Médecine*. Nous proposons d'appeler ces deux types de pathologie : la pathologie *dynamiste* et la pathologie *mécaniciste*.

...« *Au fond, quand nous sommes en présence d'un malade, je dis : il a une maladie - vous, H. Ey, vous dites - il est malade...* » (P. GUIRAUD)

Cette idée a été lumineusement exprimée dans le livre de Gaston BAISETTE sur « HIPPOCRATE »¹. Cet historien de la médecine, en parlant de la fameuse, de la grandiose querelle dont les doctrines médicales sont nées, a écrit, à propos du primordial antagonisme de deux cités, de deux écoles : COS et CNIDE : « cette rivalité est allée s'amplifiant à travers les siècles, comme le rythme même des deux attitudes fondamentales de l'esprit... Depuis lors deux théories sont en présence pour définir la cause de la maladie : ou bien elle est due à une influence exogène extérieure étrangère à l'or-

1. G. BAISETTE, *Hippocrate*, 1 vol., Éd. Grasset, Paris, 1931. [NdÉ: Rééd.: BAISETTE G.: *Hippocrate*, Paris, Plon, 1950.]

ganisme qu'il faut déceler et combattre : aussi comme cette médecine étudie toujours des faits isolés non rattachés à l'ensemble, certains auteurs l'ont appelée analytique. Ou bien la maladie n'est pas étrangère à l'organisme, elle se rattache à tout un enchaînement d'associations liées à la vie même du patient, elle est soudée au mécanisme intrinsèque de la vie : on entendra appeler cause interne ou cachée ou endogène cette cause morbifique et médecine synthétique celle qui s'y rattache parce qu'elle est liée à l'ensemble des manifestations du corps humain. Ces deux positions ont tour à tour occupé l'esprit suivant un rythme que nous retrouvons dans les alternances : Cos et CNIDE, hippocratismes et galénismes, vitalismes et organicismes, médecine synthétique et médecine analytique... »

Les deux pôles d'attraction qui ont toujours sollicité et sollicitent l'esprit du pathologiste sont en effet le *dynamisme* et le *mécanicisme* pour autant qu'il s'agit de deux attitudes doctrinales qui correspondent à une des plus profondes antinomies de la raison.

Le *dynamisme* est caractérisé, comme doctrine physio-pathologique par sa conception vitaliste et finaliste de l'organisme considéré comme un équilibre de forces instinctives déterminant ses formes et ses fonctions et subordonné au fonctionnement synergique de ses parties dans la persévérance de son être. Les corollaires de ce point de vue général sont l'humorisme, le totalisme et le physiologisme. En pathologie, le dynamisme est endogéniste et constitutionnaliste : les maladies sont comprises par lui comme des perturbations des fonctions vitales, leur étiologie est mixte, externe et interne. La cause interne des maladies leur confère ce caractère d'être plutôt des affections que de purs et simples accidents. La maladie n'est pas considérée seulement comme un traumatisme mais comme une déchéance, un déséquilibre fonctionnel : elle est une *réaction*.

Le *mécanicisme* est caractérisé en tant que doctrine physio-pathologique par sa conception matérialiste et déterministe de l'organisme considéré comme un agrégat d'organes, de parties contribuant par l'addition de leurs forces et la juxtaposition de leurs formes à former un ensemble soumis au hasard. Les corollaires de ce point de vue général sont : le solidisme, l'atomisme et l'anatomisme. En pathologie, le mécanicisme est exogéniste : les maladies sont des processus parasites. La maladie n'est pas considérée comme une déchéance, un déséquilibre fonctionnel mais comme l'effet d'un simple traumatisme. La maladie n'est qu'un *accident*.

Le dynamisme est d'inspiration biologique et physiologique. Le mécanicisme est d'inspiration physique et morphologique. Le premier admet une relative autonomie de la vie par rapport à la matière. Le second fait de la vie une matière « simplement » plus complexe. Le dynamisme accepte une certaine indétermination de la vie et de ses modifications. Le mécanicisme est mathématiquement déterministe.

Chez beaucoup, chez la plupart des auteurs et dans beaucoup de systèmes toutes ces thèses ne sont pas groupées correctement ni complètement mais chacune de ces

... avec le dynamisme et le mécanicisme il s'agit de deux attitudes doctrinales qui correspondent à une des plus profondes antinomies de la raison...

attitudes fondamentales à l'égard des problèmes pathologiques définit un esprit, c'est-à-dire une tendance philosophique à accepter l'un ou l'autre de ces systèmes. C'est l'opposition de ces deux esprits qui constitue l'histoire de la médecine. Il est facile de la dégager au travers des étapes essentielles : dans l'Antiquité, à la Renaissance, au XVIII^e siècle, au XIX^e siècle et au XX^e siècle.

Un premier aspect fondamental du système d'Hippocrate¹ c'est le *vitalisme*. L'univers et l'organisme dépendant d'un principe directeur : la Nature (tantôt appelée « φυσικ » tantôt « δυναμις »). Elle est une en tout mais infiniment variée. C'est un agent inconnu dans son essence qui travaille tantôt pour le tout et les parties, quelquefois pour certaines et non pour d'autres. C'est le « principe » de ces réactions qui s'accomplissent dans les maladies et les passions pour la sauvegarde de la santé et la guérison des maladies. L'organisme est considéré comme une partie de la nature, système de forces et de fonctions, animé par cet « ενορμον » qu'est l'âme ou « principe vital »². L'âme est un mélange de feu et d'eau. Elle préside au développement de toutes les parties. Chaque animal a son âme présente à toutes les parties, elle est susceptible de plus ou de moins. C'est l'âme qui fait un grand animal d'un petit. L'âme de l'homme se reproduit sans cesse jusqu'à la mort. Quand les maladies échauffent l'âme elle contribue ainsi à dévorer le corps.

Un deuxième principe hippocratique c'est l'*humorisme*. L'organisme n'est pas constitué par une seule humeur, mais encore par la pituite et les deux biles. Ces éléments constituent la nature même de son corps. Le corps est formé d'un agrégat de solides et de liquides. Les solides sont les parties contenantes. Les liquides sont les humeurs. De l'action des liquides naissent les phénomènes vitaux. La juste proportion des humeurs constitue la santé, c'est la *crase*. La rupture de l'équilibre c'est la *dyscrasie* ou maladie.

La troisième caractéristique de l'Hippocratisme c'est la notion de *crise*. C'est elle qui définit la maladie comme moyen de défense de l'organisme. Le processus essentiel de la maladie c'est la *coction*. « HIPPOCRATE, dit BROUSSAIS, paraît voir dans la maladie aiguë une sorte d'incendie général du corps vivant qui tantôt se prononce davantage dans une région et menace d'y produire un abcès, tantôt semble consumer également tous les organes et qui, dans les deux cas, finirait, en s'évaporant, par anéantir la vie si le feu ne s'éteignait par une hémorragie ou si certaines humeurs n'étaient éliminées après avoir subi le changement qui de l'état de crudité, les fait passer à l'état de coction. » La crise est l'expression phénoménale de la coction, c'est-à-dire le pro-

... les aspect fondamentaux du système d'Hippocrate, c'est le Vitalisme, l'Humorisme, la Crise (coction) comme défense, le Naturisme réactionnel...

1. On trouvera dans le livre de G. BAISSSETTE, *Hippocrate* et dans tous les ouvrages d'Histoire de la Médecine, les indications bibliographiques, les analyses et commentaires nécessaires sur le *Corpus Hippocraticum*.

2. D'ailleurs M. BAISSSETTE insiste sur le fait que l'âme n'est pas dans Hippocrate séparée du jeu des forces matérielles. Rien de plus juste et rien de plus conforme à la grande tradition qui va d'ARISTOTE à BERGSON.

cessus curateur. La *Nature est médicatrice*.

Un quatrième aspect du dogmatisme hippocratique est constitué par son *naturisme*, c'est-à-dire par le principe de la solidarité de l'organisme et de la nature, dont le corollaire est la solidarité des parties dans le tout. C'est l'aspect totaliste de l'organicisme hippocratique, c'est sa signification biologique la plus profonde. Dans la Médecine tout est un, un est tout. Toute chose participe à l'Univers. Tout est semblable étant dissemblable, tout est convergent étant divergent, parlant et non parlant, intelligent et inintelligent : le mode de chaque chose est contraire, étant ¹ concordant. Cet « Hylozoïsme » se retrouve dans la conception hippocratique de l'organisme qui forme un tout. De cette conception découle d'abord la théorie des *tempéraments* qui exprime l'inter-réaction de l'Univers sur l'homme. Le tempérament est la manière d'être, l'activité fonctionnelle totale de l'individu, envisagée à un moment de son évolution. Le tempérament de chaque individu change à tout instant. C'est pourquoi Hippocrate compare l'homme aux saisons, car tout dans la nature, l'histoire, l'homme, l'Univers passe par des phases de naissance, de croissance, de maturité et de mort.

Quant à la *nature des maladies*, elles proviennent de causes variées, le défaut de proportion entre l'aliment et l'exercice, les vents, les marécages, les eaux, l'air, les variations dans l'organisme du chaud et du froid, l'hérédité, la contagion, les conditions d'existence, la richesse ou la pauvreté, les excès vénériens, le mouvement des astres et des saisons. Toutes ces forces naturelles peuvent produire des variations morbides de l'équilibre des humeurs, c'est-à-dire des maladies. Aussi Hippocrate critique-t-il l'école de CNIDE : «Voulant démontrer, écrit-il, avec exactitude les variétés de chaque maladie, ils se sont égarés. Car sans doute le dénombrement ne serait pas facile si pour le caractère du partage d'une maladie en espèces on recherche en quoi un cas diffère d'un autre, et si à chaque affection qui d'après ce principe ne paraîtrait pas identique on imposait un nom qui ne fût pas le même. »

Telle est sommairement résumée la conception philosophico-médicale vitaliste, finaliste, humoriste et totaliste de la pathologie hippocratique. Si, en dépit de ses contingences surannées, le système a été érigé en modèle immortel ce n'est pas par hasard : il représente, en effet, dans sa substance le premier et important mouvement dynamiste dans l'histoire de la Médecine.

Naturellement l'attitude inverse a été celle de l'école de CNIDE, de cette petite cité située sur le Chersonèse de CNIDE et qui était rattachée à l'Asie Mineure par une langue de terre que l'oracle avait interdit de couper, de telle sorte qu'elle se dressait

1. On reconnaît dans cette philosophie de la nature l'influence des grands thèmes des spéculations grecques (contre les Eléates, la dialectique des contraires d'HÉRACLITE). C'est une métaphysique du Devenir et de l'unité dynamique du monde que celle d'HIPPOCRATE.

On saisit de quel tour « moderne » et « hégélien » elle peut paraître de nos jours.

...« Voulant démontrer, écrit HIPPOCRATE, avec exactitude les variétés de chaque maladie, ils se sont égarés... »

en face de COS, sa rivale. THÉOPOMPE n'a pas écrit moins de douze livres sur cette rivalité, cette opposition de doctrines! CTÉSIAS, EURYPION et plus tard CHRYSIPPE (336) sont les représentants les plus connus de l'école de CNIDE. C'étaient surtout des anatomistes. Leurs doctrines en font les premiers opposants au dynamisme hippocratique et, en mécanicistes authentiques, on les voit, au travers de leurs travaux et théories, appliqués à la morphologie, à l'empirisme, à l'isolement des entités et aux médications spécifiques.

Dans les siècles qui suivirent le *Dogmatisme*, avec POLYBE le gendre d'HIPPOCRATE, THÉNATOS, DRACON, DIOCLES de Caryste et PRAXAGONAS de COS, animé par la pensée de PLATON d'abord puis d'ARISTOTE, reprit à son compte le dogme hippocratique. Tandis que l'*empirisme* des Égyptiens (ÉRASISTRATE, HÉROPHILE, SÉRAPION, et PHILINUS) s'opposait à la tradition de COS par son solidisme anatomique et son goût des entités morbides.

Plus tard, juste avant l'ère chrétienne, nous retrouvons la même opposition entre le *Pneumatisme* (AGATHON de Sparte, ARCHIGÈNE d'Apennée, ARETÉE de Capadoce) et le *Méthodisme* (ASCLÉPIADE, THÉMISON, SORANOS d'Éphèse). Tandis que les sectateurs du pneumatisme s'appuyaient sur ZÉNON, les méthodistes se revendiquaient d'ÉPICURE. Or, comme l'écrit L. ROBIN ¹, entre ÉPICURE et ZÉNON « l'opposition est partout, sur le terrain du matérialisme entre le vitalisme et le mécanisme, sur le choix d'un patronage présocratique (HÉRACLITE ou DÉMOCRITE) : à la place des combinaisons fortuites, le finalisme... ; à la place d'une agrégation des simples le mélange total. Bref ce sont moins des différences que des réactions, et comme le corps à corps, de deux philosophies ». Les deux mouvements doctrinaux cherchèrent enfin à se concilier dans les doctrines éclectiques de CELSE et de GALIEN qui clôturèrent l'évolution médicale de l'Antiquité.

A la Renaissance les mêmes principes doctrinaux dressèrent les médecins les uns contre les autres. La chimie de PARACELSE était d'inspiration dynamiste et néo-hippocratique. Elle déclencha la réaction des *Iatomécaniciens* (HARVEY, SANCTORIUS, BORELLI) qui s'abritaient sous le couvert du mécanicisme de DESCARTES. BAGLIVI lui-même finit par s'emporter « contre ceux qui ne voient dans l'estomac qu'une cornue, dans le cœur qu'un ressort, dans les viscères que des cribles, dans les artères que des tubes hydrauliques, dans les poumons qu'un soufflet, dans les muscles que des cordes... ».

L'hippocratisme prit sa revanche avec VAN HELMONT et avec « l'Hippocrate anglais », SYDENHAM, à la fin du XVII^e siècle; il acquit une vigueur nouvelle au cours du XVIII^e siècle avec STAHL, HOFFMAN et plus tard avec l'école de Montpellier sous la direction de BARTHEZ ².

...Plus tard, juste avant l'ère chrétienne, nous retrouvons la même opposition entre le Pneumatisme et le Methodisme...

...A la Renaissance les mêmes principes doctrinaux dressèrent les médecins les uns contre les autres...

1. L. ROBIN, *La pensée grecque*, Paris, 1923, p. 409.

2. W. RIESE (An outline of a history of ideas in Neurology, « *Bulletin of the History of Médecine* », XXIII, n° 2, 1949) a bien mis en évidence la position « antipodique » de STAHL et de VIRCHOW.

Au XIX^e siècle enfin le développement des sciences anatomiques et physiologiques, le triomphe de l'analyse clinique et la naissance de la bactériologie, au travers de mille vicissitudes, d'hésitations et controverses (BICHAT, HALLER, CLAUDE BERNARD, BURDACH, VIRCHOW, etc.) aboutissent à une médecine radicalement mécaniste et anti-hippocratique à la fin du XIX^e siècle et au début du nôtre.

*

* *

Notre siècle est cependant assez avancé et ses cinquante premières années forment un cycle apparemment déjà si fermé qu'il est, certes, présomptueux mais peut-être non tout à fait prématuré de tenter d'en pénétrer l'esprit et d'en faire le point à l'égard du problème qui nous occupe. Les courants doctrinaux de la médecine de 1900 à nos jours semblent en effet déjà se dessiner et confluer en une vive réaction contre le XIX^e siècle, selon le développement normal de l'esprit humain qui loin de suivre une ligne ascendante et droite, celle du progrès, paraît obéir à quelque rythme profond et obscur de la nature humaine qui alternativement brûle ce qu'elle a adoré et adore ce qu'elle a brûlé. La science elle-même ne paraît pas hélas! suivre une trajectoire plus sûre ni plus inflexible. On se prend parfois à se demander si « elle ne tourne pas en rond » pour peu que l'on aime à considérer son développement historique et que l'on s'intéresse spécialement aux sciences biologiques et médicales. Que dans ce circuit un peu de vérité soit arraché à chaque tour de spirale, à la nature, cela est déjà beau et réconfortant, mais combien nous trouvons-nous ainsi éloignés de l'euphorique confiance des CONDORCET et des Auguste COMTE !

C'est bien par un retour - encore peu sensible mais qui se développera selon toute vraisemblance - à l'Hippocratisme enterré par le XIX^e siècle que le XX^e siècle paraît vouloir se définir comme étape de l'histoire de la médecine. Le retour à une pathologie plus synthétique, à l'humorisme, au vitalisme et au naturisme paraît constituer les travesées d'organisation de cette évolution néodynamiste ¹.

Tout d'abord *contre la théorie microbienne exogène*, la notion de *terrain* a été restaurée. Cela était inévitable car il fallait bien expliquer l'immunité. Si les sérums pouvaient à première vue consacrer la place de la pathologie microbienne au rang des

1. On trouvera dans un grand nombre de travaux, articles et volumes l'indice de cette évolution. Citons parmi eux le livre de P. MAURIAC : *Aux confins de la Médecine* (1926); celui de BONNIER : *Défense organique et centres nerveux*; celui d'ALLENDY : *Orientation des idées médicales* (1929) ; le livre de TZANK : *Immunité, intolérance et biophylaxie* (1932) et ses articles dans la *Presse médicale* . Le volume de RAPPIN : *Considérations sur les maladies infectieuses* ; celui de Ch. NICOLLE : *Destin des maladies infectieuses* ; celui de JACQUELIN : *Directive en pratique médicale* (1935) ; celui de A. LUMIÈRE : *La renaissance de la Médecine humorale* (1935), celui de DELORE : *Les tendances de la médecine contemporaine* (1936). Le développement de la Médecine psycho-somatique particulièrement en Amérique sous l'influence des travaux de WEISS et DUNBAR (1943) constitue un mouvement médical qui revient à la conception « totaliste » hippocratique traditionnelle. – Nous y insisterons plus loin pp. 33 et 34.

... le développement normal de l'esprit humain loin de suivre une ligne ascendante et droite, celle du progrès, paraît obéir à quelque rythme profond et obscur de la nature humaine qui alternativement brûle ce qu'elle a adoré et adore ce qu'elle a brûlé...

pathologies exogènes, les vaccins posaient un problème physiopathologique irréductible à la seule virulence des agents pathogènes externes. Toutes les études sur l'immunité, le choc anaphylactique, la sensibilisation, l'intolérance conduisent à l'importance de la réaction individuelle des facteurs internes ou endogènes et du rôle des tempéraments et de l'hérédité. Les faits d'absence de contagion, la marche même des épidémies, le microbisme latent, l'incertitude touchant les « virus filtrants », les variations des espèces microbiennes, les modalités du « génie épidémique » constituent autant de faits qui rendent difficile la doctrine purement parasitaire de la maladie. C'est ainsi que Ch. NICOLLE a pu souligner « le rôle essentiel de l'homme » dans la genèse des maladies infectieuses. Le microbe, dit DELORE, est seulement « le vecteur d'un rythme particulier », et, déclare encore cet auteur, « le processus morbide infectieux a deux phases pathogéniques : le microbe et le terrain ». Le microbe agit en modifiant le terrain ou bien il se développe sur un terrain préparé. La thérapeutique n'est d'ailleurs pas toujours spécifique dans les maladies microbiennes et c'est là un argument crucial. Tout se passe donc comme si très rapidement la bactériologie était parvenue au point culminant de ses conquêtes et comme si elle avait trouvé ensuite dans la nature des choses une résistance (échec de certains vaccins ou sérums, insuccès des recherches d'agents pathogènes ou encore faillite des explications touchant la virulence).

Ensuite, contre les *entités anatomo-cliniques* la médecine actuelle paraît se présenter également en réaction, en s'affirmant plus synthétique, en effaçant ce qu'il y a eu souvent d'artificiel dans l'isolement d'un grand nombre de formes pathologiques, d'entités. La notion toujours plus étendue de « syndrome » rend moins vives les limites réciproques de ces entités. Les processus décrits se présentent avec une grande abondance de formes de passage ou d'espèces voisines. De grands groupes pathologiques en dermatologie comme en gastro-entérologie, en cardiologie comme en neurologie tendent à se substituer aux affections particulières. Même dans le domaine des fièvres infectieuses si on en croit NICOLLE, des groupements plus synthétiques se substituent aux infections spécifiques et particulières. A ce travail de synthèse clinique est liée l'importance des *facteurs humoraux* ou agents de liaison des diverses parties de l'organisme. Les apports de la chimie biologique, les notions de régulation hormonale, de « colloïdoclasie », d'équilibre acide-base, l'étude des divers métabolismes (de l'eau, des lipides, des glucides des protéides, des ions, etc.) les acquisitions de l'endocrinologie, de l'hématologie, de la cytophysiologie, l'importance de la pathologie du système réticulo-endothélial et des équilibres cellulaires ¹ convergent toutes dans ce sens.

... Toutes les études sur l'immunité, le choc anaphylactique, la sensibilisation, l'intolérance conduisent à l'importance de la réaction individuelle des facteurs internes ou endogènes et du rôle des tempéraments et de l'hérédité...

...La notion toujours plus étendue de « syndrome » rend moins vives les limites réciproques de ces entités. Les processus décrits se présentent avec une grande abondance de formes de passage ou d'espèces voisines...

1. Nous avons tous lu, par exemple, avec intérêt les travaux considérables de Charles ACHARD ou ceux de Noël FIESSINGER (Cf. spécialement : *Les troubles des échanges nutritifs* d'ACHARD, 1926, et les *Traversées biologiques* de FIESSINGER, 1937).

...Le livre d'Oswald SCHWARZ a constitué le point de rencontre du mouvement psychanalytique et du « vitalisme » allemand de Von UEXKULL, de H. DRIESCH, de V. Von WEIZSACKER et a constitué le prélude du mouvement qui aux U.S.A. a donné l'essor à la Médecine psychosomatique (WEISS et DUNBAR, 1943)...

Deux autres aspects de cette réaction sont sensibles dans le développement des études sur les types *biotypologiques* des écoles française, italienne ou allemande et l'importance des facteurs *psychiques et sociaux* dans les maladies. Le livre d'Oswald SCHWARZ - et de ses collaborateurs¹ a constitué le point de rencontre du mouvement psychanalytique et du « vitalisme » allemand de Von UEXKULL, de H. DRIESCH, de V. Von WEIZSACKER et a constitué le prélude du mouvement qui aux U. S. A. a donné l'essor à la Médecine psychosomatique (WEISS et DUNBAR, 1943). Celle-ci ne constitue, somme toute, qu'un retour au sein maternel de la Médecine, à « l'utérus » hippocratique.²

Naturellement, la thérapeutique « moderne » a suivi le mouvement, elle est devenue plus humorale et moins « spécifique » (hormones, chocs, antihistaminiques, etc.).

Enfin l'anatomie-physiologie du XIX^e siècle, sans rien perdre de ses conquêtes, s'oriente également dans un sens plus profondément biologique et moins morphologique. La physiologie des organes est réintégrée dans le milieu intérieur « humoral ». Au lieu d'être, comme à l'époque nécessaire et féconde de l'analyse physiologique, concentrée sur les fonctions spéciales des organes c'est maintenant sur les grands processus biologiques de régulation et d'équilibre du milieu humoral que la physiologie se tourne : intégration des métabolismes dans les équilibres cellulaires, les rythmes et les circuits vitaux oscillants (physique biologique) – intégration des activités organiques dans la vie de relation par les activités nerveuses etc. Tels sont les thèmes principaux de la physiologie moderne où l'organe s'efface devant la fonction, la partie devant le tout. Sans doute un très grand nombre de travaux sont encore conçus dans un esprit différent, mais ce que nous voulons souligner, c'est qu'après le XIX^e siècle, alors que l'humorisme et le vitalisme paraissaient morts, le XX^e siècle les voit non peut-être prédominer encore mais déjà renaître.

*

* *

Au terme de cet exposé nous pouvons embrasser d'un regard le perpétuel balancement des doctrines médicales. Tantôt l'une, tantôt l'autre des attitudes extrêmes a dominé la médecine dans la succession des siècles. Peut-on faire un bilan du mouvement le plus efficace, déterminer si les conceptions dynamistes hippocratiques ont

1. O. SCHWARZ, *Psychogenie und Psychotherapie körperlichen Syndromen*, Éd. Springer, Berlin, 1925, 481 p.

2. H. DELGADO, (La Medicina y la Psicología, *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 1945), rappelle à ce propos le mot de JASPERS : « Les médecins sont à la hauteur de leur tâche dans la mesure où ils sont psychiatres. » Cette vérité s'impose d'elle-même et notamment aux praticiens expérimentés. En 1939, (Münch. Med. Woch.) Carl FEVERS ayant fait une enquête auprès de 300 praticiens recueillit 80 à 90% de réponses favorables à la question de savoir s'il fallait apprendre dans les Facultés de Médecine, la psychologie médicale.... Seuls, peut-être, certains « Psychiatres » seraient d'un avis contraire !!!

apporté plus de faits précis, se sont montrées plus fécondes que les doctrines mécanicistes anti-hippocratiques ? La balance paraît à peu près égale à cet égard entre les deux mouvements. Il est juste cependant de faire remarquer que le mécanicisme du XIX^e siècle paraît avoir entraîné l'acquisition d'une masse de connaissances considérables mais il semble actuellement avoir atteint ses limites et comme son épuisement. En général d'ailleurs les théories mécanicistes paraissent avoir été toujours plus empiriques, plus cliniques et plus thérapeutiques dans leur application à la pathologie interne. Nous verrons qu'il n'en est pas de même pour cette partie de la médecine qu'est la psychiatrie. Mais dans le domaine des maladies organiques, des affections des divers appareils, elles semblent non seulement nécessaires mais peut-être supérieures aux doctrines humorales. Il n'en reste pas moins que lorsque chaque phase du mouvement mécaniciste atteint ses limites il doit être renouvelé et laisser la place au souffle hippocratique qui ranime la pathologie que le mécanicisme a tendance à « dessécher » et à « atomiser ». La médecine se régénère à chaque phase de son développement en renouant périodiquement avec l'esprit de synthèse dynamiste et vitaliste par quoi elle reprend contact avec l'unité de la vie. Si donc les deux mouvements sont nécessaires et féconds, si malgré son incontestable mérite d'avoir orienté la médecine, notamment au XIX^e siècle, vers des découvertes splendides et que nul ne peut sérieusement songer à avilir, cependant le mécanicisme s'essouffle et atteint assez rapidement ses propres limites. Il est donc naturel qu'après les tendances anti-hippocratiques mécanicistes et matérialistes de la médecine du siècle dernier, une nouvelle ère maintenant se lève...

... La médecine se régénère à chaque phase de son développement en renouant périodiquement avec l'esprit de synthèse dynamiste et vitaliste par quoi elle reprend contact avec l'unité de la vie....

D'ailleurs même quand l'une ou l'autre conception paraît avoir acquis une hégémonie presque incontestée dans le détail des théories pathologiques, les deux tendances fondamentales de l'esprit médical ne cessent de s'affronter. Ce sont elles qui passionnent les débats de la médecine. Qui ne voit que, lorsque nous discutons sur l'organisme, l'origine parasitaire ou cellulaire du cancer, sur la contagion de la tuberculose, sur l'efficacité d'un vaccin, sur l'étiologie du diabète, sur l'autonomie des néphroses, ou l'importance du facteur « rhesus », etc., ce sont encore les reflets de ces deux attitudes d'esprit qui entrent en jeu et figurent comme l'écho, après vingt-cinq siècles, des querelles qui, dans la mer Égée, opposèrent Cos et CNIDE...

[Mais en fait]: ... les deux tendances fondamentales de l'esprit médical ne cessent de s'affronter...

LES TENDANCES ACTUELLES DE LA PHILOSOPHIE ET L'ÉVOLUTION DE LA MÉDECINE.

Naturellement en envisageant ici le problème des rapports de la médecine et de la philosophie, nous n'entendons pas dresser ce tableau à tous les progrès de la Médecine. Nous savons bien que les connaissances sur l'incompatibilité des groupes

sanguins, la découverte de l'A.C.T.H., l'exasanguino-transfusion, les greffes de tissus et d'organes, les implantations de placenta, la guérison des infections éberthiennes par la chloromycétine, les découvertes électro-encéphalographiques, les succès de la chirurgie cardiaque ou les formidables installations du cyclotron de LAWRENCE et mille autres réalisations magnifiques de la médecine ou de la chirurgie sont, comme telles, des progrès techniques n'ayant que des rapports nuls ou bien lointains avec le mouvement des « idées médico-philosophiques », Aussi n'en ferons-nous état dans ce travail que dans la mesure où elles peuvent nous y aider.

Il existe cependant, comme nous venons de le voir, un « rythme mécano-dynamiste de l'histoire de la médecine ». Le corps doctrinal de la médecine de l'antiquité gréco-latine a profondément lié la médecine hippocratique de l'école de COS aux spéculations d'*Héraclite* et des *Éléates* – celle de l'école médicale CNIDE au mécanisme atomistique de l'école philosophique d'ABDÈRE – le fameux « dogmatisme » de POLYBE à PLATON – le « pneumatisme » à ZÉNON – le « méthodisme » d'ASCLÉPIADE à ÉPICURE. Nous retrouvons à la Renaissance et jusqu'au XVII^e siècle cette même oscillation des doctrines entre la chimie néo-hippocratique de PARACELSE et l'école des iatromécaniciens qui trouvèrent dans la concentration mécaniciste « cartésienne » de la physiologie un sérieux appui sinon leur inspiration. De nouveau l'hippocratisme reprit sa revanche avec Van HELMONT et le célèbre SYDENHAM à la fin du XVII^e siècle, puis avec STAHL, HOFFMAN et l'École de Montpellier sous la direction de BARTHEZ au XVIII^e siècle.

Avec le XIX^e siècle et le grand développement des techniques microscopiques et physiologiques, la Médecine s'installa à nouveau dans une position mécaniciste conforme à l'idéologie de l'ère positiviste et du matérialisme scientifique. Après LOCKE, HELVETIUS et de La METTRIE la conception matérialiste et déterministe de la biologie et de la psychologie devait facilement triompher, les esprits y étant tout préparés par les progrès de l'anatomie pathologique (MORGANI), et de la physio-pathologie des appareils et des organes considérés comme des parties isolables et seulement juxtaposées de l'organisme. La médecine analytique de l'école anatomo-clinique dont les impérissables découvertes ont illustré les noms de grands cliniciens (LAÉNNEC, SKODA, TRAUBE) et de grands anatomopathologistes (CRUVEILHER, VIRCHOW) a connu le triomphe de la médecine expérimentale issue des travaux de Johan MÜLLER, de Claude BERNARD, de MAGENDIE, etc... La nosographie des « entités », la pathologie des organes et des fonctions isolés s'installèrent en souveraines. La découverte des maladies bactériologiques (PASTEUR, KOCH, EBERTH) apporta un argument de plus en faveur d'une conception qui se représentait la maladie comme une sorte de « corps étranger », de « parasite », comme l'effet d'une « possession » accidentelle détruisant tel ou tel organe et y déterminant des symptômes « *pathognomoniques* ». La naissance à la

...Avec le XIX^e siècle et le grand développement des techniques microscopiques et physiologiques, la Médecine s'installa à nouveau dans une position mécaniciste conforme à l'idéologie de l'ère positiviste et du matérialisme scientifique...

même époque de la pathologie du système nerveux grâce au développement des techniques expérimentales et microscopiques d'une part (DUCHÈNE de Boulogne, VULPIAN, BROCA, WERNICKE) et de l'usage universalisé du concept de « réflexe » d'autre part confirma encore, en raison de la possibilité de « localiser » des affections d'après le siège et la forme des symptômes (localisations nerveuses, centres cérébraux), les positions doctrinales de la médecine mécaniciste du XIX^e siècle.

Il sembla alors qu'ayant « définitivement » échappé à l'étreinte des « doctrines philosophiques » dont elle était pourtant tributaire, la médecine allait se développer comme une science physico-chimique parfaitement construite sur les bases solides de l'expérimentation et de l'observation. Mais cette expérimentation et cette observation étaient seulement conçues comme des disciplines dont le paradigme devait être recherché dans la physique, la chimie et les mathématiques, pour autant que celles-ci assuraient le « triomphe de la science » déterministe conçue dans le style d'Auguste COMTE, de TAINÉ et de RENAN et dont les œuvres et découvertes de LAVOISIER, HELMOLTZ, GAY LUSSAC, CLAUDIUS, CARNOT, BERTHELOT, etc... apparaissaient comme le modèle sinon le dernier mot.

...L'expérimentation et l'observation étaient seulement conçues comme des disciplines dont le paradigme devait être recherché dans la physique, la chimie et les mathématiques...

*

* * *

Or, cette « science médicale » à l'instar des autres sciences de la nature soumise à la discipline d'une analyse rigoureuse, régie par les principes d'une causalité mécanique installée dans une biologie sans vie et une « psychologie sans esprit », tout entière dominée par des notions statiques, solidistes et atomistiques, s'est trouvée dans une impasse. La « crise de la médecine », de cette médecine-là, si elle est encore ignorée de certaines écoles, a été dénoncée dès la fin du premier lustre de notre siècle. Rappelons seulement les cris d'alarme de B. ASCHNER ¹, de LUDOLF VON KREHL ², d'ALLENDY ³, de DELORE ⁴ etc... Mais pour bien saisir la portée de ces « renversements de vapeur » il faut voir clairement que cette prise de conscience exprimait une profonde aspiration qui de BICHAT à FREUD avait mal caché ses exigences et ses impatiences dans l'esprit des physiologistes et des cliniciens. Naturellement l'éviction du domaine de la maladie de la personnalité du malade devait particulièrement être considérée comme une lacune grave par les médecins psychologues et psychiatres. Rien d'étonnant que FREUD à cet égard ait été un des premiers artisans de ce renversement d'orientation des sciences médicales qui a fini par placer la pathologie psychique non

... La « crise de la médecine », de cette médecine-là, a été dénoncée dès la fin du premier lustre de notre siècle...

... l'éviction du domaine de la maladie de la personnalité du malade devait particulièrement être considérée comme une lacune grave par les médecins psychologues et psychiatres. Rien d'étonnant que FREUD à cet égard ait été un des premiers artisans de ce renversement d'orientation des sciences médicales...

1. B. ASCHNER, *Die Krise der Medizin*, 1928.

2. L. von KREHL, *Standpunkte in der inneren Medizin*, 1926; *Krankheitsform und Persönlichkeit*, 1928.

3. ALLENDY, *Orientation des idées médicales*, 1929.

4. DELORE, *Les tendances de la Médecine contemporaine*, 1936.

plus en queue mais en tête de la médecine. Rien d'étonnant non plus à ce que de nombreux neurologistes comme H. JACKSON au XIX^e siècle, comme GOLSTEIN plus récemment, aient grandement contribué à réagir contre la médecine mécaniciste. Depuis vingt ans, tous les traités de médecine, de physiologie, de pathologie, l'ensemble même de la littérature médicale portent la marque de cette nouvelle orientation « synthétique ». C'est elle que nous allons maintenant tenter de définir en montrant qu'elle s'insère dans un mouvement qui la dépasse. Il faudrait une connaissance beaucoup plus exacte et approfondie de la philosophie et de l'évolution des sciences que celle que je puis mettre au service du lecteur, pour tracer un tableau fidèle de l'empreinte philosophique sur ces nouvelles tendances de la médecine contemporaine.

*

* *

En s'éloignant du mécanisme et de la nosographie statique et morphologique, en retournant à l'« utérus hippocratique » la médecine contemporaine a retrouvé l'aspect dynamique de l'organisme et de ses altérations morbides. C'est une profonde modification des concepts de causalité qui a accompagné et engendré cette volte-face. Rien de plus éloigné de la médecine du siècle dernier que ces notions qui correspondent à des formules comme « crises salutaires », « défense de l'organisme », « réaction vitale », « évolution fonctionnelle de l'ensemble des organes », « évolution et dissolution de fonctions », « énergie psychique », « phénomène de suppléance », de « compensation », de « structure du comportement », « d'interactions du terrain constitutionnel et des facteurs exogènes », idiosyncrasies de tempérament et de caractère, « cycles évolutifs morbides - héréditaires ou acquis, engageant la totalité de l'organisme », (Gestalt), « réponses a-spécifiques », etc. Tous ces concepts réintroduisent la finalité dans l'étiologie et la pathogénie des maladies. Cette cause finale s'opposait, au temps où KANT se préoccupait de garantir la valeur apodictique de la science newtonienne, à la forme de finalité causale efficiente, comme une conation interne vers son objet s'oppose à la relation de l'effet relativement à la cause que le déterminisme de l'extérieur transitivement, rigoureusement et entièrement. Ainsi, un abîme séparait le monde à causalité physique du monde de la causalité téléologique que le génie du philosophe

...C'est une profonde modification des concepts de causalité qui a accompagné et engendré cette volte-face...

...Tous ces concepts réintroduisent la finalité dans l'étiologie et la pathogénie des maladies...

1. On trouvera dans des livres comme celui de Th. BOVET, *Einführung in die philosophischen Grundprobleme der Medizin*, Zurich, 1934, d'A. DOGNON, *Biologie et médecine* 1948 ou *Il libro della vita* de B. DISERTORI (1947). Ou encore l'excellent et récent mémoire de P. LAIN ENTRALGO, *La enfermedad humana en la patología contemporánea*, « Arbor », Madrid, 1948, auquel j'aurai l'occasion de me référer à plusieurs reprises vu sa bonne documentation sur tous ces problèmes. Le gros ouvrage de ce dernier auteur (*La historia clinica*), I volume, 775 pages, Madrid, Investig. Cientificas, 1950) constitue un monument de valeur inestimable qui permet de suivre pas à pas dans l'Antiquité à la Renaissance, puis avec STAHL, BICHAT et H. JACKSON, la tradition ininterrompue de la médecine dynamiste contemporaine. [NdÉ: *La Historia clinica* (1950) de Pedro LAIN ENTRALGO, référence essentielle pour EY, a été rééditée à Madrid en 1998 par Triacastella.]

de KÖNIGSBERG n'a pu combler que par le prodigieux travail de la dialectique transcendante. A l'égard de la relativité de la science de notre temps, son effort eût peut-être été facilité. Tout d'abord les sciences de la nature qui ont pour objet la vie des organismes ont pris conscience à propos de problèmes comme par exemple ceux de l'hérédité, de l'évolution des espèces, de la psychophysiologie des perceptions, etc... que le propre des fonctions vitales est précisément d'intégrer le hasard dans la trajectoire significative de l'activité d'un organisme. Dans ce sens les idées de Hans DRIESCH¹ ont puissamment contribué à rétablir la notion de finalité dans les processus vitaux. L'hérédité ne paraît actuellement réductible, ni à une juxtaposition de caractères fortuitement acquis, ni au tirage au sort de la loterie des gènes. La constitution de l'œuf et son développement c'est l'acte ou la série d'actes par lequel s'instaure l'originalité d'un organisme dans les limites des caractères de l'espèce. Il suffit, semble-t-il, d'étudier l'inflexion des concepts qui étaient à la base de la génétique inspirée des conceptions de WEISSMANN (depuis MENDEL jusqu'à BATESON et MORGAN) pour voir clairement que la « pangenèse » est impensable et il suffit de considérer le système de LAMARCK ou celui de MITCHOURINE pour que saute aux yeux qu'une « épigénèse » totale est impuissante à nous rendre compte des faits. Quant aux activités perceptives, depuis HELMOLTZ, MULLER, TAINE, FECHNER, les analyses de BERGSON en France et de PÄLAGGI dans les pays de langue allemande ou encore des études comme celles de STEIN ont montré en accord avec la Gestalt-psychologie et la phénoménologie des actes perceptifs (cf. SCHNEIDER, MERLEAU-PONTY) que percevoir est un acte d'intégration, un acte vital irréductible à ses composants artificiels isolés.

L'*intentionnalité* des processus organiques définit la vie, mais il est clair qu'elle constitue un mouvement qui se développe en structures et niveaux différents depuis les tropismes jusqu'aux actes volontaires. Ce concept a au fond la même fonction que celui de discontinuité pour le monde physique en ce qu'ils exigent le passage nécessaire dans la durée ou l'espace de « l'un » à « l'autre ». Pour la science physique en effet, une révolution s'est opérée qui a exigé de l'esprit humain un effort de création qui eût paru inimaginable il y a seulement un siècle. Les concepts einsteiniens d'espace-courbe, d'espace-temps, échappant à la géométrie euclidienne pour se conformer à celle de RIEMANN et d'Élie CARTAN pour construire l'édifice de la relativité généralisée, supposent une distorsion de l'appareil logique, et exigent des qualités intuitives qui défient la logique rationnelle et lorsqu'au bout de l'atome c'est un monde que le physicien découvre, et dont il peut libérer l'énergie, il est obligé, renonçant au modèle de RUTHERDORF pour travailler sur celui de BOHR et SOMMERFELD, d'utiliser les principes de la mécanique quantique qui, en dernière analyse, comme L. DE BROGLIE l'a génia-

... le propre des fonctions vitales est précisément d'intégrer le hasard dans la trajectoire significative de l'activité d'un organisme...

... L'intentionnalité des processus organiques définit la vie, mais il est clair qu'elle constitue un mouvement qui se développe en structures et niveaux différents depuis les tropismes jusqu'aux actes volontaires...

1. H. DRIESCH, *Philosophie des Organismus*, 1^{ère} édit. 1909 et *Der Mensch und der Welt*, 2^e édit. 1944.

lement montré ¹, renvoie à la notion de *complémentarité*. Déjà l'idée d'un quantum d'action (PLANCK) sorte de « tranchant du scalpel à disséquer la nature » et les « inégalités d'incertitude » d' HEISENBERG exprimaient la nécessité de recourir à une causalité « plus faible » de telle sorte que le substratum de la mécanique ondulatoire ce sont des ondes de probabilité. On sait que pour réduire la dualité des aspects ondulatoires et corpusculaires des entités élémentaires de la physique, NIELS BOHR a introduit la notion capitale de complémentarité et De BROGLIE à ce sujet fait remarquer: « Sa portée philosophique est apparue de suite comme considérable. Suggérée par l'étude des faits dans le domaine de la micro-physique, elle peut avoir une portée qui s'étend au-delà des limites de la science. Elle applique en effet que deux conceptions en apparence incompatibles peuvent représenter chacune un aspect de la vérité ». BOHR lui-même a cherché à extrapoler l'idée de complémentarité, notamment dans le domaine de la biologie. C'est précisément ce que P. DESTOUCHES FÉVRIER ² a exposé avec beaucoup de clarté : l'aspect physiochimique et l'aspect biologique global sont complémentaires et doivent être pris en considération pour la théorie générale des prévisions. Cette « indétermination » de la causalité dans ce domaine microphysique qui est proprement « métaphysique » a beaucoup frappé les esprits et pourtant, comme on l'a fait justement remarquer, cette indétermination soumise au calcul des probabilités est encore une forme de déterminisme. Mais il n'en reste pas moins que la causalité dans la science physique tend à se rapprocher de celle des sciences vivantes. Tandis qu'au siècle dernier on avait rêvé de rapprocher la biologie et la physique en appliquant à celle-là le déterminisme mécanique de celle-ci, il semble que c'est par un renversement des facteurs que tend à s'opérer aujourd'hui ce rapprochement. Et il n'est peut-être pas tout à fait absurde de dire que le monde atomique apparaît en quelque sorte lui-même comme un monde vivant. Sans doute depuis HÉRACLITE jusqu'à COURNOT et BOUTROUX, depuis HEGEL surtout, l'aspect « contingent » et dialectique de la matière comme celui de l'esprit s'est imposé à la pensée philosophique. Cette modification profonde du concept de causalité depuis cent ans, reflet de l'évolution de la physique, de la biologie et de la métaphysique est passé dans l'esprit de notre temps, et si les médecins ne sont pas toujours explicitement instruits et conscients de cette évolution, ils n'en ont pas moins été influencés par elle.

Nous allons voir en effet que si la pathologie anatomique « atomistique » et mécaniciste du XIX^e siècle avait tendance à se dérouler, pour ainsi dire, dans l'espace corporel où la maladie paraissait s'enfoncer passivement comme un clou, c'est vers des concepts plus dynamiques qu'elle se tourne depuis cinquante ans. Si je ne craignais pas

1. Cf. notamment l'art. paru dans « *Dialectica* », vol. II, N^{os} 3-4, 1948.

2. *Dialectica*, vol. LI, 11, n^o8 3-4, 1948.

...RIEMANN, CARTAN,
EINSTEIN, HEISENBERG,
BOHR modifient profondément le concept de causalité...

de trop jouer sur les mots, je pourrais dire que la pathologie, d'externe est devenue de plus en plus interne ¹.

Tout d'abord, la pathologie des maladies infectieuses a subi depuis cinquante ans une évolution importante. Si tout d'abord les agents microbiens visibles ou connus seulement par leurs effets (ultravirus, infra-microbes) ont paru déterminer presque exclusivement les processus morbides par leurs toxines spécifiques, il est apparu assez rapidement que cette action est plus complexe et moins strictement spécifique. Chaque espèce microbienne est d'une part moins différenciée qu'on ne l'avait cru, évolue et peut se transformer; elle a, selon le mot de Ch. NICOLLE ², une vie, c'est-à-dire un cycle évolutif. D'autre part, un micro-organisme pathogène produit une « mosaïque d'antigènes », c'est-à-dire des substances capables de provoquer dans l'organisme une « mosaïque d'anticorps ». Le phénomène d'immunité acquise ou provoquée (vaccins) est un phénomène vital de résistance, de défense de l'organisme, de telle sorte que toute la pathologie infectieuse est l'histoire d'un combat, d'une lutte entre l'organisme atteint et les microbes qui l'envahissent. L'importance de la défense phagocytaire des leucocytes, de la production massive d'anticorps est évidente aussi bien dans la crise que représente une maladie infectieuse aiguë que dans les formes chroniques ou long-temps évolutives d'une affection qui, comme la tuberculose ou la syphilis, déroulent dans la vie du malade comme une série de péripéties où interviennent, tout au long, les forces de résistance de l'organisme dans la totalité de ses énergies tissulaires ou humorales. La mobilisation en masse, ou par secteur, de ces forces entre dans le processus et, lui ôtant une partie de sa « spécificité », entre dans la constitution des symptômes. Ce n'est pas seulement dans les maladies nerveuses que le principe mis en évidence par HUGHLINGS JACKSON est applicable : la maladie libère les instances vitales qui ajoutent aux symptômes négatifs de déficit fonctionnel les symptômes positifs de la réaction de défense de l'organisme ; si bien étudiées en France par les écoles de WIDAL et d'ACHARD (fièvre, crise, choc, allergie, réaction anaphylactique, homéoclassique, histaminique, etc.), c'est la totalité de ces actions et réactions qui constitue la maladie infectieuse. Chacune dans son action pathogène n'agit pas sur un système inerte mais pénètre dans un monde où elle rencontre l'activité des tissus et substances antibiotiques qu'elle déclenche. Elle y rencontre aussi d'autres micro-organismes qui peuvent s'allier aux défenses de l'organisme (BESREDKA). C'est ainsi que le bacille pyocyanique ou le bacille subtilis sont connus depuis longtemps (1899) pour leurs propriétés antibactériennes. Il appartenait cependant à FLEMING de démontrer et de faire entrer dans l'ar-

...Ce n'est pas seulement dans les maladies nerveuses que le principe mis en évidence par Hughlings JACKSON est applicable : la maladie libère les instances vitales qui ajoutent aux symptômes négatifs de déficit fonctionnel les symptômes positifs de la réaction de défense de l'organisme...

1. Cela est si vrai qu'il y a un aspect Psychosomatique de la pathologie externe.

2. Ch. NICOLLE, *La vie et la mort des maladies infectieuses*.

senal thérapeutique les substances antibiotiques qui, d'abord recueillies à partir de moisissures, puis synthétisées industriellement, sont en train, grâce aux recherches de DUBOS, WAKSMAN, etc., de vaincre la virulence de tant de maladies (streptomycine, tyrothricine, actinomycine, dihydro-streptomycine, chloromycétine, auréomycine et d'autres encore issues de bactéries comme les subtilines, la bacitricine, etc., ou d'actinomycètes comme la terramycine et peut-être encore issues de tissus animaux comme le lait, le miel, le sang, les larves, etc.). Autrement dit, la vie vient au secours de la vie soit qu'il s'agisse de la vie du malade lui-même soit qu'il s'agisse de la vie d'organismes capables de lutter avec lui et qui lui fournissent sinon la substance, tout au moins le modèle de leurs propriétés médicatrices.

Cette « réaction » vitale de l'organisme dans la maladie infectieuse dépend naturellement du *terrain*. Et si nous venons de voir, comme l'affirmait déjà Cl. BERNARD, le terrain conditionne l'action des microbes, son rôle ne se limite pas à cette partie de la pathologie. Les notions de tempérament, de biotype, sont devenues aussi familières au médecin actuel que celles de diathèse et d'idiosyncrasie au temps de la Renaissance et de l'Antiquité. Qu'il s'agisse des biotypes de SIGAUD, de PENDE, de CORMAN, de KRETSCHMER, de SCHELDON, etc., toutes ces études convergent vers une conception holistique de l'individualité biologique et morphologique qui lie le mode de réaction de l'organisme à sa forme et aux propriétés caractérielles de ses « résistances », de ses « méiopragies », de toutes les modalités anatomophysiologiques de tolérance ou d'agressivité à l'égard de la maladie. Or ces dispositions tempéramentales sont évidemment héréditaires et familiales. C'est justement la fonction du concept d' « hérédité » que d'opérer également dans la pathologie un groupement synthétique où chaque malade efface sa propre individualité au profit d'un cycle morbide plus large. L'application des principes de la génétique à la pathologie humaine, si elle a pu mettre en évidence des affections ou malformations à caractère dominant ou récessif, s'est assez rapidement heurtée à d'extrêmes difficultés. Ces difficultés sont faciles à comprendre par la crise même que traverse la génétique Weissmanienne. Le gène conçu de plus en plus comme un monde infra-atomique ou un monde dynamique, et dont la spécificité et la fixité des caractères sont rendues conjecturales (pleïotropisme, plurifactorialité, etc.) ne paraît plus avoir l'autonomie absolue qu'on lui attribuait il y a quelques années. La notion d'épistase, d'hypostase, d'effet de position exprime que la structure du milieu génotypique influe sur chacun des gènes mais surtout que le milieu extérieur paraît influencer aussi sur le déterminisme de la répartition factorielle. Sous le nom de « Dauervariationen » ou de « mutations provoquées », cette influence a fortement orienté la génétique vers une conception moins rigide où l'hérédité cytoplasmique, la matroclinie, trouvent bon gré, mal gré, leur place. L'assouplissement de ces mécanismes génétiques rend mieux compte de l'écart qui sépare les manifestations phéno-

...C'est justement la fonction du concept d' « hérédité » que d'opérer également dans la pathologie un groupement synthétique où chaque malade efface sa propre individualité au profit d'un cycle morbide plus large...

typiques d'un individu à l'égard de sa formule génotypique (fait rendu évident par la discordance - si faible qu'en soit le taux - entre jumeaux mono-ovulaires). C'est encore ce que rend sensible l'introduction de concepts comme ceux de pénétrance ou d'expressivité (TIMOFEEF-RESSOVSKY). L'évolution de la génétique vers une conception plus dynamique revient à introduire dans le champ de l'hérédité le conflit vital qui oppose les forces de constance et celles de variation, le germe et le soma n'étant pas deux parties séparées de l'être mais deux systèmes énergétiques en équilibre comme l'organisme organisé et son milieu organisant. De telle sorte que dans cette perspective, la maladie héréditaire, loin de nous apparaître comme une entité spécifique, pour ainsi dire immuable et soumise seulement au jeu de cache-cache de la récessivité et de la dominance, se présente à nous comme un processus dynamique et plastique à caractère familial. Rien de plus instructif à ce sujet que les études comme celles de Van BOGAERT ou de M. BLEULER ¹. Pour Van BOGAERT l'étude de la Chorée de HUNTINGTON, telle qu'elle résulte des recherches de KEHRER, aboutit à rattacher au « noyau » choréodémontiel une choréocinésie ou choréodystonie constitutionnelle, un tremblement constitutionnel progressif, les tempéraments et psychoses choréiques sans hypercinésie, des équivalents épileptiques, des hyperalgésies épisodiques, des formes de parésies avec l'ataxie, le tic convulsif, la myoclonie familiale. L'étude des familles atteintes de sclérose tubéreuse (BOURNEVILLE) conduit à y voir la manifestation de formes neuro- et viscéropathologiques extrêmement diverses. Ainsi l'individualité de la « maladie héréditaire » tend-elle à s'effacer au profit d'un trouble métabolique plus global et à manifestations multiples où intervient non seulement la formule génotypique qui a constitué son support chromosomique mais encore toutes les influences du milieu individuel. De telle sorte que, dans ce domaine de l'hérédité, la médecine contemporaine a précisé les notions fécondes d'une dynamique interne « endogène » de la maladie, liée à la formation même de l'organisme sans verser dans les excès d'abstractions d'une pathologie « purement » héréditaire d'entités génétiques.

Nous venons d'indiquer comment l'idée d'une « maladie » considérée comme un « être de raison » et pour ainsi dire matérialisée, « hypostasiée » dans le microbe ou le gène, a perdu du terrain conformément à une conception plus large de la vitalité de l'organisme malade. Cette résistance à la notion de « maladie isolée » d'organe ou de fonction, de maladie spécifique se retrouve encore dans la médecine contemporaine dans la répugnance à dire d'un malade qu'il « a » ² telle ou telle maladie et dans le fait

...Ainsi l'individualité de la « maladie héréditaire » tend-elle à s'effacer au profit d'un trouble métabolique plus global et à manifestations multiples où intervient non seulement la formule génotypique qui a constitué son support chromosomique mais encore toutes les influences du milieu individuel...

1. Van BOGAERT, *Maladies nerveuses systématisées et problèmes de l'hérédité*. Rapport au XXVI^e congrès français de Médecine, 1947. On trouvera dans le rapport de M. BLEULER (rapport à la Sté Suisse de Psychiatrie de la même époque) des idées semblables.

2. R. SIEBECK (*Medizin in Bewegung*, 1949) remarque que les Français ont raison de dire qu'un malade « fait » telle maladie.

qu'on dit plus généralement qu'il présente tel *ou* tel « syndrome », (anémie, septicémie, insuffisance ventriculaire gauche, etc.). Ainsi, le champ de la clinique tend-il à se différencier en fonction de grands groupements symptomatiques exprimant des troubles anatomiques et fonctionnels en relation avec des systèmes vitaux de régulation et de coordination de fonctions. C'est ainsi que le système de coordination fonctionnelle *hormonal*, sans s'éclairer beaucoup dans la mesure même où il s'agit de « cycles » qui se pénètrent, s'engendrent et se recourent, a, depuis trente ans, acquis une importance toujours plus considérable dans la pathologie des échanges de l'organisme et la constitution des maladies des différents organes. Les acquisitions de la physiopathologie du cycle hormonal, des gonades, de l'hypophyse et de la cortico-surrénale pour ne parler que de celles qui ont été ces dernières années l'objet d'investigations et de progrès les plus sensationnels (folliculine, lutéine, cortisone, A.C.T.H., etc.) l'intérêt physiologique et pathologique de ce vaste système de corrélation aneurale a un peu supplanté celui de système nerveux autonome ou système neurovégétatif qui lui est immédiatement et profondément associé. Ces tendances de la pathologie moderne à s'intéresser aux « ensembles », aux « systèmes fonctionnels » est remarquable dans deux aspects caractéristiques de la médecine actuelle. Tout d'abord l'importance de la pathologie du système *réculo-endothélial* (EPSTEIN, IJEHLINGER, PITTALUCA, etc.). Ce système pour ainsi dire nouveau est disséminé dans l'ensemble de l'économie (rate, ganglions, moelle osseuse, foie, endocrines, téguments). L'étude de sa pathologie (hystiocymatoses dysplasiques de surcharge, réticuloses de réserve ou hyperplasiques, etc.) a permis de grouper un certain nombre de maladies dysmétaboliques ou infectieuses. C'est ainsi que dans le même groupe des réticuloses entrent la maladie de NIEMANN-PICK (phosphatide), la maladie de GAUCHER (cérébroside), de SCHULLER-CHRISTIAN (Cholesterol) rapprochées des lipoidoses et peut-être de l'athérome et du syndrome d'obésité. C'est ainsi encore que dans le groupe des réticuloses métaplasiques (SEZARY), il y a lieu de ranger dans un même groupe d'affections à évolution lente le mycosis fongoïde, la maladie d'HODGKIN et un certain nombre d'autres formes leucémiques et dermato-musculaires. Ainsi s'établit une large voie de communication entre les affections dont les parentés n'étaient pas évidentes.

Plus caractéristique encore est la conception du « syndrome d'adaptation » de SELYE¹. La thèse générale qu'il défend (et constituerait une sorte de banalité dans le mouvement actuel de la médecine si elle ne s'appuyait sur une expérimentation considérable) c'est qu'il existe une modalité univoque de *réponse* de l'organisme à une agression quelle qu'elle soit. Ce « stress » (processus et notion où se combinent et se complètent l'allergie et la défense) se déroule selon SELYE en quatre phases : *Choc*

1. Hans SELYE, *Stress*, 3^e édition, 1950. [NdÉ: *Stress* a été analysé par H. AUBIN in *L'Évolution psychiatrique*, XVI, 2, 1951, 315-319.]

...Ces tendances de la pathologie moderne à s'intéresser aux « ensembles », aux « systèmes fonctionnels » est remarquable dans deux aspects caractéristiques de la médecine actuelle...

...Plus caractéristique encore est la conception du « syndrome d'adaptation » de Selye

...Ce « stress »...

(variation de la tension, hypo- puis hyperthermie et syndrome humoral avec hyperazotémie, hypochlorémie, hypocaliémie, diminution du volume sanguin), *résistance* caractérisée par l'adaptation au stimulus spécifique avec, par contre, abaissement de la résistance aux autres stimuli pathogènes, *épuisement* enfin, si le stimulus pathogène persiste. A ce déroulement dramatique que traduit en langage physiologique moderne l'évolution de la « coction » hippocratique, SELYE a superposé un certain nombre d'observations expérimentales. Tout d'abord la réaction première est hypophysaire ou diencéphalo-hypophysaire. C'est-à-dire que l'hypophyse augmente sa production d'hormones corticotrope, d'où augmentation des corticoïdes (hyperactivité de la cortico-surrénale) soit des métallo-corticoïdes soit des glucocorticoïdes. Or, cette réaction cortico-surrénale est susceptible de provoquer à son tour des désordres (lésions vasculaires et myocardiques, hypertension, néphrosclérose artérielle, etc.). Le remède de la nature est alors pire que le mal et nous voyons, ici comme nous le soulignons plus haut, que la maladie engage non seulement les forces pathogènes mais aussi les forces de défense dans un « stress » qui peut guérir ou tuer.

...la maladie engage non seulement les forces pathogènes mais aussi les forces de défense dans un « stress » qui peut guérir ou tuer...

Si nous voulons bien comprendre – par delà leur importance médicale et thérapeutique qui est énorme – l'intérêt général et philosophique de ces nouveaux aspects de la pathologie générale, nous devons donc apercevoir qu'ils expriment tous ou à peu près tous (humorisme, finalité de la réaction morbide, mobilisation des moyens de défense, prise en masse plus ou moins globale de la maladie dans l'organisme, la « constitution » et l'héritage biologique) l'idée que la maladie même, si elle n'occupe qu'une partie de l'espace corporel, est un moment, une phase de l'existence qui dépend à des niveaux divers de l'altération non point de tel ou tel organe mais de tel ou tel cycle fonctionnel dans lequel est intégré tel ou tel organe. La maladie apparaît comme une dérégulation d'un cycle vital. D'où la nécessité d'envisager ces cycles vitaux sur un modèle qui rappelle le système nerveux, système qui se découvre en effet à nous comme un système général de coordination et d'intégration de l'organisme. Nous avons déjà eu l'occasion de souligner que les sciences physiques paraissent incliner à se rapprocher de la biologie et nous pourrions noter ici que la pathologie générale tend à se rapprocher de la pathologie nerveuse. Sans doute l'utilise-t-elle toujours davantage (par le truchement du système neuro-végétatif et l'importance reconnus des troubles fonctionnels) mais elle tend même à s'y identifier en se référant à une physiologie des corrélations, de « Gestalt », de l'activité organique de défense et d'adaptation.

... La maladie apparaît comme une dérégulation d'un cycle vital...

Ceci nous conduit à dire un mot sur les nouvelles conceptions sur l'activité fonctionnelle de ce « système nerveux ». L'étude de l'influx nerveux et de ses médiateurs synoptiques, chimiques et électriques des variations rythmiques de son potentiel électrique a conduit à de remarquables synthèses comme celles de LORENTE de NO ou de BERCY. Elle est généralement et peut-être nécessairement conduite dans le sens méca-

niste de « dispositifs » de « circuits fermés » tendus entre diverses parties de l'écorce entre elles ou en relation avec les formations diencephaliques (Mac CULLOCH). Naturellement, l'idée d'apparenter ces dispositifs aux « servomécanismes », aux électro-intégrateurs, aux « engins à penser », aux « feed-back » capables d'introduire dans le « circuit réflexe » de leur activité, une « information » qui varie selon les péripéties des circonstances, ne pourrait manquer de venir à l'esprit. La « cybernétique »¹ pour autant qu'elle groupe dans une même technique mathématique et expérimentale des neurologistes ou des neurophysiologistes comme Mac CULLOCH, N. WIENER, GREY WALTER, etc.. et des psychiatres comme ASHBY, est orientée vers cette assimilation. L'appareil construit par Mac CULLOCH pour permettre la lecture aux aveugles, appareil qui traduit en signes sonores les signes optiques, arracha à Von BONIN un cri de stupéfaction quand il s'aperçut qu'elle reproduisait « le diagramme de la quatrième couche du cortex occipital » ! La tortue électrique de GREY WALTER se comportant comme une « intelligence », c'est-à-dire une capacité de réactions adaptées et prévues est un « homéostat » dont les 400 000 combinaisons possibles entre ses quatre électro-aimants et autant de possibilités de variations dites d'« information » dépendent du fonctionnement même du mécanisme (feed-back), conduit aussi à la même idée que le cerveau est un système de feed-back réalisant une homéostasie complexe. Cela ne saurait étonner, et il n'y a aucune raison, comme le fait remarquer COSSA, de ne pas trouver qu'il va de soi que le cerveau fonctionne comme une machine exactement comme l'œil fonctionne, « comme une chambre noire d'un appareil photographique ». Mais toute la question est de savoir si le cerveau comme l'organisme, en général, n'est que cela, car enfin reste toujours ouverte la question de savoir si la machine possède autant que l'organe qui le voit ou l'esprit de celui qui l'a construite. Et même si ces cerveaux électroniques étaient capables de produire ou de « reproduire » des cerveaux électroniques, cela ne serait possible qu'en vertu de ce qu'aurait créé le cerveau humain. On comprend que les opinions soient divisées ! ! ... Le seul point que nous désirons souligner, à ce sujet, c'est que si la cybernétique conduit à n'envisager que des « mécanismes », elle ne saurait ni surprendre ni prétendre « révolutionner » la physiologie et la psychologie. Mais il est possible que, non pas en tant que science des servo-mécanismes et des appareils automatiques, mais en tant qu'utilisant, comme le fait remarquer SCHUTZENBERGER, le concept d'« information » qui est à l'opposé de l'« entropie », elle ouvre de nouvelles perspectives sur l'énergétique cérébrale.

...La « cybernétique » pour autant qu'elle groupe dans une même technique mathématique et expérimentale des neurologistes ou des neurophysiologistes comme Mac CULLOCH, N. WIENER, Grey WALTER, etc.. et des psychiatres comme ASHBY...

...la cybernétique utilisant le concept d'information qui est à l'opposé de l'« entropie », elle ouvre de nouvelles perspectives sur l'énergétique cérébrale...

1. Les travaux de N. Wiener (*Cybernetics or control and communication in the animal and the machine*, 1948), de ASHBY (*The electronic Brain*, 1946) etc... ont donné lieu en France à trois articles importants : celui de GASTAUD (*Semaine des Hôpitaux*, 1949), celui de SCHUTZENBERGER (*Evolution Psychiatrique*, 1949), celui de COSSA (*Annales Médico-Psychologiques*, 1950). On trouvera une bonne mise au point de ce problème dans l'excellent petit livre de J. LHERMITTE (*Incarnation de l'esprit. Le cerveau de la pensée*. Paris, Éd. Bloud, 1951).

Celle-ci, si elle suppose le jeu de mécanismes particuliers, requiert en effet, essentiellement, une activité d'intégration dont la pathologie n'a jamais été clairement définie face aux fonctions intégrées, car toutes les explications physiologiques y compris les travaux de la Gestalt-théorie se heurtent à la difficulté de concevoir le fonctionnement global autrement que réglé par un fonctionnement partiel. C'est tout le drame, la grandeur et la décadence, mais aussi l'exigence, à laquelle on ne saurait entièrement se soustraire, des « localisations cérébrales ».

Quoi qu'il en soit, le système nerveux, s'il est composé de parties et de systèmes, constitue le système global de l'intégration, et c'est pourquoi nous pouvons dire que c'est sur son modèle que tend à s'aligner toute pathologie qui tend à concevoir la maladie comme une réaction globale et adaptée à l'organisme.

*

* * *

Presque tous les auteurs, dans tous les pays, quand ils écrivent sur les « principes » ou l'« orientation » plus synthétique de la médecine moderne, soulignent son caractère plus nettement « humaniste » ou « anthropologique ». C'est une sorte de leitmotiv que l'on retrouve sous la plume de KRAUS ¹, de A. CARREL ² de DELORE ³, de LERICHE ⁴, de SIBEECK ⁵, de VON WEIZSACKER ⁶, etc. comme naturellement dans tous les écrits des écoles psychosomatiques américaines ou allemandes. L'œuvre du grand neurologue K. GOLDSTEIN ⁷ constitue pour nous le trait d'union entre ce que nous venons de dire de l'orientation dynamique de la pathologie et ce que nous allons maintenant envisager: l'aspect « personnaliste » de la médecine contemporaine. Il met en évidence le principe de la totalité (Ganzheitsprinzip) en conformité avec la Gestalt-theorie et certains aspects du behaviorisme. C'est, en effet, une sorte de point de convergence des idées de KOHLER, KOFFKA, KANTOR, TOLMAN, et de celles de RITTER, BUYTENDISK et de VON MONAKOW que se situe GOLDSTEIN. Pour lui, la maladie est une réaction catastrophique qui se substitue au comportement ordonné. Cette réaction dans la pathologie nerveuse met en évidence une différenciation des troubles de premier plan (Vordergrund) et d'arrière-plan (Hintergrund) de telle sorte que les fameuses localisations cérébrales perdent à ses yeux une bonne partie de leur raison d'être sans cependant être entièrement rejetées. Le foyer de la maladie quand elle frappe électivement telle fonction de l'organisme est débordé par le retentissement qu'elle provoque dans

...L'œuvre du grand neurologue K. GOLDSTEIN constitue pour nous le trait d'union entre ce que nous venons de dire de l'orientation dynamique de la pathologie et ce que nous allons maintenant envisager: l'aspect « personnaliste » de la médecine contemporaine...

1. F. KRAUS, *Allgemeine und spezielle Pathologie der Person* 1919 et 1926.

2. A. CARREL, *L'homme, cet inconnu*.

3. DELORE, *Les tendances de la médecine contemporaine*, 1936.

4. LERICHE, *Médecine de France*, 1950.

5. SIBEECK, *Medizin in Bewegung*, 1949.

6. WEIZSACKER, *Zum Begriff der Krankheit...*, 1909 ; *Der Arzt und der Kranke*, 1926.

7. GOLDSTEIN, *Die Aufbau des Organismus*, 1934. [NdÉ: GOLDSTEIN K.: *La structure de l'organisme* (1934), traduction française, Paris : Gallimard ; 1951.]

le comportement humain. Et si les malades nerveux, auxquels il s'est spécialement intéressé, sont des malades qui ont perdu la « possibilité de s'adapter au possible », on peut dire que tout malade qu'étudie la pathologie générale a perdu la possibilité de s'adapter à la nécessité. Ce qui revient à distinguer dans la pathologie le plan des comportements morbides du niveau des contingences et de l'adaptation de la vie de relation et le plan de comportement du niveau des fonctions proprement vitales. On conçoit que la « maladie nerveuse » apparaît à cet égard plus « humaine » que la « maladie organique ».

Pourtant l'extension progressive des concepts dynamistes et holistiques à tout le champ de la pathologie générale est un fait qui caractérise la médecine moderne. Elle s'exprime principalement dans les tendances de la *médecine psychosomatique* qui introduit toujours plus de « sens », de finalité et d'humanité dans la pathologie même des organes et des appareils. Ce qui nous importe, ici, ce n'est pas de marquer la valeur et les limites d'un tel mouvement mais de comprendre de quelles exigences il est né.

Le « dualisme cartésien » séparait la pensée de l'étendue, l'esprit du corps. De telle sorte que, livrant à la physiologie un corps mécanique, il ouvrait la voie à une pathologie « inanimée ». Le mouvement positiviste basé sur le matérialisme déterministe a suivi cette voie qui, d'ailleurs - on ne saurait le nier -, a favorisé des découvertes d'une grande importance. Mais cette physiologie et cette psychologie « parallèles » à la vie de l'âme considérée comme un pur esprit ou un pur néant épiphénoménal ne pouvait satisfaire longtemps. Le drame de l'existence humaine, son déroulement dans l'histoire individuelle et l'histoire de l'humanité devait conduire d'abord les philosophes puis les médecins à une modification profonde de leurs perspectives.

C'est ainsi que BERGSON a secoué un des premiers le joug d'un mécanisme qui, appliqué à l'étude de la vie et de la pensée, lui apparaissait impropre à les saisir réellement. En donnant à la fois l'exemple et le conseil de recourir à une méthode plus intuitive, il réincarnait l'esprit dans le corps, dans la totalité de l'être humain. Même si, aux yeux de ses critiques actuels, il n'est jamais parvenu à échapper tout à fait à une juxtaposition dualiste des valeurs spirituelles et du corps, l'« Évolution créatrice », en tant qu'elle retrace les démarches d'une action dans la durée, constitue et demeure un aspect fondamental de la pensée contemporaine. Mais c'est surtout la philosophie allemande qui, depuis HEGEL, n'a cessé de spéculer sur la dialectique des essences et de l'existence en s'attachant à expliquer la totalité de l'être, soit par les étapes évolutives de son destin, soit par les démarches successives à une causalité interne.

Le matérialisme historique de K. MARX et le matérialisme dialectique de ses successeurs, tout en s'appuyant sur la logique « idéaliste » de HEGEL dans la dialectique des contraires et en faisant usage de la fameuse « négation de la négation », a prétendu fonder la réalité des changements sur la reconstitution concrète du contenu concret

...la médecine psychosomatique qui introduit toujours plus de « sens », de finalité et d'humanité dans la pathologie même des organes et des appareils...

...BERGSON a secoué un des premiers le joug d'un mécanisme...

...mais c'est surtout la philosophie allemande qui, depuis HEGEL, n'a cessé de spéculer sur la dialectique des essences et de l'existence en s'attachant à expliquer la totalité de l'être...

des phénomènes. Parallèlement, mais non sans point de contact originel ou conflictuel, est issu, profondément enraciné dans l'existence dramatique de KIERKEGAARD et la philosophie de HUSSERL, un mouvement de pensée, la phénoménologie existentialiste, qui a mis l'accent sur l'activité nucléaire de l'existence de l'homme comme foyer de rayonnement du monde dans lequel il existe et qui existe « pour lui ». La réduction phénoménologique des essences (Wesen) de HUSSERL a été souvent opposée à la phénoménologie du « Dasein » de HEIDEGGER ou de JASPERS, mais pour autant que l'un et l'autre se fondent sur l'intentionnalité opérante du sujet ou plutôt de l'existant et de l'historicité qui lui dévoile son monde, l'une et l'autre forme de cette « psychologie descriptive », l'une exposant les articulations de l'homme avec sa vérité, et l'autre sa mise en situation dans le monde, elles se complètent. Elles se ramifient en multiples bourgeons dont l'existentialisme français (SARTRE, MERLEAU-PONTY, G. MARCEL, etc.) est l'un des plus vigoureux. Cet entrechoc de doctrines, de morales, de politiques, d'idéologies confuses et parfois qui se pénètrent là où elles prétendent s'opposer, constitue la trame philosophique de notre époque. Au lieu de chercher ce qui les distingue, tâche que chacune d'elles se propose sans y parvenir toujours, si nous tenons à dégager leur orientation humaine la plus générale, nous pourrions dire que toutes mettent au premier plan de leur horizon l'acte créateur de la personne humaine. Cet acte est, certes, envisagé dans des perspectives différentes : génétique avec BERGSON, historique avec le marxisme, psychologique avec la phénoménologie. Sans doute est-il envisagé tantôt comme l'effet de la liberté, tantôt comme sa cause, ou encore confondu avec l'acte de la conscience ou considéré comme un acte plus total qui engage toute la personne, etc... Mais la nature de l'homme, son existence, son Dasein, sa spiritualité, sa liberté ou son historicité constituent le centre de la philosophie actuelle. Tandis que des siècles qui nous ont précédés avaient mis au premier plan de leurs préoccupations le monde physique, son accord logique avec l'esprit et la nature de ses lois, c'est une vaste réflexion sur l'homme en tant qu'il s'identifie avec son destin qui constitue le foyer de la pensée philosophique de nos temps troublés.

Envisager l'humanité de notre corps et non pas seulement son animalité, sa végétativité, sa minéralité, c'est fatalement introduire dans la nature et l'existence humaine un conflit entre la corporéité et la spiritualité, la juxtaposition cartésienne d'un corps séparé de son âme ou seulement et parallèlement coexistant avec elle, est impensable pour tous, il semble que tous visent et doivent s'accorder, bon gré mal gré, à voir que les rapports du physique et du moral ne sont pas des rapports topographiques dans l'espace mais des rapports conflictuels dans la durée. De sorte que l'idée que la vie psychique *émerge*¹ de la vie organique devrait être - et au fond est l'intuition fondamen-

...la nature de l'homme, son existence, son Dasein, sa spiritualité, sa liberté ou son historicité constituent le centre de la philosophie actuelle. Tandis que des siècles qui nous ont précédé avaient mis au premier plan de leurs préoccupations le monde physique, son accord logique avec l'esprit et la nature de ses lois...

1. Terme dialectique qui dépasse les concepts de transcendance et d'immanence.

... l'idée que la vie psychique émerge de la vie organique devrait - et au fond est l'intuition fondamentale de notre conception de la nature des choses...

... ces rapports (du physique et du moral) sont des relations dynamiques entre ce par quoi nous sommes « en soi » de la nature et ce par quoi nous existons « pour nous » dans le monde. C'est ce que justement personne mieux que FREUD n'a saisi et c'est le sens décisif de l'opposition du « Moi » et du « Ça » dans la réalité de notre être...

tale de notre conception de la nature des choses pour autant qu'elle peut nous être commune. C'est elle qui oriente la médecine vers une *pathologie de la personne* incompréhensible sans elle.

Si, en effet, le psychisme était seulement « coextensif » à la totalité de l'organisme, le rapport du physique et du moral se trouverait réglé dans le sens où on peut dire qu'un compte est réglé, c'est-à-dire quand il n'existe plus. L'idée s'impose alors d'elle-même que ces rapports sont des relations dynamiques entre ce par quoi nous sommes « en soi » de la nature et ce par quoi nous existons « pour nous » dans le monde. C'est ce que justement personne mieux que FREUD n'a saisi et c'est le sens décisif de l'opposition du « Moi » et du « Ça » dans la réalité de notre être.

Ainsi, n'est-ce pas, me semble-t-il, par hasard, que la *Psychanalyse* est née à notre époque dont elle est un des reflets les plus authentiques. Si, comme le disait HEGEL, l'inconscient est la « corporéité de l'esprit », nous pouvons mieux saisir que ces reflets de l'organisme que sont les imagos et les complexes liés à la vie de nos instincts et qui passent dans l'épanouissement, le déploiement de notre vie de relation, de notre « être-dans-le-monde », sont comme les liens qui nous enchaînent à notre corps. Rien d'étonnant, dès lors, à ce que, tout comme le rêve est un reflux vers le corps qu'il symbolise et comme les névroses et les psychoses qui ont la même signification, notre corps lui-même quand il est malade épouse la forme des complexes qu'il a lui-même engendrés. C'est le sens le plus authentique du principe même de la *Médecine Psychosomatique*.

Naturellement, elle ne pouvait se présenter que comme une application de la théorie psychanalytique de l'inconscient. Celui-ci, d'après FREUD, constitue, en effet, un système de forces que symbolisent les besoins de l'organisme (libido), qui figurent dans la vie psychique la pesée de l'organisme et des formes « historiques » de ces instincts réfractés dans les péripéties de leur développement. Ce système instinctuel est en opposition avec la conscience personnelle, le Moi, en tant que forme d'existence humaine morale et sociale, il subit donc, pour entrer dans l'existence et la conscience, une déformation symbolique au niveau de la couche d'images. Le déplacement des intentions et significations du monde complexuel s'opère dans les fonctions du corps, par le moyen du « langage des organes » et, grâce à la « complaisance somatique », c'est-à-dire à la plasticité du clavier corporel. La projection de conflits inconscients sur le plan somatique, leur conversion sur la surface ou les organes du corps constitue l'ensemble de la théorie « psychogénétique » des affections somatiques.

Cet aspect psychogénétique des maladies avait été, depuis longtemps - et même depuis toujours - étudié par les neurologistes et les psychiatres (DEJERINE et GLAUCKER ¹, par exemple). Le traité de O. SCHWARZ ², les ouvrages de

1. DEJERINE et GLAUCKER, *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses*, Paris, 1911

2. SCHWARZ, *Psychogenese und Psychotherapie Körperlicher Symptome*, Vienne, 1925.

HEYER ¹, de VON WYSS ², VON WEISZACKER, etc., avaient, avant la guerre, familiarisé la médecine allemande avec ces points de vue exposés d'ailleurs par FREUD magistralement et à plusieurs reprises. Mais, c'est aux U. S. A. que le mouvement psychosomatique a pris véritablement son plus grand essor ⁴. Malgré les fortes oppositions qu'il suscite, il n'en représente pas moins un des aspects les plus caractéristiques de l'évolution de la médecine.

C'est naturellement, aux troubles fonctionnels, c'est-à-dire à ces désordres variables, réversibles, « engagés » dans la vie psychique, dans les « situations vitales », sans lésions organiques bien déterminées que la médecine psychosomatique s'est d'abord adressée. De pareils troubles sont très fréquents, WEISS et ENGLISH ont montré qu'un tiers des malades qui se présentent aux consultations des médecins aux U. S. A. se plaignent de ces troubles. A la Clinique Mayo, 82% de 20.000 malades souffrant de troubles digestifs ont paru entrer dans ce groupe. Les relations de ces symptômes avec les émotions et les tendances affectives ont été mises en évidence dans l'hypertension artérielle, l'asthme, l'ulcus gastrique, la migraine, les troubles de la menstruation, etc... Et les revues spécialisées américaines sont remplies d'observations de ce genre qui montrent que la pathologie de divers organes est en rapport avec la *personnalité* du malade. Le symptôme physique, la « souffrance » des fonctions et des organes est en relation avec l'angoisse ⁵. Il n'y a plus de « monarchie du symptôme physique ». (*Lain Entralgo*).

Pour chaque type d'affection de ce genre comme pour chacune d'elles, on a envisagé de mettre en évidence un « psychoma », c'est-à-dire le complexe psychique qui l'accompagne.

Prenons comme exemple l'ulcus peptique. FRENCH et ALEXANDER ont décrit un « type gastrique » de réaction de la personnalité qui se rencontre chez l'ulcéreux. Celui-ci a une personnalité fragile, infantile, un besoin de protection constant. Il compense cette infériorité par une vie active, forcée et orientée vers la puissance et le triomphe de ses entreprises. La dynamique de sa personnalité est conditionnée par la bipolarité de sa vie affective - pôle de l'angoisse et de la passivité, pôle de l'activité

... Le symptôme physique, la « souffrance » des fonctions et des organes est en relation avec l'angoisse. Il n'y a plus de « monarchie du symptôme physique » ... (*LAIN ENTRALGO*)...

1. R. HEYER, *Das körperlich seeliches Zusammenwirken in der Lebensvorgänge*, Munich, 1931.

2. WYSS, *Körperlich seeliches Zusammenhängen in Gesundheit und Krankheit*. Leipzig, 1931.

3. WEISZACKER, *Arztliche Fragen*, Leipzig, 1933.

4. F. ALEXANDER publie en 1930 un mémoire *Psychoanalysis of the total personality*, New-York, 1930. Les ouvrages de WEISS et ENGLISH, *Psychosomatic Medicin*, Philadelphie et Londres 1943 et F. DUNBAR, *Psychosomatic diseases*, New-York 1943, firent sensation. Le livre d'ALEXANDER et T. FRENCH, *Studies in Psychosomatic Medicin*, New-York, 1948, a été le point de départ de multiples études de l'école de Chicago. Le premier Congrès Mondial de Psychiatrie, Paris, 1950, a largement reflété ce mouvement. [NdÉ: Les rapports et les comptes rendus du Premier Congrès Mondial de Psychiatrie ont été publiés par Hermann & Cie, Paris, 1950-1952.]

5. C'est à propos du problème de la pathologie de l'angoisse vitale que LOPEZ IBOR vient d'écrire un livre axé sur la Médecine Psychosomatique, *La Angustia Vital*, Madrid, 1950.

6. HELPACH, *Klinische Psychologie*, Stuttgart, 1949.

extérovertie. L'affection ulcéreuse est l'expression de ce conflit. BERG étudiant l'ulcus chez les soldats allemands au cours de ces dernières années a distingué un type rigide (A) propre à la race nordique avec de fortes tendances ambitieuses et à l'exaltation et un type faible (Z) pusillanime et hypocondriaque. DRAPER, DUPERTIS et CAUGHEY ont noté chez 80 % d'ulcéreux des sentiments d'insécurité liés au complexe d'Œdipe, etc. Naturellement, l'efficacité de la *psychothérapie* constitue l'argument majeur de toutes ces études qui, par leur caractère un peu vague, diffus et parfois contradictoire, n'emportent pas toujours la conviction.

Outre ces troubles fonctionnels dont nous devons à HALLIDAY ¹ une bonne énumération, il est évident que toutes les maladies - et même les plus organiques - sont justiciables de pareils rapprochements. Mais c'est toujours à FREUD qu'il faut remonter ; le peu que nous avons dit de la caractéristique de l'ulcéreux nous renvoie, en effet, tout naturellement à la caractérologie freudienne du « sadique-anal », du « masochiste », etc. Mais nous devons davantage encore à FREUD une intuition qui, certainement, plane sur toutes les études psychosomatiques : il a émis cette idée que le système musculaire strié est l'instrument de l'agression contre le monde extérieur tandis que la musculature lisse, celle des organes creux de l'économie, (tube digestif, système vasculaire, etc.) est l'instrument de l'auto-agression. Dès lors, qu'il s'agisse d'une coronarite, d'une thrombo-angéite, etc., on peut émettre l'hypothèse et la vérifier par l'analyse et l'épreuve psychothérapique que ces lésions sont l'expression d'un complexe auto-punitif ².

Il n'est pas jusqu'à la pathologie externe et traumatique qui ne puisse s'intégrer dans cette perspective puisque les accidents et les fonctions qu'ils entraînent paraissent *exprimer* un mécanisme psychologique analogue. Reportons-nous aux statistiques de F. L. DUNBAR. Aux U. S. A., 74 personnes sur 1000 sont blessées et les médecins des usines (accidents du travail) et des compagnies d'assurance (accidents de la circulation) sont parvenus à cette conclusion que 80 à 90 %, de ces accidents ne sont explicables ni par des causes extérieures (outillage) ni par un défaut ou infirmité du sujet. Ils envisagent donc un trouble x de la personnalité. Ce facteur X a retenu l'attention de DUNBAR qui a montré la profondeur considérable des récives individuelles et familiales, ce qui laisse supposer qu'il n'est autre qu'un facteur psychique inconscient. Naturellement, ce mouvement psychosomatique, poussant jusqu'à une manière d'absurdité la « finalité » du phénomène « maladie », jusqu'à supprimer son caractère accidentel pour lui substituer celui d'une intentionnalité inconsciente, ne peut pas indéfiniment se développer sans limiter toute la pathologie des facteurs pathogènes *fortuits*.

1. *Psychosocial Medicine*, New-York, 1948.

2. Cf. par exemple les études *Pathologia psicomatica* publiées à Buenos Aires, 1948 sous la direction d'Arnaldo RASCOVSKY.

... Naturellement, l'efficacité de la psychothérapie constitue l'argument majeur de toutes ces études...

... ce mouvement psychosomatique, poussant jusqu'à une manière d'absurdité la « finalité » du phénomène « maladie » ... ne peut pas indéfiniment se développer sans limiter toute la pathologie des facteurs pathogènes *fortuits*...

*
* *

Par cette dernière remarque, nous revenons à notre point de départ touchant l'aspect philosophique de la médecine en tant que science biologique. Nous avons vu que l'orientation générale de cette science tend à lui faire abandonner les concepts de causalité mécanique pour revenir à une causalité « interne » plus exactement « vitaliste et humaniste ». Elle ne peut pas, cependant, aboutir à une conception de la maladie qui la réduirait à n'être qu'une volonté de mort sans renoncer à toutes les acquisitions que nous devons à l'anatomie pathologique, à la chimie, à la physique, à la microbiologie, etc... Il faut donc recourir à une forme « multidimensionnelle » – et en quelque sorte « complémentaire » – de la causalité en pathologie humaine. Les phénomènes morbides s'inscrivent en effet en fonction d'une double coordonnée, le déterminisme – même s'il n'est que relativement déterminé – de la nature et la finalité de l'organisme dans sa totalité psychosomatique. Si la médecine du XIX^e siècle ne considérait que le déterminisme de la nature qui faisait de la médecine une « Science naturelle », si la médecine du XX^e siècle a tendance - sans d'ailleurs que cette tendance soit générale et exclusive - à ne considérer que le « sens de la maladie » qui transforme la médecine en anthropologie, il semble que, sollicitée comme au temps d'HIPPOCRATE entre CNIDE et COS, elle doit trouver la ligne de ses progrès dans l'équilibre de ces deux tendances qui sont comme les contraires qu'elle a pour mission de concilier.

... la médecine doit trouver la ligne de ses progrès dans l'équilibre de ces deux tendances qui sont comme les contraires qu'elle a pour mission de concilier...

Étude n° 3

LE DÉVELOPPEMENT « MÉCANICISTE » DE LA PSYCHIATRIE

à l'abri du dualisme « cartésien ».

1. Folie et valeurs.
2. Rythme de la médecine.
3. *Mécanisme et psychiatrie.*
4. La notion de « maladie mentale ».
5. La doctrine de G. de Clérambault.
6. Freud et la psychanalyse.
7. Conception Organo-dynamiste.
8. Rêve et psychopathologie.

C'est un fait que la Psychiatrie en tant que Science est née chez nous en France après la Révolution française. Pour bien comprendre les conditions de cette naissance il faudrait déterminer par quelles racines profondes morales, philosophiques et sociales elle plonge dans l'histoire des siècles précédents ¹. Ils nous semble que si le fait psychiatrique s'est constitué comme objet de la Science médicale, c'est 1°) parce que dans l'évolution du monde social chrétien, après l'humanisme de la Renaissance et de la Réforme, et après la libération des valeurs individuelles qu'il a commandées, le problème de la liberté et de la responsabilité s'est trouvé si brutalement posé qu'il a dû, du même coup et nécessairement, susciter le problème corollaire de ses limites, c'est-à-dire celui de la « folie ». Ce n'est pas par hasard qu'un des tout premiers psychiatres, Paul ZACCHIAS ², était médecin légiste du Pape ; 2°) parce que dans l'évolution de la pensée philosophique et le développement des Sciences naturelles, les rapports du physique et du moral se sont situés sur le plan de la physiologie nerveuse et ont exigé une science des troubles mentaux fondée sur une théorie de ces rapports. Ce n'est pas par hasard que le premier ouvrage de psychologie pathologique fût le fameux traité de CABANIS ³; 3°) parce que les progrès de l'assistance aux malades et malheureux devaient s'intéresser davantage aux « malades mentaux » dont l'existence posait des problèmes pratiques d'organisation et de législation. Ce n'est pas par hasard qu'on fait remonter au geste phi-

...la Psychiatrie en tant que Science est née chez nous en France après la Révolution française...

...le problème de la liberté et de la responsabilité s'est trouvé brutalement posé...

1. Naturellement on trouve dans la « nuit » du Moyen Age, des traces de préoccupations psychiatriques. Indiquons spécialement les aspects psychopathologiques du thomisme (cf. à ce sujet KOPP, *Zeitschr. f.d.g. Neuro.*, 152, p.178 et plus récemment le travail de E. KRAPP (*Thomas d'Aquino*, Monografias Index Neurologia y Psiquiatria, 1943).

2. Paul ZACCHIAS (1582 - 1659). (Cf. L'étude que C. VALLON et G. GENIL-PERRIN lui ont consacrée dans *L'Encéphale* en 1912). [NdÉ: VALLON C. et GENIL-PERRIN C. *La psychiatrie médico-légale dans l'œuvre de Paul Zacchias (1584-1659)*. Paris : Doin ; 1912.]

3. CABANIS, *Rapports du Physique et du Moral*. 1^{ère} édition, 1802.

lanthropique de PINEL¹ la naissance de la Psychiatrie. De ces trois racines morale, philosophique et philanthropique c'est cette dernière seule qui est généralement reconnue. Certes le grand aliéniste français a bien dans un geste décisif mais, somme toute, déjà traditionnel révélé avec éclat la misère des aliénés, mais il n'a pas fondé la Psychiatrie. C'est la conséquence de la triple exigence que nous mettons en évidence qui a rendu inéluctable et pressante la nécessité de fournir à la Médecine ce nouvel et troublant objet de son savoir: la folie. Certes, la Médecine mentale existait déjà depuis vingt-cinq siècles mais malgré ses progrès lents quoique toujours continus il lui manquait encore, avant 1800, l'étincelle qu'est à défaut d'une grande découverte cette merveilleuse curiosité qui fonde une science qui se cherche avant d'avoir pris conscience de son objet et de sa méthode. D'un seul coup, avec PINEL, l'étincelle a jailli et, un peu plus tard, dans tous les pays se sont multipliés les efforts, l'opiniâtre labeur de compréhension, les observations minutieuses, les âpres discussions, de nombreux médecins qui ont consacré leur existence à l'étude de l'aliénation mentale. Ce fut une extraordinaire prolifération de « manigraphes », d'aliénistes qui, partout, se sont répandus dans le monde et avant même que la Psychiatrie prît son véritable nom, avaient trouvé le leur. Ils se sont acharnés dès ce moment-là avec une ardeur parfois méconnue ou injustement décriée à approfondir les causes de ces troubles étranges, de ces affections déconcertantes, si insaisissables pour qui a l'habitude de voir, de toucher, de palper, d'écouter et de mesurer les effets ordinaires des maladies. C'est sur leurs épaules que s'est édifiée l'œuvre de connaissance et d'assistance de la folie dont on ne peut sans vertige embrasser tous les progrès, lorsque par exemple avec KRAEPELIN² on tente de saisir d'un coup d'œil cet immense travail collectif de plus d'un siècle de durée. C'est par les qualités d'observation, de pénétration et d'analyse des grands cliniciens de la Psychiatrie que s'est constituée cette vue systématique de la folie qui à travers les divergences d'école est devenue

...la triple exigence que nous mettons en évidence – morale, philosophique et philanthropique – a rendu inéluctable et pressante la nécessité de fournir à la Médecine ce nouvel et troublant objet de son savoir: la folie...

1. Si l'état misérable des malades entassés à Bicêtre ou à « Bedlam » est connu de tous, si on n'oublie pas cependant le mérite de DAQUIN (1792) ni celui de CHIARUGI (1793), ni ceux d' HAYPER (1807) ou de MULLER (1799) à Wurzburg, etc... il convient de rappeler les efforts faits dans les pays musulmans dès le VIII^e siècle (FERREDIN KOCIM cité par BIRNBAUM dans le Traité de BUMKE - DESRUELLES et BERSOT, *Ann. Med. Psycho.* 1938), la fondation de l'asile de Valencia par le Père J.G. JOFRE, et l'œuvre des Frères Saint Jean de Dieu dans les « Charités » (P. SÉRIEUX), des Franciscains (Lille, Saint Venant), des Lazaristes (St. Lazare), etc...

2. Outre le livre de KRAEPELIN (*Hundert Jahre von Psychiatrie*, 1918) [NdÉ: KRAEPELIN E. *Cent ans de psychiatrie* (1918) ; traduction française : Bordeaux : Mollat; 1997.], il faut consulter celui de LAIGNEL-LAVASTINE et VINCHON (*Les malades de l'esprit et leurs Médecins*, 1930), l'article de BIRNBAUM (Traité de Bumke, 1928), l'ouvrage de W. BROMBERG (*The mind of man*, New-York, 1920) le volume d' ADAM (*Über Geisteskrankheit im alter und neuem Zeit*, 1928), et surtout « *A History of Medical Psychology* » [NdÉ: New-York: Norton & company ; 1941] de Gregory ZILBOORG et G.W. HENRY. Rappelons aussi de quel secours est le fameux index « *Die Literatur der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie von 1459-1799* » de Heinrich LAEHR, (Berlin, 1900), pour ce qui concerne les précurseurs de la Science Psychiatrique.

un corps de doctrine utile et enseignable, capable de guider, dans les problèmes pratiques, l'esprit de leurs héritiers.

Sans doute c'est bien des aspirations profondes de l'humanité qu'est monté leur enthousiasme mais c'est lui qui, dans sa forme résolue, a créé, codifié, formé la Psychiatrie. Il n'a fallu rien de moins que le dessèchement, opéré, comme nous allons voir, par le Mécanicisme dans lequel leur époque les a fourvoyés pour attédir à la fin du siècle, et spécialement dans notre pays ce zèle, qui déjà pourtant avait soulevé des montagnes.

Dès son institution, par cet élan collectif de recherches, la Psychiatrie devait méditer et les psychiatres discuter sur la nature de son objet, c'est-à-dire, dans leur essence et leur signification, décrire les rapports du physique et du moral. De la grandeur de cet objet dépend la difficulté de la tâche du psychiatre mais aussi la particulière éminence de sa fonction. Qu'il se soit parfois trouvé dépassé par la difficulté de l'entreprise, que lui-même parfois se soit interdit d'y appliquer son esprit, il n'en reste par moins que le passionnant intérêt qui s'attache à une telle démarche fait de lui l'artisan par excellence d'une œuvre médico-psychologique pleine d'embûches, d'obscurité et de dangers: la science des rapports du corps et de l'esprit. Même s'il en est parfois saisi d'effroi, même s'il cherche, dans la fausse humilité positiviste, à s'évader du problème qui l'étreint, même s'il cherche par les solutions faciles à assurer son repos, c'est toujours vers ce vertige qu'il est ramené par la considération de l'objet même de ses investigations. C'est dire que par le débat qu'il suscite dans l'esprit du psychiatre, ce problème redoutable s'institue encore comme objet perpétuel de discussion des psychiatre entre eux ¹.

Le « cartésianisme », ² en rendant particulièrement urgent et inéluctable le problème des rapports du « physique » et du « moral, considérés comme deux substances juxtaposées (l'ordre de la pensée et l'ordre de l'étendue), a certainement servi la cause psychiatrique, mais il a engagé la science psychiatrique dans une impasse. C'est ce que nous allons examiner.

* * *

Tout d'abord il est aisé de comprendre que le *dilemme cartésien*: « *ou c'est physique ou c'est psychique* » constitue bien un système dualiste de deux termes qui s'opposent et s'excluent. Aussi cette position, métaphysique a-t-elle pesé de tout le poids de sa simplicité dans toutes les discussions psychiatriques où se pose le problème des relations causales et structurales du physique et du moral. D'où l'éternel et stérile

...Dès son institution, par cet élan collectif de recherches, la Psychiatrie devait méditer et les psychiatres discuter sur la nature de son objet, c'est-à-dire, dans leur essence et leur signification, décrire les rapports du physique et du moral...

Le « cartésianisme » [...] a certainement servi la cause psychiatrique, mais il a engagé la science psychiatrique dans une impasse...

1. Une preuve de ce que nous avançons, nous est fournie par le dernier numéro des *Annales médico-psychologiques* (Octobre 1948), à propos de la communication de P. ABELY sur le Diencéphale, carrefour psycho-somatique.

2. Nous disons le « cartésianisme », pensant plus à MALEBRANCHE qu'au philosophe des Méditations dont les spéculations si vivantes et concrètes ont pu être considérées comme à l'origine du mouvement phénoménologique qui pose la pensée comme un mode d'existence en soi et pour soi.

débat sur la psychogenèse *ou* l'organogenèse, sur les causes « morales » *ou* physiques des maladies mentales, sous lequel se retrouve latente et lancinante l'opposition des « spiritualistes » et des « matérialistes » posée comme nous le verrons plus loin, en porte à faux. Cette « batrachomyomachie » s'est déroulée et se poursuit encore à grand fracas dans la mesure même où les psychiatres n'ont pas su dépasser cette conception traditionnelle.

En France, ce débat a été naturellement très vif. Tout d'abord au début du XIX^e siècle tandis que PINEL, ESQUIROL, FODÉRÉ, DUBOIS (d'Amiens), LELUT ¹, etc... inclinaient à soutenir l'origine morale de la folie, FERRUS, CALMEIL, BROUSSAIS, GEORGET, BOTTEX, VOISIN, FOVILLE, LUYSS, etc...avançaient l'étiologie organique des maladies mentales. On se tournait alors vers la statistique pour vider le débat : ESQUIROL estimait que 409 hommes sur un total de 1578, et que 580 femmes sur un total de 1940 étaient aliénés pour des raisons morales, tandis que, en Angleterre, KNIGHT en 1827 trouvait un seul cas de ce genre sur 700... – On connaît également la fameuse controverse qui, en 1843, opposa PARCHAPPE à MOREAU. Celui-ci prouvait, par la statistique, que les causes physiques l'emportent sur les causes morales et celui-là démontrait par le même procédé « la prédominance des causes morales dans la génération de la folie ». Naturellement la statistique ne pouvait résoudre des questions qui la dépassaient dans l'ignorance où l'on se trouvait (et où nous sommes encore) de toutes les causes « physiques » et « morales ». Les discussions les plus vives, le heurt le plus brutal entre « matérialistes » et « spiritualistes » paraît s'être produit vers 1840 et on trouvera de ces préoccupations passionnées un écho très vivant dans les premiers tomes des *Annales Médico-psychologiques* (CERISE, LELUT, BAILLARGER, etc.). Il suffit de lire les grandes controverses du milieu et de la fin du XIX^e siècle, telles les fameuses discussions de 1854 sur les monomanies, de 1845 et de 1855 sur les analogies du rêve et de la folie, de 1855 sur les hallucinations, de 1861 sur la classification des maladies mentales, pour se convaincre que toujours et sans cesse le même « dilemme » écrase et stérilise tous les débats.

Ce qui paraît avoir tempéré cependant dans le pays même de DESCARTES la lutte des « organicistes » et des « psychistes », c'est que, après le développement de la psychologie sensationniste et l'énorme poussée mécaniciste et atomistique qui, comme nous le verrons, s'est poursuivie pendant tout le XIX^e siècle, la plupart des esprits étaient gagnés, parfois à leur insu même, mais d'avance, à la cause « organiciste ». Une autre raison c'est l'indifférence que certains cliniciens (et non des moindres) opposèrent à ces discussions, tout occupés qu'ils étaient à inventorier et explorer la riche et neuve moisson de faits qui se proposaient à leur observation. – Dans notre période

1. Tous ces auteurs ne s'opposaient pas toujours à l'étiologie organique de la folie mais admettaient souvent à côté de cas où les psychoses morales étaient déterminantes, des cas où les causes physiques étaient déterminantes.

...On se tournait alors vers la statistique pour vider le débat sur les causes morales ou physiques de la folie...

contemporaine l'introduction de la psychanalyse a passionné encore davantage la discussion sur les névroses, les schizophrénies, l'hystérie, etc...

Et récemment encore, à Bonneval en septembre 1947 ¹, nous avons envisagé l'ensemble de ce problème dans une atmosphère d'émotion métaphysique, qui nous a peut-être, un instant, égalés aux premiers pionniers de notre Science !

En Allemagne, la lutte fut d'autant plus vive que les tendances nouvelles du matérialisme mécaniciste vinrent heurter un spiritualisme qui, ayant trouvé en STAHL ² son doctrinaire, gardait encore intacte, dans bon nombre d'écoles, sa Foi, renouvelée par l'esprit d'une métaphysique spiritualiste qui plongeait ses racines dans KANT et HEGEL. Le choc fut très violent. Ce fut la célèbre querelle des « somatistes » et des « psychistes », des « organicistes » et des « romantiques ». D'un côté JACOBI, SPURZHEIM, FRIEDREICH, etc. (somatistes) et de l'autre HEINROTH, IDELER, ESCHENMAYER, etc. (psychistes). Vers le milieu du XIX^e siècle le procès parut jugé en Allemagne comme en France, les « organicistes » dont les « leaders » étaient pourtant moins en vedette que les chefs de l'école psychiste l'emportèrent. Il fut acquis que la folie est une maladie dont les causes sont somatiques et principalement cérébrales. C'est GRIESINGER qui donna à cette thèse la consécration de son autorité. Il pouvait écrire à cette époque « la Neurologie et la Psychiatrie ne sont pas seulement deux domaines conjoints mais un seul domaine où l'on parle le même langage et qui est régi par les mêmes lois » ³. Et si dans son fameux ouvrage ⁴ il n'a pas entièrement succombé aux tentations d'un mécanicisme atomistique et neurologique, il n'en fut plus de même pour ses brillants successeurs à la tête de la psychiatrie allemande. WERNICKE, MEYNERT, CRAMER, WESTPHAL, KAHLBAUM furent entre 1860 et 1890 les champions des doctrines neuro-mécanicistes en psychiatrie.

Si nous venons de rappeler avec quelques détails le fracas de ces grandes querelles qui rythment l'histoire de la Psychiatrie depuis sa naissance, c'est pour marquer que, posé dans ces termes antinomiques, le problème du physique et du moral laisse toujours en suspens sa solution et se prête à des discussions toujours passionnées et sans fin.

*

* *

1. Discussion sur la « Psychogenèse » des troubles psychiques (HENRI EY, J. ROUART, J. LACAN, L. BONNAFE, S. FOLLIN, H. NODER, BELEY, LAROQUE, DUCHÈNE, COURCHET, FREY, etc.) [NdÉ: IV^e colloque de Bonneval. *Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*. Paris: Desclée de Brouwer; 1950. Réédition Bibliothèque des Introuvables. Paris :Tchou ; 2004.]

2. Georg. Ernst STAHL. *De anima morbis* (1708). Cf. à propos de cette fameuse discussion des « Psychistes » et des « Somatistes » l'article de BIRNBAUM dans le *Traité de BUMKE* (Tome I).

3. Fondation des « *Archiv für Psychiatrie* » (1874)

4. *Traité des maladies mentales*. 1^{ère} édition 1845. La 2^e édition a été traduite en français en 1865 par le Dr. DOUMIC et copieusement annotée par BAILLARGER qui joua dans la Psychiatrie française le même rôle important et déterminant que GRIESINGER dans la Psychiatrie allemande.

...Et récemment encore, à Bonneval en septembre 1947, nous avons envisagé l'ensemble de ce problème dans une atmosphère d'émotion métaphysique, qui nous a peut-être, un instant, égalés aux premiers pionniers de notre Science !...

...En Allemagne, ce fut la célèbre querelle des « somatistes » et des « psychistes »...

...Mais le « cartésianisme » ne pose pas seulement mal le problème, il l'engage nécessairement vers une solution « mécaniciste » qui aboutit rapidement à une impasse...

Mais le « cartésianisme » ne pose pas seulement mal le problème, il l'engage nécessairement vers une solution « mécaniciste » qui aboutit rapidement à une impasse¹. Rapidement, en effet, spiritualistes et matérialistes se mirent d'accord sur une formule qui assurait aux premiers le repos et aux seconds la victoire. L'esprit, dans la perspective même que prête le dualisme cartésien à la discussion, l'esprit est ou absolu (spiritualistes) ou rien (matérialistes). Cela revient, à peu près, au même et tout le monde se trouve du même côté de la barricade et d'accord pour déclarer que les phénomènes psychiques (en tant que « parallèles » au cerveau ou identifiés aux parties du cerveau) ne sont rien d'autre pour notre connaissance scientifique que des atomes cérébraux. C'est ainsi que la « psychologie » associationniste et sensationniste et le mécanisme physiologique des localisations cérébrales ont collaboré pour orienter l'évolution de la Psychiatrie vers le mécanisme intégral auquel vers la fin du XIX^e siècle tous les psychiatres se sont à peu près ralliés. Ce mécanisme intégral peut se résumer en quelques propositions qui rejoignent les thèses anti-hippocratiques du « mécanisme » de la Pathologie générale : l'atomisme séméiologique – la pathogénie mécanique des symptômes – et la notion d'entités spécifiques. Aussi allons-nous voir le développement des idées s'effectuer tout au long du XIX^e siècle dans ce triple sens.

a) *Pulvérisation atomistique de la séméiologie.*

Le travail de dissection de la vie psychique morbide s'est opéré dès le début du XIX^e siècle. Certes, les grands cliniciens de cette époque se sont abstenus d'aller trop loin dans cette voie ou même de s'y engager (FALRET père, notamment) mais la tendance se trouve indiquée chez presque tous. La notion de *monomanie* consacrait cette idée, fondamentale dans le système théorique en développement, qu'il existait des troubles psychiques partiels (« localisés » paraphrasera-t-on selon le mot de MOURGUE).

Mais c'est surtout le concept d'*hallucinations* qui constitue le ferment « psycholytique » par excellence. Par son truchement en effet la structure globale des délires va disparaître et ceux-ci vont se briser et s'émietter en mille morceaux, séparés du tout dont les hallucinations ne sont pourtant qu'une partie. L'hallucination devient en effet d'abord un phénomène sensoriel élémentaire (REIL - BROUSSAIS - MICHEA). Ensuite elle devient l'effet d'une excitation, d'une « épilepsie » des centres sensoriels (TAMBURINI, LEUBUCHER, RITTI, WERNICKE, KAHLBAUM, SÉGLAS jusqu'en 1895, etc...). Il faut lire dans la thèse de MOURGUE² le récit de cette réduction du délire à une de ces

...c'est surtout le concept d'*hallucinations* qui constitue le ferment « psycholytique » par excellence...

1. Le Dualisme renvoie nécessairement au Monisme comme à son reflet dans la dialectique interne de ce couple de notions antinomiques par quoi l'un se définit par l'autre, suppose l'autre.

2. R. MOURGUE. *Etude clinique sur l'évolution des idées relatives à la nature des hallucinations vraies*. Thèse Paris, 1919.

parties, l'hallucination, et les controverses qui s'élevèrent alors sur la nature et la genèse de l'hallucination. Rappelons notamment la grande discussion de 1855 à la Société médico-psychologique ¹ et celle de 1874 à l'Académie de Berlin. Peu à peu l'idée gagne et s'infiltré dans toute la Psychiatrie. Elle sape l'unité structurale du délire pour le présenter comme basé sur des « accidents » sensoriels et naturellement cent variétés d'hallucinations furent décrites: hallucinations psycho-sensorielles (BAILLARGER), – pseudo-hallucinations de HAGEN et de MICHEA, – hallucinations aperceptives de KAHLBAUM, – pseudo-hallucinations de KANDINSKI, – auto-représentations aperceptives de G. PETIT, – hallucinations aperceptives de SÉGLAS, etc. Bien plus la notion d'hallucinations réputée d'abord phénomène sensoriel, admettant toujours davantage dans sa compréhension les hallucinations psychiques (BAILLARGER) synonymes de pensée étrangère où la sensorialité ne joue plus de rôle, c'est tout le cortège des idées « autochtones » (WERNICKE), du « Gedankenlautwerden », de l'écho de la pensée, du vol et du devinement de la pensée, du commentaire des actes qui, avec G. DE CLÉRAMBAULT va s'enrichir de tous les éléments innombrables du syndrome d'« automatisme mental »... Ainsi se « pulvérise » la séméiologie de l'activité hallucinatoire; elle se brise en mille morceaux arbitrairement définis et artificiellement isolés et le sort subi par l'aphasie va être celui de l'hallucination. Dissoute dans ses mille aspects, chacun réputé autonome et mécaniquement produit par des excitations de centres d'images, le clinicien assistera à cet éparpillement d'atomes hallucinatoires, impuissant à en recomposer l'ensemble autrement que par une sorte de collection caricaturale de ses éléments et résigné à n'en faire que le laborieux décompte. A ce pointillisme séméiologique a correspondu une interprétation toujours plus mécaniste de ces éléments inertes, décharnés, squelettiques que sont devenues les hallucinations. Leurs théoriciens jusqu'à BLEULER, FREUD, JASPERS, et CLAUDE n'ont cessé de les traiter comme des éléments dépourvus de vie psychique, si détachés du délire qu'elles paraissaient assumer vis-à-vis de celui-ci une fonction de génération, cessant d'être son effet pour devenir sa cause, chassé-croisé qu'a rendu seule possible la dévitalisation du délire réduit à n'être qu'une juxtaposition d'idées ou de sensations anormales. Naturellement les notions d'hallucination cénesthésique, de trouble cénesthésique, de cénesthopathie, ou des troubles du schéma corporel, concepts essentiellement sensationnistes, servent également à « expliquer » les délires de négation ou de dépersonnalisation par des troubles de la sensibilité...

Le même travail d'isolement artificiel s'est opéré dans les *obsessions* séparées du mode de pensée morbide dont elles ne constituent pourtant que les conséquences.

...Ainsi se « pulvérise » la séméiologie de l'activité hallucinatoire; elle se brise en mille morceaux arbitrairement définis et artificiellement isolés et le sort subi par l'aphasie va être celui de l'hallucination...

1. HENRI EY : La discussion de 1855 sur les hallucinations, « *Annales medico-psychologiques* », avril 1935.

Et on connaît les étiquettes à vrai dire assez burlesques par quoi l'analyse clinique atteint dans ce domaine une manière de perfection dans l'emploi de sa technique abstraite. La distinction des obsessions « idéatives », « phobiques », « impulsives », le raffinement d'une subtilité toujours plus atomistique qui conduit à opposer l'obsession et les moyens de défense de l'obsédé, à sectionner tous les liens entre l'obsession et le délire ou l'activité hallucinatoire, le souci de la réduire à un corps étranger comme une escarille sur la conjonctive, participent de cette même opération systématique qui coupe et tue la matière vivante des névroses et des psychoses.

Nous pourrions illustrer ailleurs et bien facilement encore la continuité historique de cette vivisection dans le domaine des délires, de la catatonie, de l'hystérie, de l'épilepsie tour à tour « ramenés » à des mécanismes simples, « basés » sur des troubles élémentaires selon un procédé qui ne peut paraître réussir qu'au prix d'une perte de substance et d'une abstraite simplification. Au terme de cet écartèlement, la Psychiatrie ne présente que des pièces et des morceaux et pour avoir voulu l'engager dans la voie de ses explications neuro-mécanicistes, l'aliéniste ne peut plus que contempler comme des *objets* inertes, ces « membra disjecta » que, sous son microscope, il ne parvient plus ni à reconnaître ni à utiliser.

b) Genèse mécanique des troubles psychiques

Quoi qu'il en soit, le mouvement étant donné, la machine psychiatrique s'étant mise en marche pour broyer les états psychopathiques, elle les a pulvérisés, les a réduits à une juxtaposition d'atomes et à ce travail de dissection analytique a correspondu une théorie de la genèse mécanique des symptômes que cette analyse avait pour but précisément de préparer et de rendre possible.

Pour bien saisir le sens et les modalités de cette mécanisation de la psychiatrie il n'est qu'à se rapporter à un des problèmes qui historiquement a reçu du neuro-mécanicisme sa première interprétation et dont la solution dans ce sens s'est présentée à l'esprit de tant de neurologistes et de psychiatres comme une sorte de modèle du genre, nous voulons dire la question de l'*aphasie*. Un homme a perdu l'usage de la parole, son langage a plus ou moins disparu. On s'est représenté alors que le langage qui ne se produit plus était constitué d'éléments, les images verbales. Ces images verbales pouvant être de plusieurs variétés on estimait que le langage n'est qu'une combinaison, une juxtaposition d'images sensorielles auditives, ou visuelles ou encore kinesthésiques. On en est venu à cette idée que si l'aphasique n'émet pas de sons c'est tout simplement parce que ces images kinesthésiques ont disparu. Jusqu'ici, on le voit, la théorie consiste à résoudre le problème d'une manière purement verbale. Mais pour donner plus de valeur à l'explication on suppose que si les images kinesthésiques ont disparu, c'est que

...à ce travail de dissection analytique a correspondu une théorie de la genèse mécanique des symptômes que cette analyse avait pour but précisément de préparer et de rendre possible...

le centre moteur du langage est détruit: quand ce sont les images auditives c'est le centre acoustico-verbal qui est détruit, etc... Tel est le schéma de ce que MOURGUE appelle une théorie neurologique « *paraphrase* » de l'atomisme séméiologique, parce qu'elle consiste à paraphraser la question dans la réponse qu'elle prétend lui apporter. Certes une telle conception de l'aphasie est bien loin d'être purement imaginaire. Elle repose sur des faits: les lésions incontestables des centres sensori-moteurs qui correspondent au syndrome aphasie. Mais elle dépasse ces faits quand elle prétend que les innombrables variétés que son analyse atomistique lui présente, répondent à des faits précis et qu'elle prétend localiser aussi aisément sur la surface du cerveau ces atomes de langage qu'elle le fait sur ses schémas. On sait à quelle infinité de formes et de sous-formes d'aphasie l'analyse atomistique a conduit et au prix de quels artifices les schémas interpréteurs (« *paraphraseurs* ») s'adaptaient péniblement à ce découpage des fonctions du langage. On le voit – et nous aurons l'occasion d'y revenir – ce que l'on peut reprocher au neuro-mécanicisme atomiste dans son application à l'aphasie ce n'est pas d'affirmer qu'il y a des lésions et des lésions assez bien localisées – ce que tout le monde, même GOLDSTEIN, admet – mais c'est de faire si intimement dépendre le tableau clinique de la topographie des lésions que se puisse décalquer chaque symptôme isolé sur des points isolés du cerveau. Nous en avons assez dit pour faire comprendre que c'est sur le modèle de ce travail que vont s'exercer toutes les entreprises, désormais classiques, qui se sont ingéniées à présenter une théorie mécaniciste des états psychopathologiques.

Le concept de *centres d'images* qui correspond plus exactement aux exigences de la psychologie atomiste qu'aux faits eux-mêmes, a constitué en effet *la pièce maîtresse de toute psychopathologie mécaniciste*. Toute la vie de l'esprit pouvant à ses yeux se réduire au jeu des images ou souvenirs de sensations, tout trouble de la vie de l'esprit pourra se réduire à des perturbations de centres d'images. Le problème de l'aphasie proposait aux théoriciens un trouble négatif: l'absence de langage ou des troubles de la fonction du langage et on trouvait la solution du problème dans la disparition des images des mots. Les études et expériences de physiologie cérébrale ne tardèrent pas à rendre plausible pour la sphère motrice l'usage de la notion d'excitation des centres. Dès lors il ne restait plus qu'un pas à franchir pour transposer ce concept aux centres d'images et expliquer *pathogéniquement* par leur « excitation » tous ces troubles de la vie de l'esprit qui se présentent *cliniquement* non comme des opérations qui ne se produisent pas mais comme des phénomènes qui apparaissent anormalement à la conscience. Ainsi la théorie accentuait encore son caractère de paraphrase en traduisant en termes pathogéniques les symptômes, ou en matérialisant les métaphores dont se servent les malades pour nous dire « On me transmet des paroles... On me fabrique des idées », « On m'envoie un courant électrique ». Ainsi se satisfaisait enco-

...ce que MOURGUE appelle une théorie neurologique « paraphrase » de l'atomisme séméiologique, consiste à paraphraser la question dans la réponse qu'elle prétend lui apporter....

...La théorie accentuait encore son caractère de paraphrase en traduisant en termes pathogéniques les symptômes, ou en matérialisant les métaphores dont se servent les malades pour nous dire « On me transmet des paroles... On me fabrique des idées », « On m'envoie un courant électrique »...

re et au maximum cette tendance de toute psychologie atomiste à ne jamais considérer un aspect de la pensée autrement que comme un « phénomène » isolé. L'explication par l'explication des centres d'images, ou, dans ce centre, par l'excitation mécanique d'une image, représente en effet au suprême degré un processus partiel, laissant intact tout le reste de l'esprit. Un corollaire tout naturel de cette psychopathologie, a été de négliger, de méconnaître l'ensemble des troubles qu'un symptôme, même apparemment isolé, exprime toujours. GRÜHLE a finement noté ¹ que jusqu'en 1850 la notion de « Bewusstsein » (de conscience) n'a jamais été employée en psychopathologie. Nous pouvons nous étonner, à notre tour, qu'en France la notion de troubles de la conscience, de modifications de la conscience, c'est-à-dire de changements structuraux dans la qualité de la vie de l'esprit n'ait jamais (en dehors des troubles grossiers comme ceux qui s'imposent dans l'état confusionnel) retenu sérieusement l'attention des auteurs (à l'exception naturellement de grands cliniciens comme J.P. FALRET et MOREAU (de Tours) ².

Aussi à une séméiologie atomistique a correspondu une pathogénie des troubles mécaniciste qui a expulsé la vie psychologique de la pathogénie des troubles mentaux. C'est vers la fin du siècle entre 1880 et 1890 qu'en Allemagne comme en France cette « Psychiatrie neurologique » a atteint son apogée. Si à partir de ce moment, sous l'influence d'un esprit plus synthétique, certains psychiatres et certaines Ecoles psychiatriques sont parvenus à se soustraire au maléfice du neuro-mécanicisme psychiatrique, la plupart y ont sombré et la Psychiatrie a atteint une sorte de point mort, surtout chez nous. A quelques rares exceptions près, autant la Psychiatrie française, en effet, a été brillante et paraît même avoir dépassé et devancé toute école étrangère, autant elle est demeurée à partir de 1890 comme figée dans une position mécaniciste où elle n'a puisé que péniblement la force de poursuivre son travail de dessèchement et de « figner » son artificialisme. Notamment, la « fine », la toujours « plus fine » analyse des troubles psychiques, la fragmentation des délires réduit à des mécanismes toujours plus simples et particuliers, l'isolement de variétés définies par des symptômes « partiels » va faire lever chez nous une floraison d'études cliniques, dont l'effort, empruntant aux « fines » nuances d'une psychologie toujours plus analytique les règles de ses distinctions, constituera pour le dilettantisme psychiatrique un plaisir savoureux, raffiné, et inutile, où se délecteront à la fois les mandarins de la subtilité et les amateurs de précieux divertissements. Et c'est ainsi que pour avoir banni de l'essence même du trouble psychique la vie de l'esprit, le mécanicisme parti d'une psychologie atomistique fausse aboutit nécessairement à une psychopathologie creuse, faite d'une brillante poussière

1. *Traité* de BUMKE, tome IX, p. 16.

2. HENRI EY et H. MIGNOT, La psychopathologie de Moreau de Tours, « *Annales médico-psychologiques* », 1947, II.

...Nous pouvons nous étonner, à notre tour, qu'en France la notion de troubles de la conscience, c'est-à-dire de changements structuraux dans la qualité de la vie de l'esprit n'ait jamais retenu sérieusement l'attention des auteurs...

...la Psychiatrie a atteint une sorte de point mort, surtout chez nous...elle est demeurée à partir de 1890 comme figée dans une position mécaniciste où elle n'a puisé que péniblement la force de poursuivre son travail de dessèchement...

de mots. Et c'est en vain qu'il tente de communiquer au jeu épars des symptômes qu'il entrechoque dans ses mains, parfois habiles, cette profonde vie qu'il lui a retirée en les séparant de leur structure significative, naturelle. Il s'ingénie par la richesse des détails, la boursoufflure de l'expression à enfler le symptôme, à orner l'élément, à surcharger la fonction de l'atome, à l'étaler, le grandir jusqu'à en faire l'égal du tout dont il ne reste pourtant que la partie.

Un trait, en définitive, caractérise en effet d'une manière décisive le mécanicisme: *c'est l'explication du tout par la partie, du supérieur par l'inférieur*: c'est l'hallucination phénomène sensoriel mécanique qui explique le délire – c'est le trouble du schéma corporel qui explique la dépersonnalisation – la perte des engrammes qui explique l'amnésie – les troubles du tonus qui expliquent le comportement catatonique, etc... Nous retrouverons dans toutes nos études particulières ce type d'explication essentiellement mécaniciste. Et « mécanicistes » nous apparaîtront les conceptions de WERNICKE, G. De CLÉRAMBAULT, de KLEIST ou de PAVLOV exactement dans la mesure où elles expliquent un état psychopathologique par un trouble basal et partiel. C'est dire combien le mécanisme a fait de ravages dans toute la Psychiatrie et pas seulement ancienne mais contemporaine et pas seulement française mais mondiale.

...Un trait, en définitive, caractérise en effet d'une manière décisive le mécanicisme: c'est l'explication du tout par la partie...

c) Le développement de la Nosographie des « entités cliniques ».

C'est là encore un aspect de la position du cartésianisme et de la position mécaniciste qu'il implique nécessairement en Psychiatrie. La folie est une maladie. Les diverses formes de la folie sont des maladies. Les maladies ne pouvant atteindre l'âme (sauf en cessant d'être maladies pour devenir « péché » comme dans la théorie d'HEINROTH), ces maladies mentales ne peuvent être que des maladies somatiques: la maladie mentale est une maladie organique. Jusque-là l'argumentation est parfaitement correcte. Mais là où le mauvais génie du mécanicisme va intervenir c'est quand il va prétendre expurger de la maladie mentale toute structure psychique pour la réduire au processus mécanique qui la fonde, selon sa thèse essentielle. Or l'idéal du *mécanicisme* n'est pas seulement de pouvoir considérer la maladie mentale comme une maladie

1. La « réflexologie » de PAVLOV se présente sous un double aspect, ainsi que nous l'avons souligné dans notre étude critique [NdÉ: « Les théories réflexologiques de .I.P. PAVLOV et la psychiatrie.», *L'Évolution psychiatrique*, XII, 1, 1947, 197-219.]. Tantôt elle s'érige en théorie psychogénétique du conditionnement par les événements du milieu. Tantôt elle « périphrase » selon le mot de MOURGUE, l'analyse de comportement en termes de physiologie cérébrale et elle « explique » les délires par exemple et les névroses par des troubles partiels de la dynamique cérébrale. A cet égard, les traductions récemment publiées par « *la Raison* » (1951) ne font que confirmer la position strictement mécaniciste prise par le célèbre physiologiste russe telle que nous avons pu en prendre déjà connaissance notamment dans l'article (publié dans *l'Encéphale*, 1933) sur la paranoïa et dans la fameuse lettre à Pierre JANET (*Journal de Psychologie*, 1933) sur la paranoïa et les obsessions.

...Or l'idéal du mécanisme n'est pas seulement de pouvoir considérer la maladie mentale comme une maladie d'origine organique, position qui définit l'organicisme psychiatrique en général, mais encore de considérer la maladie mentale comme n'étant pas mentale du tout...

d'origine organique, position qui définit l'*organicisme* psychiatrique en général, mais encore de considérer la maladie mentale comme n'étant pas mentale du tout, comme étant une maladie identique à la scarlatine ou au rétrécissement mitral. On conçoit que cet effort soit demeuré assez vain et cet idéal illusoire; mais en cet effort, en cet idéal réside l'esprit mécaniciste authentique, celui qui en se développant a précipité la Psychiatrie vers une nosographie rigide dans l'espoir, généralement déçu mais toujours renouvelé, de découvrir sous chaque espèce clinique bien délimitée une *étiologie spécifique*, c'est-à-dire de découvrir des maladies mentales où les symptômes seraient si étroitement unis à leurs causes organiques qu'ils s'identifieraient avec elles, c'est-à-dire par conséquent de faire de chaque « maladie mentale » une « maladie particulière ». Dans l'ensemble il y a une profonde unité de conception entre ces deux doctrines dont l'une affirme la mécanicité du processus et l'autre sa spécificité. Cela se conçoit clairement d'ailleurs si l'on veut bien convenir que rien ne spécifie davantage un tableau clinique relativement à un autre que d'identifier chacun d'eux à un dérangement moléculaire cérébral différent. Si en raison des attitudes d'esprit parfois contradictoires de certains auteurs (attitudes qui mesurent plus exactement la difficulté de rester cohérent avec sa propre théorie, qu'elles ne compromettent la profonde unité de ces positions doctrinales) on était tenté de nous accuser de « forcer les choses », d'artificialisme, et peut-être aussi d'aveuglement passionné, nous nous contenterions de rappeler que l'histoire des doctrines médicales a toujours montré que la tradition hippocratique dont le mécanisme est le plus authentique adversaire s'est toujours caractérisée, depuis la lutte qui opposait COS à CNIDE, par son peu d'attraits pour les « entités spécifiques »; tandis qu'au contraire, avec le développement de la Médecine anti-hippocratique au XIX^e siècle, devaient nécessairement fleurir une infinité d'entités anatomo-cliniques, expressions dans la pathologie générale du même esprit atomistique dont nous avons plus haut mis en lumière les ravages dans la Psychiatrie, à la même époque. Nous sommes donc, il me semble, fondés à critiquer dans le mouvement mécaniciste lui-même cette tendance, corollaire de l'atomisme, à découper les tableaux et évolutions cliniques en maladies distinctes, en entités, unes et indivisibles.

Naturellement en dehors de cette obligation doctrinale qui a pesé sur les esprits plus qu'on ne se l'imagine, la nécessité de mettre un peu d'ordre et de clarté dans l'inventaire de ce nouveau domaine récemment conquis par la Médecine a contribué également à poursuivre et même à accentuer ce travail nosographique.

Dès ses premiers pas la Psychiatrie scientifique « tomba » sur une « maladie », une entité clinique dans le sens le plus fort du terme. Avec BAYLE et plus tard FOURNIER et NOGUCHI l'histoire de cette affection a été entièrement connue. La « démence paralytique » isolée, rattachée à la syphilis, par une hypothèse vérifiée anatomiquement et bactériologiquement, constitue une sorte de modèle de travail scientifique. L'esprit des

...Dès ses premiers pas la Psychiatrie scientifique « tomba » sur une « maladie », une entité clinique dans le sens le plus fort du terme. Avec BAYLE...

psychiatres a été depuis hanté par l'idée d'affections psychiatriques bien caractérisées. Et c'est ainsi que l'historique des problèmes particuliers des diverses psychoses met en évidence l'espoir chaque fois renouvelé et régulièrement déçu que l'on avait mis la main sur une nouvelle entité de ce genre. *La Psychose périodique, Le Délire chronique, Le Délire des négations, La Catatonie, L'hystérie, La démence précoce, La Schizophrénie, La Confusion mentale primitive*, etc...ont été et restent encore considérés souvent comme des « affections » autonomes. Il serait bien facile de retracer l'historique des études qui ont permis, à travers mille difficultés cliniques, de définir, de préciser, d'approfondir les tableaux cliniques qui correspondent à ces « Entités », mais cela nous entraînerait trop loin. Il nous suffit de souligner ici que cette préoccupation « nosographique » est devenue obsédante et que la Psychiatrie « classique » présente tous ces syndromes comme des maladies qui attendent encore la détermination de leur agent spécifique, de leur pathogénie particulière, de leur anatomie pathologique spéciale et de leur traitement étiologique approprié. Certains mettant moins d'espoir dans l'avenir et le progrès de la science, prétendent déjà s'en passer en plaçant leur confiance dans l'idée d'une maladie « essentiellement » autonome (c'est le concept d'entité « génétique », « factorielle » acceptée avec tant de faveur par la Psychiatrie allemande depuis vingt ans...)

Ne serait-il pas possible cependant de se demander si la notion de « Psychose » n'est pas précisément contradictoire avec l'idée d'« entité » et cela en analysant simplement la pathologie de la Paralyse Générale. La méningo-encéphalite syphilitique se traduit en effet par un tableau clinique assez caractéristique pour avoir une valeur pratique. Mais il y a assez de formes cliniques différentes du processus et d'autres processus qui par ailleurs peuvent ressembler tellement dans leur expression clinique à celui-là (pseudo-paralysies générales)¹ qu'en théorie on ne peut pas parler d'une « entité » absolument spécifique. La notion même de psychose dans une perspective plus dynamiste apparaît comme une forme caractéristique des modifications de la vie psychique par un processus organique à quoi elle ne se résume pas, ni dans sa pathogénie ni même dans son étiologie. Autrement dit, ce que nous appelons psychose n'est qu'une forme typique de dissolution sous l'influence de plusieurs processus possibles.

Nous pouvons alors concevoir avec clarté pourquoi les « entités » cliniques sont si peu distinctes les unes des autres dans la nature, c'est qu'elles ne sont jamais, en fonction d'un processus donné (syphilis, sénilité, etc...) que des formes cliniques au travers desquelles une même maladie et un même malade peuvent passer. Nous pouvons aussi clairement juger pourquoi les maladies mentales, dès que leur nature mécano-spécifique n'est plus soutenable deviennent nécessairement des syndromes. Or c'est

... Ne serait-il pas possible cependant de se demander si la notion de « Psychose » n'est pas précisément contradictoire avec l'idée d'« entité »...

1. Le concept de « pseudo » a une fonction générale dans la pathologie, c'est de définir à la fois quelles sont les « vraies » maladies et combien elles ressemblent aux « fausses ».

ce double mouvement qui s'est de plus en plus accentué à partir de la fin du XIX^e siècle, l'importance des formes symptomatiques n'a fait que croître avec les progrès des études étiologiques et la valeur syndromique des maladies mentales est devenu presque une banalité pratique sinon théorique. Mais il faut aller plus loin et s'il n'est pas nécessaire de considérer les psychoses comme des maladies, il n'est même pas suffisant de les définir comme des syndromes. Elles constituent des formes morbides dont l'originalité pathologique est de constituer des *anomalies d'évolution de la vie psychique sous l'influence d'une « somatose »*, anomalies impliquant la mise en jeu des forces psychiques qui organisent les « troubles mentaux », les « maladies mentales », les « psychoses », les « névroses » selon les lois propres au niveau de la dissolution correspondant à l'action du processus organique pathogène.

C'est dans la mesure même où l'on envisage la maladie comme un processus mécanique simple tout entier donné dans son action, tout entier passivement subi que l'on se figure les maladies comme des entités en soi. Rien d'étonnant à ce que le mouvement mécaniciste psychiatrique se soit pour ainsi dire épuisé dans ses dernières démarches en persévérant dans un effort stérile pour compartimenter, détailler, morceler la psychiatrie comme il s'était stérilisé en essayant de s'appliquer à pulvériser les symptômes et à faire des troubles psychiques un schéma statique, mécanique, conforme au mécanicisme cartésien.

*

* * *

...L'évolution de la Psychiatrie embourbée dans le mécanicisme au XIX^e siècle nous paraît donc dépendre d'un « noxus » primordial, la mauvaise position « cartésienne » du problème des rapports du physique et du moral...

L'évolution de la Psychiatrie embourbée dans le mécanicisme au XIX^e siècle nous paraît donc dépendre d'un « noxus » primordial, la mauvaise position « cartésienne » du problème des rapports du physique et du moral. Si après notre argumentation un doute persistait, nous renvoyons purement et simplement aux quelque cinquante pages écrites par PEISSE sous le titre *Notice historique et philosophique sur la vie, les travaux et les doctrines de Cabanis*, en forme de préface du fameux ouvrage¹ et on se convaincra de l'influence qu'a exercée au travers de CABANIS, le cartésianisme

1. *Rapports du physique et du moral* par Pierre, Jean-Georges CABANIS, 8^e édition. Baillière, éditeur, 1844 - (1^{ère} édition en 1802) - CABANIS, ami de MIRABEAU et de CONDORCET, était un familier du salon de M^{me}. HELVÉTIUS où il rencontrait TURGOT, CONDILLAC, VOLNEY, DEGERANDO, LA ROMIGUIÈRE, etc. Il était à la fois médecin et philosophe de l'école sensationniste. PEISSE nous dit à ce sujet « qu'il n'avait qu'une connaissance générale et assez incomplète des travaux de ses prédécesseurs ». Son érudition philosophie « ne remontait pas plus haut qu'à LOCKE ». « On n'étudie pas, remarque PEISSE, ce qu'on méprise ». Pour lui, comme pour la plupart de ses contemporains, l'histoire de la philosophie n'était guère que celle des aberrations de l'esprit humain. Les écrits de CONDILLAC, de BONNET et des philosophes vivants de la même école, étaient les principales sources où il puisa les éléments psychologiques de son système. L'ouvrage de CABANIS eut non seulement un grand retentissement à son époque mais encore une influence profonde sur le développement de la science psychiatrique française. Le dogme du matérialiste sensationniste se ./..

sur tout le développement de la Psychiatrie qui a glissé vers une conception de la psychopathologie sur le modèle de la *mécanique animale*.

Naturellement contre cette « mécanisation » toutes les grandes œuvres des cliniciens se sont toujours dressées (contre eux-mêmes parfois, quand ils n'ont été que des théoriciens hasardeux). Qu'il s'agisse d'ESQUIROL, de GRIESINGER, de J.P. FALRET, de MOREL, de MOREAU (de Tours), de KRAEPELIN, de MAGNAN, de SÉGLAS ou de BLEULER, tous ont toujours su retrouver la substance vivante de la folie vue et observée dans sa nature et non déformée par sa réfraction dans la doctrine traditionnelle. Mais un certain nombre de « mouvements » caractérisant la phrase contemporaine de l'évolution de notre science ont secoué le joug du vieux mécanisme. Dans la ligne de MOREAU (de Tours), de HUGHLINGS JACKSON, les conceptions de P. JANET s'inscrivent dans cette salutaire réaction. FREUD, Adolf MEYER, KRETSCHMER en remontant aux sources du dynamisme hippocratique ont puissamment contribué à l'affranchissement de la Psychiatrie. Et enfin la phénoménologie et la psychologie structurale de Martin HEIDEGGER, de JASPERS, de MINKOWSKI, de BINSWANGER, ont remis en honneur l'analyse psychologique et concrète des maladies mentales qui paraissait définitivement compromise ou périmée aux yeux d'une psychiatrie devenue purement formaliste et abstraite.

Pour bien prendre conscience de ce nouvel élan « dynamiste » et lui donner sa pleine efficacité il faut précisément remonter à la source même de l'erreur du « dualisme cartésien » et trancher une fois pour toutes le nœud gordien. Pour cela il ne suffit pas de dire comme certains psychiatres, et surtout certains psychiatres américains, que « le physique et le moral » c'est la même chose ou parler de l'unité « somato-psychique », car en même temps que l'on paraît renoncer au dualisme statique on l'énonce de nouveau par la « copule » qui exprime cette solution purement verbale. Il faut au

...ESQUIROL, GRIESINGER, J.P. FALRET, MOREL, MOREAU (de Tours), KRAEPELIN, MAGNAN, SÉGLAS ou BLEULER, tous ont toujours su retrouver la substance vivante de la folie vue et observée dans sa nature et non déformée par sa réfraction dans la doctrine traditionnelle...

..././. trouve par lui érigé en une véritable institution. PEISSE, sensationniste également, déploie un immense effort pour disculper son auteur des reproches de « matérialisme » sans y réussir. Il est vrai de dire pourtant que si l'ouvrage *Rapports du physique et du moral de l'homme* est conçu en conformité absolue avec l'associationnisme, la lettre à M.F. sur les causes premières témoigne, selon le mot de PEISSE, que CABANIS se tenait « éloigné de l'étroit et absurde matérialisme enseigné dans les livres d'HOLBACH et de la METTRIE ». Mais ce sont les *Rapports* qui nous intéressent spécialement ici et qui ont été déterminants. C'est une collection, de douze Mémoires dont les six premiers furent lus à l'Institut national au cours des ans IV et V. La lecture de cet ouvrage considérable est assez fastidieuse, il constitue une très longue paraphrase des travaux de CONDILLAC et des sensationnistes. C'est une sorte d'exposé de la psychologie associationniste telle qu'elle va devenir la base de ce que l'on appellera plus tard la « psycho-physiologie ». La sensation et l'image et leur « degré », l'idée y sont identifiés aux traces cérébrales, au « mouvement moléculaire » du cerveau de telle sorte que le moral étant de même nature que la physique, il ne s'agit plus que de déterminer la réversibilité de leur action. La pensée n'est que la sécrétion mécanique par le cerveau des phénomènes psychiques, telle est la formule qui devait connaître l'extraordinaire fortune que l'on sait.

...il faut se représenter dans une hypothèse qui doit être féconde que le physique est le substratum nécessaire mais non suffisant du psychique, que c'est le mouvement même de la vie qui nous fait passer de l'organique au psychique...

contraire se faire une idée théorique claire des rapports dynamiques et évolutif ou, si l'on veut, « dialectiques »¹. C'est-à-dire qu'il faut se représenter dans une hypothèse qui doit être féconde que le physique est le substratum nécessaire mais non suffisant du psychique, que c'est le mouvement même de la vie qui nous fait passer de l'organique au psychique. Le psychisme constitue dans cette perspective la forme supérieure de notre existence en tant qu'intégration de nos fonctions organiques. Le sens de la folie alors apparaît aisément, elle est ce trouble de la vie psychique, cette dissolution de ses structures qu'entraîne un trouble du substratum organique. *Il n'y a pas lieu de se demander si la maladie mentale est purement psychogène, elle ne l'est pas. Il n'y a pas lieu de se demander si elle est purement physique, elle ne l'est pas.* Elle est une modalité inférieure de la vie *psychique* troublée dans et par son propre substratum *organique*. Elle est organiquement conditionnée et psychiquement structurée, par conséquent psychogénèse et mécanicisme sont également faux et à renvoyer dos à dos en tant qu'ils représentent les deux termes antinomiques du « dualisme cartésien ». Le « monisme » *n'est pas plus satisfaisant que le « dualisme »*. Il faut renoncer à l'un comme à l'autre et les dépasser. Ce n'est qu'à ce prix que se peut arracher la Psychiatrie aux tenailles qui l'enfermaient nécessairement dans un « *mécanicisme intégral* » faute de pouvoir aisément s'orienter vers une « *psychogénèse pure* ».

Ainsi peut s'ouvrir largement la voie d'une *Psychiatrie organo-dynamiste* fondée non plus sur le dualisme cartésien mais sur une conception dynamiste et dialectique des rapports des structures vitales et des structures psychiques, de l'Organisme et de l'Esprit.

1. C'est évidemment la formule à laquelle MERLEAU PONTY parvient en examinant ce problème à la fin de la « *Structure du comportement* », formule qui s'était imposée à notre esprit depuis déjà longtemps.

2. On trouvera dans l'article d'AUBREY LEWIS (Philosophy and Psychiatry, « *Archives of Neuro* », 1950, reproduction de l'original paru dans « *Philosophy* », avril 1949) quelque chose de cet embarras.

3. Le « monisme » à double aspect de P. GUIRAUD (*Psychiatrie générale*, 1950) rejoint à cet égard les positions logiquement honteuses de tous ceux qui ayant une certaine position (moniste ou dualiste comme ils disent) qui leur paraît à leurs propres yeux insoutenable préfèrent rester dans l'ambiguïté.

Étude n° 4

LA POSITION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE CADRE DES SCIENCES MÉDICALES

(LA NOTION DE « MALADIE MENTALE »)

1. Folie et valeurs.
2. Rythme de la médecine.
3. Mécanisme et psychiatrie.
4. La notion de « maladie mentale ».
5. La doctrine de De Clérambault.
6. Freud et la psychanalyse.
7. Conception Organo-dynamiste.
8. Rêve et psychopathologie.

Il existe parmi les médecins de graves malentendus au sujet de la position de la Psychiatrie dans le cadre des sciences médicales ¹. La Psychiatrie est tantôt considérée comme une sorte de science annexe, « paramédicale » – tantôt envisagée comme une simple spécialité à peine différenciée de la pathologie générale. Parfois même on lui reproche de n'être pas assez une science médicale en même temps qu'on la répudie comme telle. De pareils malentendus risquent de durer longtemps ; car ils proviennent en effet de raisons profondes et notamment de positions doctrinales d'autant plus indéracinables qu'elles sont le plus souvent inconscientes. Il nous paraît nécessaire d'entreprendre sans trop d'espoir d'y réussir, un effort sincère capable de déterminer les causes véritables d'un malaise qui vicie à leur base les rapports de la Médecine et de la Psychiatrie, des Neurologistes et des Psychiatres, des « Hôpitaux » et des « Asiles », des « Internistes » et des « Psychothérapeutes ».

...les malentendus [au sujet de la psychiatrie], proviennent de positions doctrinales d'autant plus indéracinables qu'elles sont le plus souvent inconscientes...

I.– *Médecine et psychiatrie dans l'évolution historique des Sciences Médicales.*

On va répétant comme s'il s'agissait d'une vérité « sensationnelle » et enfin révélée par les récents progrès de la science, que la Psychiatrie « est enfin entrée » ou « va enfin entrer » dans le cadre de la médecine générale! Mais la Psychiatrie n'a pas atten-

1. On trouvera un exemple de ces préoccupations dans le travail de N. HARRIS, *The Place of Psychiatry in Medicine*, « J. of Mental Science », 1948, p.143

du l'enthousiasme de ces zélés néophytes pour « rentrer dans le giron de la médecine », puisque ce sein maternel elle ne l'a jamais quitté. Il faut être ignorant comme il n'est pas permis de l'être pour ne pas savoir que c'est à la médecine, à la pathologie générale qu'a été soudée dans les temps les plus anciens la Psychiatrie. Celle-ci a même eu toutes les peines du monde à se dégager de la pathologie générale pour se constituer en spécialité indépendante. Rapportons-nous aux travaux psychiatriques de l'Antiquité, à ceux d'HIPPOCRATE, de GALLIEN, d'ALEXANDRE de TRALLES, d'ARETÉE de CAPADOCE. Référons-nous aux connaissances des scolastiques en cette matière et notamment à l'exposé si « psycho-somatique » des maladies mentales de SAINT THOMAS. Consultons les œuvres psychiatriques de la Renaissance et du XVII^e siècle ; celles de Daniel SENNERT, de Félix PLATTER, de Paul ZACCHIAS et de Thomas WILLIS. Suivons dans leur développement clinique et pathogénique la pensée des grands aliénistes du XIX^e siècle et de nos jours : PINEL, ESQUIROL, J. P. FALRET, GRIESINGER, BAILLARGER, LASÈGUE, MOREL, KRAFFT-ÉBING, KAHLBAUM, MOREAU (de Tours), KRAEPELIN, SÉGLAS, MAGNAN, RÉGIS, BLEULER, JANET et qui pourra dire, *ayant bien compris le sens de leurs conceptions*, si depuis plus de deux mille ans les psychiatres ne se sont pas toujours placés sur le terrain même de la science médicale. Insistons-y encore : dès leurs premiers pas les psychiatres médecins qui se sont occupés de la folie ont eu un mal inouï à dégager les états psychopathologiques des affections somatiques et nerveuses proprement dites. Pendant des siècles, phrénitis, méningites, mélancolie, délire, épilepsie, manie, hystérie ont représenté aux yeux des observateurs des formes de ce que nous appelons aujourd'hui des encéphalites, et ont été confondues purement et simplement avec la neurologie de chaque époque.

Ce n'est que par l'intégration, toujours plus importante – jusqu'à devenir peut-être même excessive surtout dans les pays anglo-saxons – des variations de la vie psychologique individuelle dans le cadre de la Psychiatrie, que s'est posée, avec une brutale acuité, la question de savoir si vraiment tout ce qui correspondait à l'extension de son objet devait être considéré dans la perspective habituelle de la pathologie générale. Cette extension continuelle (monomanies, névroses, passions, tendances caractérielles, inadaptations sociales, etc.) aurait dû poser la question de sa légitimité mais elle a donné plutôt lieu à des querelles retentissantes ; les mêmes que celles qui opposèrent au XIX^e siècle en France et surtout en Allemagne les somatistes (JACOBI, FRIEDREICH) et les psychistes (HEINROTH, IDELER), combat où les psychistes furent d'ailleurs mis rapidement en déroute.

C'est que cette querelle ne cesse d'être depuis sa naissance, nous l'avons vu, le mal congénital de la Psychiatrie qui s'épuise dans une controverse portant sur l'incertitude de la position de la Psychiatrie dans le cadre des sciences médicales et sur la nature mal comprise de son objet.

...dès leurs premiers pas les psychiatres médecins qui se sont occupés de la folie ont eu un mal inouï à dégager les états psychopathologiques des affections somatiques et nerveuses proprement dites...

Le caractère irritant et vain de cette discorde procède du terrain mal assuré sur lequel elle se déroule et qu'acceptent également ses protagonistes : l'absurde conception qui dans le domaine de la psychopathologie considère que « maladie organique » et « psychisme » sont deux termes qui s'excluent dans la notion (dès lors contradictoire) de *maladie mentale*.

II. – *Le dilemme psychiaticide* ¹.

Essayons de nous placer sur le terrain même où s'opposent ces deux conceptions. L'une plaide l'origine « purement psychique » des variations pathologiques qu'étudie la psychiatrie. L'autre identifie « purement et simplement » le trouble psychopathologique à un « simple accident anatomophysiologique ». On nomme les partisans de la première théorie « psychistes », « psychologues » ou mieux « psychogénétistes », car ils défendent ce que l'on est convenu d'appeler la psychogenèse des « maladies mentales ». On nomme les seconds « organicistes » ou « somatistes » ou mieux « mécanistes ² », en tant qu'ils défendent, le caractère « purement physique » des « maladies mentales ».

1°) THÈSE PSYCHOGÉNÉTISTE : La « maladie mentale » doit, selon elle, être considérée comme une variation déterminée par des facteurs exclusivement « psychiques ». Ce sont par exemple des facteurs inconscients pathogènes (FREUD) ou des influences de milieu (suggestion dans la théorie de BABINSKI, réactions aux situations vitales comme dans la théorie d'Adolphe MEYER ou d'ADLER). La « maladie mentale » est mentale deux fois, une fois dans ses symptômes et une fois dans son étiologie.

...Dans la thèse psychogénétiste, la « maladie mentale » est mentale deux fois, une fois dans ses symptômes et une fois dans son étiologie...

Prenons, par exemple, un cas d'un délire hallucinatoire. Voici une malade qui se plaint d'être « hypnotisée », « envoutée » par un homme dont la « voix » l'importune en pénétrant dans toutes ses pensées. Il lui tient des propos orduriers et obscènes et lui envoie des sensations sexuelles, affreuses ». Un tel état psychopathologique, dit-on, n'a rien à voir avec les méthodes et les notions habituelles de Médecine générale. Ici tout est psychique et relève entièrement de la compréhension psychologique : cette femme a refoulé ses désirs sexuels, ses « pulsions » dans son inconscient et elles transparaissent sous forme de délire hallucinatoire, elles sont projetées. Comprendre sa psychose c'est l'expliquer.

Prenons un autre exemple qui mette encore mieux en évidence la position des psychogénétistes à l'égard de la Médecine. Il s'agit cette fois d'une jeune fille immobili-

1. Ce néologisme est certes bâtard mais il nous paraît trop expressif pour devoir y renoncer.

2. Il importe à ce sujet de dissiper cette ambiguïté, car, comme nous le verrons plus loin, on peut être partisan d'une théorie « organiciste » de la Psychiatrie sans tomber dans l'excès du « mécanisme ».

sée par une paralysie complète des membres inférieurs mais sans aucun signe « objectif » de lésion de la moelle. Nous l'hypnotisons et lui suggérons qu'elle peut marcher. Elle guérit et au cours de l'hypnose nous apprenons qu'elle préférerait rester « clouée sur place » plutôt que de se marier. Il s'agit d'une « fausse maladie », ses troubles étaient « purement psychique ». Il y a un abîme (BABINSKI) entre cette paralysie et une paralysie « organique », car si c'est psychique ce ne peut être organique et inversement.

Ainsi aux yeux des «psychogénétilistes » de telles variations anormales de la vie psychique relèvent de la motivation psychologique, elles doivent être l'objet d'une analyse compréhensive au sens de JASPERS et d'une thérapie psychique. Par là la Psychiatrie apparaît comme le champ de ces variations psychiques ou « fonctionnelles » qui « n'ont rien à voir » avec la pathologie générale. On « corse » cette position parfois de quelques sarcasmes à l'adresse de ces Psychiatres de la vieille école qui s'obstinent à considérer qu'il n'y a pas seulement un jeu de mot dans la notion de « maladie » mentale.

Nous ne désirons pas trop insister ici pour montrer que cette conception ne tend à rien moins qu'à ôter du « trouble » son caractère pathologique, car aucune psychogénèse intégrale ne pourrait expliquer pourquoi chez tel sujet l'inconscient ou telle situation deviennent « pathogènes ». Elle sera toujours contrainte à réintroduire le « facteur organique » dont elle prétend si légèrement se passer..

Ce que nous voulons par contre souligner c'est que dans une telle perspective la Psychiatrie se confond avec la Psychologie, c'est-à-dire avec l'étude des « réactions » ou des « situations » ou des « mécanismes » purement psychologiques et perd par conséquent, avec toute autonomie, tout droit d'existence. La « maladie mentale » n'est pas une maladie.

2°) THÉORIE MÉCANICISTE. Rappelons-le, elle aime à s'attribuer le monopole de l'organicité des conditions d'apparition des psychoses. Mais elle ne constitue dans le groupe des « théories organiques » que la plus « extrémiste », celle qui se situe à l'antipode du psychogénisme, des explications psychologiques et qui entend n'envisager les psychoses que comme des modifications physiques excluant toute ingérence de la vie psychique dans la formation des symptômes des « maladies mentales ». Pour elle, la « maladie mentale » est constituée par une juxtaposition de symptômes en tous points identiques aux signes, des maladies que la médecine générale étudie. Chacun de ces symptômes est considéré par elle comme le produit d'une lésion d'un organe et notamment d'une région, d'un « centre du cerveau ». De même que le souffle tubaire émane du bloc pneumonique, que le « syndrome de KONIG » décèle une sténose intestinale, que l'hypertension portale est la conséquence directe d'un processus cirrhotique, que la leucopénie est un symptôme du choc colloïdoclasiqque etc., une impulsion,

...aucune psychogénèse intégrale ne pourrait expliquer pourquoi chez tel sujet l'inconscient ou telle situation deviennent « pathogènes »...

...Elle sera toujours contrainte à réintroduire le « facteur organique » dont elle prétend si légèrement se passer...

l'euphorie pathologique, un accès d'anxiété, une idée délirante, une hallucination sont uniquement et directement le produit d'un trouble pathologique localisé des centres nerveux tout au plus admet-elle comme un « épiphénomène » un certain « contenu » psychologique, contingent, des troubles neurologiques « basaux » : la méningo-encéphalite syphilitique créée de l'euphorie et de la mégalomanie comme l'intoxication alcoolique provoque par ses excitations sensorielles des zoopsies. En fait, les symptômes qui constituent la « maladie mentale » apparaît comme une sorte d'« artefact », de corps étranger. La maladie Paralyse Générale, c'est l'encéphalite syphilitique. Tout le reste n'est que « contingence » et sans intérêt.

Revenons, par exemple, au cas du délire hallucinatoire auquel nous faisons allusion plus haut. En fait, dit-on, cette malade a des lésions cérébrales qui déclenchent au niveau de ses centres corticaux un automatisme anormal, des sensations anormales, des perceptions sans objet. Elle a des hallucinations et des troubles de la sensibilité générale, qui font partie si intimement d'un processus de névrosite que c'est lui qui cause directement et immédiatement ses hallucinations dans le mécanisme desquelles n'interviennent que le siège et l'intensité de son action pathogène. – Revenons à notre hystérique, il ne s'agit pas d'une paralysie, certes, mais en fait il s'agit d'une affection neurologique « plus haut située », plus « fonctionnelle », c'est une atteinte des centres psycho-moteurs, d'où l'aspect pseudo-volontaire de la contracture ou de la paralysie. Sans doute certains facteurs « psychiques » peuvent occasionnellement intervenir, notamment l'émotion, mais c'est en provoquant un trouble fonctionnel des centres corticaux¹. Ainsi dans tous les cas il n'y a pas de psychisme qui entre dans l'élaboration et la structure des troubles. Toute psychose est soigneusement expurgée de toute structure psychique. Elle n'est plus qu'une forme vide identifiée avec le processus qui l'engendre. Même dans le cas où on se trouve en présence d'un délire il ne faudra pas « perdre son temps » à le parcourir « en long et en large », à l'approfondir. Rien n'est plus « ennuyeux » ni plus « inutile ». Il faut bien plutôt se demander de quelle tumeur cérébrale, de quelle induction, de quel trouble hormonal il provient. Tout se résume à cela, car le délire lui-même ne représente rien d'autre que l'effet direct de ce processus sur les divers centres idéo-sensoriels ou psycho-moteurs du cerveau. Ainsi l'objet de la Psychiatrie n'est pas autre chose que celui de la Pathophysiologie ordinaire. Cet objet « n'a rien à voir » avec le psychisme. On ne saurait sans scandale mêler les facteurs psychiques et les troubles physiopathologiques à quoi se réduisent les psychoses.

*...[Dans le mécanisme]
toute psychose est soigneusement expurgée de toute structure psychique. Elle n'est plus qu'une forme vide identifiée avec le processus qui l'engendre...*

1. Beaucoup de mécanicistes effrayés par le caractère sommaire et insoutenable de leurs «explications» parvenus au seuil de l'absurdité hésitent, s'arrêtent et font volte-face. « C'est purement psychique » disent-ils, et ils invoquent le mécanisme « chauve-souris » des réflexes conditionnels qui leur permet d'introduire, pensent-ils, l'événement dans le mécanisme.

Quant à la méthode, loin également de toute analyse psychologique « qui coupe les cheveux en quatre » ce qu'il faut, c'est perfectionner les méthodes anatomo-clinique, physiologique, expérimentale qui, ayant si bien réussi à Claude BERNARD pour étudier, les fonctions du foie, doit encore servir au médecin pour déterminer les fonctions isolées du cerveau et leurs troubles dont la mosaïque constitue ce qu'on appelle par un abus évident des « Psychoses ».

...Dans une telle perspective la « maladie mentale » est physique deux fois dans ses symptômes qui sont mécaniquement formés et dans son étiologie...

Dans une telle perspective la « maladie mentale » est physique deux fois dans ses symptômes qui sont mécaniquement formés et dans son étiologie. Elle perd sa structure psychique, elle n'est qu'une maladie du viscère cérébral et la psychiatrie se confondant avec la neurologie perd tout droit à l'existence. La « maladie mentale » n'existe pas, elle est « une maladie » comme les autres¹.

Pour achever de décrire cette violente opposition de doctrines qui volatilise la Psychiatrie dans l'état d'un dilemme entre les termes desquels il n'y a pas de place pour elle, nous devons nous attarder quelque peu à considérer le cadavre de la Psychiatrie et la falote silhouette du psychiatre passé dans ce laminoir.

La Psychiatrie n'existe ni pour les uns, ni pour les autres. En tant qu'aspect pur et simple de la pathologie générale elle est rejetée par les psychogénétilistes. En tant que « pure psychologie » elle est niée par les mécanicistes. Mais pour tous, elle n'est également qu'un mythe dans la mesure même où la notion de « maladie mentale » leur apparaît à chacun en tant qu'il répudie un des termes qui la constitue comme une « contradictio in adjecto ». Le délire hallucinatoire est une forme « réactionnelle » de la vie psychique et non pas une maladie entrant dans le cadre de la pathologie générale pour les Psychogénétilistes. C'est une production mécanique de symptômes par la syphilis ou une tumeur cérébrale et non pas une « maladie mentale » aux yeux des Mécanicistes... Ceci donne l'occasion d'entendre parfois dans les milieux de Neurologie et de Psychiatrie des réflexions d'une naïveté savoureuse. Recueillons quelques « perles » de ce florilège ou plutôt de ce « sottisier ». Ce savant professeur dit : « De deux choses l'une ou c'est organique et ce n'est pas psychique ou c'est psychique et ce n'est pas organique ». Dans une société savante, on présente un délire au cours d'un état crépusculaire épileptique et un ardent contradicteur s'écrie : « Je ne comprends pas, vous expliquez ce délire en faisant intervenir l'inconscient et c'est un

1. Nous aurions pu craindre de nous voir accusé de dresser de toutes pièces l'argumentation que nous entendons combattre comme pour en mieux triompher. Fort opportunément, Mr HARTENBERG en écrivant son article intitulé : *Il n'y a pas de maladies mentales*, (*Presse Médicale*, 1^{er} novembre 1947) et en y développant par avance toute l'argumentation de la thèse mécaniciste nous soustrait au reproche de lutter contre des moulins à vent... Dans la réponse de M. GELMA (*Presse Médicale*, 3 janvier 1948) c'est le deuxième terme de l'alternative cartésienne qui une fois de plus reparaît avec la notion de maladie mentale ou maladie « sine materia ». Éternel balancement...

épileptique. C'est donc organique et ça n'a rien à voir avec l'inconscient ». Un neurologue soucieux de garnir son service de malariathérapie s'insurge contre le placement des P. G. dans les hôpitaux psychiatriques. « La P. G. étant une méningo-encéphalite syphilitique, qu'a-t-elle à voir avec la Psychiatrie ? » – Un médecin s'étonne que des épileptiques soient placés dans un asile avec des délirants. « je ne comprends pas, un délire c'est de l'imagination, bon ! je comprends que vous le preniez, c'est pour vous. Ça n'a pas de réalité. C'est purement psychique. » – Dans un service de neuro-chirurgie on s'indigne. « Ils ont fait le diagnostic de confusion mentale et l'ont interné et c'était une tumeur cérébrale ! » Ou encore et inversement: « C'est une simple réaction psychogénétique due aux événements », c'est une inadaptation à une situation vitale qui n'a rien à voir avec la médecine somatique », etc. Et voilà comment, faute de se voir reconnaître un objet précis à sa science par une saine notion de la « maladie mentale », la Psychiatrie se voit réduite soit à n'être qu'une vague fumée philosophique, un flux verbal sans réalité ou une orthopédie morale, soit à être confondue avec l'étude des déterminants organiques des troubles qu'elle vise. Placée entre ces deux termes contradictoires elle perd toute substance, toute consistance et toute vie.

Mais qu'est donc le psychiatre qui a ainsi perdu l'objet propre de sa science ? Eh bien ! il subit le même sort et il disparaît. Il s'évanouit accablé sous les sarcasmes ou torturé par sa propre perplexité quand, s'engageant lui-même dans l'étau du dilemme mécano-psychiste, il se fait « hara-kiri ». Tantôt il se réfugie dans une fausse psychiatrie « purement médicale » où il consume son complexe d'infériorité à la recherche de la pierre philosophale, sans se consoler du paradis « vraiment médical » perdu. – Tantôt, renonçant à être médecin, il devient redresseur de torts, directeur de conscience, psychohygiéniste, orienteur professionnel, psychotechnicien quand il ne s'engage pas dans les spéculations philosophiques à la recherche de l'absolu, jonglant avec des mots, jouant avec des bulles de savon et collant des étiquettes auxquelles il croit à peine, car « son royaume n'est pas de ce monde ». – Tantôt enfin il se détourne de tant de difficultés et de mystères pour se réfugier dans un dilettantisme délicat et désabusé...

*...Mais qu'est donc le psychiatre qui a ainsi perdu l'objet propre de sa science ? Eh bien ! il subit le même sort et il disparaît...
...Tantôt il se réfugie dans une fausse psychiatrie « purement médicale »...
...Tantôt, renonçant à être médecin, il devient redresseur de torts, directeur de conscience, psychohygiéniste, orienteur professionnel,...*

III.– *La position de la Psychiatrie dans le cadre des sciences médicales dépend d'une saine conception, des rapports du physique et du moral.*

Tant qu'une solution dépassant le « dualisme » et le « monisme », également faux, n'aura pas été trouvée le problème de la « maladie mentale » oscillera entre ces deux termes contradictoires sans pouvoir se définir.

Il existe une conception courante, vulgaire et naïve des rapports du physique et du moral. C'est le parallélisme. Certes la grande autorité de la tradition cartésienne est en

grande partie responsable de son succès chez les gens cultivés et très probablement les médecins, mais elle ne fait qu'exprimer une intuition simpliste et quasi-universelle celle d'une séparation, d'une simple juxtaposition de la matière et de l'esprit, du mode de l'étendue et du mode de la pensée comme s'il s'agissait des deux termes d'une essentielle contradiction. Cette doctrine de la transcendance est l'idée fondamentale du parallélisme et elle paraît satisfaire à la fois le « matérialisme moyen » qui pense le psychique comme un simple épiphénomène et ne s'en soucie plus et le « spiritualiste moyen » qui, après une vague gémissement à l'adresse de l'Esprit, s'empresse à l'orgie du mécanisme, se tenant pour garanti par l'abîme que son dualisme établit entre l'âme et le corps, contre toute intervention du principe « spirituel » autre que « surnaturelle ». Mais l'accord entre matérialistes et spiritualistes n'est pas seulement de surface et d'irréflexion, il est en un certain sens plus profond. Les uns et les autres adoptent le parallélisme. Pour les uns il s'agit de deux PLANS parallèles. Pour les autres il s'agit de deux faces du même PLAN. A cette différence près la conception reste la même qui ou bien développe les deux ordres d'existence en séries parallèles de telle sorte que seule importe la série mécanique, l'autre restant d'un autre monde, – ou bien envisage la réalité selon deux perspectives différentes, deux « façons de parler » et rejette l'une dans le pur verbalisme et l'autre dans la pure mécanicité. Un trait reste également commun à ces deux manières de voir qui procèdent de la même erreur : c'est l'absence de développement dynamique, de mouvement génétique et dialectique entre le physique et le moral. Pour les uns comme pour les autres la vie psychique ne se déploie pas.

Or, c'est précisément cette perspective *dynamiste* et *vitaliste*, qui fait également défaut à ces théories, qu'il faut introduire dans le vertigineux problème qui nous occupe. Ce n'est que dans cette nouvelle position du problème des rapports du physique et du moral que nous arracherons la Psychiatrie au dilemme psychiaticide qui l'étrangle. Et cette position peut se résumer d'un mot : elle *substitue au monisme ou au dualisme l'idée des rapports d'une vivante dialectique entre l'infrastructure vitale et la superstructure psychique de la personne*¹.

Nouvelle position? Oh! c'est une façon de parler, car elle est aussi vieille que le monde. On en suit les modalités diverses de présentation au travers les philosophies d'ARISTOTE, de SAINT THOMAS et, plus près de nous, de HEGEL et de BERGSON. Elle est inséparable en médecine du véritable esprit hippocratique.

Entre le physique et le « moral » il y a la vie. C'est dire que les rapports du physique et du moral ne sont pas des rapports de contiguïté, ne se situent pas dans un parallélisme de plans ou de faces, mais qu'ils doivent être envisagés dans une perspective plus naturelle comme *des formes d'évolution de la vie*. C'est comme deux

1. Cf. page 66.

...Un trait reste également commun à ces deux manières de voir qui procèdent de la même erreur : c'est l'absence de développement dynamique, de mouvement génétique et dialectique entre le physique et le moral...

...Pour les uns comme pour les autres la vie psychique ne se déploie pas...

aspects formels de ce mouvement qui s'inscrit dans l'histoire d'un organisme qu'il y a lieu de concevoir la vie organique et la vie psychique, non point séparées, non point juxtaposées, mais l'une étant engendrée par l'autre, par son épanouissement, sa « vivante dialectique ». Si la nature, envisagée plutôt comme « naturante » que comme « naturée » ne fait pas de sauts, elle se déploie cependant en structures de réalité telles qu'elles constituent une hiérarchie allant du monde physique au monde organique et du monde organique au monde psychique sans qu'il soit possible d'expliquer entièrement les formes supérieures par les échelons inférieurs. Sans pouvoir ici tracer la courbe complète de cette évolution, pour le moment il nous suffira d'en définir le sens ¹.

Tout se passe comme si les fonctions organiques s'intégraient par l'action, du système nerveux dans des cycles fonctionnels constituant une forme, une organisation par quoi l'organisme, se retirant de plus en plus de l'emprise immédiate du milieu externe, s'incorporant l'expérience passée, prenant une sorte de distance à l'égard des conditions extérieures du présent, crée une causalité *interne*: le psychisme. Cette vie psychique, profondément engagée dans la morphologie même du système nerveux, tend à s'en dégager par une activité qui ne parvient toutefois jamais à s'en affranchir totalement. Ainsi se constituent des automatismes des fonctions associatives et verbales et aussi un système de valeurs, fonction du développement historique de la personnalité qui entrent en jeu dans les opérations d'intégration de la conscience et de la volonté. Ainsi s'échafaude la personnalité qui doit être conçue comme une trajectoire *contenant* des instances virtuelles et inconscientes. Cet édifice, ce progrès fonctionnel profondément enraciné dans l'activité organique se déploie dans les formes supérieures de la vie psychique selon un élan propre, celui de la liberté. Le *psychisme* en tant qu'il est et constitue la forme d'organisation personnelle et adaptée, enveloppe et contient l'*organisme* dont il émane mais qu'il dépasse.

...Cet édifice, ce progrès fonctionnel profondément enraciné dans l'activité organique se déploie dans les formes supérieures de la vie psychique selon un élan propre, celui de la liberté....

IV. – *La Maladie mentale.*

La causalité psychique (la psychogenèse) ainsi définie introduit une différenciation entre les personnalités. Ces variations font l'objet de l'analyse psychologique des motifs et des mobiles du Moi de la structure de « l'être au monde » sur le registre de la norme et des relations compréhensibles entre le Moi et autrui. C'est à elles que s'appliquent les mécanismes psychogénétiques profondément soudés au déterminisme de l'instinct, mais réfractés dans la « sphère de la causalité personnelle » comme disent en un certain sens MONAKOW et MOURGUE. Ce sont des variations normales « compréhensibles » au sens de JASPERS.

1. Cf. notre travail « Troubles nerveux et système nerveux », *Évolution Psychiatrique*, 1947, n° 1.

Mais d'autres variations peuvent être introduites dans le système fonctionnel psychique. Elles proviennent du « poids » de l'organisme, de ses perturbations et notamment des altérations cérébrales qui altèrent le mouvement spirituel de l'être.

Voyez cet homme: il pense et agit, il est adapté au réel, fait son métier, converse avec ses semblables, s'applique, réfléchit. Mais que se passe-t-il? Sa pensée se trouble, son psychisme se distend, il n'« y est plus », ses paupières se ferment, son tonus s'effondre, il *s'endort*. Et sa pensée retirée du pôle de l'action régresse, se dissout, sa conscience troublée se remplit de fantasmes, reflue vers *l'inconscient*. Et c'est le *rêve*.

Voyez maintenant cet autre, il était bien adapté, capable de travail, sa pensée était nette et juste, mais sa conscience a perdu sa netteté, le monde du rêve envahit sa pensée encore vigile mais amoindrie. Il projette son inconscient dans la réalité. Il délire. Et c'est la *folie*.

Tel est le schéma fondamental de la « maladie mentale » de toute « *maladie mentale* », car la folie est une forme, à aspects multiples, de niveaux variés de la dissolution hypnique décontractée, ralentie et organisée selon ces modalités typiques d'évolution qui constituent les *Psychoses* et les *Névroses*¹.

Les psychoses (et pour ne pas compliquer nous assimilerons ici celles qui proviennent d'un *arrêt du développement* et celles qui expriment une *dissolution* d'un édifice qui a atteint son développement, de même que nous envisagerons les *névroses* et les *psychoses* comme des niveaux simplement différents de « maladies mentales ») sont donc des « maladies » en ce qu'elles sont déterminées par un *processus morbide* organique qui dépend de la pathologie générale et elles sont « mentales » en tant qu'elles représentent des types de *régression de la vie psychique*.

Nous voyons maintenant par ce changement radical de perspective que discuter sur la causalité « psychique » ou « organique » de telle ou telle forme de différenciation de la vie psychique, cela revient à discuter sur le caractère *normal ou morbide* de cette variation. Mais la « batrachomyomachie psycho-organique » appliquée à l'intérieur du champ de la psychopathologie est absurde, car toutes les « maladies mentales » (comme le rêve est conditionné par le sommeil) sont déterminées par des *processus organiques pathogènes qui altèrent l'être psychique*.

Et c'est pourquoi la Psychiatrie est une branche de la médecine.

Mais la « maladie mentale » est une bien étrange maladie. Elle ne se résume pas en effet dans le processus générateur (la syphilis dans la P. G.). Elle représente une forme de régression de la vie psychique. Sa structure est complexe. Elle comprend un *aspect négatif* : Absence et altération des fonctions supérieures atteignant un degré plus ou moins profond et un *aspect positif* : la nouvelle organisation de la vie psy-

1. Cf. notre étude, n° 8.

...car la folie est une forme, à aspects multiples, de niveaux variés de la dissolution hypnique décontractée, ralentie et organisée selon ces modalités typiques d'évolution qui constituent les *Psychoses* et les *Névroses*...

chique subsistante. Aussi entre le processus organique générateur et le tableau clinique qui en est l'effet s'interpose un travail psychique considérable . celui-là même de la psychose. C'est à quoi correspond ce que nous avons proposé d'appeler *l'écart organo-clinique* qui est à la fois structural comme nous venons de le préciser et aussi chronologique en ce sens que l'action d'un processus à un moment donné peut lui survivre.

...l'écart organo-clinique est à la fois structural ... et aussi chronologique...

Par là, la « Maladie mentale » si elle est toujours organique dans son étiologie est toujours psychique dans sa pathogénie. C'est une « ALTÉRATION¹ MENTALE DE NATURE ORGANIQUE ».

Et c'est pourquoi la Psychiatrie est une branche de la médecine mais une branche spéciale qui a pour objet propre la « maladie mentale » : « maladie » en tant qu' effet d'un processus pathologique et « mentale » en tant qu' effet de l'organisation de la vie psychique à un niveau inférieur.

Les maladies organiques sont des menaces à la vie, les « maladies mentales » sont des atteintes à la liberté. Et ceci rend compte de ce fait que l'aspect le plus caractéristique de la Psychiatrie est *médico-légal*. En effet le processus morbide en entravant, en dissolvant l'activité psychique, amoindrit la liberté et la responsabilité du *malade mental*. Une telle vérité d'évidence est cependant méconnue parfois par des psychiatres qui ne voient pas clairement que le propre de l'activité psychique étant l'intégration des fonctions dans une série d'actes de plus en plus indéterminés, elle ne peut se définir que par la marche vers la liberté, l'autonomie de la raison et de la personnalité, tandis que le propre des « maladies mentales » est justement, en la faisant régresser, de « sous-intégrer » l'activité psychique dans des cycles de plus en plus automatiques et déterminés. La psychiatrie est une pathologie de la liberté, c'est la *Médecine appliquée aux amoindrissements de la liberté*. Toute psychose et toute névrose est essentiellement une somatose ², qui altère l'activité d'intégration personnelle (conscience et personnalité). La Psychiatrie est, à cet égard, la **Pathologie de la liberté**.

...Les maladies organiques sont des menaces à la vie, les « maladies mentales » sont des atteintes à la liberté. Et ceci rend compte de ce fait que l'aspect le plus caractéristique de la Psychiatrie est médico-légal...

1. L'aliénation qui en représente seulement l'aspect le plus total n'est en quelque sorte qu'un concept abstrait et limite, car aucun de nos malades n'est complètement « étranger » à l'humanité.

2. C'est la conclusion à laquelle parvient également P. HABERLIN (« Der Gegenstand der Psychiatrie », *Archives suisses de Neurologie et Psychiatrie*, 1947, 60, p. 132-144) au terme de son excellente et pénétrante analyse de la notion de maladie mentale. – C'est dans ce sens également que conclut l'étude si réfléchie et documentée de ERIK ESSEN MÜLLER (« Über den Begriff des Funktionel und organischen in der Psychiatrie », *Acta Psychiatrica*, 1943). Il dénombre dans le concept de maladie organique quatre sens (somatose – affection centrale – hétérogénéité à l'égard du psychisme normal – non conditionnement psychologique). Ces critères varient dans leur proportion, selon le niveau des troubles mentaux considérés, mais les uns ou les autres existent toujours.

V. – *Neurologie et Psychiatrie.*

Ce que nous venons de dire notamment de la structure dynamique des psychoses peut paraître s'appliquer à certains aspects des troubles neurologiques. Les rapports de la Neurologie et de la Psychiatrie ont fait l'objet ailleurs d'une discussion très approfondie ¹. Contentons-nous de préciser ici notre position. Le déploiement, l'évolution, la dialectique des fonctions neuro-psychiques suppose l'organisation, inscrite généralement dans l'anatomie du système nerveux – de fonctions – qui, relativement aux intégrations supérieures et globales dont elles sont l'objet quand le système fonctionnel est complètement « mûr » et parvenu au terme de son évolution, se comportent comme des fonctions basales élémentaires et instrumentales. Un processus cérébral peut les atteindre « isolément » et entraîner ainsi leur désintégration. Ce genre d'accident, le seul qui soit unanimement reconnu comme constituant un fait neurologique est différent des dissolutions *globales et apicales* des fonctions d'intégration globales et supérieures qui constituent les opérations de la vie psychique la plus organisée. Ces dissolutions globales apicales sont les « maladies » mentales telles que nous les avons définies et sont l'objet de la Psychiatrie. Ainsi notre organicisme est garanti contre la thèse mécaniciste qui confond purement et simplement Neurologie et Psychiatrie.

VI.– *Psychiatrie et Pathologie organique.*

Pour nous, une névrose, comme une psychose, est avant tout une *somatose*. Nous repoussons donc l'idée fautive d'une séparation radicale entre les « maladies organiques » et les « maladies mentales ». Mais nous ne saurions cependant souscrire à cette autre idée fautive que la pathologie organique et la pathologie mentale se confondent purement et simplement ; soit qu'avec les mécanicistes, nous les fassions coïncider l'une et l'autre par la production également mécanique des symptômes qui constituerait au fond de la même manière l'infarctus pulmonaire ou la schizophrénie ; soit qu'avec certains « psychosomatistes », nous considérions la maladie de BÜRGER et l'hystérie comme ressortissant du même mécanisme « de conversion ² ».

1. Pour le moment nous nous contentons de renvoyer simplement à la discussion qui nous a opposé à J. de AJURIAGUERRA et à H. HÉCAEN (*Les rapports de la Neurologie et de la Psychiatrie*, Édit. Hermann, Paris, 1947). [NdÉ : rééd. Hermann, Paris, 1998]

2. L'École « psychosomatique » ou « psycho-somatique » ne répudie souvent le dualisme que pour le remplacer par un principe aussi faux, celui de l'unité ou de la totalité, ce qui la conduit à une solution purement verbale et à une véritable confusion de plans.

« Un-malade-qui-vomit » toutes les fois qu'il prend un potage chez son frère n'est pas le même selon que le médecin découvre qu'on lui sert à son insu chez celui-ci, une semoule à l'égard de laquelle il est (ou son estomac est) intolérant – ou que le psychiatre découvre que c'est un hystérique qui exprime par son vomissement névrotique qu'il ne peut « tolérer » son frère.../...

Les processus organiques nous paraissent s'étagéer en niveaux fonctionnels hiérarchisés. Ceux qu'étudie la pathologie organique (cardiologie, entérologie, etc) sont des accidents des fonctions organiques de base, intégrées dans et par la vie psychique et dont la causalité et la symptomatologie psychiques sont secondaires. Ceux qu'étudie la Psychiatrie sont des troubles organiques dont la causalité psychique est également secondaire, mais dont la symptomatologie et la pathogénie se déroulent au niveau de l'activité globale d'intégration personnelle, en ce sens qu'elles réalisent précisément ces altérations de la conscience et de la personnalité que nous appelons névroses ou psychoses. Quelque « facteurs psychiques » qu'admette le coryza – et il en admet – il

... Réfléchissons un peu sur ces cas cliniques grossiers et de pratique constante sous mille et mille aspects variés. Ce qu'il y a de *commun* entre ces deux aspects de la pathologie, c'est que l'un et l'autre trouble est déterminé par un certain désordre somatique. Pour le vomissement « organique » il s'agit d'un désordre neuro-végétatif (dans la constitution duquel entre d'ailleurs certainement une part instinctivo-complexuelle) mais qui reste de l'ordre d'un trouble essentiellement physiologique et en quelque sorte, comme dit HÄBERLIN (*Archives Suisses de Neurologie*, 1947) « *périphérique* ». Pour le vomissement « névrotique » sa pathogénie le situe sur un autre plan, celui de l'organisation névrotique de la personnalité. Mais cette « organisation défectueuse », cette – « inorganisation congénitale » ou cette « désorganisation acquise » est, à son tour, une somatose et ne peut être qu'une somatose. – Voyons ce qu'il y a de *différent* : c'est que l'une et l'autre affection ne se situent pas sur le même plan d'organisation ; l'une se joue sur celui de la vie « végétative », pour si soudée qu'elle soit à la dynamique des instincts et des aspects, et l'autre se joue sur celui de la vie de relation, celui pas lequel l'être s'ouvre au monde. Il s'agit de structures différentes.

Tel est le sens concret que nous entendons donner et conserver à une distinction, qui nous paraît nécessaire, entre la Pathologie « organique » et la Pathologie « mentale », sans tomber dans les absurdités du dilemme « cartésien ». Mais si nous entendons sortir des difficultés du « dualisme », ce n'est pas, répétons-le, pour tomber de Charybde en Scylla, dans la confusion du « monisme ». Il suffit de lire par exemple les réflexions si consciencieuses et si sérieuses de JOSEPH PERLSON (*Journal of Nervous and Mental Disease*, 1944, 100, pp. 606 à 612) et ses efforts pour échapper au « dilemme des concepts étiologiques de maladie mentale et organique », pour se convaincre que le « principe de totalité et d'unité » constitue chez la plupart des « psychosomatistes » une solution très à la mode, certes, mais purement verbale. Sans cesse reparait sous leur plume la « dualité » ou si l'on veut la « variété », qu'ils voudraient bannir de l'unité » de l'organisme. C'est que, qu'on le veuille ou non, l'organisme n'est pas un « tout » homogène, il est *organisé* et c'est comme une organisation de structures « comme un certain ordre composé » qu'il s'offre à nous. C'est pourquoi, malgré les efforts de ceux qui ne cessent de nous parler d'unité et de réversibilité, ou encore de leur « indifférence à l'égard de toute différenciation » on ne saurait, en définitive, situer sur le même plan la pathologie organique et la pathologie mentale : elles ont pour objet des somatoses de structures différentes.

Pour une compréhension plus complète de toute cette discussion il faudrait se reporter aux travaux de DUNBAR, de WEISS et d'ENGLISH, connus de tous, au livre de ZILBOORG et HENRY (*A History of Medical Psychology*, New-York 1941), à celui de STANLEY COBB (*La frontière de la Psychiatrie*, Harvard Press, Cambridge, Massachusetts, 1943), etc. Chez nous, *L'Évolution Psychiatrique* (1948) a discuté à plusieurs reprises de ce problème (NACHT, PARCHEMINEY) et nous avons eu l'occasion d'y préciser notre position (notamment dans l'analyse de la « *Patologia Psicomatica* » publiée par la *Société de Psychanalyse de Buenos-Aires* sous la direction de ARNALDO RASCOVSKY, dans notre récent travail « *Objet et limites de la Psychiatrie* », *Semaine des Hôpitaux*, juin 1951 [NdÉ: 1710: 27-39. Voir aussi *Info.Psy.* 1972, 48 1: 37-45] et dans le chapitre « *Psychiatrie et Médecine psycho-somatique* » de la « *Somme de Médecine contemporaine* » dirigée par LERICHE). [NdÉ: Leriche, Mondor, Debré et coll.: in tome 2: *La pathologie*, 1952, 465p.]

... C'est que, qu'on le veuille ou non, l'organisme n'est pas un « tout » homogène, il est organisé et c'est comme une organisation de structures « comme un certain ordre composé » qu'il s'offre à nous...

constitue une maladie organique différente d'une manie pour autant que. celle-ci admette des « facteurs organiques » – et elle en admet. Et cette différence ne dépend pas seulement du « lieu affecté »¹ de l'organe atteint, elle dépend d'une structure différente des troubles : ici perturbation des fonctions végétatives (ou même sensori-motrices) intégrées dans le substratum vital de l'organisme, là altération de l'activité psychique en tant que forme d'intégration. D'où il résulte clairement que la neurologie dans ce nouvel aspect de la question se rapproche davantage de la « pathologie organique de l'infrastructure » que de la « pathologie organique de la superstructure psychique ». Ainsi nous ne confondons pas la Psychiatrie et la Médecine somatique générale, fût-elle « psychosomatique ».

... D'où il résulte clairement que la neurologie dans ce nouvel aspect de la question se rapproche davantage de la « pathologie organique de l'infrastructure » que de la « pathologie organique de la superstructure psychique....

VII.– *Psychiatrie, Psychologie, et Sociologie.*

Nous l'avons assez répété pour qu'il nous soit permis de ne pas y insister davantage : la maladie mentale ne se définit pas par sa causalité psychique. Les causes psychiques (la psychogénèse) des névroses comme des psychoses ne constituent qu'une causalité de second degré¹. Lorsqu'une variation, un écart de comportement, si intense qu'il soit ou étrange qu'il paraisse, est réductible à une causalité « purement » psychique ou « pratiquement » telle, ils font partie des variations, oscillations et adaptations ou « réactions » qui se déroulent sur le plan de l'interpsychologie humaine et qui, à ce titre, constituent la base de notre « vie de relation ». C'est dire que lorsque nous pouvons « réduire » un comportement « paradoxal », « criminel », « inusité » ou « original » à un « déterminisme psychologique », ou, plus exactement, à une réaction justiciable d'une « analyse compréhensive » exhaustive, nous lui refusons ipso facto toute nature pathologique. La « maladie mentale » n'est donc pas constituée seulement par sa structure psychique et la Psychiatrie n'est pas une science essentiellement psychologique. Même quand on fait appel, comme nous le faisons à chaque instant, à l'action de l'Inconscient, nous sommes contraints de recourir à l'idée d'une « fixation » ou « régression », c'est-à-dire à *autre chose* qu'à un facteur « purement psychique ».

Ces facteurs « purement psychiques », on se les représente en clinique et en théorie sous une double forme - les événements et l'environnement social. Nous savons combien la Gestaltpsychologie, le behaviourisme, la réflexologie, l'étude des « névroses expérimentales », une certaine conception archaïque de la psychanalyse

1. Nous examinerons ce problème dans nos Études N°6 et N°7 notamment et il a fait l'objet de notre réunion de 1945 à Bonneval (*La psychogénèse des troubles psychiques*, 1950), [NdÉ: H.Ey a du ajourner ce colloque prévu en 1944 puis 1945, daté de 1946 dans ses C.R. (voir p.85). J. LACAN date, par contre, son exposé de sept. 47. Publié en 50 chez DDB, rééd. Tchou, 2004]. L'article de J. REID, *The concept of Psychogenesis*, *Amer. J. of Psych.*, avril 1948, montre que plus qu'on le dit ou qu'elle le croit, l'École Américaine est préoccupée de ce problème central.

2. Cf. p. 133 à 135.

(rôle pathogène du trauma psychique, de la « Urszène »), et la considération des chocs émotionnels engendrés par les situations, sont à la base de la Psychiatrie américaine, tout imprégnée de l'importance attribuée par Adolf MEYER à la « Sociogenèse ». Pour nous, nous ne saurions même sous le poids d'une si écrasante autorité nous plier à cette manière de *voir*, qui prend les effets des « maladies mentales » pour leurs causes... Pour si importants, et nous l'admettons comme une évidence que soient ces facteurs de milieu (la configuration sociale des troubles mentaux, leur inclusion dans une structure familiale ou un développement « historique » d'événements) notre observation clinique, et l'hypothèse théorique qui en découle, nous interdisent de voir dans les difficultés, les « maladjustments » à la vie sociale, des causes de troubles qui nous paraissent leur préexister, leur survivre, ou mieux encore les conditionner. Ce renversement de perspective qui exige le courage d'aller contre une certaine « mode » actuelle, nous paraît nécessaire, si la Psychiatrie veut rester appliquée à son objet, pour si étendu qu'on le conçoive dans la pratique et pour si humain qu'il soit dans son essence. Il y a dans le trouble mental pour nous, quelque chose de plus profond que ces variations de comportement que nouent ou dénouent les « fonctions de la vie de relation » à la surface de notre être. C'est le propre du trouble mental en effet que de désadapter l'individu dans le groupe. *Mais sa désadaptation dépend du trouble, elle ne le détermine pas.* Nous ne confondons pas la Psychiatrie avec la Psychologie ou la Psychosociologie même « psychanalytiques ».

VIII. – *Conclusions.*

La Psychiatrie est une science médicale qui a son objet propre : la « Maladie mentale », c'est-à-dire la somatose à symptomatologie mentale. Elle s'intègre nécessairement dans la pathologie générale pour expliquer la genèse des régressions de la vie psychique, ces niveaux de dissolution que représentent les psychoses et les névroses. Mais celles-ci ne pouvant se réduire dans leur structure réelle à leur processus générateur (la P. G. est causée par la méningo-encéphalite mais le tableau clinique ne peut être entièrement expliqué par elle) et admettant un mécanisme psychologique dans la formation de leurs symptômes font l'objet d'une *Science* médicale spéciale. La psychiatrie a une relative autonomie, comme son objet; le fait psychiatrique a une *originalité propre*.

Elle se distingue de la Neurologie non pas en ce que celle-ci est le domaine de la pathologie cérébrale (puisque'elle l'est également) mais en ce que leurs objets sont différents : La Neurologie étant la science médicale des désintégrations partielles des fonctions neuro-psychiques élémentaires, provoquées par les *processus* cérébraux qui altèrent les voies et centres de ces fonctions – et la Psychiatrie étant la science médi-

... la Gestaltpsychologie, le behaviourisme, [...] une certaine conception archaïque de la psychanalyse [...], et la considération des chocs émotionnels engendrés par les situations, sont à la base de la Psychiatrie américaine...

...Il y a dans le trouble mental pour nous, quelque chose de plus profond que ces variations de comportement que nouent ou dénouent les « fonctions de la vie de relation » à la surface de notre être...

...La Psychiatrie est une science médicale qui a son objet propre : la « Maladie mentale », c'est-à-dire la somatose à symptomatologie mentale...

cale des dissolutions globales des fonctions neuro-psychiques d'intégration supérieures, provoquées par les processus cérébraux qui altèrent la régulation de l'énergie psychique.

Elle se distingue de la Psychologie et de la Psycho-sociologie en ce qu'elle a pour objet, non pas les variations de comportement « en relation » avec l'histoire personnelle, les événements et l'environnement, mais des modifications de l'être qui ne permettent plus ces variations plastiques et adaptées ¹.

La formation du psychiatre exige donc qu'il soit d'abord un médecin, ensuite un neurologue et un psychologue, car l'originalité du fait psychiatrique réside dans la collaboration intime de ces trois disciplines, chacune d'elles étant insuffisante à faire un bon psychiatre.

Telles sont les conclusions nettes et pratiques auxquelles nous aboutissons au terme de cette analyse qui n'a tenté à rien moins qu'à dénouer un nœud solide et presque inextricable. Nous n'avons pu y parvenir qu'en pénétrant jusqu'à la racine de l'erreur qui fausse avec le problème des rapports du physique et du moral toute conception naturelle de la Psychiatrie considérée comme science médicale relativement autonome, ayant un objet précis et original: la *maladie à symptomatologie mentale* telle que nous l'avons définie.

Rappelons-nous le mot de BOERHAVE « simplex in vitalitate, duplex in humanitate » pour bien comprendre que l'humanité, le psychique en tant que forme d'intégration et de « vigilance » se place au sommet, au faite, au couronnement des fonctions de l'organisme. De telle sorte que si la pathologie générale a pour objet, à l'hôpital, des malades qui souffrent dans leur animalité, leur *vitalité*, la psychiatrie a pour objet, dans les services spécialisés, des « psychopathes » ² qui sont des malades atteints dans leur *vitalité* de telle sorte qu'ils sont amoindris, « altérés » dans leur *humanité*.

1. Ce souci de définir l'objet et les limites de la Psychiatrie a inspiré mon travail paru sous ce titre dans la *Semaine des Hôpitaux*, juin 1951.

2. Soulignons qu'ici nous utilisons le terme de « psychopathe » dans son sens général et non dans le sens restreint de son emploi à l'étranger où il correspond à celui de « déséquilibré ».

...La formation du psychiatre exige donc qu'il soit d'abord un médecin, ensuite un neurologue et un psychologue, car l'originalité du fait psychiatrique réside dans la collaboration intime de ces trois disciplines, chacune d'elles étant insuffisante à faire un bon psychiatre...

Étude n° 5

UNE THÉORIE MÉCANICISTE : LA DOCTRINE DE G. de CLÉRAMBAULT

1. Folie et valeurs.
2. Rythme de la médecine.
3. Mécanicisme et psychiatrie.
4. La notion de « maladie mentale ».
5. *La doctrine de G. de Clérambault.*
6. Freud et la psychanalyse.
7. Conception Organo-dynamiste.
8. Rêve et psychopathologie.

f

Une conception mécaniciste de la Psychiatrie en général ou d'un problème psychiatrique particulier est toujours caractérisé par : le Platonisme psychologique ; 1° la théorie de la genèse mécanique des troubles ; 2° l'interprétation de la maladie comme un ensemble de troubles engendrés par un dysfonctionnement basal, élémentaire et partiel ; 3° la tendance à une nosographie d'entités morbides nettement tranchées. Nous allons voir que ces quatre thèmes sont étroitement dépendants les uns des autres et forment un bloc : *la doctrine mécaniciste.*

1° Toute conception psychiatrique mécaniciste repose sur une *théorie psychologique atomiste*. Elle suppose que l'esprit est fait de pièces et de morceaux, d'éléments, qu'il n'est même qu'une juxtaposition de ces éléments. De telle sorte que le premier travail exigé par la clinique « mécaniciste » est celui d'une analyse qui isole toujours plus minutieusement chaque partie du tout. Voici un malade : il est confus ; il conviendra d'abord d'« analyser » cette confusion, de lui décrire de multiples facettes et de faire l'inventaire des unités qui la composent : désorientation dans le temps et dans l'espace, inattention, perte de certains souvenirs ou de certaines fonctions de la mémoire, impulsivité, images hallucinatoires visuelles, auditives, tactiles, etc. En un mot il faudra se représenter la confusion comme la somme d'un nombre plus ou moins grand de troubles partiels comme si la mémoire, les associations, les perceptions, les images, les mouvements étaient des phénomènes psychiques non seulement séparables par l'analyse, mais séparés dans la nature des choses et que la maladie altère par une sorte de processus « pointilliste ». On comprend quels progrès une telle conception analytique a pu permettre à la description clinique des maladies mentales. A ce titre nous lui devons beaucoup. Mais ce travail de découpage et d'analyse ne va pas sans

...le premier travail exigé par la clinique « mécaniciste » est celui d'une analyse qui isole toujours plus minutieusement chaque partie du tout...

...On comprend quels progrès une telle conception analytique a pu permettre à la description clinique des maladies mentales...

quelque danger. On a tendance, en effet, à isoler des phénomènes toujours plus petits ; à chercher derrière la molécule, l'atome et, sous celui-ci, l'électron cliniques. On sait ce que ce travail a donné dans deux domaines bien connus : les formes cliniques de l'aphasie et celles de l'activité hallucinatoire. Si bien qu'on n'arrivait plus à se reconnaître dans les mille formes d'aphasie et d'hallucinations psycho-sensorielles, psychiques ou psycho-motrices verbales. Il y a donc dans toute conception mécaniciste une sorte de tendance à « pulvériser » la symptomatologie clinique en une myriade de petits syndromes et de petits symptômes toujours de plus en plus artificiellement isolés et subtilement distingués. Ce travail de désintégration analytique est même réputé mesurer le degré de finesse clinique du psychiatre et permet à chacun d'innombrables travaux sur de « petits points particuliers » auxquels seul l'autoriserait, affirme-t-il, le « vrai » esprit scientifique. Cette tendance atomiste se révèle encore par la répulsion corollaire que manifeste le psychiatre mécaniciste à l'égard des notions qui désignent la totalité, la cohésion du tout dont il s'ingénie à ne voir que les parties. C'est ainsi que des termes comme « délire » se sont vidés de leur sens primitif pour exprimer seulement une partie de leur contenu (idée délirante) et non plus l'état général d'erreur et d'illusion dans lequel se trouve plongée la conscience. C'est ainsi que certains troubles ou mieux certains « états » de troubles comme ceux qui altèrent la lucidité et le degré d'efficacité de la synthèse psychique (troubles de la conscience, de la personnalité, états de dépersonnalisation, états oniroïdes, états crépusculaires, etc.) sont systématiquement négligés parce que difficilement, sinon tout à fait, irréductibles, aux éléments qui les composent. C'est pourquoi enfin certains psychiatres témoignent tant de répugnance à étudier la « conscience morbide », les « structures » de pensée normale ou pathologique et manifestent tant de malaise à entendre parler de l'activité onirique ou de l'importance du délire ou du rêve qui se prêtent si mal à l'analyse de parties trop évidemment conditionnées par le tout. On pourrait dire plaisamment que le degré de tendances mécanicistes de chacun pourrait se mesurer à son attitude d'opposition à l'égard de la notion totaliste de « structure »...

...le degré de tendances mécanicistes de chacun pourrait se mesurer à son attitude d'opposition à l'égard de la notion totaliste de « structure »...

2° Le deuxième critère d'une conception mécaniciste en Psychiatrie c'est la *théorie de la genèse mécanique des troubles*. Il existe en pathologie des phénomènes qui paraissent être et sont susceptibles d'une interprétation simple et mécanique. Un coup de rasoir dans la carotide crée une hémorragie. Un « embolus » lancé dans la circulation y déclenche un infarctus pulmonaire. Malgré les réserves qui s'imposent, certes, quant à l'origine purement mécanique de tels troubles, il en existe cependant qui paraissent se prêter assez naturellement à cette manière de voir. En pathologie nerveuse la section d'un nerf produit des phénomènes « mécaniques » en ce sens que l'interruption du courant nerveux détermine par elle seule et directement certains troubles.

Nous touchons par ce dernier exemple à ce qu'il y a d'essentiel et d'insatisfaisant dans la notion de genèse mécanique des troubles. On peut dire que l'explication mécaniciste, faisant appel à la notion d'un choc capable à *lui seul et immédiatement* de déterminer un symptôme, se heurte en effet même dans le « simple » cas de la section d'un tronc nerveux à un autre concept qui le limite : l'équilibre fonctionnel que cette section perturbe et qui entre aussi, dans un certain sens et pour une part, dans la formation du symptôme (constitution par exemple du « membre fantôme »). Dans l'hémorragie traumatique les données physiologiques (élasticité des artères, pression artérielle, etc.) ne sont que de second plan par rapport au choc mécanique : aussi constitue-t-elle de toute la pathologie le phénomène peut-être « le plus mécanique ». Mais si nous prenons nos exemples dans la pathologie générale et spécialement nerveuse nous constatons que des chocs même les plus mécaniques (traumatismes) engendrent des troubles comme ceux de la mémoire, de l'équilibre émotionnel, dont il sera difficile d'affirmer qu'ils sont des troubles « mécaniques » relevant immédiatement, directement et exclusivement de la lésion sans tenir compte de *l'équilibre fonctionnel*, sur lesquels s'exerce l'action du choc qui les a produits et par conséquent de la « réaction » propre du système des fonctions qu'il représente.

Les mécanicistes, quand ils sont logiques avec eux-mêmes, traitent les symptômes comme s'ils étaient des objets du monde physique entièrement engendrés par la cause physique dont ils dépendent. Une théorie mécaniciste d'un phénomène pathologique ne consiste pas seulement, en effet, à se représenter ce phénomène comme le produit du choc d'une force hétérogène (la maladie, le traumatisme), car à ce titre toutes les théories organicistes seraient peu ou prou nécessairement mécanicistes comme l'a fait remarquer M. de MORSIER, croyons-nous, et comme nous l'ont objecté BONNAFÉ et FOLLIN récemment ¹. Mais elle consiste encore et surtout à se représenter les conséquences pathologiques du « choc » lésionnel comme directement, immédiatement et exclusivement liées à ce choc et à lui seul. Or, répétons-le, si cela paraît possible pour des phénomènes simples (comme par exemple dans le cas de l'hémorragie) ce genre d'explication ne vaut évidemment rien pour des troubles dans la genèse desquels interviennent toute la dynamique des fonctions préexistantes, des fonctions perturbées et le jeu d'inhibition des fonctions supérieures et d'émancipation des fonctions inférieures comme c'est le cas, au maximum, pour les troubles nerveux et psychiques. Le propre de la conception mécaniciste des troubles mentaux (en quoi elle s'oppose aux théories non mécanicistes) est donc d'aller jusqu'au bout de la théorie mécaniciste et de se représenter par conséquent les troubles mentaux sur le modèle du simple choc mécanique ². D'où l'usage que cette conception fait de la notion d'excitation, sorte de

... une théorie mécaniciste consiste encore et surtout à se représenter les conséquences pathologiques du « choc » lésionnel comme directement, immédiatement et exclusivement liées à ce choc et à lui seul...

1. Discussions sur la Psychogénèse à Bonneval en septembre 1946. [voir NdÉ p. 80]

2. On fait parfois remarquer (GUIRAUD) qu'en physique la dynamique n'est qu'un cas particulier.../...

...l'esprit mécaniciste se mesure à l'emploi qu'il fait de la notion d'excitation...

choc qui produit « proprio motu » de lui-même et par lui-même des mouvements, de la pensée, des hallucinations, du délire, des impulsions, etc. Nous pouvons dire à cet égard que l'esprit mécaniciste se mesure à l'emploi qu'il fait de la notion d'excitation, concept essentiellement mécaniciste.

Les corollaires « extrêmes » de cette théorie de la genèse mécanique des troubles sont facile à comprendre : 1° La pathologie mentale n'a que faire de l'étude des fonctions psychiques et des études psychologiques. Tout se résumant dans l'action de l'agent physique et notamment cette modalité du choc qu'est l'excitation, les troubles mentaux sont justiciables d'une pathologie complètement « apsychique » ou psychique seulement, comme le disait de CLÉRAMBAULT par pure contingence et comme par ricochet. 2° Les troubles mentaux sont des produits accidentels mécaniques qui, « n'ayant rien à voir » avec les fonctions psychiques de l'individu qui constituent les tendances de sa personnalité, doivent être envisagés comme des inclusions de « corps étrangers » dans le psychisme sain de l'individu. 3° Les troubles mentaux doivent être considérés comme une sorte de juxtaposition dans l'espace de phénomènes mécaniques constituant non des structures psychiques mais des figures géométriques, matérielles qui se posent sur le psychisme de par ailleurs (au sens spatial du terme) parfaitement sain, du « malade » qui n'est pas fou mais simplement porteur de lésions produites par des chocs et génératrices de phénomènes physiques.

Ainsi toute théorie mécaniciste court toujours sans pouvoir jamais l'atteindre après le trouble psychique. Celui-ci fuit plus exactement devant une hypothèse qui l'exclut totalement dès ses prémisses...

3° La troisième thèse impliquée dans la conception psychiatrique mécaniciste est que tout le tableau clinique repose comme une pyramide sur sa pointe, sur un ou quelques-uns de ses *éléments*. Cette thèse est tout à fait essentielle dans la perspective mécaniciste, car, après avoir divisé le tableau clinique en éléments et avoir tenté de réduire la genèse de l'ensemble à une production fortuite et mécanique d'un ou de quelques uns de ces éléments, on en vient à l'idée que ce ou ces éléments sont *basaux* et constituent une sorte de « clé de voûte » du tableau clinique. Aussi l'esprit mécaniciste n'a-t-il de trêve ni de repos qu'il n'ait *expliqué le supérieur par l'inférieur*, la structure psychopathologique par le développement d'un de ces éléments fondamentaux. C'est ainsi qu'on a essayé de réduire la démence à un trouble de l'attention, la catatonie à un trouble du tonus musculaire ou à « un trouble psycho-moteur », la psy-

.../... de la mécanique et que par conséquent être dynamiste c'est être nécessairement mécaniste. Mais ce qui distingue en pathologie le mécaniste et le dynamiste demeure essentiel, c'est que pour l'un l'aspect physique suffit à expliquer tout le trouble, tandis que pour l'autre doit intervenir la notion d'un équilibre de forces antagonistes. Ceci est en psychopathologie d'une extrême importance puisque de ces deux perspectives dépend la possibilité de faire intervenir les fonctions psychiques dans le déterminisme des troubles, dans la formation des symptômes.

chose hallucinatoire à l'écho de la pensée, l'onirisme à la production d'hallucinations visuelles juxtaposées, l'activité hallucinatoire à la production d'un élément sensoriel, la schizophasie à un trouble aphasique, le délire à l'éclosion d'hallucinations, l'hypochondrie à un trouble cénesthopathique, l'hystérie à un trouble associatif, etc. Comme on le voit l'explication des psychoses par des symptômes neurologiques « bien localisés » est le type d'une théorie mécaniciste. Et l'erreur consiste non point à dire qu'il y a des processus cérébraux qui conditionnent la psychose, ce que nous croyons plausible, mais que la psychose se développe à partir d'un trouble inférieur isolé, ce qui constitue l'illusion suprême de l'esprit mécaniciste. Or il existe plus souvent qu'on ne se l'imagine cet esprit chez les cliniciens. Rien peut-être ne démontre mieux à quel point les psychiatres en général sont « possédés » de cet esprit mécaniciste qui leur fait rechercher dans un état donné naturellement comme un tout, une partie privilégiée du tout pour en faire la génératrice de ce tout, que le fait qu'ils parlent constamment d'un délire à base d'hallucinations ou d'interprétations... Quand ils croient mettre en évidence un trouble cénesthésique ou un « phénomène d'influence » dans un délire de persécution, quand ils disent d'un mélancolique qu'il est anxieux parce qu'il entend une voix qui le damne ou parce que le centre de ses expressions émotionnelles est « excité », ils se plient plus ou moins consciemment aux exigences de cette thèse fondamentale du mécanicisme, ils oublient ou semblent ne pas voir que ces symptômes réputés générateurs ne sont eux-mêmes qu'un aspect, que la résultante du trouble global qui étreint l'esprit de leur malade. Ils réduisent l'état de folie de ce délirant ou de ce mélancolique à un « simple accident » de sa sensibilité ou de son humeur. Ils confondent de « simples accidents » de surface avec une modification de structure ou, pire, ils font de ces accidents de surface la cause modificatrice de la structure. Et c'est ainsi que se dessine et se développe cette étrange conception, du fou-machine qu'implique toute théorie mécaniciste. Tout se passe, selon elle, comme si se déroulait autour d'un rouage central un système mécanique mû par la lésion entraînant dans son déterminisme propre et dévastateur tout ou partie de sa personnalité ; pour elle le processus mécanique constructif des états psychopathiques engendre des phénomènes isolés qui, en se juxtaposant, composent leur ensemble. On ne peut davantage confondre la folie et ses attributs, la partie et le tout, l'effet et la cause.

...Ils (les mécanicistes) confondent de « simples accidents » de surface avec une modification de structure ou, pire, ils font de ces accidents de surface la cause modificatrice de la structure...

...On ne peut davantage confondre la folie et ses attributs, la partie et le tout, l'effet et la cause...

4° Enfin le quatrième aspect fondamental du « mécanisme psychiatrique » c'est la tendance à considérer les troubles mentaux comme une mosaïque caractéristique d'entités nosographiques. Naturellement il s'agit là d'un emprunt à la base commune de la pathologie mécaniciste, telle que nous l'avons vue se développer dans l'histoire de la médecine et interférer avec les doctrines dynamo-vitalistes. Nous avons déjà souligné la nécessité pour toute conception mécaniciste en pathologie de se représenter les

maladies comme des espèces absolument distinctes, comme des entités spécifiques. Nous avons également montré que la naissance de la Psychiatrie à une époque où régnait le mécanisme antihippocratique du XIX^e siècle, l'avait tout naturellement orientée vers l'isolement nosographique d'entités. C'est ainsi, et pour cette raison qui méritait d'être approfondie, que le travail des psychiatres s'est modelé sur celui des pathologistes qui ont considéré, tout au long du siècle dernier, les formes particulières des maladies comme des « êtres de raison », des « entités ». Seulement, si en pathologie interne les « maladies » se prêtent encore relativement bien à ce découpage et à l'isolement des formes, l'application du procédé à la Psychiatrie ne pouvait pas manquer de prendre un caractère presque dérisoire. Aux yeux mêmes des autres médecins (qui pourtant poursuivent le même travail d'isolement des entités) les psychiatres « découvrant » des maladies mentales comme « le délire de persécution », etc... ont été et sont plus ou moins finement raillés. Si ceux qui se livrent à ces critiques n'ont guère le droit de les formuler généralement, il n'en reste pas moins qu'elles sont fondées et qu'il faut en tenir compte. Nous sommes, peut-être, nous, autorisés à nous les permettre, dans la mesure même où nous avons fait le procès du mécanisme en général avant de faire celui du mécanisme psychiatrique en particulier. S'imaginer l'esprit découpé en petites facultés particulières, qu'un processus cérébral mécaniquement abolit ou excite de telle sorte qu'il se produit des symptômes partiels et fondamentaux, c'est se faire nécessairement une idée du processus pathologique telle qu'il apparaît comme créateur, formateur de symptômes particuliers et bien distincts, c'est-à-dire *pathognomoniques*. A l'inverse en effet d'une doctrine que nous préciserons plus loin et qui voit dans tout processus morbide une modification de l'organisme et de ses fonctions, appelant une réaction du tempérament et de la personnalité psychique, la conception mécaniciste, qui attribue tout au processus mécanique, tend nécessairement à lui conférer l'autonomie même d'une *nature spécifique*. La maladie est considérée dans un tel système, comme une sorte de corps étranger, d'être toujours semblable à lui-même et toujours capable de communiquer à l'organisme, de lui « coller », de faire passer en lui, sa nature spéciale et pathognomonique. Et c'est ainsi que le psychiatre classique et mécaniciste (toujours obsédé par la magnifique mais assez mal comprise découverte de la paralysie générale) s'oriente sans cesse et nécessairement vers la prospection de formes et d'entités toujours plus distinctes.

*

* *

Cette conception mécaniciste de la psychiatrie, fille de celle de WERNICKE, a été poussée à son extrême limite par un Psychiatre génial GAÉTAN GATIAN de CLÉRAMBAULT.

...La maladie est considérée dans un tel système, comme une sorte de corps étranger; d'être toujours semblable à lui-même et toujours capable de communiquer à l'organisme, de lui « coller », de faire passer en lui, sa nature spéciale et pathognomonique...

De 1920 à 1933 l'Infirmier spécial de la préfecture de police de Paris a été animée par celui qui apparaîtra probablement comme une des plus grandes figures psychiatriques du début du XX^e siècle en France. C'était un assez étrange et très émouvant spectacle que celui de ses conférences du vendredi où son magnifique esprit clinique se déployait dans le cadre le plus exigü, le plus sombre et le plus désuet. Là, à la même place où avaient enseigné LEGRAND du SAULE, GARNIER, DUPRÉ, les dépassant tous, le maître de l'Infirmier du Dépôt faisait briller un enseignement oral où, assidus se pressaient tous ceux de notre génération. Son verbe prestigieux, la concision substantive de sa pensée, la perfection de ses formules, l'art de « manœuvrer » les malades et celui de draper leurs gestes, leurs propos, dans les lignes exactes et rigides de ses fameux certificats, semblables à des statues, éblouissaient l'esprit de ses jeunes auditeurs. Il ensorcelait par un véritable génie clinique, par ses dons exceptionnels d'observation et de perspicacité. On voudra bien nous pardonner dans ce sévère exposé des doctrines, de manquer à la réserve dont il ne sied pas de se départir. Mais nous tenions à rendre cet hommage à la mémoire d'un homme si digne d'estime et d'admiration, isolé par son propre génie. Nous y tenions d'autant plus que sa doctrine a fait l'objet de nos critiques incessantes. Ce grand clinicien, paru à une époque où l'inspiration mécaniciste des doctrines régnantes constituait la tradition classique, n'a su trouver la voie de sa « révolution » que dans l'excès même de son classicisme. Engagé dans cette voie, son esprit n'a pu que porter jusqu'à ses plus extrêmes conséquences les doctrines mécanicistes et atomistiques que son remarquable esprit clinique aurait dû lui faire rejeter. Il a contribué ainsi par ses théories, et comme malgré son propre génie, à dessécher encore la Psychiatrie qu'il savait rendre pourtant si vivante. On comprend que pour qui l'a entendu, l'a suivi, a pénétré, avec lui, dans la pensée même de ses malades, il paraisse un plus grand clinicien qu'un bon doctrinaire. On comprend aussi que E. MINKOWSKI ait aperçu dans l'œuvre de G. de CLÉRAMBAULT, de ce doctrinaire mécaniciste, d'authentiques tendances phénoménologiques et structuralistes. Mais l'homme, son talent, sa valeur clinique, les excellentes analyses structurales qu'en dépit et comme par trahison de son système nous lui devons ne sauraient nous empêcher d'exposer et de critiquer ce monument de mécanicisme que constitue, n'en déplaise à M. GUIRAUD, son œuvre théorique, le « Dogme » comme on l'appelait en terme d'École du « Dépôt ». C'est lui, et lui seul, que nous devons considérer ici.

Sa doctrine se trouve publiée dans une série de communication de 1920 à 1934¹. G. de CLÉRAMBAULT avait annoncé à plusieurs reprises la publication d'un

...ses fameux certificats, semblables à des statues, éblouissaient l'esprit de ses jeunes auditeurs. Il ensorcelait par un véritable génie clinique, par ses dons exceptionnels d'observation et de perspicacité...

...On comprend aussi que E. MINKOWSKI ait aperçu dans l'œuvre de G. de CLÉRAMBAULT, de ce doctrinaire mécaniciste, d'authentiques tendances phénoménologiques et structuralistes...

1. Société clinique de Médecine mentale (avril 1920, décembre 1923, janvier 1934), dans les *Annales médico-psychologiques* (1921 p. 359, 360 et 460 – 1924, p. 85, 86 et 87 et 172-173); dans deux articles fondamentaux parus dans la *Pratique médicale française* (mai 1925 et juin 1926) et dans la communication au Congrès de Blois de 1927 (p.176 à 189). [NdÉ: Textes réunis par G. FRETET in G. de CLÉRAMBAULT : *Œuvres psychiatriques*. Paris: puf, 1942, 2 tomes 455p. et 822p., Rééd.par les éd. Frénésie, coll. Les introuvables de la psychiatrie,1998]

volume *L'Automatisme mental* et de deux volumes *Études cliniques sur l'Automatisme mental*. Il est mort sans avoir pu les publier. L'énoncé de sa théorie était donc éparpillé en une vingtaine d'articles ou de communications importantes. Depuis 1942 par les soins de ses élèves son *Œuvre psychiatrique* a été réuni et publié. Ceux qui ne le connaissaient pas encore dans son ensemble ont pu en admirer le style si personnel où foisonnent les expressions pittoresques, les mots qui font image, les prestigieuses formules, les métaphores ingénieuses. Mais on ne trouve nulle part un exposé complet et clair de sa conception. Même ses deux articles de la *Pratique médicale française* condensent davantage sa pensée qu'ils ne l'explicitent. Tous ses écrits sont comme son discours très brillants, très condensés, chargés de concret mais parfois obscurcis par les trouvailles mêmes d'un style auquel la pensée pour atteindre sa forme lapidaire a sacrifié son travail dialectique. Nous ne pensons, de cette doctrine, trahir ni la lettre ni l'esprit, en la présentant sous ses quatre aspects fondamentaux. Nous avons, en effet, relevé quatre thèses essentielles et générales d'inspiration spécifiquement mécaniciste et ce sont elles que nous allons retrouver dans la doctrine de G. de CLÉRAMBAULT, comme les piliers du *Dogme* tels qu'il les a lui-même dressés, et non point comme des « façons de dépasser sa pensée » ainsi qu'affectent de le croire ses zéloteurs, comme honteux pour lui de son incroyable courage intellectuel ¹.

I.— *Les éléments primordiaux, nucléaires et basaux.*

G. de CLÉRAMBAULT s'est occupé spécialement des psychoses hallucinatoires chroniques et des délires. Nous verrons d'ailleurs que sa *Théorie de l'Automatisme mental* constitue une véritable doctrine de psychopathologie générale. C'est donc à propos de ces psychoses qu'il a mis en évidence un ensemble d'éléments sémiologiques fondamentaux. Ces éléments en se groupant constituent le *syndrome basal* ou *nucléaire* commun à une grande quantité d'états psychopathologiques. Il a appelé lui-même ce groupement « Syndrome S »² mais on ne continue pas moins de l'appeler généralement syndrome d'automatisme mental. Il comprend tout d'abord ce qu'il appelle des phénomènes positifs³ ou phénomènes d'intrusion. Parmi les plus caracté-

1. Le 23 février 1946 une émission « culturelle » de la T. S. F. a présenté « l'Œuvre » de G. de CLÉRAMBAULT sous sa forme la plus bénigne et descriptive, semblant presque l'excuser d'avoir accédé à sa doctrine. On n'a pas craint de terminer en promettant au lecteur de l'ouvrage « d'agréables distractions » ! ... Il est difficile de croire que quelqu'un de ses élèves ou de ses admirateurs ait pu trahir ainsi l'esprit du maître. N'y a-t-il pas plus de respect pour ce doctrinaire à le combattre qu'à l'édulcorer?

2. Congrès de Blois, 1927.

3. On remarquera que tout à l'inverse d'une conception jacksonnienne pour G. de CLÉRAMBAULT un trouble positif ne dépend pas d'un trouble négatif. Ceci est absolument capital et constitue le point de divergence des deux conceptions.

...sa *Théorie de l'Automatisme mental* constitue une véritable doctrine de psychopathologie générale.

C'est donc à propos de ces psychoses qu'il a mis en évidence un ensemble d'éléments sémiologiques fondamentaux...

...mais tout à l'inverse d'une conception jacksonnienne pour G. de CLÉRAMBAULT un trouble positif ne dépend pas d'un trouble négatif...

ristiques il énumère les hallucinations, les troubles de la sensibilité, les sensations parasites, les troubles cénesthésiques, les mots éjaculatoires fortuits, l'écho de la pensée, la production de souvenirs et d'images, les émotions sans objet, les jeux verbaux, le psittacisme, le mentisme, etc. Parmi les phénomènes qu'il nomme négatifs (des « ratés ») ou phénomènes d'inhibition, il range les arrêts de la pensée, le vide et le vol de la pensée, les perplexités, les doutes, l'aproxexie, les anidésismes divers, etc... Cliniquement ces phénomènes se présentent soit comme des phénomènes grossiers, soit comme des phénomènes subtils ¹. Leur production d'ailleurs dépend des lois de l'âge, de la massivité et de la latence, C'est-à-dire que plus un sujet est agé, plus est latent et moins intense le processus étiologique, plus sont nombreux les phénomènes subtils². Si nous envisageons ce qu'il a écrit sur les délires passionnels nous allons encore retrouver cette exigence essentielle de sa conception : la recherche des éléments basaux. Tout délire passionnel, qu'il s'agisse d'un cas d'érotonomie, d'un délire de revendication ou de jalousie est réductible à un *postulat*. A ce sujet G. de CLÉRAMBAULT a écrit des pages d'un magnifique style : « Supprimez, dit-il, dans le délire passionnel cette seule idée que j'ai appelée *postulat*; tout le délire tombe. Toutes les idées en chaîne se raccordaient à ce point. Ce délire est semblable à la larme batavique qui s'évanouit si vous cassez sa pointe... Le *postulat* a une valeur d'embryon logique ». On saisit la parenté théorique de ce « *postulat* » avec « l'idée autochtone » de WERNICKE : tous deux sont des « embryons logiques ». Certes on ne trouve, à ma connaissance, nullement écrit par G. de CLÉRAMBAULT que ce phénomène élémentaire, ce *postulat* a une origine mécanique comme l'idée autochtone de WERNICKE ou l'hallucination des psychoses hallucinatoires, mais, constamment, on trouve des analogies soulignées entre les hallucinations, l'obsession parasitaire ou l'idée de persécution qui tendent bien à réduire la diversité des symptômes à un même mécanisme de base. C'est bien dans ce sens, imaginons-nous, qu'il a pu écrire cette phrase fantastique ³ : « Le prurit lié aux dermatoses peut provoquer l'idée de persécution ». Il a écrit encore ⁴ : « La formation de l'idée de persécution est spontanée, automatique, en quelque sorte inévitable. Elle est le résultat mécanique d'une sélection péjorative avec amplification ». Sur ce point d'ailleurs il a soin d'accorder une grande importance aux tendances paranoïaques antérieures qui sont destinées à aller dans le délire jusqu'où les fameux phénomènes élémentaires ne peuvent manifestement aller. Il précise aussi les rapports entre la psychose paranoïaque d'interprétation et les phénomènes d'automatisme ⁵.

... « *Supprimez, dit de CLÉRAMBAULT, dans le délire passionnel cette seule idée que j'ai appelée *postulat*; tout le délire tombe. Toutes les idées en chaîne se raccordaient à ce point* »...

1. *Pratique médicale française*, 1925.

2. *Société Médecine mentale*, 1924.

3. *Pratique médicale française*, p.193.

4. *Pratique médicale française*, 1925, p. 201.

5. *Pratique médicale française*, 1925, p.201.

Il est bien curieux de remarquer que ce sont justement les psychoses « en réseau » ou les psychoses à troubles plus diffus qu'il réduit plus facilement à des troubles plus élémentaires tandis que, pour les psychoses « monomaniaques » anciennes, dites « passionnelles », ou qu'il appelle « en secteur », la réduction lui paraît plus difficile. Mais quoi qu'il en soit, on retrouve dans la pathologie du délire passionnel ce même souci de « réduire » la psychose à un élément fondamental, ou plus exactement à une multiplicité, à une véritable pullulation d'éléments fondamentaux. Il suffit de se rapporter à ces principaux travaux pour saisir sur le vif ce travail incessant d'analyse qui pulvérise le tableau clinique et « réduit » le délire à une poussière d'hallucinations, les psychoses vésaniques à une myriade d'atomes et d'électrons « basaux ». Pour lui, la psychose est une « mosaïque », une « chaîne », toujours une figure composée de points. Telle est l'exigence de sa doctrine. Il est juste de faire remarquer (comme nous l'avons souligné en parlant de ses dons d'observation clinique) qu'il trahit parfois son système comme lorsqu'il analyse la structure en réseau du délire d'interprétation ou qu'il fait une véritable analyse structurale des psychoses hallucinatoires. Mais ce ne sont là qu'occasionnelles contingences. En fait, sa psychopathologie est essentiellement atomiste. Il découpe sans cesse des « phénomènes » isolés dont la *juxtaposition* constitue la psychose. D'où le caractère extraordinairement artificiel de ses analyses cliniques doctrinales où il accumule, comme un « pointilliste », un grand nombre des « éléments » qui, pour lui, sont à la base des psychoses (hallucinations notamment). Sa distinction entre troubles positifs et négatifs est à cet égard tout à fait significative. Elle n'a pas du tout, comme nous l'avons noté plus haut, la valeur que nous lui assignons avec JACKSON. Les symptômes positifs ne représentent en aucune manière l'envers des troubles négatifs. Ils leur sont juxtaposés purement et simplement. D'ailleurs l'énumération (que nous avons plus haut simplifiée) comporte dans le texte¹ des confusions étonnantes. Ainsi les « non-sens, les fausses reconnaissances, la fuite des idées, le sentiment d'étrangeté » sont considérés comme des phénomènes positifs. Tous entrant d'ailleurs, on ne sait trop pourquoi, dans la classe des « anidésismes ». C'est là, naturellement, le risque d'une classification artificielle de phénomènes artificiellement isolés.

II.— *La genèse mécanique des psychoses.*

Par une première approximation, G. de CLÉRAMBAULT souligne le caractère de neutralité, d'anidésisme des éléments basaux et nucléaires, c'est-à-dire qu'il les montre dépouillés « de tout caractère psychique » comme si initialement (phase athématique des psychoses) il s'agissait de purs phénomènes physiques, véritables éléments saugrenus, hétérogènes et extrinsèques inclus dans la vie psychique (parasites, corps

1. *Pratique médicale française*, 1926, p. 237.

...Pour lui, la psychose est une « mosaïque », une « chaîne », toujours une figure composée de points. Telle est l'exigence de sa doctrine...

...et il trahit parfois son système comme lorsqu'il analyse la structure en réseau du délire d'interprétation ou qu'il fait une véritable analyse structurale des psychoses hallucinatoires...

étrangers). L'analyse prend acte des déclarations des malades : « Je ne sais ce qu'ils veulent dire... je n'y comprends rien... je n'y suis pour rien... Ça se passe en dehors de moi... C'est absurde... C'est drôle... Voilà ce que j'entends ou je sens, c'est tout ce que je puis vous dire. » Comme si de telles formules, banales chez nos délirants, ne pouvaient s'expliquer autrement par les processus de « neutralisation » et tout simplement par l'activité automatique et inconsciente inhérente à toute pensée normale ou pathologique. Mais pour G. de CLÉRAMBAULT, l'inconscience des significations et les déchets pourtant constants et « physiologiques » de l'exercice même de toute activité psychique constituait une manière de preuve de la genèse *apsychique* des troubles ! Il suit de là que le groupement de tous ces symptômes, le fameux syndrome d'automatisme, le syndrome S., le syndrome de passivité, le syndrome de contrainte, le syndrome d'interférence, le syndrome de parasitisme comme il l'a appelé tour à tour, il suit de là que ce syndrome basal et nucléaire ne soutient avec la personnalité que des rapports contingents et même nuls, fait contre lequel s'inscrit en faux l'observation clinique la plus simple et la moins exercée.

Le deuxième caractère que G. de CLÉRAMBAULT confère à ces éléments basaux c'est d'être des éléments générateurs, constructifs, des facteurs de *néoformation*. Chacun d'eux est animé d'une sorte de puissance créatrice qui lui est propre et qu'il tire directement du processus générateur par voie d'excitation et d'irritation. C'est là, nous l'avons souligné, la thèse la plus caractéristique des conceptions mécanicistes. Elle s'exprime chez G. de CLÉRAMBAULT en une formule essentielle : *les éléments du syndrome sont le produit direct d'excitations des cellules nerveuses*. Pour ce qui est de cette origine mécanique, irritative et de la nature primitivement *apsychique* du « syndrome d'automatisme » il n'est que de se rapporter à certains passages de ses articles. C'est ainsi qu'il a écrit au sujet de la nature irritative des troubles : « Quelques-uns des phénomènes négatifs, prodromes éloignés de démence, peuvent résulter d'atteintes directes et destructives. Négligeons-les. D'autres, plus subtils, peuvent résulter d'inhibitions autrement dit d'interférences. Ces interférences résulteront elles-mêmes d'irritation avec ou sans dérivation. Quant aux phénomènes positifs que nous groupons sous le nom de phénomènes d'intrusion, ils semblent relever d'un processus de dérivation, lui-même suite d'une irritation » ¹. On ne saurait mieux dire que tous les phénomènes (sauf ceux « qu'il néglige », notons-le) sont d'origine irritative, des produits de l'excitation des cellules nerveuses. Les processus nerveux qui engendrent ainsi du psychisme sont évoqués presque à chaque page de l'oeuvre de G. de CLÉRAMBAULT. Ils y sont décrits parfois comme des métaphores par lesquelles l'auteur passe sans cesse du plan physiologique au plan psychique comme s'ils se correspondaient point par point ou même comme s'ils se confondaient exactement. Pour lui par exemple, dire qu'on passe

...le groupement de tous ces symptômes, le fameux syndrome d'automatisme, [...] ne soutient avec la personnalité que des rapports contingents et même nuls...

1. *Pratique médicale française*, 1926, p. 239.

...C'est cette « analogie » qui préside à tous ses développements sur ce thème, de telle sorte qu'en définitive c'est un véritable « délire » histologique qu'il superpose purement et simplement au psychisme du délirant...

d'une idée à l'autre ou dire que l'influx nerveux dérive sont des expressions équivalentes. C'est cette « analogie » qui préside à tous ses développements sur ce thème, de telle sorte qu'en définitive c'est un véritable « délire » histologique qu'il superpose purement et simplement au psychisme du délirant :

« Donc l'irritation supposée irradie par cycles préformés : autrement dit des associations physiologiques servent du courant dans quelque mesure comme directions préférentielles. Une phrase complète, soit pourvue, soit dépourvue de sens, suscite une autre phrase complète et un dialogue à se constituer. Le courant tourne dans des anneaux intriqués, passant quelquefois par forçage de l'un à l'autre, tout circuit nouvellement gagné restant acquis ; de là un réseau toujours croissant ; lui-même dépend d'autres réseaux et ainsi de suite. L'extension graduelle des réseaux de dérivation a pour corollaire l'extension de l'idéation artificielle : *ce sont là deux faces d'un même processus*¹. L'extension graduelle des réseaux (c'est-à-dire des zones d'influence de chaque foyer d'irritation) rencontre en chemin des agrégats tous constitués (souvenirs et tendances) qu'elle englobe, exalte et s'annexe. Ces souvenirs et tendances bien loin d'être à la source de la psychose sont passifs : ils y figurent seulement au titre d'inclusion dans le processus neurologique. La dérivation a ses habitudes. Tout influx morbide se diffuse surtout en descendant ; la dérivation ascensionnelle est rare et n'est jamais que partielle... ! (P.M.F. 1926, p. 247) ». - Lisons encore : « Dans les raisonnements hallucinatoires ces mêmes processus et coups de temps se retrouvent, mais déclenchés et entretenus par une irritation organique ; ils deviennent de ce fait plus intenses, plus continus, plus extensifs. L'irritation non seulement élargit ses zones d'influence mais s'avance elle-même, portée par des lésions histologiques dans un trajet serpigneux projetant des prurits dispersés de plus en plus confluents... Le processus qui primitivement exalte des points isolés exalte actuellement des systèmes ; des lots d'idées sont constitués qui vont s'exploiter comme d'eux-mêmes. L'organisation automatique est un résultat naturel de la constitution cérébrale même... Les lésions en cause sont, au moins pour les zones qui les entourent, stimulantes et non destructives » (P. M. F. 1926, P. 251)

Nous pourrions multiplier ces citations que le lecteur pourra lui-même choisir avec facilité...

Pour G. de CLÉRAMBAULT tous ces troubles basaux identifiés à des troubles de l'influx nerveux, ces processus d'irritation et secondairement de dérivation², sont des troubles de la chronaxie :

...notons cette sorte de paralogisme qui consiste à « réaliser » une métaphore, à la prendre à la lettre... (note 1)

1. C'est nous qui soulignons pour bien noter cette sorte de paralogisme qui consiste à « réaliser » une métaphore, à la prendre à la lettre. Si quelqu'un pouvait penser que nous tenons à offrir ici une image caricaturale de la théorie de l'automatisme mental, nous le prions de se rapporter aux textes et de les lire complètement. Nous soupçonnons en effet beaucoup des plus fervents adeptes de la doctrine de n'avoir jamais lu comme nous avons nous-mêmes lu et relu les travaux de G. de CLÉRAMBAULT.

2. Malgré ce que nous lui avons vu affirmer plus haut, à savoir que c'était le processus d'irritation qui est majeur et primitif, il parle constamment de dérivation, sans doute pour préparer l'identification des troubles avec des troubles chronaxiques.

« Les changements de la formule chronaxique, les dystonies, les syntonies artificielles cadrent pour le mieux avec le débordement des influx, frayages, forçages : *ils nous fournissent des métaphores qui, se superposant si exactement aux faits psychiques, pourraient bien être l'exact énoncé des faits physiques* »¹ (P. M. F. 1926, p. 261).

Dans sa communication au Congrès de Blois² il souligne encore :

« Dans tous les cas envisagés le syndrome résulte d'une incitation mécanique, exactement comparable à une électrisation. Dans les cas chroniques cette incitation part d'une épine histologique. Suivant les zones ou points d'attaques surviennent des émotions, des sensations, des idées, des phénomènes intermédiaires entre sensation et idée, des troubles du caractère, des mouvements et inhibitions. L'électrisation d'un filet périphérique un résultat linéaire, l'électrisation des zones idéatives se distribue en réseaux, elle sera productive d'un complexe : entre l'un et l'autre résultat il n'y aura pas plus de différence qu'entre une étincelle isolée et un jeu de tubes de GEISSLER. »

Ces extraits caractéristiques et choisis parmi cent autres de l'œuvre écrite et orale de G. de CLÉRAMBAULT montrent avec assez de netteté que pour lui la lésion mould de la pensée et qu'il n'y a pour ainsi dire aucun intervalle entre les « inflexions serpigneuses du processus » électrique cérébral et les néoformations parasites qu'il engendre, lesquelles constituent les éléments du syndrome basal ou nucléaire.

Telle est la théorie de la genèse mécanique du syndrome d'automatisme mental. En dehors des critiques physiologiques qui peuvent lui être faites et qui se résumeraient en ceci que l'œuvre de G. de CLÉRAMBAULT ne comporte aucune vérification expérimentale de la théorie, il va de soi que sont valables au maximum les difficultés que nous avons déjà soulevées en exposant la critique générale des conceptions mécanistes dont cette théorie constitue une manière de « comble », un maximum. Elle se heurte notamment à ces trois critiques : 1° Ce n'est qu'une explication purement verbale, simple paraphrase neurologique d'une analyse atomistique ; 2° elle utilise le concept d'excitation nerveuse dans le sens d'un processus créateur, ce qui est une pure vue de l'esprit, car tout ce que nous pouvons voir et observer objectivement nous apprend qu'une lésion, qu'un trouble modifie, diminue, altère ou abolit les fonctions existantes et c'est tout ; 3° elle ne tient aucun compte de la structure dynamique des instances impliquées dans la vie psychique et notamment de l'inconscient. L'intervention de celui-ci est interprétée par lui comme une production mécanique d'idées, d'images, etc... hétérogènes.

On a pu être frappé de l'analogie déjà soulignée entre la conception de WERNICKE et celle de G. de CLÉRAMBAULT. Mais le maître de l'infirmier du Dépôt est allé plus loin encore que WERNICKE. Pour ce dernier, en effet, le trouble essentiel était la « séjonction », c'est-à-dire en définitive un trouble *négatif*, lié au processus dont

...il n'y a pour ainsi dire aucun intervalle entre les « inflexions serpigneuses du processus » électrique cérébral et les néoformations parasites qu'il engendre...

1. C'est nous qui soulignons pour bien montrer que G. de CLÉRAMBAULT paraît ici conscient du procédé qu'il emploie et que nous avons dénoncé dans une note précédente.

2. p. 182 des Comptes Rendus.

dépendait dans une certaine mesure l'ensemble des autres troubles. Or G. de CLÉRAMBAULT a répudié à plusieurs reprises une pareille façon de voir. Pour lui, l'ensemble des troubles élémentaires, produits directs d'un processus nerveux, qui constituent le fameux syndrome, s'il comporte des troubles négatifs ne dépend pas du tout de ceux-ci. Il est *en lui-même Positif*, surajouté, juxtaposé à la conscience calme, lucide et sans troubles du malade qui en est simplement « porteur sain ».

« Le syndrome S. est présent dans les formes ou dans les moments comportant lucidité, calme, parfois euphorie, plus rarement un peu de dépression, bref laissant les sujets susceptibles de perceptions fines et d'introspection ¹. Il disparaît dans les états aigus comportant agitation, anxiété ou dépression grave, dans les onirismes généraux, les confusions et les démences, c'est-à-dire les états où pour raisons variées le sentiment du moi inférieur est diminué. La démence ou la confusion ne coïncident jamais avec lui que transitoirement et dans une proportion inverse ² ; le syndrome et elles tendent réciproquement à s'exclure. Ainsi les sentiments généraux tels que dépersonnalisation ne sauraient expliquer le syndrome bien qu'en vertu d'une cause commune ils puissent parfois coïncider » (*Congrès de Blois*, p. 177).

On ne saurait mieux répondre par avance et par la négative à l'invite posthume de M. GUIRAUD d'entrer dans une perspective jacksonienne qui aurait pu être, selon lui, la sienne ³. Non, pour G. de CLÉRAMBAULT l'automatisme mental n'est pas un phénomène de libération, un trouble positif dépendant d'un trouble négatif, il est positif par lui-même, par sa mécanique. Ne pas comprendre cela c'est méconnaître, c'est trahir G. de CLÉRAMBAULT.

Par là en effet se complète le dogme de G. de CLÉRAMBAULT de la *néoproduktivité mécanique des troubles*. Nous allons voir jusqu'à quel point véritablement extraordinaire et systématique il l'a porté dans sa conception de l'autoconstruction du délire.

1. Ceci est peut-être le seul argument valable de toute l'argumentation théorique de la doctrine. La grande difficulté pour les théories structurales et dynamistes est de s'appliquer à ces cas de conscience claire, lucide et apparemment sans trouble. Il semble cependant, et nous le verrons à propos des obsessions, de la paranoïa et des paraphrénies, que l'analyse clinique permette le plus souvent de retrouver un ensemble de troubles sous-jacents et des troubles négatifs des hautes sphères de l'activité psychique. Il semble surtout que le facteur temps doive intervenir en ce sens que, dans ces cas, si « l'esprit » ne paraît plus troublé, il l'a été profondément mais antérieurement.

2. Ceci est une exigence de la doctrine plus qu'une constatation clinique valable. Car inversement à ce que nous soulignons dans la note précédente, la doctrine mécaniste se trouve mal à l'aise dès qu'il s'agit de s'appliquer à des états de troubles globaux et de forme très dégradée de la pensée. C'est la raison peut-être pour laquelle un clinicien comme G. de CLÉRAMBAULT s'est peu intéressé à l'onirisme et aux états de désagrégation schizophrénique qui comportent des troubles négatifs si évidents et si profonds qu'ils se prêtent mal à ses interprétations mécanistes.

3. Ce que nous nions catégoriquement (Cf. les premiers paragraphes de la page XIII de la préface de P. GUIRAUD à l'Œuvre de G. de CLÉRAMBAULT).

...[Reconnaissons que] la grande difficulté pour les théories structurales et dynamistes [comme la nôtre] est de s'appliquer à ces cas de conscience claire, lucide et apparemment sans trouble...(note 1)

III.— *L'auto-construction du délire.*

Un autre aspect fondamental de la doctrine « de l'Automatisme mental » correspond à la troisième thèse mécaniciste ; celle que nous avons formulée ainsi : « L'ensemble des troubles est engendré par un dysfonctionnement élémentaire et partiel ». Le noyau d'abord apsychique, athématique va se développer comme un embryon pour constituer par agrégation de nouveaux éléments une véritable « personnalité seconde » factice et artificielle, juxtaposée à la personnalité du sujet, car il y a une « continuité entre les phénomènes parcellaires du début et les constructions idéiques de la période d'état ». Rapportons-nous encore aux textes : « Aux phrases courtes succèdent les propos suivis, suivent les propos développés avec personnages définis, thèses inverses, attaque et défense, produits d'une constructivité subconsciente à la fois imaginative et ingénieuse où nous ne voyons qu'un résultat d'une excitation irradiée »¹.

— Certes, G. de CLÉRAMBAULT, là encore, a soin de nous avertir que « le terme de Personnalité seconde comme celui de Pensée néoplasique ne peut être qu'une métaphore », mais selon le même procédé déjà signalé et chez lui constant il paraît bien lui-même et parfois explicitement² se prendre à la lettre de cette métaphore, pièce maîtresse du Dogme. Voyons ce qu'il nous dit, en effet, de la constitution de cette personnalité seconde :

« La Personnalité seconde n'est pas une zone définie du cerveau réservée à une idéation spéciale. C'est un système d'associations constitué par des irradiations fixées, superposé ou intriqué aux systèmes antérieurs normaux. C'est un ensemble fonctionnel utilisant pour conducteurs les mêmes réseaux que les fonctions normales, mais avec des sélections et des suppressions. Probablement des commutations dues au genre même de l'influx font que le courant passe selon telle figure ou selon telle autre, peut-être aussi, comme en physique, plusieurs courants peuvent être transmis sur un seul fil. Quoi qu'il en soit, le courant factice tend à modifier la substance conductrice; le réseau devient de plus en plus propice aux courants factices partant de points nouveaux qui consistent en des épines neurologiques. Ainsi la Personnalité Seconde se résume en des habitudes de conduction. Tout un système d'associations se constitue par dérivation et s'accroît par dérivation. Il constitue un but d'idées et de tendances susceptibles d'alterner en bloc avec la Personnalité Prime, de la combattre et de la diriger. La Personnalité Seconde commence à l'écho de la pensée et aux non-sens ; elle s'achève par les hallucinations organisées... Ainsi la Personnalité Seconde est faite des résultats accumulés de dérivations incessantes et innombrables. Ces dérivations sont de cause mécanique et obéissent à des lois mécaniques. Leur face physiologique présente une descente dans l'axe nerveux ; leur face psychologique peut être définie: majoration péjorative. Par suite la Personnalité Seconde doit se révéler inférieure intellectuellement et moralement à la Personnalité Prime et le plus souvent y règne une dominante hostile. L'idée de persécution est ainsi d'origine mécanique. La préséance organisatrice, sensible dès le début, réside dans les forces intrinsèques, non dans un plan préétabli, exactement comme pour tant de complexes naturels tels que cristaux et polypiens » (P. M. F. 1926, p. 254 et 255).

...il (de CLÉRAMBAULT) paraît bien lui-même et parfois explicitement se prendre à la lettre de cette métaphore, pièce maîtresse du Dogme...

« Ainsi la Personnalité Seconde se résume en des habitudes de conduction. Tout un système d'associations se constitue par dérivation et s'accroît par dérivation... Ces dérivations sont de cause mécanique et obéissent à des lois mécaniques. » (de CLÉRAMBAULT)

1. *Pratique médicale française*, 1926, p. 248.

2. *Œuvre*, p. 571 et 573.

Ainsi nous voici éclairés: la Personnalité Seconde est une sorte d'inclusion néo-plasique, une manière de polichinelle et de « robot » physiologique sinon anatomique, moins même : un objet, un corps étranger. Ce que G. de CLÉRAMBAULT n'explique pas ou n'explique que par des lointaines et vagues « explications » pseudo-physiologiques c'est comment se constitue, se crée cet interlocuteur mécanique doté de tous les attributs, des pensées, des désirs, des tendances de la Personnalité Prime tout en lui restant radicalement hétérogène. C'est à ce point extrême d'obscurité et de verbalisme que le conduit toute sa doctrine. Refusant une participation efficiente et active aux couches profondes de la personnalité inconsciente du sujet (comme nous l'avons déjà souligné) dans l'édification du délire, il se trouve contraint d'admettre une sorte de génération spontanée et mécanique d'un personnage qui ressemble au sujet comme un frère mais ne saurait, à ses yeux avoir sans scandale, de parenté avec lui. Cette image que le délire construit, G. DE CLÉRAMBAULT la réalise dans sa doctrine, la matérialise pour la juxtaposer à la personnalité du malade et la justifie, pour ainsi dire, en lui conférant un caractère de « réalité ». Devant cette conséquence si étrange de la conception mécaniciste, devant cette sorte de « démonstration par l'absurde » l'esprit inflexible de G. DE CLÉRAMBAULT n'a pas reculé et il n'est qu'à lire les dernières paroles qu'il a prononcées peu de temps avant sa mort ¹ pour se convaincre de la place que tenait cette conception dans sa doctrine et dans ses définitives cogitations. En voici quelques passages caractéristiques :

... Cette image que le délire construit, G. de Clérambault la réalise dans sa doctrine, la matérialise...

« Les hallucinations pensent. » (de CLÉRAMBAULT)

« La pensée extrapersonnelle est inférieure à l'idéation personnelle. Elle est plus proche de la Démence : elle représente la forme mentale qui sera dans plusieurs années celle du malade... Les hallucinations pensent. Nous pouvons saisir en partant de l'écho la complication idéique qui progressivement extensive aboutira à l'exploitation très active d'un thématisme très étendu. Déjà dans l'écho pur et simple la transposition syntactique de « je » et « il » (il sort au lieu de je sors) est le travail personnel de l'hallucination... Chaque formule lancée reste acquise et le travail d'idéation se continuant les formules vont se complétant d'un jour à l'autre ; ainsi se forme tout un roman d'origine extrapersonnelle : c'est le délire auto-constructif. Ce délire auto-constructif est plus absurde que le délire personnel du sujet... Toutes les fois que la malade exprime une idée dont l'absurdité contraste avec son apparente intégrité mentale, nous pouvons être sûrs qu'elle lui a été fournie par les voix... En résumé il existe un délire autoconstructif, dont une activité idéo-hallucinatoire fait tout le travail. Ce travail organisateur peut être suivi depuis l'écho jusqu'à la période des stéréotypies. »

Telle est la forme extrême de la doctrine. Tel est son aboutissant naturel. Là où certains affectent de ne voir qu'une simple exagération verbale et pour ainsi dire une « clause de style », une sorte de « façon de parler », ou une pure métaphore, il faut au

1. *Société médico-psychologique*, novembre 1934, p. 435-437. [NdÉ: CLÉRAMBAULT G.de. Le délire auto constructif. *Annales médico-psychologiques*, octobre 1934, p. 435. *Œuvres psychiatriques*. Paris: puf, 1942, T.II, p. 610. Voir rééd. éd. Frénésie, 1998]

contraire voir la clé de voûte du système ¹. La doctrine mécaniciste implique la conclusion à laquelle G. DE CLÉRAMBAULT aboutit : il se crée une petite machine parlante et pensante dans le cerveau du délirant. Alors de deux choses l'une. Ou bien la personnalité secondaire autoconstruite, hallucinante et délirante (dans le sens fort et transitif de ces participes) pense, choisit, parle, fût-ce *automatiquement* et alors on ne voit pas comment elle ne se confond pas, à quelque niveau, avec la personnalité prime ; et alors on ne voit pas pourquoi il est nécessaire de lui attribuer une origine hétérogène extrinsèque et mécanique. Ou bien la personnalité seconde n'est qu'un agrégat, un polyptier de phénomènes *automatiques* sans continuité avec la personne prime et alors on ne comprend qu'elle pense, qu'elle parle, qu'elle choisisse, qu'elle hallucine, qu'elle délire. Il n'y a pas d'échappatoire théorique à ce dilemme qui condamne avec l'argument le plus simple et le plus profond la doctrine. C'est avec intention que nous avons employé en énonçant les deux termes du dilemme les mots *automatiquement* et *automatiques* pour bien illustrer quelle ambiguïté se cache sous cette notion ². On peut supprimer dans ce dilemme ces deux mots et tout est clair. On peut, comme nous l'avons fait, les y introduire et la pensée perd sa clarté. C'est grâce à cette ambiguïté, et à elle seule, que le sens profond de la théorie de l'automatisme mental de G. DE CLÉRAMBAULT échappe à tant de psychiatres qui en sont fêrus. Mais il importe de le faire remarquer, ce n'est que de la pénétration de la doctrine jusqu'à ce degré de profondeur que peut dépendre son acceptation ou son rejet raisonnés.

...La doctrine mécaniciste implique la conclusion à laquelle G. de CLÉRAMBAULT aboutit : il se crée une petite machine parlante et pensante dans le cerveau du délirant...

IV.— *La Nosographie et la conception de G. de CLÉRAMBAULT.*

L'inspiration si profondément mécaniciste de sa pensée ne pouvait pas ne pas influencer sur la conception nosographique de DE CLÉRAMBAULT. Nous avons vu plus haut que l'esprit mécaniciste et atomistique inclinait nécessairement à compartimenter la pathologie en entités irréductibles les unes aux autres. Malgré le caractère contingent de cet aspect des idées défendues par l'auteur dont nous nous occupons, il n'est pas sans intérêt de remarquer chez lui ces tendances. Elles s'affirment d'abord dans sa conception des symptômes spécifiques et des mécanismes électifs. Il est assez naturel,

1. Nous pourrions illustrer par une petite anecdote cet état d'esprit. En sortant de la séance de la *Société médicopsychologique* où G. de CLÉRAMBAULT venait de prononcer les paroles dont nous venons de rapporter l'essentiel, un de nos distingués collègues nous raillait un peu de l'émotion dans laquelle l'intervention de G. de CLÉRAMBAULT nous avait plongé. Il s'étonnait de notre émoi car, disait-il : « Ses mots avaient certainement dépassé sa pensée » et il s'agissait là, selon lui, seulement de métaphores. L'analyse de la doctrine de CLÉRAMBAULT montre bien, pour qui connaît son œuvre, qu'il s'agit au contraire de la clé de voûte du système, telle qu'il nous l'a léguée dans ce solennel testament.

2. Pour l'analyse complète de cette ambiguïté voir la première partie de notre livre *Hallucinations et Délires*, Alcan, Paris, 1934. [NdÉ: Rééd. L'Harmattan, Paris, 1999]

lorsqu'on se représente les symptômes si directement liés aux processus étiologiques qui les engendrent, de rechercher dans la symptomatologie, qui dépend de processus différents, des caractères spécifiques. C'est ainsi que les premières études de G. DE CLÉRAMBAULT l'ont conduit à rechercher les caractères spécifiques des hallucinations dues au chloral et à la cocaïne ¹.

En 1927 (pour citer, presque au hasard, un texte où se répète une fois, parmi tant d'autres, sa manière habituelle de penser, nous nous rapportons à sa communication « sur le rôle de l'affectivité dans les psychoses hallucinatoires chroniques ») il écrit : « Les agents toxiques, banals ou rares, produisent directement des troubles affectifs, moteurs, sensoriels, idéiques qui ne dépendent pas les uns des autres... chaque toxique provoque un état affectif spécial incoercible... ; ces états sont: anxiété, jalousie, érotisme, euphorie, hilarité. Un facteur important dans le jeu des idées est la forme spéciale que tend à lui imprimer chaque toxique : ingéniosité dialectique, ingéniosité constructive, alacrité. Les ivresses pathologiques font souvent un choix arbitraire dans les souvenirs. Les toxiques différents domineront des délires différents : la manie, les ivresses, l'épilepsie composent temporairement aux sujets atteints des aptitudes, des talents, des vices... etc. »

C'était donc pour lui une évidence clinique incontestable que cet aspect particulier et réputé spécifique de certains troubles engendrés par des agents pathogènes bien déterminés. Il partageait cette opinion d'ailleurs avec la plupart des psychiatres. Nous ne pensons pas, quant à nous, que cela soit vrai. Les idées de jalousie ne sont pas pathognomoniques de l'alcool, pas plus que les zoopsies, les idées de grandeur ne se rencontrent pas seulement dans la P. G. ni dans toutes les P. G. et les caractéristiques des hallucinations de chloral ou de la cocaïne sont celles de la mescaline, de l'encéphalite épidémique ou de l'alcool.

Quant à l'individualité des maladies mentales, malgré certaines tendances synthétiques incontestables et fort judicieuses (rapprochement des psychoses hallucinatoires et des états schizophréniques, de l'obsession et de l'hallucination), c'était un dogme pour lui que de distinguer radicalement des entités pures, irréductibles les unes aux autres. Les démences, les confusions, les psychoses hallucinatoires, les psychoses passionnelles et parmi elles l'érotomanie constituent des affections spéciales, pures et autonomes qui n'ont que des rapports de contingence entre elles. Certaines de ses discussions passionnées sur l'autonomie de l'érotomanie ² ou des délires de revendication par exemple témoignent de son « Nosographisme » de stricte observance ³. C'est ainsi qu'il est demeuré très attaché au concept des « associations » morbides toutes les fois que chez un même malade (ce qui arrive souvent !) il rencontrait des traits de psychoses réputées différentes. Cette tendan-

1. *Annales médico-psychologiques*, 1909.

2. L'emploi même - chez lui constant - de majuscules pour tous les noms correspondant pour lui à des entités est tout à fait caractéristique.

3. Cf. par exemple *Société Médecine Mentale*, 1923.

...chaque toxique provoque un état affectif spécial incoercible , écrit de CLÉRAMBAULT...

...Nous ne pensons pas, quant à nous, que cela soit vrai...

ce se retrouve notamment dans un grand nombre de ses certificats et quelques publications. Elle est, répétons-le, très caractéristique des conceptions mécanicistes dont la théorie de l'automatisme mental constitue la forme la plus « parfaite », la plus excessive, c'est-à-dire la plus critiquable.

*

* * *

Nous n'avons voulu envisager ici la doctrine de G. de CLÉRAMBAULT que sous l'aspect le plus général et pour en dégager les postulats, principes et théories essentielles. De telle sorte qu'il suffira, pensons-nous, de se rapporter à un texte quelconque de cet auteur systématique pour y voir l'application constante des quatre thèses principales du dogme qui constitue le paradigme le plus authentique d'une théorie mécaniciste des troubles mentaux. C'est d'ailleurs certainement pour cette raison que la plupart des psychiatres de notre époque et de notre pays, demeurés très attachés à l'esprit mécaniciste traditionnel, lui ont fait un grand succès, même quand ils n'en ont pas analysé ni explicitement reconnu, comme nous venons de le faire, le « mécanicisme intégral ».

...De CLÉRAMBAULT est demeuré très attaché au concept des « associations » morbides toutes les fois que chez un même malade (ce qui arrive souvent!) il rencontrait des traits de psychoses réputées différentes...

Il y a une autre raison de cette extraordinaire fortune : c'est un malentendu. Certainement la théorie de l'automatisme mental est une théorie organiciste. Elle a bénéficié de la séduction qu'exerce, à juste titre, sur tout psychiatre, digne de ce nom, toute solution des problèmes psychiatriques dans le sens d'une étiologie biologique qui insère profondément notre science dans le cadre de la pathologie générale. Pour beaucoup, en effet, qui ne paraissent pas avoir suffisamment réfléchi sur ce problème, toute théorie organiciste doit être mécaniciste. Or c'est ce malentendu qui a tant profité à la doctrine de G. de CLÉRAMBAULT. Parmi les conceptions organicistes de la psychiatrie il en existe de nombreuses qui sont mécanicistes et sont, à notre sens, fausses et périmées, parmi elles figure celle de G. de CLÉRAMBAULT. Mais il en est d'autres, plus rares ou plus récentes, qui auraient le droit comme les doctrines mécanicistes de profiter, elles aussi, du préjugé favorable dont, à juste raison, toutes les théories organicistes doivent bénéficier. En effet les théories mécanicistes ne sont que les espèces d'un genre : les théories organicistes. On peut fort bien ne pas adhérer à une théorie mécaniciste sans cesser pour cela d'être organiciste. C'est faute d'avoir vu clairement cette distinction que beaucoup d'auteurs n'ont pas ménagé leur fervent appui, sans peut-être le connaître exactement et sans en mesurer l'exakte portée, au dogme de l'« automatisme mental » de G. de CLÉRAMBAULT. On peut d'ailleurs, et nous le montrerons, interpréter dans un sens différent les faits invoqués par la théorie de l'« automatisme mental » et cela dans une perspective organiciste et dynamiste.

Certes G. de CLÉRAMBAULT connaissait trop profondément les psychoses pour qu'il soit hors de doute que l'on puisse trouver dans son œuvre, même sans trop les chercher, des descriptions ou des théories particulières conformes à la doctrine organo-dynamiste que nous présenterons plus loin, mais il est hors de doute aussi que ce ne peut être que dans la mesure où, sous la pression de ses rigoureuses observations cliniques, il a dévié de son propre dogme, qu'il n'était plus l'inflexible cartésien dogmatique, qu'il n'était plus lui-même.

Étude n° 6

UNE CONCEPTION PSYCHOGÉNÉTISTE:

FREUD ET L'ÉCOLE PSYCHANALYTIQUE

1. Folie et valeurs.
2. Rythme de la médecine.
3. Mécanisme et psychiatrie.
4. La notion de « maladie mentale ».
5. La doctrine de G. de Clérambault.
6. *Freud et la psychanalyse*.
7. Conception Organo-dynamiste.
8. Rêve et psychopathologie.

Les dernières années du XIX^{ème} siècle ont vu naître une doctrine psychologique et psychopathologique qui a eu une influence décisive sur la Psychiatrie de notre temps. Des études sur les névroses et notamment sur l'hystérie, SIGMUND FREUD a tiré une méthode, une doctrine et une thérapeutique qui ont vraiment et justement révolutionné le monde des psychiatres et des psychologues. La conception freudienne tient – pour ce qui est de l'essentiel – en quelques mots : la vie psychique est gouvernée par des forces instinctives inconscientes ; elle subit sous l'empire de ces forces des déviations qui constituent les psychonévroses. Le rôle ainsi attribué à l'Inconscient rapproche la psychologie freudienne de la psychologie et de la métaphysique de l'Inconscient, telles qu'on les trouve, par exemple, chez SCHOPENHAUER, chez NIETZSCHE ¹ et chez HARTMANN, d'une part, et de la psychopathologie, issue de l'étude de l'hystérie ou de l'hypnose par l'école française (BERNHEIM, JANET) d'autre part. Mais quelles que soient ses sources médicales ou philosophiques, la psychopathologie de FREUD constitue une telle innovation, qu'il n'est guère possible, dans le domaine des sciences psychologiques, de trouver une autre découverte qui n'ait, comme celle-ci, aucun précurseur véritable.

...quelles que soient ses sources médicales ou philosophiques, la psychopathologie de FREUD constitue une telle innovation...

Dès que parurent les premiers travaux de FREUD ², ils suscitèrent un grand mouvement d'enthousiasme dans les pays de langue allemande, où de nombreux et véritables apôtres de la psychanalyse se levèrent (MAEDER, JUNG, SILBERER, STECKEL). Certains psychiatres, JUNG et surtout BLEULER, tirèrent rapidement parti des données psychanalytiques pour pénétrer la psychopathologie de la démence précoce (Schizophrénie). Une

1. Cf. spécialement le livre de F. WITTELS, *Sigmund Freud*, Vienne, 1924. - LOPEZ IBOR (*Nietzsche y su psicología*, « Arbor », 1950) souligne la parenté du « Dionysios » nietzschéen et du « Ça » freudien.

2. Article dans la « Revue Neurologique » de 1895; *Studien über Hysterie*, en collaboration avec BREUER en 1895; *Traumdeutung*, 1900; *Psychopathologie des Alltagslebens*, 1901; etc.

énorme littérature ne tarda pas à être publiée sur les thèmes psychanalytiques. De grandes publications périodiques ont vu le jour (*Imago – Jahrbuch der Psycho-analyse – Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse – The International Journal of Psychoanalysis – The Psychoanalytic Quarterly – The Psychoanalytic Review – Revista de Psicoanalisis – Revue Française de Psychanalyse – Zentralblatt für Psychoanalyse – etc ...*). Mais surtout de grands centres d'études, des instituts, parfois de véritables « chapelles », se sont constitués un peu dans tous les pays. À *Vienne*, autour de FREUD naturellement, aidé par sa fille Anna FREUD, maintenant à Londres. À *Budapest*, autour de S. FERENCZI qui a particulièrement étudié les névroses, la technique thérapeutique et la sexualité infantile. À *Berlin*, où K. ABRAHAM a développé ses travaux sur l'application de la psychanalyse aux psychoses (démence précoce, mélancolie) et au caractère. À *Prague*, autour d'OTTO FENICHEL. En Suisse, soit à *Zurich* autour de JUNG, soit à *Genève-Lausanne*, avec BAUDOUIN, FLOURNOY, ODIER, de SAUSSURE. En *Angleterre*, avec E. JONES, gardien de l'orthodoxie freudienne tout au moins jusqu'au schisme de Mélanie KLEIN (1940) et à qui on doit des travaux importants sur la sexualité chez la femme, sur le Sur-Moi, sur la culpabilité et la peur. À *Londres*, ces dernières années, Mélanie KLEIN a particulièrement étudié la technique chez les enfants et sur le Sur-Moi pré-œdipien et a conçu pendant la guerre, en conflit avec les « vrais freudiens », les « complexes » sous une forme nouvelle et révolutionnaire. Mais c'est surtout aux *États-Unis*, où FREUD donna des conférences à l'université de Clark déjà en 1909, que le mouvement psychanalytique a pris, dès avant la guerre et durant ces dernières années, beaucoup d'ampleur, d'abord avec WILLIAM A. WHITE, JELLIFFE, BRILL et ultérieurement ¹ avec O. RANK, (*Études sur les mythes et légendes et sur le « Traumatisme de la naissance »*), F. ALEXANDER (*Le caractère névrotique, Les Névrozes organiques*) et T. REIK, (*Les dogmes religieux*), etc. Le mouvement très actif de la médecine psychosomatique (DUNBAR, WEISS) des centaines de psychanalyses didactiques chez de jeunes médecins témoignent de l'énorme actualité de ce puissant mouvement. En *Amérique du Sud* avec Arthur RAMOS, Pizzarro CRESPO, A. GARMA, RASCOVSKY, PICHON RIVIÈRE, etc... ont pu se constituer des groupes analytiques importants ².

Toutes ces branches, ces écoles de l'orthodoxie freudienne ont été, ou sont encore en lutte ouverte avec certaines tendances « dissidentes » et la Psychanalyse a déjà connu de

1. RANK, ALEXANDER, REIK, etc., ont publié leurs principaux ouvrages alors qu'ils étaient encore en Europe.

2. L'excellent livre de Honorio DELGADO, de Lima: « Sigmund FREUD » (1926), témoigne de l'intérêt que la Psychiatrie Sud-américaine n'a cessé de porter à la Psychanalyse. [NdÉ: Honorio DELGADO (1892-1949) a publié en 1919 le premier ouvrage en espagnol sur la psychanalyse et a dirigé en 1926 un numéro du *Mercurio peruano* consacré à FREUD (c'est de ce volume dont parle Ey). Nommé titulaire de la première chaire de psychiatrie du Pérou il devint un farouche ennemi des idées freudiennes pour des raisons mal connues, la correspondance entre ces deux auteurs n'ayant pas été publiée.]

...Une énorme littérature ne tarda pas à être publiée sur les thèmes psychanalytiques...

grands schismes (ADLER, STECKEL, RANK, REICH, SCHULZ-HENCKLE, etc.). Celui de STECKEL (de Vienne), qui envisagea la psychanalyse comme une simple psychothérapie et se désintéressa de tout ce qui n'est pas de caractère actuel dans les névroses, c'est-à-dire, par exemple, des conflits infantiles anciens. *L'hérésie* de JUNG (de Zürich) constitue un des mouvements dissidents les plus connus. Pour JUNG, en effet (et nous verrons plus loin l'intérêt de ces antithèses), la libido est une sorte d'élan vital qui soutient l'organisme et le maintient dans un état de perfection normale et les névroses sont le résultat d'une aspiration contraire. C'est dire combien JUNG rejoint la pensée d' HEINROTH. Une autre différence fondamentale sépare JUNG et FREUD. Alors que, pour ce dernier, l'inconscient contient des complexes individuels, ceux-là mêmes qui sont liés au développement psychologique ontogénique de l'individu, pour JUNG, l'inconscient est essentiellement collectif et ses manifestations ne sont pas autre chose que des symboles de la vie collective. JUNG se sépare de FREUD par son « moralisme » et ses tendances sociologiques. Plus récemment à la Société de Psychanalyse de Londres, Mélanie KLEIN s'est faite le champion d'une dissidence vraiment en opposition avec le freudisme par sa conception du Sur-Moi et des mécanismes précœdipiens (le sado-masochisme constituant le noyau structural de la personnalité). Nous donnerons un peu plus loin un bref compte rendu de cette mémorable discussion. Aux U. S. A. les idées de F. ALEXANDER, de REICH, Karen HORNEY, etc., ont profondément modifié la technique et la doctrine freudienne. .

Certains pays, cependant, comme l'Italie, la Belgique, la Suède où s'est poursuivie depuis cinquante ans un grand développement des études psychiatriques, sont demeurés à peu près complètement réfractaires à la psychanalyse. En Allemagne, la doctrine psychologique et psychiatrique « sensu stricto » a beaucoup influencé l'analyse psychopathologique, Mais depuis 1930, il n'y a presque plus de mouvement psychanalytique allemand. Il faut d'ailleurs souligner que la psychiatrie allemande, malgré une intégration massive de cette nouvelle psychologie de l'Inconscient, a toujours marqué une grande résistance à l'égard de la « psychogenèse » freudienne. BUMKE (qui a été un des plus grands opposants de la doctrine de FREUD) a, pour ainsi dire, banni de l'immense « Traité » qu'il a dirigé, les points de vue trop psychanalytiques (1928-1931). Le développement des études phénoménologiques et de la *Daseinsanalyse* de JASPERS à Ludwig BINSWANGER a limité dans la psychiatrie de langue allemande la marée freudienne.

En France, la doctrine de FREUD a été connue très tard. Avant la guerre de 1914-1918, seuls quelques articles, et le livre de RÉGIS et HESNARD ¹ avaient pu mettre les psychiatres français au courant de cette conception et « en garde » contre elle. Ce n'est qu'après la guerre, vers 1918 ou 1920, que l'on a vu se constituer chez nous une véri-

...toutes ces branches, ces écoles de l'orthodoxie freudienne ont été, ou sont encore en lutte ouverte avec certaines tendances « dissidentes » et la Psychanalyse a déjà connu de grands schismes...

1. RÉGIS et HESNARD: *La Psychanalyse des Névroses et des Psychoses*, Paris, Alcan, 1^e édit., 1914, 2^e édit., 1922. [NdÉ: Rééd.: L'Harmattan, 2002]

...Et cela sous le patronage de notre maître CLAUDE, qui voulut introduire – sans y adhérer d'ailleurs – l'esprit psychanalyste dans les études psychiatriques...

table école psychanalytique. Et cela sous le patronage de notre maître CLAUDE, qui voulut introduire – sans y adhérer d'ailleurs – l'esprit psychanalyste dans les études psychiatriques. Malgré beaucoup de sarcasmes, il eut le courage et le mérite d'introduire la psychanalyse dans l'enseignement officiel de la Faculté de Paris. La princesse Marie Bonaparte aida par la suite beaucoup à la diffusion des travaux de l'École parisienne. A peine connue, la conception du Maître de Vienne, et à peine publiés les premiers travaux de M^{me} SOKOLNIKA, de LAFORGUE, de HESNARD, d'ALLENDY, etc..., les réactions d'opposition furent et sont restées très violentes contre cette manière d'envisager la psychologie et surtout la psychiatrie (BLONDEL, GENIL-PERRIN, etc..). L'irritation n'est d'ailleurs pas encore calmée, et la profonde et dédaigneuse indifférence de la plupart des psychiatres français a longtemps maintenu le « clan » psychanalyste hors de toute efficacité doctrinale et psychopathologique ¹. Cependant la *Société de Psychanalyse de Paris* a groupé des esprits fort distingués, comme E. PICHON, CODET, M^{me} CODET, BOREL, ALLENDY, LOEVENSTEIN, LAFORGUE, LACAN, MALE, PARCHEMINEY, NACHT, etc... Son Institut et sa publication, la *Revue Française de Psychanalyse*, étaient, avant la guerre de 1939, en pleine activité. Les jeunes générations de psychiatres paraissent s'être intéressés davantage que leurs aînés au mouvement psychanalytique. Le cercle d'études « *L'Évolution psychiatrique* » groupe à Paris depuis vingt ans des psychiatres soit psychanalystes, soit sympathisants au mouvement freudien, tout en gardant à son égard une attitude de compréhension qui n'exclut pas la critique. Depuis la fin de la guerre 1939-45, l'activité de l'École psychanalyste française a repris et à certains égards dépassé son niveau antérieur si nous en croyons le nombre toujours croissant de jeunes psychiatres qui subissent des analyses didactiques. Nous pouvons exprimer assez justement, semble-t-il, l'état d'esprit des psychiatres français de notre génération, en disant qu'à l'égard de la psychanalyse nous sommes à la fois « sympathisants » et méfiants. Notre sympathie va aux nouveautés de l'exploration et de la compréhension des psychonévroses [...] Notre méfiance va aux interprétations trop exclusivement psychogénétiques d'une part, et aux spéculations métapsychologiques d'autre part. Nous étudierons ailleurs ² les problèmes généraux que soulève la psychologie freudienne, et nous les placerons dans la perspective rigoureusement critique, qui est celle dans laquelle s'est situé ROLAND DALBIEZ, à qui l'on doit l'ouvrage français le plus remarquable sur la méthodologie de la psychanalyse. Pour l'instant, dans

...à l'égard de la psychanalyse nous sommes à la fois « sympathisants » et méfiants. Notre sympathie va aux nouveautés de l'exploration et de la compréhension des psychonévroses [...] Notre méfiance va aux interprétations trop exclusivement psychogénétiques d'une part, et aux spéculations métapsychologiques d'autre part...

1. C'est ainsi que les communications et discussions de la *Société Médico-Psychologique* ne reflètent pour ainsi dire rien de la doctrine freudienne ou des discussions auxquelles elle peut donner lieu. Non, certes que notre académique Société, foncièrement libérale y mette obstacle, mais tout bonnement parce que la plupart de ses membres les plus actifs y demeurent sinon hostiles tout au moins indifférents.

2. Dans le sens déjà indiqué dans notre travail *Valeur scientifique et morale de la Psychanalyse*, « Encéphale », 1939.

cette étude, après avoir ainsi fixé l'étendue du mouvement psychanalytique, il nous suffira d'exposer les principales thèses de la doctrine du point de vue psychopathologique général, en nous en tenant à un résumé tout à fait succinct.

La conception psychanalyste est une conception antimécaniciste au premier chef. Son aspect antimécaniciste « extrémiste » réside dans sa théorie *psychogénétique* des troubles mentaux. Pour ça, elle s'oppose, au maximum, aux théories mécanicistes qui font dépendre si étroitement les symptômes des lésions. Pour les psychanalystes, les symptômes dépendent si peu des lésions, qu'il n'y en a pas du tout ou qu'elles sont tout à fait contingentes, et que, pour certaines mêmes, elles devraient plutôt être considérées comme un effet que comme une cause des névroses. C'est cette thèse que l'on a vu se généraliser depuis FREUD jusqu'aux conceptions de l'École Américaine en passant par Adolf MEYER. Elle constitue donc sous cette forme la position la plus diamétralement opposée aux conceptions mécanicistes. Et pourtant, si la théorie psychanalytique est profondément et au maximum antimécaniciste, la conception psychologique freudienne n'a cessé d'emprunter à la psychologie atomiste et mécaniciste un certain nombre de ses concepts. C'est ainsi que quelques-unes de ses explications se décalquent sur le modèle des réflexes conditionnels ¹. Effectivement la psychologie freudienne a une certaine tendance à s'opposer aux conceptions phénoménologiques et structuralistes, et à retrouver une certaine forme de l'atomisme psychologique (inclus d'ailleurs peut-être dans une méthode associationniste, dont le nom même – psychanalyse – est tout un programme). Par exemple, la conception presque spatiale de la théorie des instincts, des rapports du Conscient et de l'Inconscient, ou de la structure de la personnalité. Par exemple, encore, ces interminables analyses casuistiques de pulsions, sous-pulsions, contre-pulsions, etc... ou ces démontages de mécanismes complexuels qui aboutissent à quelque chose d'assez analogue à un morcellement d'éléments ou à une mosaïque de pièces et de morceaux.

Ainsi, si la psychanalyse, en tant que théorie de la genèse des troubles mentaux, est à l'opposé des conceptions mécanicistes, ce serait une erreur de croire qu'elle représente sous tous ses aspects l'exacte et constante antithèse du mécanicisme. Mais telle qu'elle est, la psychanalyse constitue un puissant mouvement révolutionnaire contre la psychiatrie mécaniciste classique. Disons, avant d'aborder cet exposé, que la doctrine a subi depuis vingt ans de profondes modifications encore inachevées. C'est généralement à la forme première (*psychogénèse de l'affect refoulé et inconscient*) que l'on se réfère, même encore maintenant dans les milieux psychiatriques. Mais c'est surtout la

...si la théorie psychanalytique est profondément et au maximum antimécaniciste, la conception psychologique freudienne n'a cessé d'emprunter à la psychologie atomiste et mécaniciste un certain nombre de ses concepts...

1. Cf. à ce sujet l'ouvrage de R. DALBIEZ qui fait, assez paradoxalement, grand état de cette analogie, soulignée d'ailleurs par un grand nombre d'auteurs – et les discussions de L'Évolution psychiatrique en 1941 (n° 1 - 1947). [NdÉ: La deuxième édition de l'ouvrage de R. DALBIEZ *La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne* a été publiée dans la Bibliothèque Neuro-psychiatrique de Langue Française. Paris : Desclée de Brouwer; 1950 où paraîtront les Etudes.]

théorie des instincts, de la régression, des réactions du Moi qui constituent les aspects les plus actuels du « Freudisme », comme nous allons le voir. On peut même se demander si avec les travaux d'ALEXANDER (1937) la psychanalyse ne tend pas à devenir une « psychosynthèse », ce qui a pu faire craindre à Charles BAUDOUIN ¹ que « ce retour lorsqu'il sera jugé du dehors par des personnes étrangères à l'analyse (et surtout si les analystes ne veulent pas convenir franchement de ce qui, dans leurs conclusions actuelles, marque en effet un retour) sera interprété superficiellement comme une simple abdication et une palinodie mal dissimulée... Or ce serait injuste... » Certes. Mais il ne nous est pas interdit en abordant l'exposé de la doctrine de FREUD et de son École et tout en proclamant notre admiration et, à certains égards, notre adhésion à la psychanalyse, de bien prendre conscience qu'elle a fortement évolué, ce qui est tout à son honneur sinon à son avantage doctrinal.

...il ne nous est pas interdit en abordant l'exposé de la doctrine de FREUD et de son École et tout en proclamant notre admiration et, à certains égards, notre adhésion à la psychanalyse, de bien prendre conscience qu'elle a fortement évolué...

§ I – LA PSYCHOLOGIE FREUDIENNE

Elle a été toute entière, et reste naturellement encore (malgré l'importance toujours grandissante accordée, ces dernières années, à la structure et aux forces du « Moi ») basée sur *l'Inconscient*. Il existe au centre de notre personnalité un foyer de forces psychiques inconscientes qui meuvent et manœuvrent l'action et la pensée humaines. Comment, autour de cette idée fondamentale, se groupent toutes les thèses de la théorie psychanalytique, c'est ce que nous allons essayer d'exposer le plus rapidement et le plus clairement possible. Certains ne manqueront pas de trouver cet exposé banal ou trop simpliste. Nous croyons pourtant nécessaire qu'il soit élémentaire, car il est parfois difficile aux psychanalystes de parler clairement et aux psychiatres non-psychanalystes d'être en ce domaine de bonne volonté ².

1. Ch. BAUDOUIN : *La Psychanalyse*, « Collection des actualités scientifiques et industrielles », Éd. Hermann, Paris, 1939, p. 49.

2. Nous avons essayé de tirer de nos nombreuses lectures d'ouvrages de psychanalyse, et de nos fréquentes discussions avec les psychanalystes, une sorte de « concentré », comme une image composite de la théorie freudienne. Nous ne citerons donc qu'accessoirement et en donnant peu de références, tel ou tel auteur. De tous les ouvrages écrits sur ce sujet, ceux de FREUD constituent, et de loin, la base la plus importante de la psychologie de l'Inconscient. C'est à eux qu'il faut se rapporter, et particulièrement à *L'Introduction à la Psychanalyse*. Il existe traduits en français, une grande quantité d'ouvrages de FREUD : *La Psychopathologie de la vie quotidienne* (Tr. JANKELEVITCH), *La science des rêves* (la fameuse *Traumdeutung*, traduite par I. Meyerson) ; *Essais de Psychanalyse* (Tr. JANKELEVITCH) ; *Cinq leçons sur la Psychanalyse* (Tr. LE LEY) ; *Trois essais sur la théorie de la Sexualité* (Tr. REVERCHON) ; *Le Rêve et son interprétation* (Tr. Hélène Legros) ; *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'Inconscient* (Tr. M. BONAPARTE et NATHAN) ; *L'Avenir d'une illusion* (Tr. M. BONAPARTE) ; *Totem et tabou* (Tr. JANKELEVITCH). C'est dans *Hemmung, Symptom und Angst* (1926), *Les Essais* (trad. fr. 1929), et les *Nouvelles Conférences* (Tr. fr. 1936) que l'on trouvera l'exposé de la dernière conception de FREUD sur les instincts.../...

I.— *Les manifestations normales de l'Inconscient.*

La présence et l'efficacité d'un système de forces psychiques inconscientes se révèle au cours de notre existence à longueur de journée (Psychanalyse de la vie quotidienne) et, peut-on dire aussi, à longueur de nuit (Psychanalyse du rêve).

Dans l'exercice normal et usuel de notre activité psychique nous pouvons constater tout d'abord que les *associations d'idées* s'opèrent¹ selon un certain ordre, qui ne peut s'expliquer qu'en les supposant reliées par un trait d'union inconscient. Ce trait d'union lie ensemble une *constellation* d'images, de mots, d'idées ou de souvenirs. Sous l'apparence du hasard et de la spontanéité, les associations qui meublent notre esprit obéissent à une signification, à une causalité, à un déterminisme sous-jacent. Cela est si vrai que l'étude même superficielle des associations d'idées nous permet de comprendre mieux parfois que lui-même les véritables intentions ou préoccupations d'un interlocuteur. Nous mêmes reconnaissons facilement que nous pensions « sans le savoir » à des choses dont nous ne prenons conscience qu'ensuite. Ce sont ces faits d'observation vulgaire qui constituent la première base empirique de la notion d'Inconscient d'après FREUD.

Si nous envisageons maintenant toute une série d'erreurs, de maladroitures ou d'impuissances de notre comportement, nous nous apercevons qu'il existe des *actes perturbés* par l'intervention d'une tendance plus ou moins consciente. Que nous disions, écrivions ou lisions tel mot pour tel autre, que nous fassions des lapsus² par intervention de mécanismes psychologiques automatiques ou d'habitudes motrices domi-

...les associations d'idées s'opèrent selon un certain ordre, qui ne peut s'expliquer qu'en les supposant reliées par un trait d'union inconscient...

.../...D'autres ouvrages en français sont extrêmement importants pour l'étude approfondie du freudisme, ce sont par exemple: le *Traité* de JONES (traduit de l'anglais par JANKELEVITCH) ; l'ouvrage de WITTELS (traduit de l'anglais par HERBERT) ; le livre de RÉGIS et HESNARD : *La Psychologie des névroses et des psychoses*; le livre de LAFORGUE et ALLENDY. *La Psychanalyse et les Névroses* ; l'ouvrage de Ch. BAUDOIN (Genève) : *La Psychanalyse* (1939) ; le Petit livre de S. NACHT : *Psychanalyse des Psychonévroses* (1935) ; l'importante thèse de Lettres de R. DALBIEZ: *La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne* (1936), etc... Les études critiques dirigées contre la psychanalyse sont nombreuses : deux ont eu un grand succès chez nous, ce sont le livre de Ch. BLONDEL : *La Psychanalyse*, et celui de GENIL-PERRIN: *Psychanalyse et criminologie*.

1. C'est à partir de la méthode d'exploration par associations d'idées que la pensée de FREUD s'est élancée vers la conquête de l'Inconscient. En tout cas, l'école de Zürich avec BLEULER et JUNG a beaucoup développé l'étude des associations d'idées en fonction d'un trait d'union caché et ses études ont eu beaucoup de faveur au début de l'ère psychanalytique. - Cf. spécialement le chapitre du *Traité* de JONES : *Valeur pratique de l'association verbale*.

2. Certains « lapsus linguae » ou « calami » ont été classés par MERINGER et MAYER, selon leur mécanisme, en lapsus d'interversion (Milo de Vénus, au lieu de Vénus de Milo), en lapsus d'anticipation (Molo, au lieu de Milo), en lapsus de rappel (Vénus de Milus), en lapsus de contamination (Veno de Milus). Ce sont des lapsus liés à des caractères formels. Les psychanalystes, et notamment FREUD (*Psychopatho. vie quotid.*, p. 60-70), contrairement à ce que paraissent penser certains de leurs critiques, ne font aucune difficulté pour en admettre l'existence.

nantes, ou selon les lois psychologiques de la « bonne forme », de la « Gestaltpsychologie », tout le monde l'admet. Mais il existe aussi des *lapses* dans lesquels les couches plus affectives de l'Inconscient interviennent. Les exemples fournis par les psychanalystes ne sont pas toujours probants, car ils présentent à foison des lapsus dont le mécanisme psychologique est superficiel et souvent conscient ou préconscient, mais il existe pourtant incontestablement des mots *mis* pour d'autres *qui expriment* des tendances absolument inconscientes du sujet. De telles tendances ont subi un refoulement (*Verdrangung*), elles n'émergent à la conscience que dans certaines conditions, et notamment au cours du traitement psychanalytique.

Mais les lapsus ne sont pas les seuls actes perturbés, il y a encore des *actes manqués* (*Vergreifen*), des actes faits les uns pour les autres, ou incomplets, qui correspondent à ces verbes qui, en allemand, sont souvent précédés du préfixe « ver » (*vergreifen*, *verlesen*, *verlegen*, etc ...). Il faut également rapprocher des actes perturbés les erreurs des perceptions et fausses reconnaissances.

A côté de ces actes perturbés, il existe des *actes inhibés*, parmi lesquels les plus caractéristiques sont les oublis. A l'oubli des mots ou des événements, il y a bien souvent des conditions purement négatives (inattention, déficit amnésique, etc ...), mais il y a aussi des causes positives : les tendances inhibitrices inconscientes qui font disparaître des souvenirs, les empêchent d'émerger ou écartent ceux qui sont désagréables (refoulement hédonique).

Il existe aussi des *actes symptomatiques* (*Symptomenhandlungen*), c'est-à-dire des actes qui paraissent accomplis « inintentionnellement », « automatiquement », « sans faire attention », mais qui sont l'effet et l'expression d'une causalité inconsciente. Il faut ranger, comme ayant la même signification qu'eux, à côté de ces actes symptomatiques, les *actions de jeu* chez l'enfant, et même chez l'adulte, surtout lorsqu'il s'agit de jeux « rituels » ou stéréotypés, de « manies » et d'« habitudes ».

De même le mécanisme de la spontanéité, du jaillissement du *mot d'esprit*, de la répartie, de la « saillie », du « jeu de mots », projette le thématisme significatif en constellations d'images, de mots et de souvenirs inconscients.

Enfin la *psychologie des erreurs de jugement et des croyances* montre à quels ressorts secrets de notre être psychique elles se trouvent profondément liées.

C'est à propos de telles *manifestations de l'inconscient* que FREUD a écrit ces phrases très simples, mais si lourdes de sens: « Lorsque je m'imposai la tâche de ramener au jour ce que les hommes cachent, non par crainte de l'hypnose, mais par ce qu'ils disent et laissent voir, je croyais cette tâche plus difficile qu'elle ne l'était en réalité. Celui qui a des yeux pour voir et des oreilles pour entendre, se convainc que les mortels ne peuvent cacher aucun secret. Celui dont les lèvres se taisent, bavarde avec le bout des doigts ; il se trahit par tous les pores. C'est pourquoi, la tâche de rendre

...il y a encore des actes manqués (*Vergreifen*), des actes faits les uns pour les autres, ou incomplets, qui correspondent à ces verbes qui, en allemand, sont souvent précédés du préfixe « ver » (*vergreifen*, *verlesen*, *verlegen*, etc ...)...

conscientes les parties les plus cachées de l'âme est parfaitement réalisable ¹ ». Ainsi la vie mentale quotidienne révèle que les actes et les pensées des hommes obéissent à des principes, de détermination secrets et inconscients ². Tout se passe dès lors, comme si des tendances inconnues, refoulées, parvenaient à se faire jour et à diriger nos actions et nos pensées malgré le refoulement qu'elles subissent. Tel est le premier et le fondamental schéma de la vie de l'esprit dans la psychologie freudienne : il *existe des manifestations concrètes d'une force qui, malgré son refoulement, parvient encore à se révéler*. Ces manifestations sont l'expression, l'effet de l'Inconscient. Elles subissent, pour aboutir à la surface de la conscience, une déformation, une véritable réfraction psychologique.

Mais si, chez le sujet lucide et vigilant, on note ces coulées, ces poussées du psychisme inconscient, chez le dormeur l'Inconscient bourgeoise plus richement et directement dans *le rêve*. Le rêve est une manifestation plus ou moins directe de l'Inconscient, il en constitue une sorte d'émanation transposée et transfigurée ; il est comme un bourgeon plein d'une sève inconsciente tout imprégnée d'instincts. C'est une production thématique de l'Inconscient. Les images, les événements, les péripéties, tout le contenu concret, représentatif et émotionnel du rêve constituent un *thème* et ont *un sens*. Ce sens, le rêve le reçoit du *contenu affectif* qu'il exprime. Car l'essence de la pensée du rêve, c'est d'être une poussée complexuelle affective qui exprime les désirs refoulés. Le rêve est toujours l'expression d'un désir, et particulièrement d'un désir infantile, a d'abord proclamé FREUD (il a ensuite admis d'autres mécanismes affectifs du rêve). C'est dans ce sens que STECKEL a écrit : « Im Traume ist der Affekt das einzige Wahre » (l'affectivité est la seule chose qui soit vraie dans le rêve). Le thème du rêve, c'est son *contenu manifeste*. Le sens du rêve, c'est son *contenu latent* ou *réel*. La production onirique est ainsi le type même de toute production de l'Inconscient à structure double : un *contenu manifeste* qui symbolise le *contenu réel*. Le rêve est relativement au complexe affectif, comme le signe à la chose signifiée. Il n'exprime pas, cependant, directement le désir du dormeur (ou tout autre complexe affectif) ; il ne constitue qu'une sorte d'allégorie supportable pour la conscience assoupie, au prix et à la condition d'un certain travestissement. Car, chez le dormeur, la « Censure » veille encore. Et cette « Censure » ne permet à certaines idées ou complexes inconscients de pénétrer dans la conscience qu'après qu'elle leur ait infligé une déformation, qu'elle les ait « travestis ».

...le rêve est comme un bourgeon plein d'une sève inconsciente tout imprégnée d'instincts...

... notre conviction ne provient pas de l'accumulation des exemples souvent naïfs [...], mais de l'expérience que nous avons pu acquérir personnellement de la psychanalyse...(note 2)

1. *Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora)*, « Revue française de Psychanalyse », tome II, n° 1, p. 70.
 2. Ces faits ne nous paraissent pas douteux, et notre conviction ne provient pas de l'accumulation des exemples souvent naïfs et même un peu niais que l'on trouve dans tous les traités de Psychanalyse (où un bon tiers de l'exposé doctrinal comprend un grand luxe de développement sur ces divers points), mais de l'expérience que nous avons pu acquérir personnellement de la psychanalyse, condition indispensable à une véritable certitude vécue.

Les procédés de travestissement qui assurent au rêve son caractère de bizarrerie et d'incohérence apparente, sont au nombre de cinq : la *condensation* ou le *déplacement*, la *dramatisation*, la *symbolisation* et l'*élaboration secondaire*. La condensation est ce travail syncrétique par lequel plusieurs idées du rêve sont concentrées en chaque élément (chaque élément du rêve est « surdéterminé »). C'est le mécanisme au moyen duquel la ressemblance, la concordance, les relations affectives entre deux personnes, par exemple, se trouvent exprimées par une image composite unique. – Le *déplacement* est un procédé de déformation qui place l'accent sur des éléments accessoires, il constitue une substitution de valeurs (deux modalités : la partie pour le tout et la métonymie ou allusion). – La *dramatisation* est une figuration de la pensée conceptuelle en représentations plastiques, en images concrètes, en enchaînements scéniques. – La *symbolisation*, c'est l'expression figurée, métaphorique du contenu réel, par la forme apparente, grâce à l'emploi de signes, de « symboles », d'images. (On conçoit que l'on ait pu se demander si la symbolisation et la dramatisation n'étaient pas identiques, fond du débat entre les freudiens purs et l'école de Zürich, représentée par JUNG, MAEDER et SILBERER). – Enfin l'*élaboration secondaire* est le processus par lequel le rêveur en s'éveillant et l'intégrant dans sa conscience, remanie le contenu de son rêve. Tels sont les mécanismes essentiels de la formation du rêve, tel qu'il est livré par le rêveur qui l'a vécu et en fait le récit. L'analyse d'un rêve consiste, au contraire, à démonter ces divers mécanismes pour pénétrer jusqu'à son sens, jusqu'à son secret, à aller du signe au signifié.

II.– *L'Inconscient.*

... *L'Inconscient (Unbewusste) est cette partie du non-conscient, qui n'est pas accessible à l'évocation volontaire par suite du refoulement (Verdrängung)...*

L'Inconscient (Unbewusste) est cette partie du non-conscient, qui n'est pas accessible à l'évocation volontaire par suite du refoulement (Verdrängung). Le caractère d'*inaccessibilité* à l'évocation *volontaire* est pour FREUD ce qui distingue l'Inconscient proprement dit du préconscient (Vorbewusste). L'Inconscient est le domaine psychique qui ne peut être évoqué à la conscience que par des procédés spéciaux, comme l'hypnose ou la psychanalyse.

L'autre trait fondamental de la psychologie freudienne de l'Inconscient, c'est que celui-ci est lui-même un *produit du refoulement*. Les processus inconscients sont maintenus à l'écart, « refoulés » par certaines forces répressives exerçant une action inhibitrice. Ces forces de répression ne sont pas des forces conscientes, ce sont des inhibitions, elles-mêmes inconscientes qui constituent la « Censure ». La force qui empêche une idée ou un sentiment de passer de l'état inconscient à l'état préconscient c'est la « Censure ». C'est elle qui produit les *refoulements* et cause les *résistances* qui s'opposent à la prise de conscience. Mais comme l'a écrit excellemment de SAUSSURE :

« Il ne faudrait pas entendre par ce terme une sorte d'entité psychique placée à la frontière de l'inconscient et du préconscient, et arrêtant au passage toute tendance contraire aux désirs conscients de l'individu. Le mot de censure indique l'ensemble des idées, souvenirs, sentiments, etc... qui produisent sur d'autres groupes d'idées une action inhibitrice. C'est un terme synthétique analogue, par exemple, au mot de nature, lorsque nous l'employons dans l'ensemble des forces qui agissent dans la nature ¹. »
 FREUD a soin de dénoncer lui-même toute interprétation anthropomorphiste de la « Censure ». « Ne vous représentez pas le censeur du rêve sous les traits d'un petit bonhomme sévère ou d'un esprit logé dans un compartiment du cerveau, d'où il exercerait ses fonctions ². »

Comme le souligne DALBIEZ ³, cette conception de l'Inconscient le fait dépendre moins de sa faiblesse intrinsèque que des forces qui s'opposent à sa propre force. Aussi l'Inconscient de FREUD se présente-t-il comme une partie du non-conscient mais une partie seulement, FREUD n'ayant jamais songé à dire que tout ce qui n'était pas conscient (les mécanismes habituels, les automatismes montés, l'activité associative fortuite) faisait partie de l'Inconscient proprement dit, c'est-à-dire résultait de la contre-action de la « Censure ».

Mais de quoi est fait cet « Inconscient »? Il a une constitution essentiellement *dynamique* ⁴ il est fait de forces, de tendances, de pulsions en conflit. Par là, l'Inconscient se présente comme cette partie de l'esprit qui est animée par les instincts (Le Ça. *Das Es*). Cependant l'Inconscient ne doit pas être confondu avec la sphère instinctive proprement dite, il représente aussi une dérivation, une intégration énergétique des forces instinctives dans un système antagoniste de répressions dirigées contre elles-mêmes, d'où la notion de conflits intrapsychiques inconscients et plus généralement de complexes affectifs inconscients lesquels sont des groupements de tendances inconscientes, où l'instinct élaboré s'oppose à ses propres pulsions. Ce caractère *conflictuel* et *complexuel* des instances inconscientes provient de l'époque de l'élaboration primaire des instincts durant l'enfance. Car un autre aspect fondamental de l'Inconscient, c'est d'être un mode de pensée de type *infantile*. Enfin un autre caractère primordial également de la structure de l'Inconscient, c'est sa nature sexuelle ou plutôt *libidinale*, mais comme tous les instincts ne sont pas libidinaux, ainsi que nous le verrons, ce caractère n'est pas aussi exclusif que les premières études de FREUD le laissaient supposer.

Nous pourrions donc, avec JONES, définir l'Inconscient, comme « cette région

...Aussi l'Inconscient de FREUD se présente-t-il comme une partie du non-conscient mais une partie seulement, FREUD n'ayant jamais songé à dire que tout ce qui n'était pas conscient (...) faisait partie de l'Inconscient proprement dit, c'est-à-dire résultait de la contre-action de la « Censure »...

1. De SAUSSURE, *La méthode psychanalytique*, p. 9-10, Paris, Payot, 1922.

2. FREUD, *Introduction à la psychanalyse*, p. 156.

3. DALBIEZ, Tome I, p. 636.

4. Cf. spécialement le troisième essai des *Trois essais sur la Psychanalyse* de FREUD.

de l'esprit dont les éléments se trouvent en état de refoulement. Ces éléments sont de nature dynamique, présentent un caractère instinctif, infantile, irraisonné et ont une forte teinte de sexualité ». A ces attributs « cliniques » de l'Inconscient, JONES ajoute encore un certain nombre de caractères psychologiques ¹. Les processus mentaux inconscients sont régis uniquement par le *principe de plaisir* et non comme les processus conscients, à la fois par le « principe de plaisir » et le « principe de réalité ». Ils sont sans rapport avec l'idée de temps. Ils sont très éloignés de la réalité extérieure. Ils ignorent la contradiction. Ils ignorent la négation : les idées inconscientes ne peuvent s'exprimer que dans des termes positifs (ceci équivaut au stade asséritif des croyances d'après JANET). Dans l'Inconscient des idées opposées peuvent être interchangeables et avoir une signification identique. Les processus inconscients subissent très facilement les processus « primaires » de condensation et de déplacement (ce qui s'observe au maximum dans ce bourgeon de l'Inconscient qu'est le rêve). Les idées dans l'Inconscient n'ont pas une forme verbale.

Nous verrons plus loin que FREUD a légèrement modifié son schéma ² de l'appareil psychique en attribuant un plus grand rôle encore aux forces refoulantes (appelées alors non plus « Censure » mais désormais « Ueberich » ou Sur Moi), qu'il place dans la sphère de l'Inconscient.

Telle est la conception aussi simple et fidèle que possible de l'Inconscient selon la psychologie freudienne. La nouveauté a étonné et a suscité naturellement de nombreuses critiques. Disons en un mot et fixons brièvement notre position à l'égard de ce problème crucial.

Pour certains, en effet, l'Inconscient « n'existe pas ». La notion de psychisme et celle de conscient coïncident si exactement qu'il n'y a pas de psychisme inconscient. Pour d'autres, l'Inconscient existe, mais est considéré comme une infrastructure psychique qui n'a pour ainsi dire, par définition, aucune efficacité. Ces deux critiques nous paraissent inexactes, car il paraît évident, pour parler très simplement, que si nous ignorons beaucoup de choses de nos propres pensées et de nos propres sentiments, nous agissons et pensons souvent « malgré nous ». Mais nous ferons volontiers à la conception freudienne de l'Inconscient une troisième critique qui lui est parfois adressée. L'Inconscient ne constitue pas une personnalité dans la personnalité. Cette conception nucléaire, fermée, autonome, rappelle un peu trop l'auto-construction de G. de CLÉRAMBAULT, d'inspiration si nettement mécaniciste. Certes, on comprend que les psychanalystes demeurent attachés à cette conception de FREUD, car elle constitue la garantie et l'exclusivité de la thérapeutique psychanalytique : l'Inconscient ne peut jamais

...Pour nous l'Inconscient ne constitue pas une personnalité dans la personnalité...

1. Cf. p. 18 de son livre.

2. Nous ne présentons pas au lecteur ces fameux schémas de FREUD ou de ses adeptes sur l'appareil psychique. Ils traînent partout et sont tellement naïfs, qu'ils en deviennent superflus.

devenir conscient sans psychanalyse. Mais une telle théorie rend cependant l'efficacité du traitement psychanalytique assez obscure. De plus, l'étanchéité des deux « parties » du psychisme conduit nécessairement à doter la partie inconsciente de tous les attributs de la partie consciente (raisonnement logique, volonté, puissance de mensonge, etc ...). L'Inconscient n'est plus seulement une infrastructure de la conscience, une phase vers la conscience, mais une autre « Conscience », il est considéré, somme toute, comme une Conscience et même une « Sur-conscience » ! En fait, s'il paraît absolument nécessaire pour la psychologie freudienne, de concevoir l'Inconscient comme l'effet d'un refoulement par des forces instinctives, il doit suffire pour accepter l'essentiel de la conception psychanalytique de se figurer l'Inconscient comme le poids de la structure instinctuelle, et de son organisation primitive restée sous-jacente à l'activité consciente. Cela n'enlève rien à son « existence » ou à son « efficacité » dans la vie psychique, et cela le débarrasse d'un certain anthropomorphisme.

...L'Inconscient, pour les psychanalystes, n'est plus seulement une infrastructure de la conscience, une phase vers la conscience, mais une autre « Conscience », il est considéré, somme toute, comme une Conscience et même une « Sur-conscience » !...

III.— *L' évolution et l'organisation de la vie instinctivo-affective: Les pulsions (TRIEBE).*

La force qui anime la vie instinctive, c'est la *libido*. Elle a la valeur d'une force sexuelle. C'est une sorte de *faim sexuelle* ¹. Cette énergie sexuelle est à la base de toute l'évolution de la personnalité. Elle se fixe sur des activités physiologiques diverses avant de se concentrer, comme nous allons le voir, sur la sphère génitale, et cette évolution de la « Libido » va imposer des transformations profondes à toute la personnalité.

C'est que les processus mentaux dans leur ensemble, les opérations, les forces qui constituent la personnalité psychique ont un aspect dynamique qu'ils empruntent précisément à la « Libido ». Il existe à la base de la personnalité une dynamique de désirs. Il paraît y avoir ², dès le début de la vie, deux systèmes d'activité mentale qui sont pour ainsi dire les embryons de ce que sera ultérieurement le Conscient et l'Inconscient. Lorsque le système primitif réceptif de stimulations extérieures est mis en action, il se produit un état d'agitation qui est ressenti comme un malaise (Unlust), auquel se substitue un état de plaisir (Lust), par la satisfaction d'une tendance appelée désir. Ainsi se créent des cycles de satisfaction qui substituent au malaise, le plaisir, par le jeu des tendances imaginatives. Ce n'est qu'ultérieurement que se forme le deuxième système qui va satisfaire le désir, non plus par l'imagination, mais par des actions. Dans le premier stade entièrement soumis au *principe du plaisir*, l'énergie circule librement dans tout le système, à travers les souvenirs et les images satisfaisantes.

1. On sait que pour JUNG la libido a plutôt la valeur du « potentiel affectif », en général (BAUDOUIN).

2. Cf. la Traumdeutung (chapitre 11).

Dans le second, l'énergie psychique ne peut plus se déplacer librement, elle se heurte à la barrière des choses, au *principe de réalité*.

Mais à partir de 1920, FREUD s'est occupé d'un autre groupe d'instincts fondamentaux, les « instincts de mort ¹ ». Ces instincts ont été désignés par WEISS ² sous le nom de *Destrudo* pour bien les opposer à la *Libido*. Les tendances qui représentent, en effet, les besoins de satisfaction hédonique, selon le principe de plaisir, sont les tendances de la Libido, ce sont les instincts narcissiques libidinaux du Moi. Mais il existe aussi des tendances connues généralement sous le nom d'instinct de conservation, et qui admettent, pour si paradoxale que la chose paraisse, à côté des formes de l'instinct libidinal, un instinct « léthal ». Cette forme d'instinct n'est pas un réflexe contre la mort en général, mais seulement contre la mort accidentelle. Car, l'instinct de conservation est aussi une tendance de l'organisme vers la mort naturelle. « L'organisme, dit FREUD (*Essais de Psychanalyse*), ne veut mourir qu'à sa manière ; et ces gardiens de la vie que sont les instincts ont été primitivement des satellites de la mort. » C'est ainsi que la masse des processus instinctifs se partage ces deux versants d'une même tendance qui unit irrémédiablement la Vie et la Mort. « A chacune de ces deux variétés d'instincts se rattacherait un processus physiologique (construction et destruction) ; l'une et l'autre seraient à l'œuvre dans chacune des parties de la substance vivante, mais elles y seraient mélangées dans des proportions variables, si bien qu'une de ces parties pourrait à un moment donné, s'affirmer comme étant plus particulièrement représentatives d'Éros ³ ». Ainsi la Libido ou instinct de vie et l'instinct de mort ou léthal, constituent les deux tendances instinctives fondamentales (en quoi le sexualisme de FREUD rejoint le vitalisme). Mais, comme le fait remarquer excellemment DALBIEZ, « il subsiste toujours (aux yeux de FREUD) un couple d'instincts opposés, Éros et Thanatos. Pour lui, comme pour le vieil HÉRACLITE, la recherche philosophique s'arrête devant une contrariété primitive et irréductible. Le conflit est le père des choses ». Un autre aspect fondamental de cette dialectique des instincts de vie et de mort réside dans la dualité des systèmes pulsionnels conformes selon FREUD ⁴ aux deux principes d'EMPÉDOCLE : « φίλια » et « νεῖκος » (Liebe-Streit – Amour-Agressivité).

Tel est l'aspect le plus général de la théorie des instincts d'après FREUD, allant depuis la seule considération initiale de la Libido jusqu'à la doctrine des instincts de destruction qui limite le champ de la Libido et soustrait – en un certain sens – FREUD au reproche de « pansexualisme ». On consultera sur la dialectique des instincts ou des

1. *Au delà du principe du plaisir*, 1920.

2. WEISS, *Masochismus und Todestrieb*, « Imago », 1935.

3. Les deux variétés d'instincts dans *Essais de Psychanalyse*.

4. FREUD, *Die endliche und unendliche Analyse*, « Int. Zeitsch f. Psychoanalyse », 1937, p. 235.

pulsions le livre de M^{me} Marie BONAPARTE ¹ et celui de M^{lle} BOUTONIER ². Nous reviendrons sur ce point fondamental un peu plus loin et ailleurs (notamment quand nous étudierons l'Anxiété et le Suicide).

A) – LE DÉVELOPPEMENT DE LA LIBIDO :

Nous devons examiner tout d'abord l'évolution de la vie des instincts et d'abord de la Libido qui, rappelons-le, a été presque exclusivement étudiée par FREUD (au moins jusqu'en 1920). La Libido, en franchissant une série d'étapes, va transformer sa forme subjective primitive en Libido objectale. Car au début, la Libido reste fixée, accrochée au corps propre (*phase de l'auto-érotisme*), et ce n'est qu'ensuite qu'elle s'en détache pour se projeter sur un objet. Cet objet s'élargit ensuite, jusqu'à englober, non plus le corps propre ni la propre personne (*phase narcissique*), mais une autre personne (*phase hétéro-érotique*).

La PHASE AUTO-ÉROTIQUE correspond aux stades les plus primitifs du développement de la Libido. Une loi domine ce développement: c'est celle de la *double fonction* des organes. La bouche donne bien des satisfactions gustatives, mais elle est aussi susceptible de procurer des satisfactions sexuelles. Quand un organe déterminé devient le siège de cette double fonction, FREUD l'appelle *zone érogène*. Or la sexualité infantile se développe de telle sorte que ces divers plans d'organisation correspondent à des zones érogènes déterminées. Il existe d'abord un *érotisme buccal* ou *oral*, dont la forme la plus caractéristique est la succion, – il se forme ensuite une nouvelle zone érogène qui correspond à l'*érotisme anal*, la Libido envahit alors les sensations issues soit de la muqueuse ano-rectale, soit de l'acte de défécation, soit du produit de la défécation (les jeux et préoccupations infantiles sont très fréquemment orientés vers des satisfactions de ce dernier genre, tirées de la manipulation des matières ou de leurs divers substituts). L'*érotisme urétral* est à peu près contemporain, mais paraît généralement moins typique. – Ce n'est « qu'en dernier ressort » que l'érotisme se concentre sur l'appareil génital proprement dit – c'est l'*érotisme génital* ou *stade phallique* caractérisé par le fait que la zone érogène prévalente est constituée par les muqueuses du gland et du clitoris.

Les étapes de la libido...

Après cette période auto-érotique, s'observe la PHASE NARCISSIQUE, la Libido restée attachée jusqu'ici à des parties du corps investit l'ensemble de la propre personne, qui vient de s'organiser sous la double pression de la Libido et de la formation du Moi. Ce tout fonctionnel, centre, cause et effet de la Libido, s'érige en objet privilégié sur lequel se réfléchit comme dans son miroir tout le système pulsionnel érotique.

1. Marie BONAPARTE, *Introduction à la théorie des instincts*, 1934.

2. M^{lle} BOUTONIER, *L'Angoisse*, Paris, 1946.

Enfin survient la PHASE HÉTÉRO-ÉROTIQUE, où la Libido se fixe sur une personne autre. Cette fixation hétéro-érotique s'opère en deux temps vers 2 ou 5 ans d'abord et d'une manière définitive à la puberté, au moment où se soudent définitivement la sexualité et l'appareil génital. C'est au cours du premier temps que survient un drame qui peut orienter profondément le développement instinctif ultérieur : ce drame représente le *complexe d'Œdipe*.

Au cours de ce développement de la Libido, il existe en effet des *accidents évolutifs* qui fixent et arrêtent pour un temps parfois très long le libre développement des tendances sexuelles. C'est ainsi qu'il se forme parfois ce que FREUD appelle des *tendances partielles* : ce sont par exemple des impulsions au plaisir visuel (regarder ou être vu), à la cruauté (sadisme), à l'érotisation de la douleur (masochisme) qui se produisent à telle ou telle phase du développement de la Libido, complexes qui vont agir par l'organisation de l'Inconscient, sur tout le psychisme de l'individu.

Parmi ces *complexes*, trois méritent une attention spéciale : le complexe d'Œdipe, le complexe de castration et le complexe d'auto-punition.

...Le complexe d'œdipe...

Le *complexe d'Œdipe*. Il résulte de la fixation objectale de la Libido sur un des parents (complexes d'Œdipe et complexes d'Électre peuvent en effet se confondre dans un aussi bref exposé). Le petit garçon fixe sa Libido sur la personne de sa mère. Il résulte de là nombre de corollaires affectifs et sexuels et de situations libidinales. D'abord l'enfant peut haïr de ce fait son rival, le père. Il peut jalouser aussi ses frères et sœurs. Pour sortir de cette situation érotique malaisée et dramatique, l'enfant peut dans son inconscient (où règne seule la loi du principe de plaisir) réaliser la mort du père, ce qui engendrera la crainte du père et un sentiment tenace de culpabilité envers celui-ci, etc... La petite fille subit à l'égard de l'image du père un processus libidineux analogue. Les modalités des réactions psychiques groupées sous le nom de complexe d'Œdipe sont très nombreuses et parfois très compliquées (identification au père ou à la mère. par introjection, manifestations paradoxales de l'attachement érotique, déplacements de celui-ci.) Les psychanalystes ont parfois exploité le concept d'inversion symptomatique des sentiments et des camouflages qui s'ensuivent, dans un sens à la fois arbitraire et artificiel. Mais il est vrai que les modalités de fixation de la Libido à ce stade sont ambivalentes, ambiguës et équivoques, à un tel point qu'elles engendrent une multitude de pulsions obscures et souvent « mixtes ». Quoi qu'il en soit, il arrive le plus souvent que l'Inconscient « absorbe » ce complexe, qu'il le liquide, soit qu'une formule de compromis psychologique soit trouvée, soit que le développement ultérieur du Moi poursuive normalement sa marche qui refoule, désactualise et sublime le complexe. Mais il peut arriver aussi que toute la sexualité s'édifie sur cette situation « triangulaire » œdipienne de telle sorte qu'il en résulte une forte empreinte sur la personnalité que définit le caractère ou la névrose de l'oedipien qui « a mal liquidé son Œdipe ».

Le *complexe de castration* est généralement lié à l'Œdipe. Il trouve son fondement physiologique ; pour ainsi dire plastique, dans la comparaison que les enfants font du sexe du petit garçon et de la petite fille. Le garçon craint d'être amputé du phallus. La fille croit qu'elle en a été amputée. C'est cette différence morphologique qu'investit l'angoisse du complexe de castration. Chez le petit garçon l'angoisse de pouvoir être châtré, et chez la petite fille, le regret de l'avoir été (l'envie du pénis) constituent les formes les plus fréquentes de l'anxiété inhérente à ce complexe. Aussi le complexe de castration est-il avant tout un complexe de frustration. On comprend dès lors que les études des analystes aient rapproché cet affect de privation de la crainte de se séparer des matières fécales identifiées au pénis (JONES), du complexe de sevrage (STARCKE) et du moment primordial de la séparation d'avec le corps maternel, lors du traumatisme de la naissance (FERENCZI, etc ...). Il s'incorpore à ce complexe un fort sentiment de culpabilité par la signification de châtiment sanglant impliquée dans la castration et ensuite explicitée sous forme d'images de menaces vengeresses, de blessures, d'instruments tranchants, d'opérations chirurgicales, de plaies, images qui se présentent dans les fantasmes et les rêves de castration. L'éveil de la sexualité infantile étant, sous forme d'auto-érotisme avec masturbation et ses équivalents, ou sous forme de complexe d'Œdipe, l'objet d'une forte réaction d'angoisse, première ébauche du complexe de culpabilité, trouve dans l'image de la castration un point d'équilibre constant.

...Le complexe de castration...

Le *complexe de culpabilité* si intimement lié, comme nous venons de le voir, aux précédents traduit la peur qui est une composante fondamentale de la sexualité comme inversement l'angoisse peut s'érotiser. La peur, l'angoisse est donc intimement liée au développement et même au point de départ de la Libido ¹. Elle se canalise et se concrétise dans le complexe de castration, dans le désir et la crainte intimement mêlés d'être puni (autopunition), dans l'interdit, le « tabou » plein d'horreur, de dégoût, de honte et de frayeur dont est frappée la sexualité. Et à mesure que va se développer la personnalité, ce complexe va s'incorporer par « introjection » à l'inflexible sévérité du Sur-Moi, système d'images de la cruauté des disciplines premières et des premiers châtiments, liés à l'image parentale.

...Le complexe de culpabilité...

B) - L'INFRASTRUCTURE PULSIONNELLE FONDAMENTALE. LES TENDANCES SADO-MASOCHISTES :

Par de là ce problème de la culpabilité et de l'angoisse qui lui est profondément lié, la question se pose de savoir si le conflit qui leur confère tout leur sens est une conséquence du développement « historique » des instincts tel que nous venons de le retracer aussi succinctement et clairement que possible ou si elle provient d'une dia-

1. Cf. *Le traumatisme de la naissance* d'OTTO RANK, 1924, trad. fr. Payot, 1928.

lectique conflictuelle encore plus archaïque et primitive et proprement structurelle de la nature humaine, celle à laquelle nous nous référerions au début de ce paragraphe en indiquant que le conflit pourrait bien être dans la personne, à son origine, dans sa constitution la plus intime. Si nous avons bien compris les travaux de Mélanie KLEIN et les discussions fameuses de Londres, où son point de vue a prévalu, il paraît résulter de la nouvelle conception de l'École anglaise ¹ sur la structure instinctuelle pré-œdipienne, que le Sur-Moi s'établit déjà à partir du stade oral.

Plusieurs années, déjà, avant 1939, se déroulait à Londres une violente discussion entre Anna FREUD et Mélanie KLEIN, à la *Société de Psychanalyse de Londres* ². Tout d'abord la controverse se cantonna autour de la technique des psychanalyses d'enfants. Mélanie KLEIN ayant introduit la Thérapie de Jeu ³, Anna FREUD reproche à cette méthode de se situer hors du plan essentiel : le transfert ⁴.

Un peu plus tard, Mélanie KLEIN acquit la conviction que les phantasmes primitifs sont déterminés par des processus d'identification antérieurs à la phase de l'Œdipe et consistent essentiellement en une introjection ou une projection de l'image maternelle. Tantôt cette image, la mère, est vécue comme un bon objet à absorber, à s'incorporer, tantôt comme un mauvais objet à rejeter, ce double mouvement pulsionnel s'opérant sur le mode *oral* ⁵.

S. ISAACS ⁶ dans une note inédite que nous a communiquée S. LEBOVICI, résume ainsi cette position sur ce stade « psychotique » du développement instinctif du nourrisson normal :

« Le contenu primaire de tout processus mental est le phantasme inconscient. C'est la base de tout processus conscient et inconscient. A un stade primitif, l'introjection est vécue comme une incorporation. A un stade ultérieur, elle est imaginée comme une incorporation. Quand l'enfant imagine qu'il a déchiré sa mère, sa vie mentale est déchirée et désintégrée. Le bébé vit comme si « la-mère-qui-est-en-moi-est-en-morceaux ». C'est par conséquent toute une capacité hallucinatoire qui s'attache à ces fantasmes d'introjection du sein maternel ».

Cette théorie, basée sur l'étude psychanalytique d'enfants de moins de trois ans,

1. C. F. R. WAELDER, *The genesis of psychical conflict*, « Int. J. of Psych. », 1937, 4.

2. Nous remercions bien vivement le Dr LEBOVICI de nous avoir aidé à mettre au point cette discussion, qui avait fait l'objet d'une conférence (encore inédite) de J. LACAN au *Groupe de l'Évolution Psychiatrique*, en 1947. [NdÉ: rééd. J. LACAN, *Autres écrits*, Seuil, Paris, 2001, pp.101-120] On trouvera dans les articles de RIVIÈRE (*International journal of Psychoanalysis*, 1936) et dans l'article de Ed. GLOVER, *La Conception Kleinienne de la Psychologie de l'Enfant* (« The psychoanalytical Study of the Child », 1945) des exposés de cette théorie et de la fameuse discussion.

3. M. KLEIN, *The psychoanalysis of Children* (Londres, 1929), dont certains extraits ont été publiés dans la « Revue Française de Psychanalyse » en 1930.

4. Anna FREUD, *La Psychanalyse des Enfants*, « Revue Française de Psychanalyse », 1929.

5. M. KLEIN, *Funérailles et leurs relations avec le stade dépressif* (non publié), et *Zur Psychogenese des Manischdepressive Zustände*, « Intern. Zeitsch. f. Psychoanalyse », 1937, XXIII, pp. 275-305.

6. ISAACS S., *Un cas d'anxiété psychotique aiguë chez un enfant de quatre ans* (inédit, communiqué par S. LEBOVICI).

met donc l'accent sur la structure sadique orale et les courants d'agressivité dirigés sur soi, en soi ou hors de soi chez le nourrisson. A cette conception « hétérodoxe » Anna FREUD a vivement réagi, mettant en évidence le narcissisme, l'absence de choix objectif chez le nourrisson, qui est plongé dans une vie purement hédonique.

Nous comprenons de quelle importance pour le développement dialectique de la vie des instincts, est ce « schisme », qui fait du « complexe » non plus une conséquence du développement historique de la personne, mais une structure primordiale du psychisme.

Effectivement la conduite orale la plus primitive de toutes, celle qui rive le nourrisson au sein de sa mère, développe une série de pulsions attractives et répulsives d'affects de frustration, de plaisir et de douleur où transparait déjà la double tendance fondamentale de la vie instinctuelle, dirigée tout à la fois vers la possession et la destruction, vers le « sucer » et le « mordre », vers l'attraction et l'agressivité. Ceci nous conduit au plus profond déchirement de « l'inconscience malheureuse » : sa *structure sado-masochiste*. Si la douleur et le déplaisir sont des buts aussi profondément inscrits dans nos instincts que la recherche de plaisir, nous pouvons bien dire qu'au fond de notre nature nous sommes « existentiellement » *partagés*. La Libido, nous l'avons déjà fait remarquer, correspond au versant attractif, les instincts de mort aux tendances destructrices, mais les deux trajectoires demeurent primordialement liées. Rapportons-nous à ce passage si émouvant de FREUD ¹ :

...Si la douleur et le déplaisir sont des buts aussi profondément inscrits dans nos instincts que la recherche de plaisir, nous pouvons bien dire qu'au fond de notre nature nous sommes « existentiellement » partagés...

« Dans les organismes règne l'instinct de mort et de destruction : il voudrait en détruire la structure cellulaire, pour pouvoir, au moins dans une mesure relative, en réduire les éléments à l'état de stabilité anorganique. Cet instinct destructeur, la Libido l'affronte et c'est à elle qu'il incombe de le rendre inoffensif. Pour ce faire, elle le déverse en grande partie, au moyen de ce système particulier qu'est la musculature, vers le dehors, sur les objets, au monde extérieur. Il se réalise alors sous la forme de tendance à la destruction, à la possession, d'ambition vers la puissance. Une partie de cet instinct est mise directement au service de la fonction sexuelle où son rôle est important : c'est le sadisme proprement dit. Enfin une autre partie non déversée extérieurement reste enclose dans l'organisme : c'est en cette dernière part de l'instinct destructeur qu'il faut reconnaître le masochisme érogène primitif. »

Tel est le syncrétisme, la fusion qui soumet à sa loi biologique le double principe de plaisir et de déplaisir comme deux termes également positifs du binôme pulsionnel. On comprend mieux dès lors que les tendances sado- masochistes du stade oral se retrouvent au stade anal sous une forme encore plus différenciée et qu'elles investissent ensuite d'agressivité ou d'agressivité tournée contre soi dans le désir d'autopunition, la structure complexuelle de l'Œdipe et de la castration ou encore des fixations narcissiques ou homosexuelles.

1. *Le problème économique du Masochisme*, Trad. in « Revue française de Psychanalyse », 1928.

C) – LA SUPERSTRUCTURE PULSIONNELLE :

Nous connaissons maintenant l'organisation de la vie affective selon FREUD et son École. Elle est caractérisée par la structure dynamique du Conscient et de l'Inconscient. La Libido dont le développement réalise l'épanouissement le plus typique des instincts va constituer le *refoulé* de l'Inconscient de l'adulte, qui sous l'influence des forces elles-mêmes inconscientes, *forces refoulantes* (Censure ou Sur-Moi), ne se manifesterà jamais directement, mais seulement à travers un travestissement, soit sous forme de sentiments contraires, opposés ou ambivalents, soit sous forme de substituts ou symboles. La Libido ¹ se développe, en effet, en suivant quelque une des directions suivantes : ou bien l'instinct se transforme en son contraire, ou bien s'inversant il se dirige contre le sujet lui-même, ou bien il est refoulé dans l'Inconscient, ou bien il subit une « sublimation ». Il arrive que l'instinct se *transforme* en son opposé : un instinct actif peut devenir passif (sadisme-masochisme, exhibitionnisme-voyeurisme, inversion de l'amour en haine). En deuxième lieu, il peut y avoir une sorte de *retournement* de l'instinct contre le sujet (c'est tout le problème du masochisme et des mécanismes d'auto-punition). – L'instinct peut être *refoulé* de telle sorte que la conscience n'en connaît pas les véritables pulsions. La conséquence du refoulement est de permettre que parviennent seulement à la conscience des formations *dérivées* de l'instinct refoulé ou des formations *substitutives*. – Enfin l'instinct peut être sublimé et passer alors sous forme intellectuelle, sentimentale, esthétique ou même morale, dans la production psychique consciente, le caractère et les représentations collectives (folklore, mythes religieux, culture, civilisation).

Ainsi agissent les *instincts* et ces qualifications particulières des instincts que l'on appelle les *complexes affectifs inconscients*. Une telle efficacité de la vie instinctive, de la sexualité, de la Libido sur la vie de l'esprit en général a fait l'objet des études que FREUD a consacrées à la *Métapsychologie* ². Nous n'envisagerons ici avec quelques détails que deux aspects de cette action de l'Inconscient sur l'organisation dynamique instinctivo-affective de la personnalité : la *caractérologie* freudienne et le *comportement sexuel habituel*.

Dès 1908, FREUD s'est intéressé à la *Caractérologie*, en décrivant le « caractère anal ». Après ce que nous avons exposé plus haut, on comprendra mieux à quoi une telle dénomination se réfère ³. Si l'on se rapporte au stade anal de l'auto-érotisme primitif, on voit que la satisfaction de l'enfant, connue sous le nom d'érotisme anal, pro-

1. Cf. *Les Cinq Essais* de FREUD.

2. *Totem et Tabou* ; *L'avenir d'une illusion* ; *Trois Essais* ; *Au delà du principe du plaisir* ; *Malaise dans la civilisation*.

3. On trouvera dans le *Traité* de JONES une étude très pénétrante de ce type de caractère (p. 863 à 894 de la traduction française).

vient soit des sensations de la défécation, soit des sensations issues du produit de l'acte de défécation, soit encore des deux. Or les trois éléments essentiels du caractère anal sont, d'après FREUD, l'autoritarisme, la ponctualité et la parcimonie. C'est que l'enfant au stade de l'érotisme anal présente trois attitudes caractéristiques : il cherche à obtenir le maximum de plaisir, il retarde la défécation autant que possible, – il se retient, ne « fait » qu'à sa volonté et selon le seul rythme de ses désirs, – il considère le produit de la défécation comme sa propriété. Ces trois attitudes caractéristiques deviennent caractérielles chez des sujets qui restent fixés à ce stade, d'où l'autoritarisme, la culture de son pouvoir d'agir à volonté, d'être maître chez soi, le plaisir de ranger les objets qui vous appartiennent, l'attachement aux objets de la propriété et notamment à l'argent (particulièrement symbolique des matières fécales dans le folklore universel). L'avarice, la méticulosité, une vie orientée et étriquée, de fortes pulsions auto- et hétéro-agressives, l'esprit de système, un rigorisme sévère, un mélange paradoxal de besoin, de propreté et de pratique sordides constituent les traits caractériels de « l'analité ». Il existe deux sous-variétés de ce caractère anal, c'est *l'anal érotique* (traits de caractère correspondant au barbouillage et à la manipulation des matières fécales), et le *sadique-anal*, chez qui les pulsions agressives contre autrui, contemporaines du stade auto-érotique anal, sont très fortes.

...Le caractère anal...

D'autres traits de caractère ou de comportement habituel constituent le *caractère narcissique* : sentiment de son importance, attitude égo-centrique à l'égard du monde, croyance à la toute puissance des idées et des désirs, surestimation de l'objet aimé, désir d'être aimé plus que d'aimer.

...Le caractère narcissique...

Le *caractère d'auto-punition* se manifeste par ce que les psychanalystes appellent la névrose d'échec (LAFORGUE). Tout se passe comme si le sujet détruisait lui-même inconsciemment toutes ses chances de réussir, d'arriver, d'être heureux, défaisant dans un perpétuel travail de Pénélope la trame de son existence

...Le caractère d'autopunition...

Nous pouvons indiquer encore ici quelques traits du *comportement sexuel habituel* qui par leur forme stéréotypée témoignent du privilège complexuel qui s'attache, pour ces sujets à certaines images contemporaines d'un stade érotique auquel ils sont demeurés rivés. Tel est le cas dans le choix du partenaire ou de l'objet érotique (dilection pour les femmes viriles, pour les prostituées, pour les personnes du même sexe, etc ...), dans les attachements sentimentaux passionnels (dilection pour les femmes mariées, don Juanisme, etc ...), dans les pratiques sexuelles « perverses », etc... C'est bien dans ce chapitre consacré à la psychologie normale freudienne que devraient en

1. Les études psychanalytiques caractérologiques sont celles qui offrent le plus grand effet « comique » sur les lecteurs profanes ou non prévenus. C'est que l'écart est maximum entre les manifestations du caractère et du comportement et la situation affective primitive, entre l'avare et l'enfant sur son pot.

effet être étudiés ces cas soignés et souvent guéris par les psychanalystes sous les diagnostics de « névroses de caractère » –de perversions sexuelles – frigidité – impuissance – de névroses d'échec – de timidité – et plus généralement de « névroses ». Nous nous expliquerons plus loin sur ce point, en étudiant la théorie psychanalytique des névroses.

Naturellement les psychanalystes ont étendu leurs études et leurs analyses jusqu'aux *types intellectuels*, au choix *d'une profession*, etc... Un des aspects les plus curieux de la métapsychologie freudienne des *processus sociaux de sublimation* c'est la psychanalyse de la pensée primitive, soit des *mœurs* et de la structure sociale des sociétés archaïques ou primitives (sacrifice, totémique, exogamie, sorcellerie, cannibalisme, etc ...) soit des *mythes* (mythes universels de l'ogre, du Père terrible, des personnages phalliques, démoniaques, etc ...).

Enfin certains psychanalystes (notamment REIK, LAFORGUE, de SAUSSURE, etc ...) voient dans la métaphysique et l'appareil logique de l'esprit des reflets de la libido sublimée ¹.

Pour le moment, sans qu'il soit nécessaire d'insister davantage, il nous a suffi de bien montrer que le développement instinctivo-affectif du système pulsionnel et son organisation dans l'Inconscient commanderaient, d'après FREUD et ses disciples, l'esprit humain de l'adulte, du savant ou du saint, comme ils conduisent le comportement instinctif et primitif de l'enfant dans ses langes, ou gouvernent celui du névrosé. C'est là un des aspects les plus discutables de la « Métapsychologie » freudienne pour qui la vie de l'esprit ne serait que le reflet ou même l'effet de l'Inconscient. Nous aurons à examiner ce problème ailleurs. Disons simplement ici qu'une forte réaction contre cette manière de voir s'est inscrite récemment dans le livre d'ODIER ² et dans l'ouvrage de Viktor E. FRANKL ³.

...C'est là un des aspects les plus discutables de la « Métapsychologie » freudienne pour qui la vie de l'esprit ne serait que le reflet ou même l'effet de l'Inconscient...

IV. – *La Structure de la Personnalité.*

Nous avons déjà indiqué ce qu'est la conception freudienne en ce qui regarde la structure de la personnalité. Au centre de cette personnalité se trouve l'Inconscient dont le moteur est constitué par les pulsions instinctives et notamment la Libido. Nous devons cependant jeter un coup d'œil plus attentif sur le schéma fondamental de la psychologie psychanalytique.

L'appareil psychique est constitué par un système de pulsions instinctives soli-

1. LAFORGUE, *Relativité de la Réalité*, 1937. - R. de SAUSSURE, *Le miracle grec*, « Rev. fr. de Psychanalyse », I, 1938.

2. ODIER, *Les deux sources consciente et inconsciente de la vie morale*, 1941, 2^e édition, 1947.

3- V. E. FRANKL, « *Der unbewusste Gott* », Vienne, 1948. Ed. Amandus.

dares des activités et des besoins organiques. C'est l'instance du ça (das Es), le domaine obscur des désirs latents et primitifs de l'animalité. Dans cette couche psychique, le principe de plaisir (et celui du déplaisir) règne en maître. C'est l'activité dévorante, insatiable et tyrannique de la Libido bestiale ou des pulsions destructrices.

Au-dessus de cette tendance qui constitue la partie refoulée de l'Inconscient, il y a l'instance du Sur-Moi (Ueber-Ich) ou de la *Censure*, instance également inconsciente. Ce que FREUD appelle le Sur-Moi, (et qu'il place en fait « en dessous » du Moi) c'est, insistons-y, la partie refoulante de l'Inconscient. FREUD fait dériver ces forces refoulantes inconscientes de l'introjection de l'image parentale : « Le Sur-Moi par un choix unilatéral semble n'avoir adopté que la dureté et la sévérité des parents, leur rôle prohibitif, répressif, » Ceci demande un éclaircissement. En fait ce que FREUD appelle le Sur-Moi, malgré les dénégations de ceux de ses disciples qui sont ou feignent d'être sensibles au reproche d'amoralisme ou d'antimoralisme, c'est un sévère système d'interdictions, c'est la conscience morale de l'homme. Pour lui, la moralité, l'impératif moral simplement « hypothétique » ne serait qu'un artifice d'éducation provenant du mécanisme d'introjection¹ ou d'identification lorsque le sujet incorpore à son Moi, la répression qui lui vient d'abord d'autrui. C'est un aspect de l'identification. Comme le fait remarquer DALBIEZ, la célèbre phrase de Mme de SÉVIGNÉ est un exemple frappant du mécanisme psychologique d'identification : « J'ai mal à votre poitrine ». Mais ici l'identification est à l'opposé du processus de désir. Quand l'objet du désir ne peut pas être atteint, il est incorporé, identifié au *Moi* (je désire mon Père... je suis mon père... je suis en partie double mon père et moi²) et c'est l'introjection. L'enfant placé dans la situation universelle du complexe d'Œdipe s'incorpore l'image de ses parents et notamment de celui qui représente l'autorité, l'interdiction, le châtiment : « Petits enfants, nous avons connu ces êtres supérieurs qu'étaient pour nous nos parents, nous les avons admirés, craints et plus tard assimilés, intégrés à nous-mêmes » (FREUD)³. Ainsi le Sur-Moi est l'héritier direct du complexe d'Œdipe⁴. Il s'établit une sorte de « conversion », de « transfert » de l'énergie psychique d'abord tendue vers la réalisation du désir, ensuite employée à le contrarier. Tel est le schéma de l'introjection de l'image du « Maître » qui constitue le point de départ du système refoulant inconscient, de la Censure, disait d'abord FREUD, du Sur-Moi, a-t-il dit ensuite, sans que cette désignation constituât un progrès bien sensible pour sa théorie. De là découle la structure de l'appareil psychique inconscient : un système de forces refoulées et un système de forces refoulantes.

...En fait ce que FREUD appelle le Sur-Moi, malgré les dénégations de ceux de ses disciples qui sont ou feignent d'être sensibles au reproche d'amoralisme ou d'antimoralisme, c'est un sévère système d'interdictions, c'est la conscience morale de l'homme...

1. Notion introduite par FERENCZI (1909). Nous renvoyons au passage du petit volume de Ch. BAUDOIN des *Actualités scientifiques et industrielles*, édité par Hermann (1939), que l'auteur consacre aux débuts de l'introjection selon l'École anglaise, p. 30 à 42.

2. *Essais de Psychanalyse*, p. 194-196.

3. *Essais de Psychanalyse*, p. 203.

4. *Ibidem*, p. 203.

...le livre d'ODIER et même celui que A. HESNARD vient de publier tout récemment ...insistent sur le fait que le Sur-Moi n'est qu'une caricature de la morale, ne constitue qu'une « prémorale »...

...La seule manière d'échapper à cette perspective « amoraliste » pour les psychanalystes qui peuvent être sensibles à ce reproche, c'est de voir dans le « Sur-Moi », un « Sous-Moi », un « Contre-Ça » contemporain du système pulsionnel lui-même...

Tous les débats qui se sont institués et risquent de durer encore longtemps sur « l'amoralisme » freudien ont tourné sur la notion et la nature du « Sur-Moi ». Si le « Sur-Moi » est *au-dessus* du Moi, il est évident que celui-ci est tenu sous la dépendance de cette instance inconsciente et primitive et tout idéal du Moi n'est que le produit d'une conjonction du Sur-Moi ¹. Par contre, le livre d'ODIER et même celui que A. HESNARD ² vient de publier tout récemment et qui est si riche en réflexions et observations, insistent sur le fait que le Sur-Moi n'est qu'une caricature de la morale, ne constitue qu'une « prémorale » analogue aux premières ébauches de l'intelligence qui constituent une « prélogique », mais on comprend qu'il y a là un danger inhérent à la théorie de FREUD et à sa « topique » de l'appareil psychique. Ce danger c'est celui de réduire tous les impératifs moraux à des interdits ou des tabous primitifs et enfantins. La seule manière d'échapper à cette perspective « amoraliste » pour les psychanalystes qui peuvent être sensibles à ce reproche, c'est de voir dans le « Sur-Moi », un « Sous-Moi », un « Contre-Ça » contemporain du système pulsionnel lui-même.

Au-dessus de cet appareil, ou plutôt à sa surface existe l'instance du *Moi*, c'est-à-dire l'ensemble des fonctions psychiques soumises au principe de réalité, des fonctions d'adaptation au réel, c'est-à-dire encore l'ensemble des processus psychiques conscients ou préconscients (pouvant être évoqués à la conscience). Si nous avons bien compris la pensée de Freud sur ce point, le Moi, c'est-à-dire le lieu ou plutôt la forme de la conscience, représenterait toutes les opérations et toutes les instances psychologiques non « inconscientes », puisque la psychologie freudienne admet par définition un Inconscient toujours et nécessairement inconscient. Nous touchons ici à l'un des points les plus faibles de la psychanalyse ou psychologie de l'Inconscient qui néglige ou « met de côté » le processus conscient et préconscient dans la même mesure où la psychologie universitaire ignore l'Inconscient. Ce qui caractérise en effet le plus profondément la conception freudienne de la personnalité humaine, c'est qu'elle la réduit ou tend à la réduire à n'être qu'un bourgeon de la vie instinctive, comme elle réduit ou tend à réduire la nature et la structure de l'esprit à un de ses « éléments », à un de ses « mécanismes de base », reprise assez inattendue, soulignons-le encore, de la psychologie atomistique...

1. C'est ainsi que H. HARTMAN et R. LEWENSTEIN dans leurs *Comments on the formation of psychic structure*, « The psychoanalytic study of the child », 1946, écrivent que la fonction du « sur-moi », est la formation des « idéaux ». C'est ainsi encore que NACHT dans son récent ouvrage (*De la pratique à la théorie psychanalytique*, Presse Universitaire, Paris, 1950, p. 27) écrit : « On voit à quel point le « moi » est tributaire de l'inconscient élémentaire qui lui fournit un apport constant d'énergie pulsionnelle ». Et comme pour mieux faire saisir encore que le « sur-moi », selon lui, ne se constitue qu'après le « moi », il ajoute : « C'est cette énergie qui lui permettra (au « moi ») quand se formera le « sur-moi » etc... ».

Nous pourrions, à foison, multiplier les citations qui montrent bien que pour la plupart des analystes le « sur-moi » « coiffe » le moi.

2. *L'univers Morbide de la Faute*, Presse Universitaire, Paris, 1949.

Le « Moi », c'est-à-dire la conscience, ne figure dans la psychologie freudienne première que comme une quantité négligeable puisque le moteur du psychisme n'y est constitué que par le jeu des forces inconscientes. Cette idée est restée très enracinée même chez ceux qui attribuent le plus d'importance à la « Structure du Moi ». N'est-ce pas ainsi que doit être interprétée, parmi cent autres du même genre dans tous les travaux psychanalytiques, cette phrase de NACHT : « Le Moi ne semble pas posséder d'énergie propre : elle lui vient de l'inconscient ¹ ».

Il est juste cependant de marquer quelle révolution s'est opérée à cet égard et dont on trouvera dans le récent travail de LÆWENSTEIN ², et un peu plus loin à propos du mécanisme même de la cure, l'écho sans cesse grandissant. On ne saurait surestimer cette évolution du mouvement théorique de la Psychanalyse qui, avec F. ALEXANDER, s'intéresse toujours davantage au développement, à l'importance, à l'existence du Moi, considéré d'abord par FREUD comme une sorte d' « épiphénomène ».

V. – L'Activité symbolique de l'esprit.

Pour la psychologie freudienne, l'activité psychique dans ses diverses modalités, sous toutes ses formes et dans toutes ses productions, est le symbole de l'Inconscient. Nous avons déjà vu que la vie quotidienne était parsemée d'actes et de pensées « significatives » de cet Inconscient, que le rêve en était le signe le plus authentique, et même que notre façon d'entrer en relation avec les autres, notre façon de parler (langage), notre façon de penser (logique), notre façon d'agir (morale), notre façon de nous représenter le monde (métaphysique et croyances religieuses) constituaient également des expressions « significatives » et symboliques de notre Inconscient. Si nous ajoutons à cela que notre activité somatique elle-même, dans ses faiblesses ou ses variations, est également significative ou si l'on veut expressive de notre Inconscient (maladies - maladdresses - malaises - efforts - variations des fonctions végétatives, etc ...), nous pouvons bien affirmer que pour FREUD la vie psychique tout entière n'est qu'une expression de l'Inconscient, de telle sorte que tous les aspects, tous les actes de notre existence somato-psychique sont des signes de l'Inconscient qui nous anime et nous dirige. De telle sorte encore que, toujours et sans cesse, dans tous nos actes, nos pensées, le psychanalyste cherche dans l'épaisseur et les arcanes de l' « Inconscient », les raisons, les causes, les ressorts, les inhibitions, les déterminations, les complexes, dont dépendent les contenus manifestes de notre vie psychique et les formes mêmes de notre existence. Certes, sous cette forme bien des psychanalystes hésitent à professer leur foi freudienne et concèdent qu'il existe « d'autres » facteurs de causalité de l'acti-

...pour Freud la vie psychique tout entière n'est qu'une expression de l'Inconscient, de telle sorte que tous les aspects, tous les actes de notre existence somato-psychique sont des signes de l'Inconscient qui nous anime et nous dirige...

1. S. NACHT, *La thérapeutique psychanalytique*, « Le Médecin français », 1941 n° 4-5.

2. R. LÆWENSTEIN, *Les tendances de la psychanalyse*, « Évolution psychiatrique », 1948, n° 1.

tivité humaine, mais cela ne peut être qu'en acceptant le risque d'une attitude hérétique à l'égard du dogme freudien. Admettre en effet la psychologie freudienne et notamment la conception d'un Inconscient, principe de détermination du conscient, c'est bien admettre que, puisque l'Inconscient est la cause profonde de notre psychisme, celui-ci n'est, en fin de compte, que l'effet, le signe de celui-là. Et c'est bien ainsi qu'il faut entendre la conception purement freudienne de l'activité symbolique de l'esprit et du Moi. La mémoire, l'association des idées, l'organisation des habitudes, nos actions volontaires, nos actes les plus désintéressés ou les plus libres en apparence comme les lapsus, les images de nos rêves, nos sentiments, nos passions, nos émotions ne sont que des expressions de notre Inconscient à la fois refoulant et refoulé.

Le principe de toute explication psychanalytique est de voir dans l'oubli ou l'évocation de nos souvenirs, les fantasmes de notre imagination, les ratés de notre pensée ou de notre comportement, dans nos désirs, nos craintes, dans les intentions ou les choix de notre volonté, – des signes d'une mémoire, d'une imagination, d'une intelligence et d'une volonté autonomes et primitives, véritable personnalité seconde incarnée dans l'Inconscient, et exclusivement déterminante de notre personnalité. Le psychanalyste a horreur du hasard et de la surface. Tout pour lui a un sens caché. Il flaire partout le mystère et cherche sous toutes les manifestations psychiques, traitées comme des symboles les « véritables mobiles », les causes non seulement de leurs formes, mais encore de leurs déformations. Si nous nous sommes complu à souligner et à décrire ce « travers » des psychologues freudiens, c'est qu'en répétant avec eux que sous les contenus manifestes il y a les contenus réels, que sous les signes il y a les choses signifiées, nous admettons bien que leur conception de l'activité symbolique repose, certes, sur une base réelle, mais aussi que, pour si justifiée qu'elle soit (et, nous le croyons, en grande partie justifiée, comme nous aurons l'occasion de le dire, quand nous examinerons à la fin de ces Études la valeur scientifique et morale de la psychanalyse), elle tend à une extension indéfinie qui lui nuit, puisqu'elle se heurte nécessairement, à un certain niveau, à une impossibilité logique et de fait : la limite que le Moi conscient impose à l'Inconscient. Cette impossibilité constitue l'impasse dans lequel se débat actuellement la doctrine freudienne.

...Le psychanalyste a horreur du hasard et de la surface. Tout pour lui a un sens caché...

La psychanalyse tend à une extension indéfinie qui lui nuit, puisqu'elle se heurte nécessairement, à un certain niveau, à une impossibilité logique et de fait : la limite que le Moi conscient impose à l'Inconscient...

§ II – TECHNIQUE PSYCHANALYTIQUE

C'est en découvrant le sens de certaines manifestations psychiques que FREUD est parvenu d'abord à les modifier, ensuite à les comprendre. C'est dire que la technique de la psychanalyse est la base même, le point de départ du système, plutôt que son aboutissement. Nous allons d'abord envisager la méthode elle-même dans les applications pratiques, et ensuite nous étudierons rapidement les processus du défolement au point de vue théorique.

I. – *L'Analyse*:

Elle repose sur trois techniques, à vrai dire inséparables mais d'importance inégale : les associations de mots – l'onirocritique – et l'association libre

La méthode des mots inducteurs (à laquelle on peut rattacher également la méthode du « test de Rorschach ») a été anciennement employée, notamment par l'école de Zürich. Elle a été rapidement délaissée. Elle consistait à éveiller par des mots des associations d'idées ou d'autres mots. Les réactions ainsi obtenues sont rangées soit dans la catégorie des associations *intrinsèques* fondées sur une ressemblance essentielle entre le sens du mot stimulation et du mot-réaction (coordination, par exemple pomme-poire – prédication, par exemple serpent-venimeux – dépendance causale, par exemple chagrin-larmes), soit dans la catégorie des associations *extrinsèques* (couplement formel plume-plumeau – ressemblance phonétique : encre-ancre – rime : carte-charte), soit dans la catégorie des rapports mixtes (rapports médiats ou indirects : associations dépourvues de sens – absence de toute réaction – ou simple répétition du mot indicateur). Les réponses du sujet le classent soit dans le *type objectif*, à prédominance de réactions impersonnelles déterminées, soit par le sens objectif du mot ou par ses caractères linguistiques, soit dans le *type subjectif* à caractère égocentrique qui se manifeste dans les associations prédictives et surtout dans les *constellations*. Ce sont ces constellations idéo-affectives qui ont la plus grande signification pour le psychanalyste ¹.

...Les mots inducteurs...

La méthode *d'analyse des rêves ou onirocritique* est la pièce maîtresse de toute psychanalyse. Le sujet évoque un rêve dans tous ses détails et il est prié ensuite d'associer librement ses idées sur chaque détail évoqué à la mémoire. Il se produit alors généralement un déblocage des souvenirs inhibés et un envahissement progressif d'images ou de représentations qui explicitent le thème fondamental du rêve. Les rapprochements opérés par le sujet lui-même, les constellations idéo-affectives qui se révèlent peuvent ainsi restituer la signification générale du rêve par rapport aux complexes dont il est l'expression symbolique. L'analysé cherche lui-même des interprétations de ce symbolisme et ses tâtonnements, ses résistances, ses « scotomisations », ses « sur-déterminations », ses « images-écrans », etc... se déroulent devant le psychanalyste, à peu près muet, et lui permettent de pénétrer dans le mécanisme profond de l'élaboration du rêve et par conséquent des processus de l'Inconscient dont il témoigne. A cet égard, l'analyse du rêve opère « au ralenti », en sens inverse et en plei-

...L'analyse des rêves ou onirocritique est la pièce maîtresse de toute psychanalyse...

1. Nous avons insisté sur ce point pour bien montrer que la méthode des associations verbales n'exclut pas la possibilité d'associations autres que celles de type « complexe ». Nous avons puisé les éléments de cet exposé dans le chapitre XXIII du traité de JONES.

ne clarté sur le travail synthétique de formation, qui, lui, s'est opéré d'un seul coup pendant le sommeil. Comme sur un cliché photographique plongé dans un bain révélateur, certains détails se précisent, s'enchaînent et se rejoignent pour composer les Figures signifiées. C'est un puzzle de substance vive qui se construit par un lent travail de patience et s'éclaire brusquement de vives et fulgurantes illuminations. Quiconque n'a jamais analysé un rêve ne peut se faire une idée du travail complexe que représentent et ce rêve et l'analyse qui le reproduit et le reconstitue en sens inverse. Le sujet qui « associe » autour des images de ce rêve est dans une sorte d'état d'hypnose, état analogue à celui où nous nous trouvons quand nous laissons flotter notre esprit au gré de ses fantasmes, durant la rêverie ¹.

C'est précisément cet état de relâchement et d'automatisme psychique qui est recherché dans la méthode des *associations libres*, qui est « la règle d'or » de toute psychanalyse. Le sujet pense tout haut, incorporant pour ainsi dire la présence du psychanalyste à sa propre pensée sans en être gêné. Quand l'association libre atteint son degré maximum de liberté, non seulement la présence du psychanalyste, mais même le contrôle de la censure du sujet disparaissent : ce qui parle alors, c'est presque directement l'Inconscient du sujet. Le psychanalyste note alors les points autour desquels s'ordonnent les associations, et il pénètre avec le malade lui-même dans le secret de son Inconscient. Naturellement, cette liberté d'association idéale est très rare. Au début des analyses, on ne l'obtient jamais et sa possibilité indique que les « résistances » ont cédé ; elle est un test autant qu'un moyen de guérison.

Tels sont les trois procédés habituels. Tous trois sont à la base des procédés de dévidement des contenus de conscience sans retenue. Les *résistances* qui s'opposent à cet exercice, le plus libre possible, d'associations retiennent principalement et presque exclusivement l'attention du psychanalyste, de même que toutes les manifestations de l'Inconscient – lapsus, actes manqués, actes symptomatiques, etc...

L'ensemble de ces procédés d'analyse sont utilisés au cours des *séances* de psychanalyse. Ces séances durent une heure. Elles sont le plus rapprochées possible (au moins trois fois par semaine) parfois, surtout au début, elles doivent être quotidiennes. Le sujet est étendu sur un divan, ayant le psychanalyste derrière lui, de façon à être le moins gêné possible par sa présence, à être placé dans une situation qui favorise l'association libre. Contrairement à ce que beaucoup de profanes croient, l'attitude du psychanalyste est celle d'un observateur impartial et silencieux, indulgent mais réservé. Il se borne à orienter de temps en temps les associations et à proposer, quand le travail spontané de prise de conscience des processus inconscients lui paraît assez avancé, des

1. Au lieu de travailler sur le rêve fait, le psychanalyste peut travailler sur le rêve en train de se faire par l'emploi de la méthode du Rêve éveillé (R. DESOILLE, *Exploration de l'activité subconsciente par la méthode du rêve éveillé*, Paris, éd. d'Artrey, 1938).

...Quiconque n'a jamais analysé un rêve ne peut se faire une idée du travail complexe que représentent et ce rêve et l'analyse qui le reproduit et le reconstitue en sens inverse...

...Les séances durent une heure. Elles sont le plus rapprochées possible (au moins trois fois par semaine) parfois, surtout au début, elles doivent être quotidiennes. Le sujet est étendu sur un divan ...

interprétations qui découlent déjà des interprétations amorcées dans l'esprit du patient. Naturellement ces séances sont très diverses : parfois le « matériel » est très abondant, parfois il est nul et la séance se passe dans un silence total, symptomatique de l'accroissement des résistances, de la négativation du transfert, etc...

Les conditions exigées d'un psychanalyste pour être un bon analyste sont: d'abord être lui-même psychanalysé¹ pour ne pas participer aux résistances et aux divers « truquages » de l'Inconscient du malade, savoir, au contraire, les déjouer, et ne pas apporter dans l'analyse la projection de son propre Inconscient, – ensuite, d'être informé de la théorie psychanalytique, – enfin, devrions-nous dire, il doit être médecin et médecin psychiatre. Cette dernière condition, que le bon sens exige, non seulement n'est pas requise de FREUD, mais a même été formellement répudiée par lui, ce qui a ouvert le cercle psychanalytique à une foule de « psychanalystes », qui n'ont aucune idée de ce qu'est la clinique psychopathologique; de telle sorte que les problèmes qui sont soumis à leur sagacité sont dangereusement mutilés et incompris, pour n'être point sinon confondus au moins confrontés avec ceux qui constituent l'objet de la psychopathologie.

Quant au sujet psychanalysé, il doit être assez jeune pour que son psychisme soit encore plastique ; il doit être aussi assez intelligent et enfin il doit payer des séances de psychanalyse pour stimuler son effort de libération et garantir sa persévérance².

Quant à la durée du traitement, elle est généralement très longue et dure toujours plusieurs mois, et même plusieurs années. On sait à ce propos que STECKEL s'est fait le champion des psychanalyses courtes. FERENCZI et RANK (1924) ont préconisé des

...proposer des interprétations qui découlent déjà des interprétations amorcées dans l'esprit du patient...

...[L'analyse laïque] a ouvert le cercle psychanalytique à une foule de « psychanalystes », qui n'ont aucune idée de ce qu'est la clinique psychopathologique; de telle sorte que les problèmes qui sont soumis à leur sagacité sont dangereusement mutilés et incompris...

...la durée du traitement, elle est généralement très longue et dure toujours plusieurs mois, et même plusieurs années...

1. K. JASPERS dans son récent et violent « factum » antifreudien (*Zur Kritik der Psychoanalyse*, « Nervenarzt », 20 novembre 1950) fait un grief aux « Sectes » psychanalytiques d'imposer non seulement un dogme, mais une foi et d'en faire la condition même de l'exercice de la pratique psychanalytique. Il souligne que « en dernière analyse », si l'on peut s'exprimer ainsi, l'analyse didactique n'est régulièrement terminée que lorsque le candidat est parvenu à récipiscence, lorsqu'il s'est identifié à son analyste et que, pour soi disant dégager sa personnalité, il s'en remet à un autre du soin de la former. Cette abdication de sa propre liberté comme fondement à l'aptitude d'analyser autrui lui paraît constituer un dangereux péril. C'est ce que pour notre propre compte nous avons toujours pensé. Il est certes souhaitable que la technique psychanalytique s'apprenne et l'analyse didactique est certainement la meilleure école, mais reste à savoir si toutes les garanties exigées pour l'initiation ne dépassent pas leur but. A cet égard, il est certainement regrettable que FREUD ait commis l'immense erreur de consacrer de son autorité l'exercice de la psychanalyse hors du cadre de la médecine. Si la psychanalyse était considérée simplement comme une forme de l'art de guérir, si les psychanalystes renonçaient à ce particularisme qui leur fait et leur fera tant de tort, les garanties d'une spécialisation médicale n'exigeraient certainement pas autant de « rites ».

2. Ceci est incontestablement juste du point de vue psychologique et il serait grossier de prétendre qu'il y a dans l'établissement de cette règle seulement un souci d'intérêt matériel. Mais le caractère absolu qu'on a voulu lui donner peut paraître excessif, car tous, nous connaissons des psychanalyses conduites en dehors de ce que nous pourrions appeler cette « règle d'argent » et qui ont, peut-être, réussi aussi bien que celles qui s'y sont conformées.

techniques « actives ». CODET, chez nous, a conseillé également des *psychothérapies d'inspiration psychanalytique* de quelques semaines. Nous croyons qu'en pratique, les psychanalystes recourent beaucoup plus souvent qu'on ne le croit ou qu'ils ne le disent, à ces sortes de méthodes accélérées, pour toutes sortes de raisons pratiques et peut-être aussi parce qu'ils savent que certaines psychanalyses très longues n'aboutissent pas, ne se terminent pas. Mais c'est surtout F. ALEXANDER (1937 et 1944) qui ces dernières années a orienté la technique psychanalytique vers une psychothérapie plus brève et « activiste »¹. Ceci nous conduit à dire un mot de la nécessité doctrinale pour le psychanalyste de s'abstenir de toute psychothérapie active. C'était là une règle freudienne absolue : le défolement obtenu par le transfert seul doit opérer la guérison des symptômes. Cependant, il y a de plus en plus des partisans de l'« interventionnisme » thérapeutique, c'est-à-dire d'une intervention directe, active et directive sur le plan du Conscient (BIBRING). On peut se demander en effet si la psychanalyse ne doit pas se terminer par une *psychosynthèse* (BJERRE) réformatrice et rééducative. Quoi qu'il en soit, il n'était pas inutile de souligner, jusqu'où va la doctrine freudienne quand elle assigne au psychanalyste un rôle de simple « catalyseur », et qu'elle lui défend de prendre à l'égard du patient cette attitude de « directeur » qu'on lui prête si généralement et qui demeure si contraire à la rigoureuse règle de son orthodoxie².

...il y a de plus en plus des partisans de l'« interventionnisme » thérapeutique, c'est-à-dire d'une intervention directe, active et directive sur le plan du Conscient (BIBRING).

On peut se demander en effet si la psychanalyse ne doit pas se terminer par une psychosynthèse (BJERRE) réformatrice et rééducative...

II. – La Dynamique du défolement ou Catharsis. Le Transfert.

Tout processus inconscient qui parvient à être évoqué à la conscience perd son pouvoir d'action. Telle est la première proposition, d'où FREUD est parti, qui demeure fondamentale dans ses conceptions psychopathologiques et qui est restée longtemps la base de la technique psychanalytique. C'est la force refoulante de l'Inconscient, de la « Censure » ou du « Sur-Moi », qui incarne dans l'Inconscient tel ou tel « complexe ». Comment peut être rompu, dès lors, cet équilibre? Par la méthode psychanalytique que nous venons d'exposer dans ses grands traits : par la méthode des associations « libres », le complexe inconscient est assiégré et forcé à « sortir » de son retranchement. Dès que le patient entrevoit le sens des métaphores, des déplacements, des

1. FR. ALEXANDER, *Psychoanalysis of the total personality*, « Nervous and Mental Diseases Monographs », n° 52, 1933. On se rapportera au sujet des modifications de la technique aux discussions du *Symposium des Résultats thérapeutiques* (« Intern. Zeitsch. Psychoanalyse », 1937, n° 1 – « International journal of Psychan. », 1937, n° 2-3) et au livre de S. LORAND, *The Technique of Psychoanalytic therapy*, 1947.

2. De nouvelles techniques de « psychanalyse collective » ont vu le jour et semblent aux U. S. A. avoir gagné la faveur de certains Psychothérapeutes. La plus connue est le « Psychodrame » de MORENO ; mais il existe d'autres variantes : discussions analytiques, pseudotraumatismes complexes cathartiques, scénarios destinés à obtenir une « abréaction » violente des complexes etc.... Les essais de *Narcoanalyse* qui ont été si efficaces pendant la guerre prétendent jouer sur le clavier de l'Inconscient des psychanalyses abrégées.

subterfuges dont son Inconscient use, il apprend à le déjouer et pénétrer, de ce chef, dans la réalité vraie de ses tendances pulsionnelles et de leur organisation complexe. L'édifice s'écroule, les résistances tombent, et l'angoisse, la gêne qui l'étreignaient se résolvent : tel est le mécanisme de la *catharsis*. La méthode psychanalytique ne parvient à ce résultat qu'au travers d'un grand nombre de péripéties qui constituent les processus de *résistance*. Ces résistances marquent l'adhérence profonde de toute la personnalité à l'instance inconsciente, au jeu du refoulement. *La liquidation de ces résistances constitue le travail majeur d'une analyse*. Cependant le mécanisme curateur du défolement, le premier envisagé par FREUD s'est trouvé dépassé par la pratique psychanalytique.

Il doit se produire au cours d'une analyse, en effet, un phénomène encore plus important, condition profonde de la liquidation des résistances : un déplacement des forces psychiques. Fixées d'abord sur l'Inconscient et les complexes affectifs, elles investissent l'angoisse, l'inhibition, certaines idées ou certains actes conscients ou bien elles se dépensent en pensées ou actions de dérivations. Il existe donc un foyer des forces qui entravent la bonne adaptation du sujet et son libre épanouissement. Tout l'effort de la psychanalyse va consister à libérer ces forces néfastes et à les orienter vers un but plus utile. Le premier acte et le plus important de ce processus de libération des forces refoulantes, c'est le *transfert* (Uebertragung). *Le transfert de la libido, c'est-à-dire des forces de l'Inconscient sur la personne du psychanalyste est une phase primordiale de la dynamique du défolement*. Il a pour double objet de diminuer la puissance des forces refoulantes et de rendre disponible les énergies refoulées pour leur meilleure utilisation. Lorsque le transfert s'opère correctement, le processus de défolement s'effectue avec plus de rapidité et de facilité. Le travail de l'analyse s'opère alors « à chaud » et « dans l'actuel », comme dit excellemment NACHT¹. Parfois, au contraire, les résistances du sujet s'exagèrent sous forme d'agressivité projetée sur le psychanalyste (transfert négatif). Parfois aussi l'Inconscient du sujet s'identifie par le mécanisme de l'introjection au psychanalyste et cette assimilation, quand elle s'opère mal ou trop tôt, au lieu de rendre possible le déplacement des forces de l'Inconscient, les fixe au profit de l'idéal du moi névrotique. Dans le couple psychothérapique qui compose analyse et analyste, celui-ci joue le rôle d'un personnage écran. C'est sur lui que se projette l'Inconscient du sujet analysé, que cette projection prenne le caractère d'une identification aux images oedipiennes ou d'une fixation des valeurs affectives rendues libres par le travail analytique. C'est quand le transfert est achevé, que le psychanalyste incorporé à tout le système pulsionnel et chargé de toutes les valeurs libidinales complexes, véritable bouc émissaire de l'angoisse névrotique, redevient neutre et objet d'une relation affective libre, que le résultat cathartique est atteint.

...Le premier acte et le plus important de ce processus de libération des forces refoulantes, c'est le transfert (Uebertragung)...

...Lorsque le transfert s'opère correctement, le processus de défolement s'effectue avec plus de rapidité et de facilité. Le travail de l'analyse s'opère alors « à chaud » et « dans l'actuel »...

1. NACHT, *La thérapeutique psychanalytique*, « Le Médecin français », mars 1947.

Mais il y a *plus* encore : le deuxième acte corollaire et presque contemporain du précédent est *l'intégration du refoulé au moi*. Il repose (selon un mot de NACHT) sur l'acceptation puis l'intégration de ce qui émerge de l'inconscient¹. Ainsi le « retour du refoulé » doit subir une transformation, une assimilation qui le rende utilisable comme tel par le *Moi*. Autrement dit, l'analyse crée une nouvelle situation qui engage dans de nouvelles perspectives le passé et l'infrastructure inconsciente de la personnalité. C'est en ce sens que le rôle et l'intégrité du *Moi* sont capitaux. ALEXANDER (1937) a, répétons-le, beaucoup insisté sur la notion de « force du *Moi* » qui, en dernière analyse, se confond, dit-il, avec le courage. Pour lui l'analyse suppose *l'abréaction* ou reproduction extériorisée du passé, la *connaissance intellectuelle* des faits et de leurs rapports, le *souvenir senti du vécu*, c'est-à-dire qu'elle exige bien le défolement mais aussi et, peut-être surtout, la prise de possession du défoulé par la synthèse du *Moi*. C'est en ce sens, répétons-le, que la méthode découverte par FREUD et définie par lui comme une *Psychanalyse* tend à devenir une *Psychosynthèse*. (C. G. JUNG).

L'étude des processus de défolement, comme le problème du symbolisme ont donné lieu à de violentes polémiques et à des critiques souvent très approfondies de la conception freudienne. Nous n'en retiendrons ici que trois sans d'ailleurs nous y attarder.

Le retour du défoulé à la conscience a-t-il une action thérapeutique par lui-même? FREUD et son école ont d'abord affirmé que oui ! Il semble cependant exister des cas d'analyses, où malgré l'abondance extrême du matériel défoulé, les symptômes névrotiques ne disparaissent pas. C'est le cas de ces analyses interminables qui échouent ou tournent en rond. Certes les psychanalystes disent alors que le défolement n'a pas été entièrement obtenu, que le transfert s'est mal opéré, qu'il existe des « surdéterminations », une atteinte du « moi », etc... Mais le fait cependant ne paraît pas niable. Inversement dans certaines cures accélérées, type STECKEL, FERENCZI, CODET, ALEXANDER, le défolement n'est pas total et le résultat thérapeutique est cependant atteint. Une grande partie des troubles mentaux, d'autre part, se présentent comme un défolement spontané des complexes de l'Inconscient (schizophrénie, délires hallucinatoires, etc) et ce sont précisément ceux qui se montrent les plus rebelles... Ceci montre que le défolement, comme nous l'avons souligné, n'est qu'une partie du travail psychothérapeutique curateur. C'est dans ce sens que O. RANK (1937) estime que la prise de conscience est plutôt qu'un mécanisme curateur, un indicateur de la modification économique survenue dans les quantités d'énergie en présence (BAUDOIN).

...O. RANK (1937) estime que la prise de conscience est plutôt qu'un mécanisme curateur, un indicateur de la modification économique survenue dans les quantités d'énergie en présence (BAUDOIN)...

1. NACHT, *Du Moi et de son rôle dans la thérapeutique psychanalytique*, « Revue fr. de Psychanalyse », 1, 1948.

L'action thérapeutique de l'analyse ne dépend-elle pas d'une simple suggestion?

Nous ne pouvons ici mieux faire que de citer ce que JONES a dit excellemment à cet égard dans l'étude très approfondie qu'il a consacrée à cet important problème ¹.

« Le terme de suggestion recouvre deux processus : la « suggestion verbale » et la « suggestion affective », celle- là étant la condition nécessaire sans laquelle l'action de celle-ci est impossible. La suggestion affective est un rapport qui dépend du transfert de certains processus affectifs positifs se déroulant dans la région inconsciente de l'esprit... La suggestion joue le principal rôle dans toutes les méthodes de traitement des psychonévroses à l'exception de la méthode psychanalytique. Elle agit en mettant en liberté les désirs réprimés, qui viennent ainsi se manifester sous la forme de symptômes, et en leur offrant la possibilité de s'attacher à l'idée du médecin : psychologiquement parlant cela signifie la substitution d'un symptôme à un autre, le malade tombant sous la dépendance psycho-sexuelle du médecin. Il en résulte pour le malade un bénéfice souvent temporaire, parfois permanent. Mais dans les cas graves cette substitution d'un symptôme à un autre est inopportune et nuisible. La psychanalyse, au contraire, libère des tendances refoulées en les rendant conscientes et en les orientant par la sublimation vers des fins utiles, non sexuelles, sociales » (p. 489).

« La suggestion est essentiellement un processus libidinal, dû à l'unification des différentes formes du narcissisme et de ses différents dérivés. Cette unification a pour condition le renoncement aux impulsions allo-érotiques refoulées. Et ce renoncement, à son tour, est rendu possible par une régression de la libido dans le sens de l'autoérotisme. Lorsque le narcissisme primitif est ré-évoqué et réanimé directement, on se trouve en présence de ce qui peut être qualifié d'auto-suggestion ; dans l'hétéro-suggestion, au contraire, il existe une phase préalable dans laquelle l'idéal du moi se trouve ramené à l'idéal du père qui lui est antérieur » (p. 510-511).

...De la suggestion...

Autrement dit, les psychanalystes acceptent l'idée qu'ils « font de la suggestion », mais à condition que l'on veuille bien admettre que « faire de la suggestion », c'est en fin de compte manœuvrer, parfois sans le savoir, les leviers de l'Inconscient dont le psychanalyste, lui, joue directement et en connaissance de cause.

Quelle garantie a-t-on de ne pas se tromper dans le travail d'interprétation? Cette question, corollaire des problèmes que nous pose l'étude de l'activité symbolique de l'esprit est celle des *critères* de l'interprétation psychanalytique. Aussi y revenons-nous plus tard quand nous étudierons ailleurs la valeur scientifique de la psychanalyse. Nous nous contentons de renvoyer ici à l'ouvrage de H. HARTMANN ². au livre de M. DALBIEZ, à la conférence de M. ODIER et à la discussion qui l'a suivie ³. D'un mot nous pouvons dire qu'il semble exister, en effet, des critères démonstratifs et probants de l'interprétation psychanalytique et par conséquent du travail correct de refoulement. Mais personne ne pourra être entièrement convaincu, s'il ne réalise

1. Traduction française, p. 441 à 516.

2. H. HARTMANN, *Die Grundlagen der Psychoneurosen*, Thieme, Leipzig, 1927.

3. *L'Évolution psychiatrique*, 1939, fasc. II. La phéno-analyse et les critères de l'interprétation psychanalytique. [NdÉ: 1939, XI, 2: 39-83]

...personne ne pourra être entièrement convaincu, s'il ne réalise lui-même cette expérience véritablement convaincante qui consiste à conduire une analyse...

lui-même cette expérience véritablement convaincante qui consiste à conduire une analyse¹. En dehors des critères « scientifiques » signalés par DALBIEZ, de similitude, de vérification, d'évocation et de *fréquence*, il reste le plus important, purement intuitif, celui que DALBIEZ appelle de *convergence* et que nous appellerions plutôt le *critère thématique*, inséparable de cet *art* qu'est la technique analytique².

Nous pouvons donc conclure que la technique psychanalytique, même si elle n'obtient pas les résultats thérapeutiques qu'on lui attribue généralement (et peut-être en grande partie à tort), est une *excellente méthode psychothérapique*. Elle justifie en tout cas pleinement l'importance de la psychologie de l'Inconscient.

§ III – LA PSYCHOPATHOLOGIE FREUDIENNE

C'est de l'étude des Névroses que FREUD est parti, rappelons-le encore une fois. De là, il a édifié une Psychologie et précisé une Technique. Nous devons maintenant envisager comment cette Psychologie et cette Technique lui ont permis, à lui et à ses élèves, de présenter une conception générale de la Psychopathologie³. Nous diviserons cet exposé en deux paragraphes : l'étude de la structure des états psychopathologiques du point de vue de la psychologie freudienne, – la théorie psychogénétique des Névroses et des Psychoses.

1. Nous nous sommes toujours étonnés du peu de curiosité des psychiatres en général, pour la technique même de l'analyse. C'est pourtant la seule façon de se faire une opinion sur la valeur de la psychanalyse. Cette technique est particulièrement simple dans les cas de délire, où la vie inconsciente est pour ainsi dire « à fleur de peau », où le matériel psychanalytique est encore plus abondant et plus accessible que dans un rêve. Cela nous paraît un exercice facilement réalisable pour tous les psychiatres. Nous avons nous-mêmes tiré le plus grand bénéfice de quelques analyses poursuivies pendant des mois. Le milieu de l'asile, par ses défenses naturelles et la situation morale du médecin, permet d'ailleurs d'éviter les inconvénients de la cure libre (réactions anxieuses, irrégularités, désintérêt) et facilite certainement beaucoup le processus de transfert. Nous pensons qu'une petite expérience de ce genre éviterait à beaucoup de parler de la psychanalyse, simplement par oui-dire, et permettrait également à beaucoup une connaissance bien plus approfondie de la psychopathologie des délires. Quant aux résultats thérapeutiques, s'il n'y faut pas toujours compter, notre expérience nous a montré qu'ils *étaient loin d'être négligeables et sont parfois même surprenants*.

Nous avons récemment trouvé sous la plume à DARCY MENDUÇA UCHOA (*Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, Brésil, 1950) un point de vue qui se rapproche beaucoup du nôtre. Sa brève étude conclut à la nécessité d'organiser des services de psychanalyse dans les hôpitaux psychiatriques. Nous pensons que les thérapeutiques psychanalytiques de groupe telles qu'elles existent à Paris (DIATKINE, LEBOVICI, PASCHE, etc ...) indiquent dans quelle voie les progrès doivent être réalisés.

2. Cf. Notre étude *Réflexions sur la valeur scientifique et morale de la Psychanalyse*, « Encéphale », 1939, 1, n° 4

3. C'est généralement aux Névroses que la théorie Psychanalytique est appliquée. Certains Psychanalystes (JUNG, ABRAHAM, S. RADO, M. KLEIN, etc. et FREUD lui-même) ont tenté d'interpréter les Psychoses dans le même sens. Le travail de M. GLOVER, *Psychoanal. approach to the classif. of mental diseases*, « J. Mental Sc. », 1932, est un des plus caractéristiques de ces efforts.

...Nous avons nous-mêmes tiré le plus grand bénéfice de quelques analyses poursuivies pendant des mois...

LES MÉCANISMES INCONSCIENTS DES ÉTATS PSYCHOPATHOLOGIQUES.

Certes, les études psychanalytiques se sont plus particulièrement appliquées à la pathologie des névroses, mais elles se sont intéressées aussi aux psychoses, et c'est l'ensemble de la psychopathologie psychanalytique que nous voudrions brièvement exposer ici.

I.– *Les caractères et comportements psycho-sexuels.*

Nous avons déjà parlé plus haut, à titre d'exemple, du « caractère anal », du caractère narcissique, des traits du caractère relevant des complexes d'Œdipe ou d'autopunition. Tous ces développements complexuels de la personnalité se manifestent sous forme de « névroses caractérielles », de « personnalités psychopathiques », de « névroses d'échec », etc... Mais nous n'y insisterons pas ici. Ce qui retiendra spécialement notre attention, au contraire, c'est la structure des « anomalies » de la vie sexuelle soit sous forme d'inhibitions sexuelles, soit sous forme de perversions sexuelles (« pulsions partielles »).

*Inhibitions et perversions
de la vie sexuelle...*

Les *inhibitions sexuelles* constituent des troubles parfois très graves qui frappent de gêne et parfois d'interdit l'activité sexuelle normale. Il existe un premier type clinique : c'est celui du *tabou sexuel*, investi d'angoisse, qui engendre la timidité, la pudeur paralysante, l'anxiété et la crainte exagérée, en ce qui concerne l'exercice des fonctions sexuelles. Les plus fortes inhibitions se rencontrent à propos de *l'impuissance* chez l'homme, de la frigidité chez la femme. Qu'il s'agisse d'impuissance totale par manque d'érection, ou partielle (éjaculation précoce ou retardée), ou de frigidité, on retrouve dans la structure de ces phénomènes une intensité anormale, une survivance des complexes de castration, en rapport avec le complexe d'Œdipe, ou encore de fortes tendances auto-érotiques ou homosexuelles, qui détournent inconsciemment la fonction sexuelle de son objet normal et de son exécution complète ou enfin, dans certains cas plus nettement obsessionnels, un désir inconscient d'autopunition et un sentiment inconscient de culpabilité.

Les *perversions sexuelles* ou déplacements objectaux anormaux de la sexualité se présentent, soit comme des fixations ou des régressions de la Libido à une phase archaïque de l'évolution des instincts, soit comme des développements anormaux et anarchiques des « pulsions partielles ».

Ces *fixations de la Libido*, peuvent se faire au stade auto-érotique, oral, anal ou urétral : coprophilie, onanisme, recherche des plaisirs anaux, sadisme et masochisme, – soit au stade génital auto-érotique : masturbation, – soit au stade narcissique : homosexualité narcissique, exhibitionnisme, – soit au stade hétéro-érotique du com-

plexe d'Édipe . homosexualité par identification avec l'objet du premier choix objectal (la mère pour le garçon, par exemple).

Les *développements anormaux des pulsions partielles* consistent en ceci que certaines pratiques ou émotions faisant partie des « plaisirs préliminaires » (Vorlust) cessent d'être de simples « moyens », pour devenir des « fins » : voir, être vu, frôler, plaisirs venant des objets liés à l'objet aimé (voyeurisme, exhibitionnisme ¹, fétichisme, etc ...).

Naturellement les deux séries de faits ne peuvent pas être complètement distingués, car les raisons du développement de certaines pulsions partielles sont précisément des fixations à des stades dont ces pulsions sont essentiellement contemporaines.

On voit le schéma général de la structure de ces perversions. Certaines de par leur importance (inversion sexuelle, sado-masochisme, exhibitionnisme) constituent des domaines privilégiés pour des investigations psychanalytiques et ont donné lieu à des milliers d'études et d'analyses. L'étude de ces fixations instinctives, ces pulsions tyranniques, obsédantes, électives, qui façonnent la personnalité entière du sujet selon des types humains éternels se prête, en effet, à des développements historiques, mythologiques, sociologiques, esthétiques infinis. Et ce n'est pas un des moindres mérites de la Psychanalyse, d'avoir suscité un approfondissement considérable du sadisme, du masochisme, du don Juanisme, et de l'homosexualité.

Nous désirons ici simplement développer quelque peu ce qui a trait au *masochisme* ² cette perversion touchant le plus profond de la vie psychique au point de convergence du plaisir et de la douleur là où s'épanouit cette « fleur du mal » par quoi se définit l'« érotisation de la douleur ».

L'École psychanalytique distingue avec FREUD *le masochisme érogène, le masochisme féminin et le masochisme moral*. Ces diverses formes de conduite masochiste étant dérivées du *masochisme primaire*.

Le masochisme primaire est en effet, comme nous l'avons vu, fondamental. Voici d'après FREUD ³ son point d'application à la couche instinctuelle primitive :

« La peur d'être dévoré par l'animal-totem (père) a son origine dans l'organisation orale primitive ; le désir d'être battu par le père dans la phase suivante sadique anale ; la représentation de la castration quoique reniée plus tard, figure dans le contenu des fantasmes masochistes, comme un résidu du stade d'organisation phallique ; quant aux

1. Cf. notre étude n° 12, consacrée à cette perversion.

2. Naturellement celui-ci est intimement lié au sadisme, c'est-à-dire à la libération de la composante agressive partielle de la libido chaque fois qu'à celle-ci est opposé un refus de satisfaction. Tant il est vrai que le sadisme est « le réservoir du masochisme » (NACHT). C'est aux rapports de NACHT et de LÆWENSTEIN (10^e Conférence des Psychanalystes de langue française, 1938) que nous nous référons pour cet exposé. Une nouvelle édition du rapport de NACHT, «*Le Masochisme* », vient d'être publiée à Paris, 1948 (Édit. Le François).

3. FREUD, *Le problème économique du Masochisme*, 1924. Trad. française « Revue de Psychanalyse », 1928.

situations du rôle passif dans le coït et l'accouchement qui sont caractéristiques à la féminité, c'est naturellement de l'organisation génitale qu'elles proviennent. »

Nous avons précédemment souligné que pour FREUD c'est une partie de l'instinct destructeur qui retenue et déversée vers soi constitue la pulsion masochiste fondamentale.

Le *masochisme érogène* ou perversion masochiste proprement dite a tiré son nom des confessions de SACHER MASOCH ¹. On connaît dans les « Confessions » de ROUSSEAU ² ce comportement masochiste typique de Jean-Jacques à l'égard de M^{lle} Lamberg. NACHT cite dans son rapport une magnifique observation tirée de la *Psychopathia sexualis* de KRAFFT-EBING, un exemple de masochisme homosexuel emprunté à MOLL et rapporté également par KRAFFT-EBING et enfin le cas publié par R. DUPOUY ³. Il n'est guère besoin de rappeler ici les techniques habituelles de cette perversion. Recherche des positions érotiques passives dont « l'equus eroticus » constitue l'image la plus saisissante, flagellation, éperons, coups de cravaches, humiliations, fessées, fustigation, s'associent au fétichisme du soulier, des bottes et aux fantasmes du châtiment et de la cruauté comme si le masochisme exigeait du sadisme qu'il soit comme son complément naturel dans le couple érotique ou la source de son inspiration dans la division du travail imaginaire ⁴. Le plus souvent il s'agit de scènes où les fantasmes jouent un rôle essentiel soit par l'organisation *théâtrale* de scènes masochistes dans un décor rituel où la souffrance et l'humiliation sont plus « jouées » que vécues. Les psychanalystes n'ont pas de peine (REICH, Jeanne LAMPL DE GROOT) à mettre en évidence le rôle des complexes de frustration, de castration et des imagos infantiles de châtiment dans la satisfaction de ce masochisme érogène qui jouit et joue de la souffrance et même de la douleur sur un registre artificiel de volupté.

Le *masochisme féminin* est pour ainsi dire physiologique aux yeux de Hélène DEUTSCH ⁵ et de Marie BONAPARTE ⁶. La femme doit en effet accepter d'être châtiée, frustrée pour remplir son rôle dans l'acte sexuel. FREUD lui-même n'a-t-il pas écrit que le masochisme est « une expression de la nature de la femme ». NACHT n'accueille cependant cette interprétation qu'avec des réserves. LÆWENSTEIN met au premier plan du mécanisme de ce caractère sexuel féminin l'angoisse dont est investi, à la phase

...comme si le masochisme exigeait du sadisme qu'il soit comme son complément naturel dans le couple érotique ou la source de son inspiration dans la division du travail imaginaire...

1. Ce personnage né en 1837 en Galicie sans avoir acquis la réputation littéraire du Marquis de Sade a écrit un ouvrage très connu *La Vénus aux fourrures*. - Cf. *Les Choses vécues* in « Revue Bleue » (1888) et les livres de SCHLICHTEGROLL, *Sacher Masoch und Masochismus*, Dresden, 1901, et de Léopold STERN, *Sacher Masoch*, B. GRASSET, éd.

2. LAFORGUE, *Étude sur J. J. Rousseau*, « Revue fr. de Psychanalyse », 1927.

3. R. DUPOUY, *Masochisme chevalier*, 1929, I, p. 393.

4. FREUD, *On bat un enfant*. Trad. française « Revue française de Psychanalyse », 1935.

5. Hélène DEUTSCH, *Psychanalyse der weiblichen Sexualonctionen*. Édition Intern. Psych. 1925 et article dans « Int. Zeitsch. f. Psychanalyse », 1930, intitulé *Der feminisme Masochismus und seine Beziehung zur Frigidität*.

6. M. BONAPARTE, *Passivité, Masochisme et Féminité*, « Rev. fr. de Psychanalyse », 1928.

génitale, le coït (peur d'être pénétrée, violée) de telle sorte que c'est dans l'érotisation normale de ce danger que réside le masochisme de la femme.

Le *masochisme moral* est ici inconscient et de ce fait il engendre des goûts, des situations, un caractère qui ne sont que virtuellement ou indirectement masochistes. L'alcoolisme est purement morale. Le sujet crée « le procès ¹ » qui, dirigé contre lui-même, assouvit sa soif de persécution, et de châtement ou moins dramatiquement, plus subrepticement, introduit l'échec, la maladresse, l'accident et la peur dans son existence. Un des traits le plus caractéristique de son « bilanisme » (ODIER) économique ² est de ne pouvoir jamais accéder au plaisir sexuel sans s'accabler tant pour le choix de partenaire que pour la situation où s'engagent ses aventures amoureuses, de tourments, déceptions, déconvenues, tracasseries ou remords compensateurs. Il ne peut accepter l'amour sans souffrance.

II. - *Les névroses d'angoisse.*

On sait que la névrose d'angoisse a toujours été considérée par FREUD comme « une névrose actuelle » sans lien avec le passé affectif du sujet, comme une neurasthénie d'origine sexuelle par épuisement nerveux. FREUD faisait jouer le plus grand rôle au « coïtus interruptus » dans la névrose d'angoisse. Mais il semble que l'angoisse morbide, même sous cette forme, ait reçu de la part des autres psychanalystes une explication plus conforme à la doctrine. L'angoisse est liée au refoulement de la sexualité. Les pulsions refoulées entretiennent de l'angoisse. L'angoisse est l'effet secondaire de ces pulsions, car elle est inconsciemment désirée. La peur est engendrée par le désir. L'angoisse morbide exprime essentiellement des pulsions investies du sentiment de culpabilité, et qui satisfont dans l'anxiété le besoin de châtement. Le type même de la névrose anxieuse, de la peur, de l'existence, du sentiment de crainte, et de l'impression de danger imminent est réalisé par le complexe de castration plus ou moins sublimé, conséquence lui-même du complexe d'œdipe. Toutes les autres organisations défectueuses de la Libido (homosexualité, auto-érotisme, sado-masochisme) peuvent également entraîner les réactions anxieuses dans la conscience. La conscience souffre de ces tendances pulsionnelles inconscientes qui se reflètent à sa surface sous forme d'angoisse. Telle est la théorie psychanalytique première de l'angoisse névrotique. Avec la nouvelle théorie des deux variétés d'instincts, FREUD a distingué l'angoisse libidineuse névrotique et l'angoisse de mort ³, qui dépend de la composante létale des instincts et notamment des instincts agressifs ⁴.

1. FRANZ KAFKA, *Der Prozesz*.

2. ODIER, *L'Évolution psychiatrique*, 1937. [NdÉ: Le bilanisme et l'horreur du discontinu, IX,2:35-80]

3. FREUD, *Essais de Psychanalyse*.

4. Nous n'insisterons pas sur ce point car nous le développerons dans notre étude sur l'anxiété. Étude n° 15.

III.– *La névrose obsessionnelle.*

Elle est caractérisée par la structure *compulsionnelle* de la pensée, c'est-à-dire que les divers phénomènes de la vie psychique prennent le caractère de contrainte et d'incoercibilité. Or il y a un contraste étrange et paradoxal entre les obsessions et leur caractère incoercible, entre l'angoisse intense de l'obsédé et le contenu anodin de l'obsession. Mais dans le système freudien « l'état émotif comme tel est toujours justifié ¹ », et il faut donc expliquer ce paradoxe. L'explication est la suivante : il y a un déplacement de l'angoisse. Ce qui angoisse si fort l'obsédé, ce n'est pas l'objet de son obsession, c'est autre chose. L'obsession n'est que le substitut de la cause véritable de l'angoisse. Bien plus, l'angoisse, elle-même, se transforme en impulsion, en vertige. Il y a donc un mécanisme de *substitution* à la base du processus obsessionnel. Tout dans la pensée de l'obsédé s'ordonne par rapport au foyer profond et parfois inconscient de l'angoisse : les obsessions changent de forme ou d'objet, elles se multiplient. Sous prétexte d'user de procédés de défense, l'angoisse investit des portions toujours plus étendues de l'activité psychomotrice : se défendre consiste pour l'obsédé à dresser des barrières toujours plus pénibles, à s'imposer des règles toujours plus dures, à se fixer des consignes ou des cérémoniaux toujours plus ridicules, à s'empêtrer, à s'engluer dans des rites, des trucs, des cérémoniaux, des manies, des actions conjuratoires, etc... Mais l'anxiété n'est qu'un aspect de l'obsession. L'obsédé subit un martyr, mais un *martyre qui le satisfait*. Il s'accroche à son obsession, y tient. Il en a besoin, et en même temps qu'il s'épuise en actes vains, ridicules et infinis, il s'enfonce de plus en plus dans l'obsession qui l'attire et le fascine. Ce paradoxe de l'obsession ne peut être expliqué qu'en admettant que l'angoisse névrotique satisfait profondément le complexe d'auto-punition. L'obsession est donc liée à un complexe inconscient qui provoque de l'angoisse sous forme obsédante. Dans les premières études sur la psychanalyse, on l'expliquait presque uniquement par un souvenir refoulé dans l'inconscient. Les études plus récentes de FREUD et de son École ont ensuite mis l'accent sur *l'aspect régressif* de la pensée compulsionnelle. Celle-ci correspond au « caractère sadique-anal » (cf. ce que nous avons dit plus haut à ce sujet en parlant de l'évolution des instincts). L'obsédé présente tous les caractères psychiques de l'anal (méticulosité, autoritarisme, parcimonie) auxquels s'ajoutent les tendances agressives des pulsions sadiques soit hétéro-sadiques, soit masochistes. Dès lors, c'est en fonction de cette régression au stade sadique anal que s'explique la névrose obsessionnelle. Elle traduit la férocité, la cruauté sadique du Sur-Moi qui s'infléchit sur le moi, et lui administre une constante punition. Elle se manifeste sous forme ambiguë d'angoisse et de satisfaction dans l'an-

...L'obsédé subit un martyr, mais un martyr qui le satisfait...

1. FREUD, *Revue Neurologique*, 1895, p.34.

goisse (ambivalence affective de l'obsédé) qui résulte de l'action double des pulsions érotiques et agressives également satisfaites par la satisfaction libidinale régressive et par la satisfaction du désir inconscient de punition. On ne saurait trop souligner l'écart qui sépare la première conception de l'obsession (déplacement de l'angoisse d'un complexe refoulé sur un objet neutre) et de la seconde (régression au stade sadique anal), point sur lequel nous aurons à revenir.

IV.– *La névrose hystérique.*

L'hystérique n'est pas anxieux, il est « porteur » d'accidents, de troubles fonctionnels dans lesquels il paraît jusqu'à un certain point se complaire. Pour FREUD l'énergie qui se trouve ainsi utilisée pour produire des symptômes, c'est la libido. Des tendances psycho-sexuelles de l'individu se trouvent contrariées ou arrêtées par un *traumatisme psychique* et elles cherchent à se manifester sur un autre plan. Les manifestations symptomatiques de l'hystérie ont donc un sens. Elles répondent à une finalité, à une velléité profonde de l'Inconscient qui leur confère ce caractère bien vu par tous les cliniciens, de paraître simulées, voulues et de ne l'être pas. Le conflit dans l'Inconscient entre certaines pulsions et certaines contrepulsions, trouve un compromis dans la réalisation des désirs dans un autre ordre de phénomènes : les fonctions somatiques. Ce transfert, cette *conversion* d'un système psychique sur le plan somatique, cette « métaphore » du moral sur le physique obéit naturellement dans son mécanisme profond aux règles du symbolisme. L'Inconscient utilise, pour s'exprimer, la « complaisance somatique » de l'organisme. Le facteur déterminant de ce processus de conversion, c'est, comme nous venons d'y faire allusion, un traumatisme psychique. Il s'agit généralement d'un traumatisme ancien, infantile, lequel se trouve le plus souvent « actualisé » par un choc affectif, une situation nouvelle, à l'occasion desquels s'opère la cristallisation des symptômes hystériques. Dans les cas d'hystérie, le retour à la conscience du refoulé, soit au cours de l'hypnose (comme dans les premiers essais thérapeutiques de BREUER et FREUD) soit au cours de la psychanalyse, fait disparaître la symptomatologie hystérique. Comme on le voit, la conception freudienne de l'hystérie, première en date des théories freudiennes, est restée tout à fait conforme aux conceptions initiales de FREUD sur la *psychogénèse* des névroses par un traumatisme refoulé dans l'Inconscient. Elle a peu bénéficié, dans la suite, du développement des études sur l'évolution des instincts. Enfin, nous devons signaler que sous le terme « d'hystérie de fixation », on désigne des processus hystériques qui se fixent sur des réactions somatiques anormales, comme l'asthme, les troubles menstruels, l'énurésie, l'eczéma, etc..., par exemple. Ainsi pour certains psychanalystes, un grand nombre de maladies ne sont que le produit d'un mécanisme de transfert ou de

...cette conversion [hystérique] d'un système psychique sur le plan somatique, cette « métaphore » du moral sur le physique obéit naturellement dans son mécanisme profond aux règles du symbolisme...

conversion ¹ sur le plan somatique d'un conflit inconscient. PARCHEMINEY ² s'est particulièrement intéressé à ce point de vue aux effets somatiques de l'hypnose, sorte de vérification expérimentale de l'expressivité *psychosomatique*.

C'est précisément ce terme qui désigne depuis 1943 un des mouvements médicaux et psychanalytiques les plus importants des États-Unis d'Amérique ³. Le fondement théorique de cette médecine psycho-somatique est la réversibilité sinon l'identité des facteurs somatiques et psychiques. D'après WEISS et ENGLISH un tiers des malades venus consulter pour troubles organiques ne présentent aucun signe objectif de maladie somatique, ce sont de purs « fonctionnels », un deuxième tiers sont atteints de maladies organiques partiellement liées à des facteurs psychiques (in part dependent upon emotional factors), la troisième partie enfin étaient des malades du système neuro- végétatif (asthme, migraine, hypertension) c'est-à-dire que les facteurs psychiques y étaient de première importance. Somme toute il s'agit de constatations qui sous cette forme statistique sont assez banales, c'est-à-dire sur l'importance psychogénétique attribuée à la pathogénèse de ces diverses catégories. Pour nous, nous sommes disposés à accorder à la médecine psycho-somatique toute la valeur que tous les vrais médecins de tous les temps et de tous les pays n'ont jamais cessé de leur attribuer. Mais

...C'est précisément ce terme (de psychosomatique) qui désigne depuis 1943 un des mouvements médicaux et psychanalytiques les plus importants des États-Unis d'Amérique ...

1. Avant les travaux américains récents de DUNBAR, WEISS, ENGLISH, JAMES, L. HALLIDAY, etc., bien des études de médecine psycho-somatique avaient été entreprises par les psychothérapeutes et les psychanalystes. Citons par exemple le vieux livre de DÉJÉRINE et GAUCKLER, *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses*, Paris, 1911 ; le traité d'Oswald SCHWARZ, *Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome*, Vienne, 1925 (articles de L. BRAUN sur les maladies cardio-vasculaires, de HEYER sur les affections de l'appareil digestif, de G. STRAUSBERG sur les maladies de la peau, de A. MEYER sur les troubles de l'appareil génital, etc.); l'ouvrage de G. R. HEYER, *Das körperlich-seelische Zusammenwirken in den Lebensvorgänge*, Munich, 1925 ; celui de T. BRUGSCH, CURT ELZE, L. R. GROTE, E. LIEK et W. MAYER GROSS, *Grundlagen und Ziele der Medizin der Gegenwart*, Leipzig, 1928; celui de Erwin LIEK, *Das Wunder in der Heilkunde*, Munich, 1930; celui de W. STECKEL, « *Les états d'angoisse nerveux et leur traitement* » (Trad. française, Payot, 1930) ; celui de W. H. VON WYSS, *Körperlich-seelische Zusammenhängen in Gesundheit und Krankheit*, Leipzig, 1931 ; de Viktor VON WEIZSACKER, *Aerztliche Fragen*, Leipzig, 1933 ; de PIZARRO CRESPO, *Alergias y anafylaxias*, Rosario, 1935 ; de FRANZ ALEXANDER, *The medical value of Psychoanalysis*, New-York, 1936 ; celui de R. SIEBECK, H. SCHULTZ-HENCKE et V. VON WEIZSACKER, *Ueber seelische Krankheitentstehung*, Leipzig, 1939; de Forster KENNEDY, *The interrelationship of mind and body*, Baltimore, 1939 ; et d'autres encore dont on trouvera la bibliographie dans le travail de H. DELGADO, *La Medicina y la Psicologia*, « *Revista de Neuro-Psiquiatria* », 1945 (pp. 251 et 252).

2. PARCHEMINEY, *Évolution Psychiatrique*, 1932.

3. Flanders DUNBAR, professeur à l'Université de Columbia, a publié son ouvrage *Psychosomatic Diagnosis* (éd. Hoelner à New-York et Londres) en 1943 et la même année, E. WEISS et ENGLISH, l'un professeur de clinique médicale, l'autre de psychiatrie à Philadelphie, publièrent leur livre *Psychosomatic Medicine* (éd. Sanders Company, Philadelphie, Londres). NACHT a fait au groupe de l'Évolution psychiatrique (1947) une remarquable conférence sur cette question (*Évolution psychiatrique*, 1948, n° 1). La *Patologia psicosomatica* (1 vol., 788 p. Buenos Aires, 1948) publiée sous la direction de Arnoldo RASKOVSKY est le fruit de la collaboration des psychanalystes argentins. (cf. plus haut notre Étude n° 4, p.78 et 79).

il y a quelques distinctions à faire et capitales. L'objet de la pathologie interne organique est le dérèglement des appareils et fonctions qui assurent la vie végétative et les facteurs psychiques (milieu social, événements, émotions, variations de la vie affective), y jouent un rôle évident à titre de participation aux forces de « réactions », d'immunité, etc... L'objet de la psychiatrie est le dérèglement des fonctions (et peut-être des appareils – mais qui précisera lesquelles avec quelque exactitude ?) qui assurent la vie de relation sous son aspect de régulation globale du comportement. Ces dérèglements sont comme les autres maladies dépendants de processus où s'intègrent les facteurs organiques et psychiques. L'hystérie ne doit pas être confondue avec les troubles organiques qui admettent une « part psychique », car elle engloberait purement et simplement toutes les maladies qui sont toutes à un degré divers « fonctionnelles » et, comme le soulignaient récemment encore F. DUNBAR et J. ARLOW ¹, sont *toutes* « psychosomatiques ». L'hystérie ne commence qu'avec la structure hystérique de la personnalité qui, elle, est une névrose. Tout le problème que posent les mécanismes de conversion hystérique se réduit donc, non pas à exiger une explication de la conversion corrélative aux fonctions d'expression somato-psychique mais à exiger une explication de la névrose hystérique. Voilà pourquoi il faut prendre conscience clairement de ce fait que, à moins d'admettre une psychogénèse *pure* à la fois des névroses et des maladies organiques, ce qui est *impossible*, la médecine psycho-somatique constitue une forme de pathologie – d'ailleurs traditionnelle – qui ne nous fait pas avancer d'un pas dans le problème étiologique de l'hystérie. Nous reviendrons sur ce point quand nous examinerons la théorie proprement psychogénétique de l'École de FREUD.

V. – *Les délires systématisés.*

Le délire de persécution d'évolution systématique a été étudié spécialement par FREUD dans un travail paru en 1911 sur la « paranoïa ». Pour lui, il y a à la base du délire de persécution une réaction contre l'homosexualité inconsciente. La personnalité subit de véritables assauts mais ce sont ceux des tendances homosexuelles. Cependant ces tendances sont neutralisées et rendues supportables par le mécanisme de la *projection* (attribution à autrui ou à des forces extérieures de ce qui vient de soi). Par ce mécanisme de la projection, l'affect fondamental subsiste, mais change de sens (je l'aime devient il me hait). Ceci rend compte du caractère sexuel fondamental des agressions persécutrices qui sont à la fois odieuses et complaisamment accueillies. Le persécuteur est toujours, ou tout au moins dans la majorité des cas, du même sexe que le persécuté (?). FREUD précise même qu'il n'est jamais qu'un homme auparavant aimé (pour un persécuté homme).

1. Flanders DUNBAR et Jacob ARLOW, *Criteria for therapy in psychosomatic Disorders*, « Psychosomatic Medicine », 1944, 6, p. 183.

L'analyse de FREUD la plus connue est celle du fameux cas SCHREBER, Président de la Cour d'Appel de Saxe, qui a écrit son auto-observation dans un livre paru en 1903 ; ce cas, en effet, est très démonstratif de la composante homosexuelle du système persécutif. Les raisons pour lesquelles éclate la psychose délirante sont assez obscures. Il existe chez le persécuté un point faible du développement libidinal (fixation à un stade de la sexualité infantile). C'est par cette brèche que va se faire le retour du refoulé. L'occasion va être soit une « frustration libidinale » par perte de l'objet aimé, ou par impossibilité de continuer à l'investir d'amour, soit surtout l'état de tension créé par l'impossibilité de se fixer sur un nouvel objet, d'opérer un choix objectal. C'est cette impossibilité qui est sous la dépendance de la fixation infantile de la libido. Dès lors, le délire apparaît comme une construction, une fiction destinée à satisfaire par son ambiguïté les tendances homosexuelles refoulées qui vont s'assouvir et se disculper dans la fable d'une persécution constante, d'une cohabitation affreuse mais désirée.

Il n'est pas jusqu'à l'efficacité du complexe d'autopunition qui ne se retrouve complice naturel de la secrète complaisance à la persécution et aux châtements qu'elle comporte, point que LACAN a admirablement mis en évidence dans sa thèse ¹.

Le *délire de jalousie* utilise également un processus de projection et comporte une composante homosexuelle. La formule de cette projection est : « je ne l'aime pas lui, il aime celle que j'aime », ou encore, « je l'aime, elle, mais c'est elle qui ne m'aime pas ». Formule qui met en évidence la part de haine qui anime le sentiment de jalousie « amoureuse ».

Le *délire érotomaniaque* travestit encore davantage la tendance homosexuelle. « Je ne l'aime pas, lui, c'est elle qui m'aime et que j'aime », formule qui, plus encore que pour la jalousie, rend compte de la profonde agressivité impliquée dans la fixation érotomaniaque.

Le mécanisme de la projection peut aller bien au delà de la simple inversion des « formules » passionnelles et non seulement c'est d'elle que dépend la construction symptomatique du délire, mais elle constitue le mouvement même du *mécanisme hallucinatoire*. L'hallucination, a dit FREUD, est un bourgeon de l'instinct. Les psychoses hallucinatoires systématiques sont constituées par la forme sensorielle du mécanisme de la projection. L'acte projectif atteint la profondeur des mécanismes perceptifs et assure ainsi sa pleine efficacité, son maximum d'objectivité et de travestissement. Ceci est une des vues les plus profondes de la psychopathologie freudienne appliquée à l'étude des psychoses et des hallucinations.

Le rapport de SCHIFF ² contient des indications précieuses sur les rapports de l'analité, de l'homosexualité et des psychoses paranoïques selon l'École psychanaly-

...l'efficacité du complexe d'autopunition qui ne se retrouve complice naturel de la secrète complaisance à la persécution et aux châtements qu'elle comporte, point que LACAN a admirablement mis en évidence dans sa thèse...

1. J. LACAN : *La paranoïa dans ses rapports avec la personnalité*, Paris, 1932.[NdÉ: rééd.: Seuil, 1975]

2. SCHIFF : *Rapport sur la Réunion des Psychanalystes de langue française*, 1935.

tique hollandaise (STIRCKE et van OPHUIJSEN). Pour ces auteurs qui ont beaucoup étudié – avec combien de raison! – les rêves de leurs malades, le persécuteur serait situé dans la sphère anale et le délire reproduirait la situation infantile centrée sur le cylindre fécal, prototype du corps étranger. ABRAHAM et Mélanie KLEIN ont retrouvé chez des enfants névropathes l'idée que les excréments étaient des poisons, ou des armes empoisonnées. L'homosexualité contemporaine de ces stades primitifs serait due à une identification au parent du même sexe dans la même situation persécutive imaginée sur la base en complexe anal.

VI.– *Les états maniaco-dépressifs* ¹

C'est surtout à la mélancolie que l'École freudienne s'est intéressée. D'emblée, en effet, comme le fait remarquer NACHT, « le mélancolique dans ses paroles se montre dominé par un « conflit de conscience », marqué par la souffrance morale qu'il éprouve, les reproches dont il s'accable, les accusations qu'il formule contre lui-même, les châtiments sévères ou cruels qu'il réclame, le jeûne qu'il s'inflige et enfin le suicide qui doit activer sa propre destruction ». K. ABRAHAM, dès 1911 ² s'est le premier intéressé à l'ambivalence du sentiment mélancolique et a mis en évidence l'autoagressivité et la fixation au stade de sadisme oral. FREUD ³ a consacré une étude très pénétrante à ce problème. L'état psychologique du deuil traduit un curieux travail de retraite de la libido qui, ayant perdu son objet, se retire à l'intérieur du Moi, pour investir ensuite un nouvel objet. Le mélancolique réagit, tout au début de la crise, comme s'il subissait le même travail. Mais, le plus souvent, la perte de l'objet est une perte non de l'objet lui-même (ce qui se voit parfois) mais seulement de l'objet en tant qu'objet d'amour. Généralement le mélancolique, bien que n'ayant rien perdu réellement, se comporte comme s'il avait cependant perdu quelque chose. Il sent qu'il a perdu, sans savoir quoi ni qui. Il se plaint comme si la véritable perte qu'il a faite était celle de son moi (je ne suis plus rien, je n'aime rien, je ne peux rien, etc ...). Ses plaintes, ses accusations, ses dénigrements révèlent qu'une forte agressivité s'est retournée contre son propre moi. Le malade confond son moi avec l'objet perdu. Tout le mal qu'il désire est dirigé vers l'objet perdu. L'identification du moi à l'objet explique la rage avec laquelle il s'acharne contre lui-même. Une telle identification exprime, certes, un choix objectal narcissique, mais le mélancolique va plus loin encore dans sa régression vers les stades primitifs de l'évolution de la libido, jusqu'au stade primaire sadique-oral. L'identification

...Le mélancolique se plaint comme si la véritable perte qu'il a faite était celle de son moi (je ne suis plus rien, je n'aime rien, je ne peux rien, etc...)

1. Cf. le livre *Psicoanálisis de la Melancolia*, (1 vol., 519 pages, Ed. Assoc. Psicoanal. Arg., Buenos-Aires, 1948) où A. GARMA et L. RASCOVSKY ont réuni l'ensemble des études psychanalytiques sur les États maniaco-dépressifs (S.FREUD, K. ABRAHAM, M. KLEIN, etc.).

2. ABRAHAM, *Zentralblatt für Psychoanalyse*, 1911 et 1916

3. FREUD, *Trauer und Melancolie* (Deuil et mélancolie), Ges. Sch. V. (paru en 1916).

de son moi à l'objet se fait sur le modèle primitif de l'incorporation orale, cannibale. Cette composante orale-sadique a été relevée chez les mélancoliques par tous les psychanalystes qui, depuis ABRAHAM et FREUD, ayant tenté de pénétrer dans la structure instinctuelle de la mélancolie¹, ont souligné la régression orale et les tendances sado-masochistes du mélancolique. C'est ainsi que NACHT résume de la sorte les mécanismes inconscients : – 1) un investissement narcissique de l'objet, – 2) de ce fait, la perte réelle ou symbolique de l'objet est ressentie par le moi comme une perte cruelle de lui-même, – 3) il réagit contre cette perte en s'identifiant à l'objet pour le garder en lui, – 4) mais cette identification, en raison des fortes fixations prégénitales orales ayant marqué le sujet, s'effectue régressivement sur le mode oral d'incorporation de l'objet par le moi, – 5) à ce stade oral, la composante agressive est particulièrement intense, le mélancolique fait donc une régression orale-sadique.

C'est sur ce thème que brodent généralement tous les travaux de l'École psychanalyste sur la régression mélancolique. Parmi ces travaux celui de Mélanie KLEIN² est un des plus connus et des plus originaux. Elle accepte l'idée de FREUD et d'ABRAHAM que le processus inconscient fondamental est *la perte de l'objet aimé* (Verlust der Liebesobjektes), ce qui conduit à son incorporation en soi, incorporation qui réalise une véritable *introjection* par le jeu des pulsions cannibaliques. Cette incorporation de l'objet constitue le noyau interne de l'angoisse par quoi la mélancolie se distingue de la paranoïa qui projette l'objet dans une persécution extérieure (expulsion, *Ausstossen*).

Quant à la *manie*, les psychanalystes ont certainement moins eu l'occasion de l'étudier. Signalons cependant quelques travaux importants³. Pour FREUD, la manie a le même contenu que la mélancolie et constitue seulement une fuite devant la mélancolie. M. KLEIN croit qu'elle constitue aussi une défense contre l'invasion paranoïaque et son élément central est le *sentiment de toute puissance* qu'expriment la domination et la conquête de l'objet introjecté. Le Moi, ajoute-t-elle, s'empare de l'objet par un mouvement de cannibalisme, que FREUD a appelé lui-même le festin ou le banquet (Fest) mais avec une sorte d'insouciance qui l'en détache, alors que dans la dépression il s'y concentre.

... Parmi ces travaux [sur la mélancolie], celui de Mélanie KLEIN est un des plus connus et des plus originaux...

1. SANDOR RADO, *Das Problem der Melancholie*, « Int. Z. f. Psychoanalyse », 1927, XIII, p. 439 ; HÉLÈNE DEUTSCH, *Zur Psychopathologie der manisch-depressiven Zustände*, « Int. Z. E Psychoanalyse », XIX, 1933 ; GERÖ : *Die Aufbau der Depression*, « Int. Z. f. Psychoanalyse », 1936 ; NACHT, *Le masochisme*, 1938.

2. Mélanie KLEIN, *Zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände*, « Inter. Z. f. Psychoanalyse », 1937, XXIII, p. 275 à 305.

3. Ceux de M. KLEIN et de H. DEUTSCH que nous venons de citer et l'article de LAGACHE, *Le Deuil maniaque*, « Semaine des Hôpitaux », 1937.

VII.— *Les états schizophréniques.*

La régression dans ces états se fait essentiellement vers le stade *narcissique*, auto-érotique, soit qu'il s'agisse des délires paranoïdes ou de la paraphrénie, soit qu'il s'agisse de catatonie. Ces malades vivent repliés en eux-mêmes. Ils ont perdu la capacité d'investissement libidinal d'un objet autre qu'eux-mêmes. Leur contact avec leurs semblables ou avec la réalité extérieure est nul, ou tend à être nul. Toutes leurs forces affectives sont dépensées et satisfaites en eux-mêmes et par eux-mêmes. Le déterminisme de cette situation psychique particulière relève de deux conditions. Tantôt ces malades sombrent dans la schizophrénie après un choc affectif (perte de l'objet aimé) qui les précipite dans cette régression auto-érotique. Tantôt ce sont des sujets (schizoïdes) qui n'ont jamais franchi le stade prégénital auto-érotique et narcissique. Ce sont des êtres dont le Moi faible ne permet pas une adaptation à la réalité et aux vicissitudes de l'existence. Il résulte de cette régression que toute la pensée et l'activité de ces malades se réduit à des processus auto-érotiques et narcissiques. Un exemple typique en est la *pensée délirante autistique* (BLEULER) par laquelle ils satisfont d'emblée et actuellement toutes les tendances de leur inconscient, tous leurs désirs (délires mégalomaniaques, fictions poétiques, fantasmes féeriques et incohérents). Un autre exemple en est l'état de *stupeur catatonique*: cette immobilité, ce refus de contact, cette dilection pour tous les comportements et attitudes de la vie archaïque, primitive et végétative, devenue l'expression directe et seule désirée de leurs instincts auto-érotiques, témoignent de l'introversion narcissique de leur Moi qui peut aller jusqu'au désir et au regret de la vie intra-utérine.

L'état schizophrénique si près de l'hypnose cataleptique dans ses formes catatoniques est très voisin du rêve dans son aspect autistique. C'est pourquoi les psychanalystes et BLEULER avec eux, ont pu traiter la pensée paranoïde selon les principes mêmes de l'analyse des rêves, en déchiffrant leur symbolisme et l'apparence d'incohérence des manifestations délirantes de leur inconscient. Tel est le thème habituel de tous les travaux analytiques sur la schizophrénie. Ils sont depuis BLEULER si nombreux et si sommaires que nous nous bornerons à cette simple indication. Signalons cependant que M^{me} CAVÉ¹ a récemment publié une observation détaillée qui démontre clairement à quelles banalités peut se réduire l'*explication* psychanalytique de la schizophrénie...

Nous ne saurions, sans ridicule, prétendre être complets, même en résumant au maximum (comme nous venons de le faire) la psychopathologie freudienne, mais nous devons cependant encore ajouter que, même dans des états psychopathologiques, dont le conditionnement organique est grossier et admis par tout le monde (ce qui était déjà

1. M^{me} CAVÉ, *Guérison psychique d'une schizophrénie, ses complexes de base*, « Annales médico-psychologiques », déc. 1947.

...Ils ont perdu la capacité d'investissement libidinal d'un objet autre qu'eux-mêmes...

un peu le cas des états schizophréniques et de la psychose maniaque-dépressive), les recherches freudiennes ont essayé de mettre en évidence une structure particulière de la personnalité conforme à la psychologie freudienne. C'est ainsi que pour l'épilepsie des analyses ont été tentées. Ed. H. REEDE ¹ a publié une observation d'une épileptique dont les crises étaient en relation avec un traumatisme psycho-sexuel, et qui disparurent par le traitement psychanalytique. DALBIEZ qui cite longuement cette observation ², donne quelques indications sur la « psychogénèse de l'épilepsie ». E. PICHON RIVIÈRE ³ est revenu récemment sur cette question. Il estime qu'il y a deux parts à faire dans la pathogénie de l'épilepsie, l'atteinte du Moi et celle du système pulsionnel. C'est dans ce sens que nous avons conduit une étude que nous publierons dans un autre volume, observation qui situe le rôle de l'inconscient dans le déroulement crépusculaire comitial. – On a pu même étudier du point de vue psychanalytique, les troubles mentaux de la *Paralysie Générale* ⁴. En ce qui concerne les *psychoses et démence séniles*, nous renvoyons aux études de JERGELSMAN ⁵ et de W. SCHEID ⁶, à titre d'exemples d'application de la théorie psychanalytique à l'étude des troubles mentaux acceptés par tous comme déterminés par un processus organique cérébral.

...pour l'épilepsie des analyses ont été tentées. Ed. H. REEDE a publié une observation d'une épileptique dont les crises étaient en relation avec un traumatisme psycho-sexuel, et qui disparurent par le traitement psychanalytique...

LA THÉORIE PSYCHOGÉNÉTIQUE DES ÉTATS PSYCHOPATHOLOGIQUES

C'est par l'organisation répressive des instincts que FREUD rend compte de la psychologie normale. En matière de psychopathologie, l'école freudienne a mis en évidence, de manière plus ou moins claire et démonstrative, les mécanismes inconscients des névroses et des psychoses. Mais il y a plus. FREUD entend donner une *explication* causale des troubles mentaux par les mécanismes psychologiques. Pour lui, l'état psychopathologique n'est qu'une déformation infligée à la vie par les ressorts de la vie inconsciente. Toute autre explication lui paraît superflue ou tout au moins purement occasionnelle. Cet aspect de la doctrine de FREUD est un de ceux qui, avec le symbolisme, ont été les plus défendus et les plus combattus. Nous croyons que c'est le plus critiquable. Il l'est d'autant plus, que la doctrine elle-même reste flottante, et qu'à certains égards elle se dérobe et, sans faire trop nettement appel à d'autres facteurs étiologiques, en pose cependant constamment la nécessité. Nous avons assez souligné la

1. REEDE, *The Psycho-analytic Review*, janvier 1922.

2. DALBIEZ, tome 1, p. 467 à 480.

3. Enrique PICHON RIVIÈRE, *Patogenia y dinamismos de la Epilepsia*, « Revista de Psicoanálisis », 1945, et son article *Los dinamismos de la Epilepsia* dans la « Patología psicósomática » de Arnoldo RASCOVSKY, Buenos-Aires, 1948.

4. JOLLOS et FERENCZI, 1 Vol., 1922.

5. JERGELSMAN, *Zeitsch. f. d. g. Neuro*, 1931, 135, p. 657.

6. W. SCHEID, *Zeirsch. f. d. g. Neuro*, 1933, 141 p. 437.

révolution qui s'était opérée au sein des écoles psychanalystes et dans la pensée de FREUD lui-même pour ne pas nous étonner que la « psychogénèse » des troubles mentaux, la « causalité psychique » dont ils dépendent dans la doctrine originelle, aient subi une assez substantielle transformation. Il y a, en effet, deux théories et non pas une théorie de la nature et de la causalité psychique des états psychopathologiques : la théorie du traumatisme psychique pathogène et la théorie de la régression libidinale. C'est l'une et l'autre de ces théories que nous examinerons successivement. Il y aura lieu ensuite d'examiner la fonction théorique de la distinction des névroses et des psychoses que la plupart des psychanalystes défendent.

I. – *Théorie du traumatisme psychique pathogène.*

Dès les premières investigations de FREUD, dès son travail fait en collaboration avec BREUER, le rôle de certains souvenirs refoulés lui parut primordial. Tout se passait dans les névroses - seules étudiées - comme si l'obsession, les phénomènes hystériques, l'angoisse provenaient directement et exclusivement ¹ de l'action perturbatrice, véritablement pathogène du souvenir inconscient. C'est sur cette base qu'a été entreprise la tentative de traitement des névroses le souvenir inconscient paraissant lié à un *traumatisme psychique infantile* (Urszene). Les premières analyses faites et tous les grands travaux de psychanalyse de la première heure s'évertuaient à mettre en évidence ce traumatisme dans l'histoire des névroses. Tantôt, on retrouvait l'action traumatique d'une *scène* (perception des rapports sexuels des parents, – masturbation par une nourrice, – pratiques homosexuelles, – tentatives de viol, – acte d'exhibitionnisme ou tout autre incident de promiscuité familiale, d'attentats aux mœurs ou d'émoi sexuel). Tantôt on « montait en épingle » certaines émotions sexuelles ou affectives de la première enfance (sevrage, le traumatisme de la naissance lui-même, fixations incestueuses, etc ...). Ces situations affectives « montaient » dans l'inconscient des mécanismes plus ou moins stéréotypés, des *complexes* idéo-affectifs. C'est de cette constatation que sont parties les études des analystes sur les complexes d'Édipe, de castration, de sevrage, etc... Mais, d'une part, force était bien de se rendre compte que ces « complexes » se retrouvaient *chez tous les êtres humains* d'une part et que, d'autre part, le souvenir refoulé de la « Urszene » traumatisante faisait complètement *défaut dans beaucoup de cas*. D'où l'évolution de la psychogénèse freudienne vers une conception un peu différente, celle de la régression libidinale dont nous parlerons plus loin.

1. Notons cependant que FREUD, dans son fameux article de la *Revue Neurologique* (1895) relève l'importance de certains facteurs étiologiques organiques, notamment l'hérédo-syphilis dans le déterminisme des névroses. Mais ceci est resté un peu comme une simple « clause » de style dans le développement de ses études psychopathologiques.

Cette théorie du traumatisme pathogène a donc dans l'histoire de la psychanalyse un caractère un peu « primitif », un peu « primaire », un peu « périmé ». Certes, il demeure *théoriquement* fondamental, mais nous ne craignons pas d'être contredit par les psychanalystes les plus orthodoxes, en affirmant qu'il est passé petit à petit au deuxième plan de la psychopathologie freudienne. Aussi l'apologie que M. DALBIEZ a fait de ce point de vue, nous a-t-elle toujours paru s'inspirer d'un freudisme un peu désuet. On sait que M. DALBIEZ assimile (comme bien d'autres auteurs d'ailleurs) le mécanisme pathogène du traumatisme psycho-sexuel infantile au déterminisme des réflexes conditionnels dans l'adaptation de la personnalité ¹. On peut, en effet, se représenter le rôle de l'événement dans l'histoire de l'individu, comme ayant une influence déterminante sur la plasticité des fonctions psychiques de la vie de relation. Cela est d'une évidence que personne ne peut contester. Mais c'est une toute autre question que celle de savoir si de telles actions de « milieu », de telles « situations vitales », peuvent imposer à un être sain une déformation pathologique aussi profonde que l'est un état de névrose ou de folie. Les explications psychogénétiques de ce genre ont toujours quelque chose de superficiel et d'embarrassé, quand elles n'ont pas un caractère absolument fantaisiste ². Car toujours et sans cesse se pose la question : comment peut-il se faire que des mécanismes psychologiques, communs à tous les hommes (d'après les psychanalystes eux-mêmes) provoquent des bouleversements si considérables seulement chez quelques-uns d'entre eux ? Et c'est pourquoi l'école psychanalytique s'est tournée vers la notion de « régression ».

...Cette théorie du traumatisme pathogène a donc dans l'histoire de la psychanalyse un caractère un peu « primitif », un peu « primaire », un peu « périmé »...

...comment peut-il se faire que des mécanismes psychologiques, communs à tous les hommes (d'après les psychanalystes eux-mêmes) provoquent des bouleversements si considérables seulement chez quelques-uns d'entre eux ?...

II.— *Théorie de la régression libidinale.*

Il faut, disent alors les psychanalystes, se référer à la théorie générale de l'évolution de la vie instinctive. Si certains événements agissent comme agents pathogènes, c'est qu'il existe une faille dans l'organisation de la personnalité, c'est qu'il existait une fixa-

1. C'est l'aspect « théorie de l'action pathogène du milieu » ou la conception de PAVLOV qui est ici utilisée, ainsi que nous le soulignons plus haut. Mais il est bien clair que dans les « névroses expérimentales » qu'elles aient été réalisées dans le laboratoire à « Pétrograd » ou qu'elles soient « conditionnées » par MASERMAN ou GANTT, il s'agit de variations et de fixations de comportements ou d'habitudes qui s'inscrivent dans la gamme des réactions adéquates aux variations du milieu. L'angoisse y est par exemple une « Realangst » (une angoisse réelle), une angoisse provenant d'un « stimulus » ou d'une rupture de stimulus pénible. Dès que l'on met en évidence une réaction anormale, on cesse de faire appel à ces conditions de surface et de plasticité pour faire intervenir soit une « prédisposition » soit un « trouble de la dynamique cérébrale », car les névroses sont non pas des troubles « par conditionnement » mais des maladies « du conditionnement ».

2. Comme par exemple, quand elles expliquent un état schizophrénique par un complexe de sevrage ou le narcissisme, et plus généralement quand elles présentent la structure psychanalytique d'un état psychopathique comme la cause de la maladie... dont il serait plus juste de dire qu'elle est l'effet. Ce renversement de la causalité a été justement dénoncé par une psychanalyste Karen HORNEY (1943).

tion à un stade archaïque de la libido, ou qu'il y a eu régression vers un stade archaïque des tendances instinctives. Cette notion de phases successives de l'évolution de l'instinct constitue, en effet, la base des études psychanalytiques les plus modernes ¹. Elle constitue, nous l'avons vu, un des côtés les plus intéressants du freudisme, dont elle représente l'aspect génétique, si nécessaire à toute conception dynamiste. Mais la « psychogénèse » freudienne envisagée dans cette perspective perd beaucoup de sa force primitive, car enfin, si la maladie représente un retour ou un arrêt à un stade de l'évolution, il reste encore à déterminer les conditions de cette régression ou de cette fixation. Et ces conditions ne paraissent pas être exclusivement psychiques. C'était d'ailleurs l'opinion de FREUD lui-même, quand il écrivait ² cette petite phrase pleine de sens: « Nous ne pouvons pas affirmer que la régression de la libido soit un processus purement psychologique... Bien qu'elle exerce sur la vie psychique une influence très profonde, il n'en reste pas moins vrai que c'est le facteur organique qui domine chez elle » l'importance des facteurs organiques acquis et surtout héréditaires est effectivement une donnée de fait que l'on ne peut systématiquement révoquer en doute chez les névropathes et les psychopathes. Si bien que beaucoup de psychanalystes, forts de leur doctrine moniste et vitaliste, ne font pas de difficulté pour admettre un déterminisme organique contemporain des processus psychiques. C'est sur ce point que porte le malentendu : dire qu'un processus organique comporte « une autre face » psychique, ou qu'un processus organique s'exprime par une structure psychique, c'est admettre le primat de l'organique quand il s'agit d'expliquer pourquoi telle ou telle structure psychopathique existe, car un reflet s'explique par une chose et non une chose par son reflet ou son effet. Or les faits se chargent de dire laquelle des deux séries est cause et laquelle est l'effet. Ces faits sont d'abord le caractère « commun », « banal » du mécanisme inconscient des structures psychopathologiques et ensuite l'observation expérimentale que des causes organiques produisent des structures psychopathologiques. Envisagée donc, sous sa forme « modérée » et « atténuée », la théorie psychogénétique freudienne s'avère impuissante à résister à la plus sommaire analyse. Quand on la serre de près, elle s'évanouit... Mais, dira-t-on encore, nous avons pour prouver le primat du psychique sur l'organique, d'autres faits: ce sont les résultats thérapeutiques. Voire ?

III.— *La distinction entre névroses et psychoses.*

D'abord les psychanalystes ont bien soin d'indiquer qu'il y a une « barrière infranchissable » entre névroses et psychoses. Aussi, ils circonscrivent avec netteté le champ

1. Le travail de J. J. MICHAELS, *Integration in Psychoanalysis*, « Journal of nerv. and ment. diseases », juillet 1945, est tout à fait démonstratif à cet égard.

2. p. 379 de l' *Introduction à la Psychanalyse*.

...Les conditions [de la Régression] ne paraissent pas être exclusivement psychiques. C'était d'ailleurs l'opinion de FREUD lui-même...

des névroses ou, selon eux, joue à plein la psychogénèse. Ils font la « part du feu ¹ » et garantissent au maximum, en le restreignant, le domaine de la psychogénèse pure. Dans ce champ de névroses, ils s'ébattent à plaisir, ils analysent, psychothérapeutent et prétendent guérir, démontrant ainsi le bien-fondé de leur doctrine.

On peut se demander, cependant, si la prétention des psychanalystes à guérir sûrement et radicalement les « névroses » est bien justifiée. Depuis trente ans, nous connaissons tous de telles cures d'hystériques, d'obsédés, ou plus généralement de névrosés et il est bien certain que la psychothérapie freudienne est de toutes les psychothérapies certainement la plus efficace. Nous ne songeons pas naturellement comme d'autres l'ont fait à en détourner les psychiatres pour lesquels elle est une méthode de cure remarquable. Mais enfin ne voyons-nous pas souvent des obsédés « guéris » recouvrer, quelques années, et même quelques mois après leurs obsessions, les mêmes et d'autres ? N'a-t-on pas vu aussi des cas de névroses rebelles à toute analyse... On ne compte plus, je pense, les psychanalyses interminables qui tournent « en rond ». Pour tous ces cas, la réponse des disciples de FREUD est toute prête : « Il s'agissait de troubles du Moi, de psychoses ». Mais cette distinction entre les troubles du Moi, et les troubles névrotiques ne peut valoir que dans l'exacte et seule mesure où le Moi et l'Inconscient constituent des domaines distincts, ce qui est très peu démontré dans la théorie de FREUD, et encore moins dans les travaux des psychanalystes. De telle sorte qu'après avoir si nettement tranché les limites qui séparaient les névroses des psychoses, elles finissent par se réduire au critère de la réussite ou de l'échec de la psychothérapie. A ce compte, on comprend combien souvent, en effet, le psychanalyste, après quelques essais, renvoie le sujet au psychiatre, en arguant de son impuissance devant le cas où « il existe des troubles du Moi »... « où le Moi n'a pas assez de force » etc... (PARCHEMINEY).

Et pourtant, répétons-le, les psychanalystes ont des succès. Ils parviennent à modifier des inhibitions ou des déviations de la vie psychique. On peut se demander, à cet égard, si le terrain de choix de la psychanalyse ne serait pas dans certaines contraintes, dans certaines gênes, dans certaines faiblesses psychiques, elles, psychogénétiques et particulièrement plastiques. Il ne faut pas perdre de vue que la personnalité normale est soumise à des variations « psychologiques ² ». Certains comportements, certaines « réactions » ou « maladjustements », certaines organisations du caractère, certains

...On peut se demander, cependant, si la prétention des psychanalystes à guérir sûrement et radicalement les « névroses » est bien justifiée...

1. Exactement comme les mécanicistes qui, gênés par toute la structure psychique des névroses, tiennent également à une distinction qui « garantit » au domaine des psychoses leurs interprétations mécanicistes. Cette double attitude prise pour des raisons doctrinales opposées mais en vertu de la même « tactique » explique que soit si solide une distinction « valable seulement pour le sergent de ville et le préfet de police », comme disait plaisamment P. JANET.

2. Nous employons ici ce terme comme celui de « physiologique », c'est à dire « normal par opposition au terme « pathologique ».

« plis » de la vie psychique, certains « nœuds » de la vie instinctivo-affective dont les sujets souffrent, paraissent bien justiciables du traitement. Mais malgré les ressemblances de surface qu'ils présentent avec les psychonévroses, celles-ci en restent bien différentes et spécialement à l'égard de la psychothérapie. Inversement, si les psychanalystes ne guérissent pas complètement les névroses, celles-ci se trouvent de ce fait rapprochées, selon leur parenté naturelle, des psychoses. Il convient, en effet, de bien faire remarquer qu'il n'est pas vrai que les psychoses soient absolument irréductibles à l'action psychothérapeutique. Si, dans beaucoup d'états d'anxiété ou d'états dépressifs de type mélancolique, cette influence est certainement faible, il n'en reste pas moins que, même chez de grands maniaques-dépressifs, il existe souvent des états obsessionnels de formes frustes et des séquelles délirantes parfaitement justiciables des tentatives psychothérapeutiques freudiennes. De même certaines organisations délirantes peuvent être heureusement modifiées – et dans certaines conditions guéries – par la psychothérapie freudienne. Avec les états schizophréniques, sauf pour certaines formes peu évolutives ou de début qui, en fait, se situent presque au niveau des névroses, l'inefficacité psychothérapeutique est habituelle, mais certains symptômes (négativisme, attitudes catatoniques, etc...) peuvent être favorablement modifiés.

Ainsi est, à notre avis, à la fois justifié et limité le rayon d'action, le champ d'efficacité thérapeutique de la psychanalyse ¹. Il résulte de ce qui précède que la césure doit plutôt se placer entre les « variations psychologiques » normales et les névroses, et non entre les névroses et les psychoses. Ce que les psychanalystes guérissent ce sont des « névroses normales » (selon un mot de M. ODIER que RÜMKE a repris à Zurich en novembre 1947). Dès qu'ils abordent les états psychopathologiques, y compris les psychonévroses, leur action thérapeutique est comme dans les psychoses, quoique à un degré moindre, inconstante et partielle, car il existe dans le conditionnement de tous ces états, autre chose que des mécanismes psychologiques, fussent-ils inconscients. Au contraire dans toutes ces variations individuelles du psychisme, dans les différenciations psychologiques du caractère, et des comportements psycho-sexuels ou sociaux qui constituent des anomalies non pathologiques et purement psycho- ou sociogéniques, le psychanalyste qui les décore souvent du diagnostic de « névrose » obsessionnelle ou d'hystérie, etc... rend de grands et inappréciables services. Mais on ne saurait y voir une preuve de la psychogénèse de ces états psychopathologiques qui restent, dans leur essence profonde, incomplètement vulnérables par l'action de la psychanalyse. La psychogénèse, conditionnant et constituant les variations d'un psychisme plastique et normal, ne saurait expliquer ces formes anormales de la vie psychique

1. C'est ce que nous avons développé à la *Société Suisse de Psychiatrie* à Zurich le 23 novembre 1947, au cours de la réunion consacrée aux limites et aux possibilités de la psychothérapie. [NdÉ: *Efficacité de la psychothérapie*, L'Évolution psychiatrique 1949, XIV, 3, 1949, 289-302.]

que nous appelons psychoses ou névroses et qui sont caractérisées précisément par le défaut de plasticité et de psychogénèse pure. Tout Psychiatre, tout Homme qui réfléchit en tombe fatalement d'accord.

Comme nous l'avons souligné au début de cette étude, l'apport de FREUD et de son École a été et reste si important pour la connaissance et le traitement de troubles mentaux qu'aucun psychiatre ne peut davantage refuser d'admettre le rôle de la vie inconsciente dans la « folie » (psychoses et névroses) qu'elle ne peut l'écarter d'une théorie du rêve. Aucune polémique, aucun préjugé ne peut retirer à la psychanalyse la place éminente qu'elle a conquise dans la science psychiatrique.

Mais il suffit de se rapporter à l'exposé des diverses situations concrètes que nous venons de rappeler pour saisir que, malgré certaines « réserves de principe », certaines « clauses de style » qui formulent *que les troubles organiques et les troubles psychiques ne doivent pas être séparés* ou encore *qu'il existe « aussi » des facteurs organiques actuels ou constitutionnels*, FREUD et tous les psychanalystes sont nécessairement entraînés, comme malgré eux mais par leur propre mouvement, à considérer constamment les troubles auxquels ils appliquent leur méthode, non seulement comme étant en relation avec le système pulsionnel inconscient mais comme causés par lui : – l'obsédé a des obsessions *parce que* son Sur-Moi est devenu anormalement exigeant – l'hystérique est paralysée de ses jambes *parce qu'elle* refuse d'entrer dans la vie conjugale – le catatonique est replié sur lui-même *parce qu'il* aspire à revenir dans le sein maternel – le persécuté est terrassé *parce qu'il* a un sentiment inconscient de culpabilité, etc... Qu'on le veuille ou non, c'est à une causalité psychique pure de la pathologie mentale, c'est-à-dire, en dernière analyse, à des rapports de signification à intention que tend la théorie freudienne.

Or une telle conception se heurte fatalement, par son approfondissement même, à l'impossibilité de rendre compte de la constitution du trouble, puisque ce qu'elle trouve au fond de tous les comportements normaux ou pathologiques, c'est la forme spécifique de la vie instinctuelle qui nous est commune ou la forme personnelle de nos tendances qui nous distingue les uns des autres, sans que pour cela nous soyons « malades ». Autrement dit, aucune explication d'une « maladie », de « troubles morbides » ou de « formes pathologiques » ne pourra jamais satisfaire en faisant appel à des formes *d'organisation* vitale ou psychique pour rendre compte de la *désorganisation* des fonctions vitales ou psychiques ¹.

C'est pourquoi du reste tous les psychanalystes depuis FREUD lui-même, dès qu'ils sont poussés ou qu'ils vont eux-mêmes jusqu'au bout de leur argumentation, ne man-

...Aucune polémique, aucun préjugé ne peut retirer à la psychanalyse la place éminente qu'elle a conquise dans la science psychiatrique...

1. Seule l'extension abusive du concept de « névrose » à toutes les variations de comportement humain peut paraître justifier cette illusion si répandue.

...Nous avons soumis cette étude à l'appréciation de S. NACHT. Il a bien voulu nous donner quelques conseils qui nous ont été précieux pour sa rédaction...

quent jamais d'admettre que les « facteurs organiques », les « désordres somatiques », ou, ce qui revient au même, une « altération du Moi » jouent un rôle déterminant. Nous avons soumis cette étude à l'appréciation de S. NACHT. Il a bien voulu nous donner quelques conseils qui nous ont été précieux pour sa rédaction et a poussé l'amabilité jusqu'à commenter notre texte. C'est ainsi qu'à propos de la « causalité psychique », c'est-à-dire de la thèse proprement psychogénétique que nous considérons comme l'essence de la théorie freudienne, il a écrit une petite note que nous nous permettons de reproduire ici : « La *causalité psychique n'est qu'une causalité de second degré, le conflit psychique n'acquiert une valeur pathogène que sur certains terrains.* » En cela, répétons-le, il nous paraît être d'accord avec la plupart des psychanalystes, qui se défendent d'être purement psychogénétistes... et avec nous !

Il est clair en effet que la conception freudienne, tout en étant et restant dans son essence psychogénétiste, car son intuition la plus profonde est de trouver un sens, c'est-à-dire une cause psychique à la « folie », se trouve contrainte de renoncer à son postulat pour autant qu'il est en contradiction avec les faits : les troubles psychiques étant *autre chose* que des expressions purement significatives de l'Inconscient. De telle sorte que la doctrine psychanalytique a subi depuis ses prémisses une inflexion profonde dont nous venons de retracer la courbe. En disant avec NACHT et au terme actuel du mouvement psychanalytique que la psychogénèse n'est qu'une causalité de deuxième degré, nous devrions tous tomber d'accord, par conséquent, pour condamner toute psychogénèse pure, c'est-à-dire le pouvoir exclusivement pathogène de l'Inconscient. C'est pourquoi, quant à nous, nous nous sentons forcés et justifiés par cette contrainte même, de chercher dans une autre direction une hypothèse qui place l'organogénèse des troubles mentaux au premier rang, la psychogénèse à sa place à la fois considérable mais subordonnée et qui situe exactement le problème de la projection de l'Inconscient dans les symptômes. Cette projection ne constitue pas le processus causal primordial mais l'effet de ce processus qui constitue ce que nous appelons une fixation archaïque, une régression ou une dissolution du psychisme.

Bien entendu, une telle entreprise, pour être menée à bien, ne devra jamais perdre de vue tout ce que la psychanalyse nous a *révélé* du sens des symptômes névrotiques et psychotiques. Toute théorie de troubles mentaux qui risquerait en effet d'écarter des connaissances, de la science, de l'anthropologie psychiatriques tous les faits que les psychanalystes ont, grâce à FREUD, découverts, serait tout simplement dérisoire. C'est dire combien l'œuvre de FREUD et de son École à condition d'être soustraite à l'idée d'une psychogénèse pure des troubles psychiques, nous apparaît prodigieusement féconde. Ce que les psychanalystes n'ont pas su faire en demeurant rivés, en dépit parfois de leurs affirmations, au concept de « psychogénèse pure », nous devons le faire dans le cadre d'une conception *organo-dynamiste* plus large.

...Toute théorie des troubles mentaux qui risquerait en effet d'écarter des connaissances, de la science, de l'anthropologie psychiatriques tous les faits que les psychanalystes ont, grâce à FREUD, découverts, serait tout simplement dérisoire...

Étude n° 7

PRINCIPES D'UNE CONCEPTION ORGANO-DYNAMISTE DE LA PSYCHIATRIE ¹

1. Folie et valeurs.
2. Rythme de la médecine.
3. Mécanicisme et psychiatrie.
4. La notion de « maladie mentale ».
5. La doctrine de G. de Clérambault.
6. Freud et la psychanalyse.
7. *Conception Organo-dynamiste*.
8. Rêve et psychopathologie.

Si la vieille conception « purement » mécaniciste de la Psychiatrie s'avère incapable de nous rendre compte du travail psychique constitutif des troubles psychonévrotiques et psychotiques ; si une conception « purement » psychogénéiste, aux yeux mêmes de ceux qui s'en sont fait les champions, est dans l'impossibilité de nous expliquer comment et pourquoi « autre chose » que le mouvement et les péripéties de la vie psychique intervient dans le déterminisme des névroses comme des psychoses – alors peut-être sommes-nous fondés à chercher dans une autre direction, sans renoncer ni au principe de causalité qui fonde notre science, ni à celui de signification qui la caractérise – et, prenant acte de l'impuissance de toutes ces théories, à tenter de les « dépasser ». Mais pour cela, il faut bien que nous *répudions à la fois le dualisme qui sépare trop et le monisme qui ne sépare pas assez, le psychisme de la vie*. Il convient de voir dans l'organisme en tant que forme de l'existence, non pas seulement une architecture mais un *devenir*, un mouvement qui nous fait passer de l'ordre de la « vitalité » à celui de « l'humanité ». Autrement dit, nous devons envisager la vie psychique comme une forme d'organisation dont la vie organique est une condition nécessaire mais non suffisante. C'est seulement, nous l'avons vu ², dans une telle conception dynamiste et dialectique des rapports du physique et du moral que nous pouvons orienter délibérément tous les problèmes psychiatriques vers des solutions qui échappent

...Il convient de voir dans l'organisme en tant que forme de l'existence, non pas seulement une architecture mais un devenir...

1. La conception que nous défendons est celle que nous appliquons à tous les problèmes particuliers et concrets et que nous présenterons dans notre ouvrage *Histoire naturelle de la folie*. Aussi voudra-t-on excuser la sécheresse théorique de cette étude ici nécessairement abstraite et sommaire. Quand nous aborderons les « Études » consacrées aux faits concrets il sera facile, espérons-nous, de se convaincre que ce que nous présentons ici comme un assez sec « système » est nourri de la substance même de la clinique. [NdÉ : Les premières journées de Bonneval consacrées à *L'Histoire naturelle de la folie* eurent lieu les 15-16 août 1942 ; L'esquisse du plan recueilli par J. DELMONT a été édité hors commerce en 1943. rééd. in *Info. Psy.* 1999 : 5, pp. 477-488]

2. pp. 53 à 55.

peront peut-être ainsi à la fastidieuse et vaine querelle des « organicistes » et des « psychistes » puisqu'il sera entendu une fois pour toutes que toute névrose comme toute forme psychopathologique exige pour sa formation, à la fois et ensemble, un trouble organique primordial (condition « sine qua non ») et une structure psychologique nécessaire qui en constitue la phénoménologie, la base existentielle.

En désirant « dépasser » les deux termes rituels des antinomies doctrinales habituelles, nous savons bien que nous nous exposons à une incompréhension quasi générale de notre point de vue ¹ qui apparaîtra encore longtemps aux « organicistes » trop « psychologique » et aux « psychogénétistes » trop « organiciste ». Nous n'espérons pas convaincre, ici, en quelques mots, ni les uns ni les autres. Il nous sera cependant permis de dire aux premiers que dans la mesure où leur théorie fait appel à un « apsychologisme » de principe, ils se sentent eux-mêmes impuissants à faire une théorie de l'engagement de la vie psychique dans la névrose et la psychose et qu'au surplus, ce à quoi ils tiennent le plus généralement, est précisément ce que nous admettons par hypothèse, l'origine « organique » des troubles « mentaux ». Aux seconds nous rappellerons qu'ils ne cessent eux-mêmes constamment de faire appel à un facteur « organique » concomitant (hérédité, troubles hormonaux, facteurs psycho-somatiques) pour « compléter » ce que la psychogénèse est impuissante, de leur propre aveu, à expliquer et que, au surplus, ce à quoi ils tiennent le plus généralement est précisément ce que nous admettons par hypothèse, la nature « psychique » des symptômes névrotiques et psychotiques, c'est-à-dire leur étroite solidarité avec la vie psychique consciente et inconsciente.

Un deuxième point doit être encore une fois et préalablement éclairci, c'est l'équivoque sur lequel repose la synonymie des deux termes : « organicisme » et « mécanisme ». Pour les mécanicistes, qui prétendent au monopole exclusif de toute théorie organiciste, dire qu'une mélancolie est conditionnée par un trouble somatique suffirait à justifier une explication par les thèses spécifiquement mécanicistes. Pour les « psychogénistes », être organiciste c'est être également et « ipso facto » « mécaniciste ». Or, et ceci est capital, notre propre conception des rapports vitaux de l'organisme et du psychisme, répétons-le sans cesse, nous garantit contre cette exclusivité et cette impasse. Nous pensons que l'on peut concevoir une théorie organiciste qui ne soit pas mécaniciste, et que l'on doit cesser d'envisager que seule une théorie mécaniciste est possible dans le cadre théorique de l'organogénèse des troubles mentaux.

C'est à quoi précisément nous nous employons de toutes nos forces, non point certes pour faire triompher une sorte de conciliation ou de « synthèse » plus ou moins

1. Ainsi qu'il nous est loisible de le constater depuis plusieurs années.

...ce que nous admettons par hypothèse, la nature « psychique » des symptômes névrotiques et psychotiques, c'est-à-dire leur étroite solidarité avec la vie psychique consciente et inconsciente...

éclectique des deux courants habituels d'idées et de doctrines, mais pour les dépasser et les intégrer dans une hypothèse psycho-biologique plus vaste : *l'organo-dynamisme*.

C'est dans cet esprit qu'avec J. ROUART, en 1936, nous avons pensé que les principes de HUGHLINGS JACKSON pouvaient être appliqués à la Psychiatrie au delà de ce que l'illustre neurologue anglais avait lui-même imaginé. Si jusque là ils avaient été seulement utilisés – et on sait avec quelle fécondité – par la neurologie, c'est pour une double raison (qui nous ramène encore à l'antagonisme doctrinal que nous entendons « dépasser »). Les principes de JACKSON ont été appliqués en effet d'une part aux seules « dissolutions locales » des fonctions nerveuses, de telle sorte qu'ils apparaissent aux psychogénistes comme suspects pour utiliser trop la notion de « localisation » étroite et absurde des phénomènes psychotiques et psychonévrotiques et que, d'autre part, ils semblent aux mécanicistes peu satisfaisants par leur constante référence au concept de « dissolution » pour expliquer des symptômes qui, selon un de leurs postulats les plus essentiels, doivent ressortir dans leur forme la plus typique du seul processus d'excitation ou d'un mécanisme partiel analogue... Ainsi en est-il pour la catatonie, les hallucinations, les impulsions, les idées délirantes, etc... Ajoutons à ces résistances théoriques des inhibitions métaphysiques sur lesquelles il est inutile d'insister, et nous comprendrons pourquoi *jamais*, même pas par JACKSON lui-même, *aucune tentative complète n'avait été entreprise* pour coordonner en un système théorique cohérent les principes de H. JACKSON sur l'évolution et la dissolution des fonctions psychiques ¹.

...Ajoutons à ces résistances théoriques des inhibitions métaphysiques sur lesquelles il est inutile d'insister, et nous comprendrons pourquoi jamais, même pas par JACKSON lui-même, aucune tentative complète n'avait été entreprise pour coordonner en un système théorique cohérent les principes de H. JACKSON...

1. Nous avons pris connaissance seulement, pendant la correction des épreuves de la première édition de cet ouvrage, du livre de Herman F. HOFFMANN, *Die Sichttheorie, Eine Anschauung von Natur und Leben* (un vol. de 103 pages, édité à Stuttgart en 1935). Nous n'avions jamais pu nous procurer ce livre, paru peu avant notre monographie de 1936, et ce n'est que sa traduction espagnole que nous avons pu consulter (traduction Peraita, Madrid, 1946). C'est, avec la Psychologie Médicale de KRETSCHMER (3^e édition, 1926), l'essai de Max LEVIN (*On the causation of Mental Symptome... psychiatric application of H. Jackson views... with partic. reference to delirium and schizophrenia*, « Journal of Mental Science », 1936, 82, pp. 1 à 27) le livre de MONAKOW et MOURGUE (*Introduction à la Neurobiologie*, 1930) et le travail de F. BARAHONA-FERNANDES sur les *Hypercinésies* (Lisbonne, 1938), un des travaux qui se rapprochent le plus de notre manière de voir, et qui puise notamment son inspiration dans les principes de JACKSON. Cependant ces principes restent, dans l'œuvre de HOFFMANN, comme dans celle de LEVIN et de MONAKOW et MOURGUE, trop abstraits et insuffisamment élaborés. C'est à partir des analyses caractérologiques de KLAGES et de la « stratification » des états psychopathiques (déséquilibre psychique ou constitution psychopathique) de Kurt SCHNEIDER que HOFFMANN tente de montrer à quelle hiérarchie des fonctions neuro-psychiques correspondent ces « niveaux », cette stratification des comportements. Mais aucun approfondissement n'est tenté de ces principes et aucune perspective vraiment nouvelle ne s'ouvre avec cet ouvrage dont l'intérêt est pourtant certain. Smith Ely JELLIFFE avait, lui aussi, présenté une vue « jacksonienne » des niveaux du système nerveux et de la vie psychique (vues que l'on trouve réexprimées dans la grande Introduction de son traité avec WHITE, *Diseases of the Nervous System*, Philadelphie, Lea, 1935). Le premier travail de JELLIFFE sur ce sujet est de 1923 et est intitulé : *Paleopsychology (Essai de schéma de l'évolution des fonctions symboliques)*, (*Psychoanalytic Review*, janvier 1923) Le chapitre du traité se réfère à HUGHLINGS JACKSON d'après l'édition des *Collected Works*, Londres, 1931. Mais en fait l'objectif recherché à travers cette référence jacksonienne n'était que d'étayer sa psychiatrie psychanalytique.../...

C'est à la vieille, et sans doute périmée, philosophie de SPENCER que JACKSON se référerait comme à la seule philosophie du développement qu'il connut lui-même à son époque. Il n'est naturellement pas question pour nous de revenir aux conjectures de l'« évolutionnisme », mais seulement de rester fidèle au concept même d'évolution *d'un organisme*. Il nous semble que, à cet égard, la pensée contemporaine est toujours davantage attirée vers une philosophie de rapports génétiques de la nature et de l'esprit et qu'elle demeure concentrée sur cette idée. Qu'il s'agisse de BERGSON ou de PALAGYI, de VON WEIZSACKER, ou de MONAKOW et MOURGUE, des conceptions hégéliennes ou marxistes et, à certains égards même, de cette philosophie qui envisage l'homme dans son existence en tant que développement de sa liberté, tous les mouvements des idées convergent vers une conception du *devenir* infiniment plus riche et féconde que celle de SPENCER. Si nous ajoutons que toutes les études contemporaines de Psychologie avec la théorie de JANET, la Psychanalyse, le Gestaltisme « goldsteinien » ou la « Daseinsanalyse », tous les travaux sur le développement des fonctions nerveuses avec la neurophysiologie anglo-saxonne, issue précisément de JACKSON, ou le « néovitalisme » allemand, appliqué au système nerveux par l'École d'Heidelberg, ou encore avec les principes d'Adolf MEYER, de MASSERMANN, etc... toutes mettent l'accent sur le caractère dynamique de l'acte psychique considéré comme une phase du mouvement vital qui se développe et se déploie dans le temps comme « l'ordre architectonique du drame de la vie » (selon le mot de VON WEIZSACKER), ne sommes-nous pas en droit de penser, dès lors, que le point de vue que nous inspire notre refus de n'accepter ni le mécanicisme, ni le psychogénisme, est précisément celui où, de notre temps, tout le monde tend à se placer, sans peut-être apercevoir encore clairement cette exigence.

I – LE SENS ET LA PORTÉE DE LA CONCEPTION ORGANO-DYNAMISTE DE H. JACKSON.

Ayant à propos du problème de l'automatisme et des hallucinations (1933) éprouvé le besoin de « reconsidérer » les principes mêmes de la Psychiatrie, nous avons déjà rencontré une conception ancienne mais dont les principes nous avaient vivement séduits, celle de HUGHLING JACKSON. Plus tard avec ROUART, nous avons plus complètement étudié l'œuvre de JACKSON et notamment ses propres efforts pour orienter

... Les travaux d'O. KANT (notamment *Differential diagnosis of schizophrenia in the light of the concept of personality stratification*, Amer. J. of Psych., 1940) inspirée par la conception de Kurt SCHNEIDER nous paraissent s'intégrer dans le même mouvement doctrinal. La position de beaucoup d'auteurs à l'égard des notions d'évolution et de dissolution de l'activité psychique est souvent assez ambiguë comme l'a montré la discussion au 1^{er} Congrès Mondial de Psychiatrie. Nous ne sommes pas en mesure actuellement d'approfondir l'étude de cette discussion. Mais nous le ferons prochainement.

...cette philosophie qui envisage l'homme dans son existence en tant que développement de sa liberté, tous les mouvements des idées convergent vers une conception du devenir infiniment plus riche et féconde que celle de SPENCER...

l'application à la psychiatrie, des notions d'évolution et de dissolution. Certes, tout ce que nous avons essayé de tirer des textes de l'illustre neurologue anglais n'est pas explicitement formulé dans son œuvre : nous avons largement interprété sa doctrine, nous attachant plus à son esprit qu'à sa lettre. *Nous sommes allés plus loin qu'il n'était allé, et même là où il n'était pas allé*¹. C'est ainsi qu'en les élargissant jusqu'au point de les confondre avec certaines conceptions psychiatriques anciennes (MOREAU de Tours) ou contemporaines (JANET, BLEULER, KRETSCHMER, MONAKOW et MOURGUE) nous avons pensé que les bases fondamentales de sa doctrine pouvaient constituer un excellent point de départ pour l'élaboration d'une *conception organo-dynamiste*, qui engage la psychiatrie dans une voie plus féconde et vivante.

La première des thèses « jacksoniennes » est celle de la *hiérarchie des fonctions psychiques*. Tout se passe comme si, intégrée dans le développement du système nerveux et de l'organisme tout entier, s'opérait une évolution des fonctions de la vie de relation, subordonnant les phases primitives et inférieures aux organisations supérieures. Tout se passe, selon l'évidence, comme si un certain ordre se composait, assurant à chaque niveau une *intégration* des niveaux inférieurs. Mais (et c'est le complément que nous ajoutons à cette thèse) si cette évolution et cette hiérarchie sont, en ce qui concerne les fonctions inférieures, spatialement représentées par l'étagement des appareils dans le système nerveux, on ne saurait oublier, comme MONAKOW et MOURGUE l'ont si bien souligné, que l'évolution fonctionnelle s'opère à ces niveaux supérieurs comme un système énergétique se développant dans le temps. Ceci rejoint exactement l'idée que JANET² se fait de la hiérarchie des fonctions psychiques intégrées dans le système énergétique de la tension psychologique. Nous insisterons plus loin sur ce point fondamental, indiquons-le simplement comme une dimension nouvelle et nécessaire qui doit parfaire le système jacksonien. Cette thèse de la hiérarchie des fonctions constitue une réaction contre l'atomisme mécaniciste qui ne voit pas et ne peut voir dans la vie psychique normale ou pathologique qu'un agrégat d'atomes distribués sur un plan.

La seconde proposition spécifie que les états pathologiques représentent un mouvement de *dissolution* des fonctions existantes. A ce mouvement de dissolution correspond, dans la théorie de JACKSON, la libération des instances sous-jacentes. C'est dire que la maladie représente une *régression* du système fonctionnel à un niveau infé-

...l'évolution fonctionnelle s'opère à ces niveaux supérieurs comme un système énergétique se développant dans le temps...

1. Parmi ceux qui ont bien voulu accorder quelque attention à nos travaux, beaucoup, tout en nous rendant un discret hommage, nous considèrent comme de « brillants vulgarisateurs » de la pensée jacksonienne. Nous ne sommes ni garants ni esclaves de l'illustre JACKSON. Nous avons, en reprenant ses études où il les avait laissées, c'est-à-dire à un point de perfection géniale pour son époque, tenté d'en tirer le maximum de fécondité pour notre propre conception.

2. Nous reviendrons plus loin sur cette analogie (p. 178 à 186).

rieur antécédent et sous-jacent. La théorie pathogénique de JACKSON s'oppose donc à cet égard à celle de la genèse mécanique des troubles. Pour elle, en effet, il existe des *troubles négatifs* ou de déficit (effet direct du processus générateur) et des *troubles positifs* manifestant le travail « réactionnel », de reconstruction ou de « réintégration » au niveau subsistant. Par là s'éclaire vivement le caractère évolutif, vivant, psychique, la structure dynamique de ces états de dissolution. A ce propos, nous avons fait remarquer ce qui ne paraissait pas avoir été aperçu, combien la conception de JACKSON se rapprochait de la théorie des symptômes de BLEULER ¹. Celui-ci étudiant sous le nom de schizophrénie le mouvement de dissolution peut-être le plus commun, a distingué dans la pathogénie de ces symptômes la double série des troubles primitifs et secondaires, clé de toute sa psychopathologie. Cette distinction nous paraît exactement équivalente à la fameuse et fondamentale classification des troubles négatifs et positifs que nous devons à JACKSON.

...nous avons fait remarquer combien la conception de JACKSON se rapprochait de la théorie des symptômes de BLEULER...

...Le troisième aspect de la théorie, pour nous fondamentale, [...] c'est la distinction des dissolutions globales (qu'il appelle uniformes) et les dissolutions partielles (qu'il appelle locales)...

Le troisième aspect de la théorie, pour nous fondamentale, mais à peine esquissé par JACKSON, c'est la distinction des *dissolutions globales* (qu'il appelle uniformes) et les *dissolutions partielles* (qu'il appelle locales). L'importance de cette distinction paraît avoir échappé à son auteur lui-même, car sa portée exacte suppose un élargissement du principe des hiérarchies fonctionnelles, celui-là même que nous avons tenté d'indiquer plus haut. Si, en effet, il y a lieu de considérer le développement des fonctions de relation en une série de niveaux allant des fonctions primitives localisées sous forme d'appareils dans le névraxe jusqu'aux fonctions énergétiques supérieures opérant les synthèses fonctionnelles les plus vastes de la vie psychique, les actes de conscience et de la personnalité, il est aisé de comprendre le sens profond de la distinction que JACKSON établit entre dissolutions globales et dissolutions partielles. La désintégration des fonctions partielles, inscrites et organisées dans des dispositifs nerveux dont l'activité est normalement intégrée dans le comportement, s'identifie aux désintégrations sensori-motrices qu'étudie la Neurologie. Les dissolutions des cycles fonctionnels supérieures qui ne peuvent être que globales puisqu'il est de leur nature de « contrôler » l'ensemble de la vie psychique et de la porter à son plus haut degré d'intégration constituent l'objet de la Psychiatrie.

...Le quatrième principe jacksonien, à peine indiqué également par JACKSON, est un principe anti-nosographique...

Le quatrième principe jacksonien, à peine indiqué également par JACKSON, est un *principe anti-nosographique*, corollaire nécessaire de ce qui précède. L'idée qu'on se fait dans une conception jacksonienne de l'élaboration du tableau clinique par les instances sous-jacentes intactes diminue d'autant l'action directe du processus étiologique et éloigne de la notion d'entité anatomo-clinique spécifique. Ce que la clinique étudie,

1. Cf. notre étude *Des principes de JACKSON à la psychopathologie de BLEULER*, Communication du Congrès de Genève-Lausanne, 1946. [NdÉ: *Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*. Comptes rendus ,175-185.]

ce sont *des niveaux de dissolution* plus ou moins typiques engendrés par des facteurs étiologiques différents. Or, cette nature « syndromique » des psychoses si souvent admise d'ailleurs mais en contradiction avec les conceptions classiques, s'oppose à l'hypothèse d'entités anatomo-cliniques spécifiques.

Tels sont les principes qui doivent constituer *l'inspiration jacksonienne* de la conception organo-dynamiste dont nous allons exposer très brièvement les deux versants. Il suffit de les énoncer pour montrer qu'il est parfaitement vain de reprocher à notre organicisme d'être « mécaniciste » puisqu'il révoque en doute toutes les thèses spécifiquement « mécanicistes », telles que nous les avons définies précédemment (*Étude n° 5*).

II – L'ORGANICISME.

Une psychiatrie qui prend son point de départ dans la vieille conception jacksonienne ne peut qu'être organiciste en ce sens qu'elle admet comme son postulat fondamental qu'un état d'altération mentale ¹ est nécessairement conditionné par des troubles des fonctions organiques et spécialement nerveuses. A cette altération correspond une désorganisation. Cependant certains dualistes impénitents, tout en acceptant le « jacksonisme » dans le domaine de la neurologie, le répudient en psychiatrie. Leur idée de « derrière la tête » est toujours la même : la psychiatrie, c'est du « psychique », ça ne peut donc pas être « organique » !

Cette question de la nature organique de la cause des troubles mentaux dépend, en effet, répétons-le, d'une exacte compréhension des rapports du physique et du moral. Nous avons vu qu'il fallait écarter le dualisme cartésien, lequel favorise et implique même le développement du mécanicisme et place la psychiatrie dans son ensemble et les diverses psychoses en particulier dans une alternative (ou c'est organique et c'est mécanique, ou c'est psychique et ce n'est pas organique) qui leur ôte toute autonomie sinon toute réalité. Quelle idée pouvons-nous nous faire dans une tradition philosophique à la fois aristotélicienne, thomiste, spinoziste, hégélienne et bergsonienne ² des rapports que soutiennent entre eux la vie et l'esprit? L'organicisme et le psychisme ne sont pas deux substances hétérogènes, mais deux plans structuraux de niveau différent. Telle est l'idée qui doit nous guider. Le monde s'offre à nous dans cette perspective comme une hiérarchie de « structures » ou de « formes » qui se déploient et s'organisent de telle sorte qu'une structure supérieure implique les struc-

...L'organicisme et le psychisme ne sont pas deux substances hétérogènes, mais deux plans structuraux de niveau différent...

1. *L'aliénation* mentale n'est en définitive qu'un concept-limite par rapport à l'ensemble des altérations mentales que nous étudions sous le nom de névroses et de psychoses.

2. Ceci pour bien indiquer notre indifférence à nous conformer à tel ou tel système philosophique quand il s'agit de mettre sur pied une hypothèse scientifique qui doit coïncider avec ce qu'ils ont précisément tous de commun.

tures inférieures mais les dépasse, et qu'une structure inférieure, tout en constituant une condition nécessaire de celle qui est plus élevée dans la hiérarchie, ne suffit jamais à l'expliquer. Il existe des formes structurales minérales, physico-chimiques – des structures organiques biologiques – il existe aussi des structures psychiques. De même que la biologie est irréductible à la physico-chimie, le psychisme est irréductible purement et simplement aux fonctions organiques. La vie psychique est certes intimement liée à la vie tout court, mais elle se déploie en une réalité qui, dépassant celle de l'organisme, la prolonge. Les fonctions physiques ont une *réalité* sous-tendue par l'effort d'organisation, le système de forces à elles propre, qui constitue les formes supérieures de la vie de relation. Ce serait donc à la psychologie de MAINE de BIRAN, à celle de BERGSON que nous nous rallierions le plus volontiers. Mais ce n'est pas tout, il nous paraît encore nécessaire de distinguer grossièrement dans la masse des fonctions psychiques deux pôles : celui de fonctions intimement liées à la structure du système nerveux dont elles épousent la forme, ce sont les fonctions instrumentales de la vie de relation (gnosies, praxies, fonctions du langage, systèmes de réflexes conditionnels, etc ...), l'autre est celui des fonctions psychiques énergétiques (fonctions d'adaptation au réel selon le schéma de JANET, ensemble des activités d'intégration et de synthèse de la conscience, etc). Ces dernières constituent un type d'activité indéfiniment (nous ne disons pas infiniment) ouverte au progrès de la connaissance et de la volonté. L'exercice de cette activité fonctionnelle supérieure introduit dans la vie de chacun de nous des variations que l'on peut appeler « purement » psychologiques (passions, idéaux, réactions aux événements, etc ...). Mais, il est une autre sorte de variations qui, elles, représentent des *régressions*. Elles proviennent de l'action empêchante, perturbatrice ou destructive que les troubles des fonctions organiques déterminent sur l'activité psychique. Ce sont ces variations de l'infrastructure qui, se manifestant sous la forme de dissolutions, de régressions de l'activité psychique, constituent l'objet propre de la psychiatrie. En aucun cas, si nous désirons définir une masse homogène de faits, les variations *pathologiques* dues à des troubles organiques ne sauraient être confondues avec les variations dues au jeu *normal* des instances purement psychologiques. Le « psychologique pur » est une notion-limite qui marque l'affranchissement maximum, quoique toujours relatif, de la vie psychique à l'égard de ses déterminations organiques. *Ainsi se trouve répudiée de la façon la plus formelle, au point de vue doctrinal, la psychogenèse pure des troubles mentaux*: Par là, nous nous écartons des psychanalystes, et aussi de ces éclectiques (pour la plupart neurologistes acceptant le dua-

1. Tout ce que nous venons d'exposer ici en quelques lignes et que nous avons exposé à la fin de notre Étude n° 6, se trouve développé et âprement discuté dans *Le problème de la psychogenèse des troubles psychiques* (discussion qui a duré pendant trois journées à Bonneval en septembre 1946). Éd. Bibliothèque neuro-psychiatrique de langue française, DDB, 1950. [NdÉ: Rééd. Tchou, 2004.]

lisme cartésien bien propre à assurer leur quiétude métaphysique) qui admettent à la fois l'organogenèse des psychoses et la psychogenèse des névroses, par exemple. Pour nous, névroses et psychoses sont des structures psychopathologiques, effets à des degrés divers de perturbations organiques ¹.

Nous devons définir maintenant, et encore une fois, quelle est notre position à l'égard des relations de la Neurologie et de la Psychiatrie, car, et c'est, croyons-nous, l'originalité de notre position, *dire que les psychoses dépendent des troubles cérébraux n'équivaut pas à confondre Neurologie et Psychiatrie*. Nous devons rappeler ce que nous avons déjà avancé au sujet de la différence structurale qui sépare les dissolutions partielles et les dissolutions globales des fonctions de la vie de relation. Cette distinction que nous devons à JACKSON n'avait pour lui ni le sens ni l'importance décisive que nous lui attribuons. Il n'a pas vu ce qui nous a paru, à nous, évident, savoir qu'elle constituait *la seule base possible d'une discrimination naturelle entre la neurologie et la psychiatrie* ². Aussi pouvons-nous en revendiquer à la fois le mérite et la responsabilité, ce qui paraît avoir échappé jusqu'ici à plus d'un auteur...

Le type de dissolution psychiatrique (globale) la plus authentique est le sommeil qui engendre le rêve. Cette dissolution hypnotique constitue en effet un schéma d'explication valable pour toute la série des états psychopathologiques, comme nous le verrons dans l'étude que nous consacrons à ce problème capital. Tandis que dans le sommeil et le rêve normaux il s'agit d'une dissolution très brusque et très profonde, on peut considérer que tous les degrés intermédiaires de vitesse et de profondeur constituent une échelle de niveaux qui nous rend explicable ce qui se passe dans les formes anormales de la vie psychique. Ceci explique que notre conception de la psychiatrie s'applique avec plus de facilité aux niveaux profonds là où les troubles négatifs plus manifestement analogues à ceux du sommeil sont les plus considérables, tandis qu'elle paraît plus difficile à admettre dans les cas de niveaux plus élevés où les troubles négatifs étant plus minimes peuvent paraître inexistantes. Et c'est précisément pour ces cas qu'il importe de mettre en évidence l'existence d'une structure négative, ce qui constitue la principale tâche de la psychiatrie clinique à laquelle nous consacrons tous nos efforts. Au contraire, quand ce sont les fonctions instrumentales qui sont soumises à un processus de désintégration, dans la mesure même où elles ne commandent pas

...Le type de dissolution psychiatrique (globale) la plus authentique est le sommeil qui engendre le rêve...

1. Nous avons précisé encore ce point dans notre communication à la *Société Suisse de Psychiatrie* (Zurich, 1947). Ce travail a paru dans « L'Évolution Psychiatrique » sous le titre *Efficacité de la psychothérapie*. Nous y montrons que notre conception non seulement ne rejette pas mais implique la psychothérapie. Le travail de RUMKE (paru vers la même époque dans les *Acta Belgica Neurologica*) coïncide très exactement avec notre point de vue. Il l'avait d'ailleurs exposé à la réunion à Zurich.

2. Notre point de vue a été exposé et discuté aux « Journées de Bonneval » de 1942. [NdÉ: Rééd. *L'Info. Psy.* 1999: 5. Voir note 1 p. 157] (cf. les *Rapports de la Neurologie et de la Psychiatrie* par H. Ey, J. de AJURIAGUERRA et HECAEN éd. Herman, Paris, 1947, [NdÉ: Rééd. Hermann, 1998]).

l'ensemble du psychisme elles peuvent rester, à l'égard de son activité, fragmentaires et isolées. C'est le cas notamment des aphasies, des agnosies, des apraxies, de ces formes spéciales d'activité hallucinatoire que nous avons étudiées sous le nom d'hallucinoses, etc... Les troubles de ce genre s'apparentent ainsi aux syndromes de désintégration des autres fonctions instrumentales de la vie de relation et notamment à la désintégration des activités sensorimotrices qu'étudie traditionnellement la neurologie.

Ceci nous amène à préciser un des aspects fondamentaux de notre organicisme. Pour nous, répétons-le, dire que les « maladies mentales » sont dues à des processus organiques et notamment cérébraux ne veut pas dire que nous assimilons purement et simplement la psychiatrie à la neurologie. Ce qui distingue pour nous en effet la Neurologie de la Psychiatrie, ce n'est pas que la Neurologie est la pathologie cérébrale et que la Psychiatrie n'est rien du tout ou, ce qui revient au même, que son objet n'est rien autre que des variations « purement » psychologiques, mais c'est bien plutôt que, l'une et l'autre étant des pathologies cérébrales, l'une, la Neurologie, a pour objet propre les désintégrations fonctionnelles partielles ou instrumentales, sans modifications substantielles de la vie psychique, tandis que l'autre, la Psychiatrie, a pour objet les dissolutions globales des fonctions psychiques supérieures qui altèrent sinon aliènent la vie psychique.

En ce qui concerne la conception des centres cérébraux, il nous semble justement possible de distinguer entre appareils fonctionnels instrumentaux, (analyseurs perceptifs, centres du langage, etc...) et centres énergétiques ou de régulation de la vie psychique. La localisation stricte de ces centres, à quelque point du système nerveux, n'est pas contraire à notre hypothèse, qui ne l'exige pas non plus car un « centre régulateur » peut indifféremment occuper un point ou correspondre à une infinité de points. C'est une question de fait que les études de pathologie cérébrale à venir trancheront peut-être ; de même que la question de savoir si de tels centres sont toujours et nécessairement corticaux ou même cérébraux.

Nous voudrions illustrer, à l'aide de quelques exemples, notre façon de penser. La paralysie générale, c'est-à-dire la forme mentale démentielle que provoque la ménin-goencéphalite syphilitique, est une affection évidemment organique et cérébrale. Elle est cependant et demeure une des formes les plus authentiques de la folie qu'étudie la Psychiatrie : elle appartient à la Psychiatrie et non à la Neurologie. Pourquoi? Parce qu'elle représente une dissolution *globale* des fonctions psychiques, parce que dans leur aspect essentiel ces symptômes constituent une régression de la conscience et de la personnalité. Le tabès par contre (sans troubles mentaux globaux) est une affection neurologique non seulement parce qu'il représente une maladie du névraxe, ce qui est aussi le cas de la paralysie générale, mais parce qu'il se manifeste par des désintégra-

... un « centre régulateur » peut indifféremment occuper un point ou correspondre à une infinité de points. C'est une question de fait que les études de pathologie cérébrale à venir trancheront peut-être ...

tions *partielles* de fonctions élémentaires, en l'espèce par des troubles sensitifs primordiaux. Prenons maintenant le cas de cet ensemble d'évolutions typiques de troubles mentaux que nous rangeons sous le terme générique de « schizophrénie ». Il ne s'agit pas à nos yeux d'une affection psychogénétique, c'est-à-dire due à des facteurs purement psychiques comme le serait le « refuge dans la maladie », une « réaction à une situation vitale », une « introversion plus ou moins consciente », etc... S'il s'agissait uniquement de modifications de la pensée et du comportement de cet ordre, ou mieux de ce niveau, nous serions en face de variations psychiques entièrement « compréhensives » au sens de JASPERS, plastiques et réversibles, c'est-à-dire de réactions normales et nous ne pourrions pas distinguer le comportement d'un ermite de celui d'un schizophrène. Or, ce qui confère à de tels états leur caractère pathologique, c'est (indépendamment des facteurs étiologiques si souvent inconnus de nous) que, à l'analyse structurale, ils apparaissent sous l'aspect d'une régression, d'une dissolution dont les troubles négatifs constituent la preuve et qu'aucune psychogénèse ne parviendra à expliquer. Donc, à nos yeux la « schizophrénie » est une affection d'origine organique, une « somatose » et probablement une affection cérébrale. Cela veut-il dire que nous assimilons purement et simplement la « schizophrénie » à une affection neurologique ? Elle ne nous paraît pas du tout être faite d'une mosaïque de troubles élémentaires comme l'est par exemple un, syndrome parkinsonien avec ses troubles du tonus, la bradyalalie, l'écholalie, les hallucinoses, etc... ou comme le *serait*, d'après certains auteurs, une hétérophrénie conçue, par hypothèse, comme une simple juxtaposition de phénomènes dits justement neurologiques parce que élémentaires et partiels : stéréotypies, impulsions, catalepsie, hallucinations, idées délirantes, phénomènes d'automatisme mental, etc... Dans ces deux cas (assimilation à une affection neurologique authentique ou conception de l'état mental pathologique comme une collection de phénomènes psycho-sensoriels ou psycho-moteurs, élémentaires et isolés) la « schizophrénie » ne devrait cesser d'être une affection psycho-génétique que pour devenir une affection neurologique. Mais pour nous, dire de ces états nommés « schizophrénie » qu'ils sont des affections cérébrales (d'étiologie multiple) entraînant sous forme de régression typique une dissolution globale de ces fonctions supérieures qui assurent le fonctionnement d'ensemble de la conscience et la cohésion de la personnalité équivaut à affirmer, à la fois, leur origine organique et cérébrale et leur appartenance non pas à la Neurologie mais à la Psychiatrie.

Il nous est difficile de nous exprimer plus clairement et nous renonçons à nous faire comprendre si nous ne parvenons pas ainsi à faire saisir notre position en ce qui concerne la genèse organique des psychoses, objets non pas de la Neurologie ou pathologie des fonctions sensori-motrices élémentaires et partielles, mais de la Psychiatrie ou pathologie neurosomatique des fonctions psychiques et supérieures.

...ce qui confère à de tels états leur caractère pathologique, c'est [...] que, à l'analyse structurale, ils apparaissent sous l'aspect d'une régression, d'une dissolution dont les troubles négatifs constituent la preuve et qu'aucune psychogénèse ne parviendra à expliquer...

Nous savons cependant combien est fort le préjugé qui lie indissolublement dans les esprits les termes d'affection mentale et psychogénèse d'une part et ceux d'organicité des psychoses et neurologie d'autre part; nous savons aussi combien est enracinée la méconnaissance de la distinction entre organicisme et mécanisme (peu d'entre nous apercevant que celui-ci n'est qu'une des formes possibles de celui-là) de sorte que nous redoutons encore bien des malentendus. Quoi qu'il en soit nous disons, avec le maximum de netteté, que la conception organo-dynamiste, en répudiant à la fois la psychogénèse des psychoses et leur interprétation mécaniciste (qui consiste à les découper en fragments fonctionnels isolés et à les assimiler purement et simplement à ces phénomènes élémentaires qui sont l'objet propre et nécessaire de la neurologie), est à notre sens la seule capable de préciser, comme nous l'avons montré ailleurs, la situation de la Psychiatrie dans les sciences médicales et spécialement son autonomie relative à l'égard de la neurologie, branche comme elle de la pathologie des fonctions nerveuses de la vie de relation.

Enfin, un dernier aspect de notre organicisme, soulignons-le après avoir montré notre opposition à la psychogénèse et établi notre conception des rapports réciproques de la Neurologie et de la Psychiatrie, c'est l'*écart organo-clinique*. Nous appelons ainsi cette marge d'indétermination, d'élasticité qui s'interpose entre l'action directe et déficitaire des processus encéphaliques ou plus généralement somatiques et leur expression clinique. Ceci situe notre position aux antipodes de l'explication mécaniciste et constitue le fondement de notre organicisme essentiellement dynamiste en ce qu'il suppose un ensemble de réactions, de mouvements évolutifs, conditionnés certes par le mécanisme de dissolution mais qui mettent en jeu également la « dynamique » des instances psychiques subsistantes. C'est ce que nous allons mettre en évidence en exposant maintenant l'aspect proprement dynamique de la conception organo-dynamiste ¹.

III – LE DYNAMISME.

Notre conception de la psychiatrie est organiciste et dynamiste. Dynamiste! Que voilà bien un mot que l'on met à toutes les sauces et cela d'autant plus facilement que

1. Notre conception heurte évidemment celle de P. GUIRAUD (*Psychiatrie générale*, 1 vol., 664 pages. Éd. Le François, Paris, 1950) en ceci surtout que la vulnérabilité psychique est toujours conçue par GUIRAUD comme *spatiale* et soumise au *hasard* de la localisation (cf. spécialement p. 146 à 162). Dans l'analyse critique que j'ai faite de son ouvrage (*L'Évolution Psychiatrique*, n° 4, 1950) je me suis attaché à mettre en évidence nos positions respectives et foncièrement opposées comme pour démontrer qu'une conception organiciste comme la nôtre peut être organiciste sans être mécaniciste comme celle de GUIRAUD. Nos divergences portent sur ce point essentiel : le trouble résulte-t-il de la localisation de La lésion en psychiatrie comme en neurologie. Pour nous, nous ne le pensons pas, la pathogénie du trouble mental supposant une organisation évolutive et une désorganisation énergétique de l'ensemble de la vie psychique.

...la conception organo-dynamiste est la seule capable de préciser, comme nous l'avons montré ailleurs, la situation de la Psychiatrie dans les sciences médicales et spécialement son autonomie relative à l'égard de la neurologie...

...l'écart organo-clinique. Nous appelons ainsi cette marge d'indétermination, d'élasticité qui s'interpose entre l'action directe et déficitaire des processus encéphaliques ou plus généralement somatiques et leur expression clinique...

sa signification est très vague. Être « dynamiste », cela ne signifie pas grand-chose si l'on ne définit pas rigoureusement ce que l'on entend par là. Pour nous, le « dynamisme » se définit *dans les sciences médicales* par sa position antithétique à l'égard du mécanicisme. Le totalisme, l'intégration du psychisme, du système de forces qu'il représente dans la pathogénie des troubles et l'antinosographisme constituent en psychiatrie ses traits caractéristiques. On reproche parfois à une telle définition, ou plus exactement aux termes choisis pour la résumer, d'opposer « mécanique » et « dynamique », alors que la dynamique n'est en physique qu'une partie de la mécanique. Nous ne l'ignorons pas! Mais ce qui nous importe ce n'est pas le mot mais le courant d'idées qu'il représente. Or, s'il est vrai (revenons-y encore) que l'évolution des sciences médicales est pour ainsi dire rythmée par l'alternance de deux altitudes fondamentales et antinomiques, s'il est vrai que l'une se définit par l'esprit d'analyse, son goût pour les notions anatomiques, spatiales et statiques et l'autre par l'usage de concepts énergétiques et vitalistes, s'il est vrai que ces deux positions doctrinales se traduisent en psychiatrie par le choix soit d'un système de schèmes statiques (éléments inertes, mosaïque de phénomènes mécaniques, accidents n'affectant qu'un plan et comme une seule surface), soit celui d'un ensemble de notions énergétiques (forces, mouvement évolutif, dissolution, reconstruction, variations de niveau envisagées dans une perspective temporo-spatiale), s'il en est ainsi ne sommes-nous pas fondés à désigner par ces deux termes « mécanicisme » et « dynamisme » les deux pôles entre lesquels, comme dans la médecine en général, oscillent les théories en psychiatrie? S'il fallait une preuve pour ainsi dire pittoresque du bien-fondé de ces désignations et de l'opposition véritable qu'elles expriment, il n'est qu'à traiter un « mécaniciste » de « dynamiste » et inversement, ou de proposer par exemple à un mécaniciste des termes qui témoignent d'un esprit dynamiste (comme « structure », « niveau de dissolution », etc ...). Mais il nous importe surtout de dégager le sens doctrinal dont nous chargeons notre conception dynamiste.

Par hypothèse, nous admettons que les psychonévroses et les psychoses sont l'effet d'un *déficit énergétique*. C'est une certaine énergie, une « tension psychologique » qui maintient normalement à l'état de vigilance l'équilibre de nos instincts et assure la précision et l'efficacité de nos actes et de nos pensées; leur adaptation au réel supposant une infinité de fonctions, d'actes de mémoire, d'attention, de perception, de contrôle, etc... La vie psychique se déroule comme une série d'opérations de basse ou de haute tension ainsi que l'a admirablement montré Pierre JANET. C'est parce que cette réalité a été jusqu'ici peu étudiée que cette notion nous est généralement peu familière et que notre langage psychologique et clinique dispose de si peu ou de si mauvais mots pour l'exprimer. Aussi est-elle généralement méconnue et nous avons entendu dire que si la tension artérielle était quelque chose, la « tension psychologique » n'était

...Le totalisme, l'intégration du psychisme, du système de forces qu'il représente dans la pathogénie des troubles et l'antinosographisme constituent en psychiatrie les traits caractéristiques [du Dynamisme en psychiatrie]...

rien car elle ne se mesure pas. Cette boutade est une naïveté d'abord parce qu'il est de l'essence de la vie psychique de se dérouler sur un plan qualitatif et ensuite parce que, si l'on ne veut pas accorder de valeur à l'analyse phénoménologique qui la justifie, les manifestations de cette réalité peuvent, en un certain sens, se mesurer. Et n'est-ce pas ce que l'on fait par l'emploi de toutes les méthodes de tests, les comparaisons d'épreuves et de performances qui déterminent le degré de détérioration d'un « fond mental » ou le degré d'efficacité de l'activité psychique? Ce qui nous paraît encore plus décisif, c'est la considération objective du développement génétique. L'étude du long et difficile développement des fonctions psychiques chez l'enfant qui dure des années aboutit nécessairement au concept de niveaux et de degrés qui ne s'ordonnent que par rapport à celui d'une force tout comme la notion des phases de développement somatique implique celle d'instinct. C'est donc ce système de forces réelles qui, pour nous, en fléchissant, entraîne la régression des fonctions mentales vers des niveaux inférieurs.

*...Régression, Libération,
Travail évolutif de la psy-
chose...*

Notre conception implique encore un autre aspect dynamique, c'est la *libération de la part subsistante*. Le processus morbide n'agit pas sur une matière inerte mais sur un système héréditaire ou acquis d'énergies organisées¹. C'est peut-être là l'intuition la plus profonde du « jacksonisme ». La psychose est faite de la libération anarchique des instances sous-jacentes jusque-là disciplinées et réprimées, et maintenant intégrées à un niveau inférieur. Toute diminution des forces psychiques supérieures entraîne une libération des énergies désignées par les termes d'Inconscient ou d'instinct. La folie libère les tendances animales, l'hallucination est un bourgeon de l'instinct, le sommeil déchaîne la « folle du logis », autant d'images qui illustrent une façon de penser restée jusqu'ici davantage du domaine vulgaire qu'utilisée par une théorie scientifique. Or, c'est à cette référence à un système naturel d'explication que nous entendons revenir et c'est le sens de la notion « d'échappement: au contrôle » bien plus évident encore, nous semble-t-il, dans le domaine de la Psychiatrie où on répugne de l'accepter que dans celui de la Neurologie où elle est devenue classique.

Le troisième aspect dynamique de notre perspective doctrinale est constitué par l'extrême importance, par nous attribuée, au *travail évolutif* de la psychose. Nous appelons ainsi les transformations qui s'opèrent dans la conscience et la personnalité du malade sous la double influence du déficit énergétique et des vivantes réactions des instances psychiques subsistantes ou encore des tendances que constitue sa personnalité. Ce travail, cette activité n'est à nos yeux limitée ni par le concept de processus exclusivement mécanique (il a fallu à G. de CLÉRAMBAULT l'immense talent que nous

1. OTTO RANK, *Evolution of Dynamics* etc., « J. of Nerv. and ment. Diseases », janvier 1948, se référant aux concepts psychobiologiques de A. MEYER et aux principes du « diagnostic pluri-dimensionnel » de BIRNBAUM et KRETSCHMER, nous paraît se rapprocher de notre point de vue.

lui avons connu et reconnu pour introduire dans une psychose qu'il se figurait radicalement différente de l'activité psychique ce mouvement dès lors artificiellement créé par une combinaison de phénomènes purement mécaniques) ni par celui d'entités n'admettant entre elles aucun mouvement évolutif. Pour nous l'ensemble des psychoses et des névroses représente les *formes d'évolution typiques* qu'affectent les niveaux de dissolution relativement au système de la personnalité. Ceux-ci représentent les degrés de régression que la maladie inflige à une évolution psychique normale ¹. L'échelle des niveaux de dissolution est solidaire d'un schéma de la hiérarchie des fonctions, l'un et l'autre ne pouvant être établis qu'après de longues et minutieuses analyses nous ne pouvons en donner ici, à titre d'indication, qu'un aperçu tout provisoire.

Certains paliers paraissent d'ores et déjà importants : I. La dissolution des fonctions élevées qui assurent l'intégration de la personnalité sur le plan social (conduites d'adaptation, disciplines morales et sociales, etc ...). – II. La dissolution des fonctions qui assurent « l'équilibre thymique », c'est-à-dire l'intégration des forces instinctives et affectives dans l'adaptation au réel. – III. La dissolution des fonctions qui assurent l'organisation perceptive du monde extérieur et du monde intérieur et la discrimination clairement vécue du subjectif et de l'objectif. – IV. La dissolution des fonctions intellectuelles fondamentales. Ces divers niveaux, objets des études de psychopathologie générales, se présentent en clinique sous forme de troubles du comportement (I), d'états de type maniaque ou mélancolique (II), d'états oniroïdes, hallucinatoires, de délires d'influence ou de dépersonnalisation (III), d'états confuso-oniriques (IV). Tous ces états constituent un premier groupe d'aspects typiques de troubles mentaux en tant qu'il s'agit d'*altérations de la structure de la conscience*, c'est-à-dire des fonctions de vigilance qui nous permettent de nous adapter à chaque moment présent. Ils se caractérisent phénoménologiquement par des « vécus » psychopathologiques qui s'offrent dans l'*actualité* de la « rencontre » (Begegnung) du malade et du psychiatre. Ils correspondent notamment à ce que JASPERS a appelé des « expériences délirantes primaires » et font l'objet d'une « Daseinsanalyse » qui révèle les altérations dans les échanges de l'être et de son milieu, c'est-à-dire le bouleversement de la vie psychique actuelle pour autant qu'elle se prête à une « *section transversale* ».

Mais la dynamique structurale des psychoses ne s'arrête pas là, elle exige d'être élargie et complétée dans une autre dimension : l'organisation des niveaux de dissolution comme formes d'*altération de la structure de la personnalité*. A cet égard, certaines psychoses, dites alors « aiguës », se comportent comme de simples états transitoires de dissolution de la conscience sans incorporation durable de leur « vécu » dans la trajectoire de la personnalité. D'autres constituent des altérations « chroniques » de la personnalité sur fond de permanence stable ou progressive de troubles de la

...Pour nous l'ensemble des psychoses et des névroses représente les formes d'évolution typiques qu'affectent les niveaux de dissolution relativement au système de la personnalité...

...Les états d'altérations de la structure de la conscience [...] se caractérisent phénoménologiquement par des « vécus » psychopathologiques qui s'offrent dans l'actualité de la « rencontre » (Begegnung) du malade et du psychiatre...

...ils correspondent aux « expériences délirantes primaires » de JASPERS...

...Mais [aussi] l'organisation des niveaux de dissolution comme formes d'altération de la structure de la personnalité...

1. Ou de « non-évolution » d'un psychisme se développant anormalement.

conscience (schizophrénies, démences). D'autres, enfin, constituent des altérations chroniques névrotiques ou délirantes de la personnalité, secondaires au travail *sous-jacent* ou *antécédent* des troubles de la conscience. Elles se caractérisent les unes et les autres par un bouleversement conceptuel et moral de la personnalité en tant que système idéologique et programme vital. Elles correspondent aux élaborations délirantes secondaires de JASPERS et font l'objet d'une « Daseinsanalyse » qui saisit la modification de la personnalité pour autant que celle-ci constitue un système de valeurs et un développement « historique », susceptible d'être soumis à une « coupe *longitudinale* ». C'est ce que nous étudierons, plus loin, à propos des relations du rêve et des formes de la vie psychopathologique.

Dans une telle perspective plus de naturelle plasticité est reconnue au développement de ce mouvement qui organise ces évolutions typiques de troubles mentaux que nous appelons psychoses. Nous n'éprouvons aucun embarras doctrinal à les voir enjambrer les barrières nosographiques classiques, progresser ou régresser, se ralentir ou s'accélérer au gré du jeu complexe des conditions négatives qui dissolvent plus ou moins et de l'activité psychique subsistante qui construit ou reconstruit plus ou moins. Nous n'ignorons pas ce qu'un tel « héraclitisme » appliqué à la Psychiatrie peut avoir, pour beaucoup d'entre nous, de désagréable et même d'irritant. C'est pourtant vers lui que doit tendre une Psychiatrie arrachée à l'immobilisme statique dans lequel le mécanisme l'a figée pour être intégrée dans une conception plus difficile certes, moins géométrique mais plus conforme à la *nature des choses*.

IV – COROLLAIRES ET CONSÉQUENCES PRATIQUES DE NOTRE CONCEPTION

Nous voulons laisser entrevoir d'un mot vers quelles solutions nous paraissent devoir dès lors s'engager certains problèmes théoriques et pratiques. Pour une conception organodynamiste qui répudie également le mécanisme et la psychogénèse, la cause profonde des psychoses réside dans les troubles organiques héréditaires ou acquis qui perturbent l'exercice des fonctions psychiques, entraînent l'activité psychique à régresser vers des niveaux inférieurs d'organisation et produisent des formes archaïques ou « primitives » de pensée et de comportement. La pathologie dernière des psychoses doit conduire, sinon peut-être nécessairement à une anatomie pathologique cérébrale (ce qui est possible), tout au moins à une physiopathologie somatique des troubles mentaux. Cependant toute la Psychiatrie serait et resterait incompréhensible s'il n'était fait appel en même temps et nécessairement à une psychologie génétique de l'évolution des fonctions psychiques dont les psychoses représentent le mou-

...Elles correspondent aux élaborations délirantes secondaires de Jaspers et font l'objet d'une « Daseinsanalyse » qui saisit la modification de la personnalité...

vement inverse. A cet égard deux grands problèmes dominent la psychopathologie générale – la dynamique de l'instinct et de l'inconscient libérés par le « travail » des psychoses.

Parmi les corollaires des principes généraux d'inspiration jacksonienne que nous avons faits nôtres, quelques-uns peuvent être indiqués ici en manière moins de conclusion que d'orientation.

A l'égard du premier principe jacksonien, celui de la hiérarchie et de l'aspect global des fonctions psychiques supérieures, c'est le totalisme (opposé à l'atomisme mécaniciste) qu'il faut mettre en évidence. Les diverses psychoses représentent des modifications globales de la structure de la personnalité et de la conscience. A la séméiologie analytique classique doit se substituer une phénoménologie structurale plus vivante et réelle, essayant de pénétrer les ensembles significatifs, les « expériences vécues » de la pensée morbide à chaque niveau et « l'être-dans-le-monde » des personnalités morbides. C'est faute d'avoir appliqué cette méthode que tant de faux problèmes se sont posés devant la Psychiatrie classique et mécaniciste, celui des hallucinations désinsérées de l'ensemble délirant, celui de la catatonie, des troubles de la mémoire, des impulsions, des obsessions, etc... isolés artificiellement de leur contexte psychique¹.

...A la séméiologie analytique classique doit se substituer une phénoménologie structurale plus vivante et réelle, essayant de pénétrer les ensembles significatifs, les « expériences vécues » de la pensée morbide à chaque niveau et « l'être-dans-le-monde » des personnalités morbides...

A l'égard du second principe, celui de la double pathogénie négative et positive des psychoses, tout un travail doit être entrepris pour rechercher la condition négative (le déficit fonctionnel) qui engendre chaque niveau et le spécifie. Soulignons que la tendance de toutes les névroses ou psychoses (ceci n'a jamais échappé aux vieux et grands cliniciens) c'est d'incliner chez l'individu ou la lignée, par une sorte de penchant naturel, vers la schizophrénie ou la démence, ce qui constitue, à nos yeux, une preuve globale de l'existence des troubles négatifs même quand ils ne paraissent pas évidents au début des psychoses et dans les niveaux les plus élevés de celles-ci (névroses). Quant au travail de reconstruction, à la part positive dans l'organisation de ces psychoses, elle est d'une extrême importance pour la compréhension notamment des formes chroniques, c'est-à-dire de celles qui intègrent les niveaux de dissolution dans la personnalité ou les stabilisent à tel ou tel échelon. Les facteurs « constitutionnels » de la personnalité jouent ici un rôle considérable en collaborant à cette part positive, et cela d'autant plus qu'il s'agit de psychoses à niveau élevé, c'est-à-dire admettant un travail psychique considérable. D'où l'aspect particulièrement « constitutionnel » des états de déséquilibre, des névroses, des formes maniaco-dépressives, etc... c'est-à-dire les niveaux de dissolution les plus élevés.

1. Cf. le deuxième volume de ces « Études ».

La troisième thèse, celle de la distinction de la Neurologie et la Psychiatrie, en conformité avec celle des dissolutions partielles ou globales, permet d'intégrer résolument la psychiatrie dans la pathologie générale *sans la confondre purement et simplement avec la neurologie*. L'une et l'autre doivent s'appliquer à chercher la genèse des troubles qu'elles étudient dans les désordres somatiques ou cérébraux, mais leur objet, respectivement dissolutions globales apicales et désintégrations partielles basales, est distinct. Il est clair cependant qu'un même processus cérébral, une tumeur, une encéphalite, peut engendrer soit des syndromes neurologiques, soit des psychoses ; les uns et les autres étant de structure différente. De telle sorte qu'il est nécessaire que la formation des psychiatres et des neurologistes soit mixte . les psychiatres devant être aussi des neurologistes et les neurologistes devant être aussi des psychiatres.

Enfin l'antinosographisme, c'est-à-dire le refus de voir dans les psychoses des entités, est d'une importance théorique et pratique considérable. Ce qui définit une entité c'est le rattachement d'un ensemble de symptômes à une cause bien caractérisée. C'est le facteur étiologique, et non son expression clinique, pour « si spécifique » qu'elle paraisse, qui définit l'entité. La paralysie générale est devenue une entité lorsqu'elle a été définie comme une méningo-encéphalite syphilitique. Mais alors, le syndrome « démence paralytique » a perdu sa spécificité puisque nous connaissons des paralysies générales qui n'ont pas du tout cet aspect et des syndromes ressemblant à la paralysie générale qui relèvent d'une autre cause. Les entités comme « la psychose périodique », la « schizophrénie », la « démence précoce », « l'épilepsie », etc... sont des *mythes*. Et cela parce que, à supposer qu'un jour une étiologie unique leur soit reconnue, l'exemple si souvent invoqué de la paralysie générale peut justement nous faire prévoir que cette cause apparaîtra ipso facto capable d'engendrer également d'autres formes psychosiques ¹. On a eu une forte tendance récemment à considérer les psychoses comme des entités « génétiques », c'est-à-dire comme le développement de « gènes » héréditaires. Quant à nous, qui admettons par hypothèse que ces entités n'existent pas, nous pensons que l'importance considérable de l'hérédité en psychiatrie doit s'interpréter beaucoup plus facilement et naturellement en recherchant une théorie de l'hérédité qui dépasse à la fois le concept trop « élastique » de dégénérescence et les notions trop fixes et statiques qu'utilise la « génétique ».

Nous ne pouvons entrer dans le détail des points de vue nouveaux qu'introduit la conception organodynamiste dans une foule de problèmes particuliers (hallucinations, hystérie, classification des délires, etc ...) mais nous devons encore noter combien la théorie organodynamiste dont nous venons de résumer les principes essentiels s'adap-

1. Il est très remarquable que B. LLOPIS (*La Psicosis pelagrosa*, Barcelone, 1946) à propos de l'étude d'un facteur pathogène, la Pellagre, aboutisse justement à une conception des psychoses envisagées comme « niveaux de dissolution » sans avoir connu nos propres travaux.

...l'antinosographisme, c'est-à-dire le refus de voir dans les psychoses des entités, est d'une importance théorique et pratique considérable...

te à l'interprétation des extraordinaires effets observés sous l'influence de la *thérapeutique par les chocs* dans l'évolution des psychoses. Il s'agit là d'une thérapeutique non spécifique qui transforme profondément les tableaux cliniques, fait qui place dans le plus cruel embarras la nosographie classique d'inspiration mécaniciste. Pour nous, au contraire, nous comprenons que des modifications introduites dans le processus générateur, la mobilisation des plans de niveau puisse réveiller un travail de reconstruction, sorte de « cicatrisation psychique », jusque-là assoupi. Et nous comprenons aussi que le travail de réévolution puisse faire passer la psychose par des niveaux différents de celui auquel elle avait paru se stabiliser.

Enfin, nous devons souligner de la façon la plus formelle que la répudiation de la psychogénèse pure comme facteur pathogène déterminant et notre conception générale des rapports du physique et du moral assigne nécessairement à la psychiatrie des *limites*. Ceci notamment à l'égard des activités supérieures humaines, des valeurs spirituelles (génie, expérience mystique, actes moraux ou immoraux, esthétique, etc ...). *Le domaine de la psychiatrie s'oppose à cet égard à celui de la liberté et sans cette opposition la psychiatrie ne peut exister.*

Une des objections – nous devrions dire un des contresens – que l'on retrouve le plus souvent dans les commentaires critiques de cette conception organo-dynamiste est celle de ne pouvoir pas réserver à la psychothérapie la part qui lui convient. S'il était mérité ce serait effectivement un reproche qui ruinerait notre entreprise doctrinale, car il est bien évident qu'aucun psychiatre, digne de ce nom, ne peut refuser de placer la psychothérapie au centre de sa théorie comme de sa pratique. Voyons donc les choses de plus près.

En pathologie générale, c'est à une conception dynamiste de la maladie que nous nous référons, en remontant à sa source hippocratique : la maladie est une altération, une affection de l'organisme somatique où *accident et réaction* forment, par leur organisation structurale, les symptômes. En psychiatrie, la « *maladie mentale* » sous toutes ses formes et à tous ses degrés est une affection de l'infrastructure somatique qui altère et fait régresser la superstructure psychologique à un niveau inférieur ou à une phase antérieure à son développement, de telle sorte que ses symptômes sont constitués, tout à la fois, par les effets structurellement organisés du processus et par la libération des instances inférieures subsistantes. D'où un double corollaire : la maladie ne crée pas, mais « libère » – la symptomatologie des maladies mentales, de toutes les maladies mentales a un double versant, l'un primaire, déficitaire ou *négatif*, l'autre secondaire, réactionnel ou *positif*. Ce qui se passe dans le phénomène « sommeil-rêve » est aussi ce qui se passe dans les névroses et les psychoses. L'idée d'une genèse « purement mécanique » des symptômes est aussi peu acceptable que l'idée d'une genèse « purement psychique » des symptômes. Ceci conduit, nous l'avons vu, à considérer l'évolution et la dissolution de

... La thérapeutique par les chocs, place dans le plus cruel embarras la nosographie classique d'inspiration mécaniciste...

...aucun psychiatre, digne de ce nom, ne peut refuser de placer la psychothérapie au centre de sa théorie comme de sa pratique...

la vie psychique dans une perspective qui n'est, répétons le, ni celle du dualisme parallèle ni celle du monisme statique, mais qui est celle d'un mouvement dialectique par lequel la vie passe de sa forme organique et spécifique à sa forme psychique et personnelle. C'est à cette théorie dynamiste des rapports du physique et du moral que correspond notre propre conception organo-dynamiste des névroses et des psychoses. Celles-ci constituent des *régressions* de structure et de niveaux divers.

Une telle manière de voir les choses situe au centre de toute « maladie mentale » la vie psychique (c'est-à-dire l'ensemble de la vie de relation) de l'individu qui en est atteint de telle sorte que cette maladie mentale apparaît certes comme une manière d'être inférieure quant à son adaptation au réel, à la société, aux événements mais aussi comme une façon, d'être-au monde », un « Dasein » perturbé, objet d'une analyse structurale ou d'une « Daseinsanalyse » indispensable, tout en faisant dépendre cette organisation anormale de la vie psychique d'un trouble hérité ou acquis de l'infrastructure organique, objet d'une physiopathologie indispensable. Il est clair, par conséquent, qu'elle postule à la fois la nécessité et la limite de la psychothérapie.

Si l'on consent à ne pas commettre le contresens que GRASSET ¹ dénonçait quand il écrivait : « L'électrothérapie, l'hydrothérapie, ce ne sont pas des traitements de l'électricité et de l'eau, mais des traitements par l'électricité et par l'eau et la psychothérapie est un traitement non de l'esprit, mais par l'esprit », il est clair que l'ancienne définition de CAMUS et PAGNIEZ demeure la seule satisfaisante : « *La psychothérapie est l'ensemble des moyens par lesquels nous agissons sur l'esprit malade ou sur le corps malade par l'intervention de l'esprit* » ².

Toute psychothérapie exige en effet deux conditions essentielles l'action de la personnalité du psychothérapeute, la *réaction* de la personnalité du malade. C'est entre ces deux coordonnées que s'inscrit le mouvement même du processus curateur. Toute psychothérapie est une action sociale où se mêlent et se pénètrent au moins deux personnalités : elle est à la fois, comme l'acte même de l'amour, une possession et un don. Toutes les formules psychothérapeutiques peuvent se ramener à ce schéma. Dans l'hypnose et la suggestion, l'hypnotiseur se substitue à l'hypnotisé, il transmet et impose une forme de pensée saine et toute formée à l'être malade. Dans la psychanalyse, le psychanalyste, personnage écran contraint l'inconscient du psychanalysé à se modifier par sa réfraction dans le conscient d'autrui. Dans l'ergothérapie et la psychothérapie de groupe, le psychothérapeute délègue son pouvoir à une forme sociale et humaine qu'il anime de sa personne et par laquelle il maintient et prolonge son contact. Ainsi l'acte essentiel de la Psychothérapie c'est *l'attitude du Psychothérapeute* et RUMKE ³ fait jus-

...Toute psychothérapie est une action sociale où se mêlent et se pénètrent au moins deux personnalités : elle est à la fois, comme l'acte même de l'amour, une possession et un don...

1. Cité dans les « *Médications psychologiques* », t. III, p. 402, par Pierre JANET.

2. CAMUS, PAGNIEZ, *Isolement et Psychothérapie*, 1094, p. 26.

3. RUMKE, *Personnalité et Psychothérapie*, « Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica », mai 1949.

tement remarquer que la « raideur et la rigidité mentale du médecin c'est la fin de sa faculté psychothérapeutique ». Tant il est vrai que l'action thérapeutique est celle d'un acte *complémentaire*, dont la figure fondamentale est celle d'une compensation. Dans tous les cas, la psychothérapie est centrée par *le personnage du psychothérapeute qui joue le rôle que ne joue plus le Moi du malade*.

Dans toute cure psychothérapique, inversement, le malade concourt à sa propre psychothérapie dans la mesure même où son être psychique est « altéré » dans les deux sens du mot ¹. Soit que, comme dans la thérapie par l'hypnose ou ses succédanés ² il se rue sur l'image qui lui est offerte et imposée et l'absorbe « tout de go », – soit encore, comme pour la psychanalyse, que par le mécanisme fondamental du transfert ³ il se reconstruit sur le modèle de l'analyste – soit enfin, comme dans l'ergothérapie, en ce que sa propre activité *dirigée*, l'entraîne hors de lui-même et le réadapte.

Ainsi, comme dans l'amour, répétons-le ou encore dans l'émotion esthétique, les « partenaires » du groupe psychothérapique vont au-devant l'un de l'autre dans une démarche essentiellement *complémentaire*. L'un devant aller jusqu'où l'autre ne peut aller. Une telle rencontre (*Begegnung*), atmosphère essentielle, ou si l'on veut existentielle de toute psychothérapie, telle qu'elle a été envisagée, par exemple, par *Van den Berg* ⁴, n'a aucun sens pour une conception mécaniste de la psychiatrie. Elle en a au contraire un et profond et pratique dans notre conception organo-dynamiste. Elle s'y adapte non pas seulement comme une heureuse ou heuristique contingence de notre système théorique mais comme un de ses aspects les plus fondamentaux : la force requise du psychothérapeute correspond à *la faiblesse que creuse la maladie*, en tant que processus déficitaire.

Ainsi éclate aux yeux, avec ses limites naturelles – qu'il faut bien voir aussi – la nécessité de la psychothérapie dans la conception que nous défendons.

...Ainsi, comme dans l'amour,[...] les « partenaires » vont au-devant l'un de l'autre dans une démarche essentiellement complémentaire. L'un devant aller jusqu'où l'autre ne peut aller...

...Une telle rencontre (Begegnung), atmosphère essentielle, ou si l'on veut existentielle de toute psychothérapie, telle qu'elle a été envisagée, par exemple, par Van den BERG a un sens pratique et profond dans notre conception organo-dynamiste...

... Dans ce même numéro se trouve un article de VAN DER HOOP sur « la structure des névroses et la psychothérapie ».

1. Altéré c'est-à-dire « *troublé* » mais aussi « *assoiffé* » ce qui révèle assez combien la maladie est un vide, un besoin, une forme de néantisation.

2. L'hypnose en tant que sommeil suggéré constitue une sorte de forme maximum de la thérapie de suggestion. Elle a été provisoirement abandonnée chez nous où elle était née. Par contre elle a connu et connaît à l'étranger et particulièrement aux États-Unis une grande vogue. C'est ainsi que Lewis R. WOLBERG a consacré deux gros volumes aux principes et à la pratique de cette psychothérapie (*Medical hypnosis*, 1948). Mais l'hypnothérapie constitue comme thérapeutique de la suggestion allant depuis l'hétérosuggestion jusqu'à l'autosuggestion, une gamme de procédés thérapeutiques innombrables depuis la méthode de COUÉ jusqu'à « *l'autogène Training* » de J. H. SCHULTZ (dont on trouvera dans le *Nervenarzt*, 1949, p. 77 à 81, un exposé par KUHNEL). Dans cette dernière psychothérapie il s'agit d'une véritable rééducation ou tout au moins d'un entraînement par le relâchement musculaire et fonctionnel.

3. Le transfert est le dénominateur commun de toute psychothérapie. C'est dans ce sens qu'il faut entendre la proposition 28 de H. SCHULTZ-HENKE, *29 Thesen zum heutigen Stande der analytischen Psychotherapien*, « *Nervenarzt* », avril 1949.

4. [NdÉ: BERG H. van den. *Bref exposé de la position phénoménologique en psychiatrie*, « *L'Évolution psychiatrique* »: XII, 2, 1947, 23-41.]

V – LES RACINES HISTORIQUES DE L'ORGANO-DYNAMISME.

Nous avons nous-mêmes placé l'organo-dynamisme sous le patronage et l'inspiration de HUGHLINGS JACKSON et c'est justice. Ce puissant esprit a fait plus que tout autre pour orienter la psychiatrie – ce que l'on ne voit pas clairement – et la neurologie – ce que tout le monde sait – dans une perspective doctrinale inégalable par sa fécondité. Mais d'autres grands maîtres de la psychiatrie ont pris une position à peu près identique.

Tout d'abord MOREAU (de Tours), dans son ouvrage fondamental sur le Haschich (1845) et dans son fameux Mémoire sur « l'identité du rêve et de la folie ¹ » par sa théorie du fait primordial, est un précurseur de JACKSON dans la tradition organo-dynamiste.

Avec le développement des études de FREUD et des psychanalystes, c'est surtout dans le sens psychogénétique que la psychiatrie antimécaniciste s'est développée notamment aux U. S. A. depuis Adolf MEYER jusqu'à MASSERMAN. Il est évident que beaucoup des points de vue développés par toutes les Écoles issues de ce mouvement ont beaucoup de traits communs avec la conception que nous défendons, mais elles en diffèrent par l'importance *primordiale* et, à notre sens, abusive qu'elles accordent aux « facteurs moraux » et sociaux, aux situations, aux affects, etc... dans la *genèse* des états psychopathiques sans nous fournir de justification empirique et théorique suffisante.

Par contre à la fin du siècle dernier, un psychologue, RIBOT ² et trois grands psychiatres de la première moitié du xx^e siècle, E. BLEULER ³, P. JANET et E. KRETSCHMER se situent dans cette tradition doctrinale. Enfin, les travaux de MONAKOW et MOURGUE, de HOFFMANN, de JELLIFFE, de SPRANGER, de BARAHONA FERNANDES, etc... doivent être mentionnés comme d'inspiration identique et ont, comme tous les travaux consacrés à ce que l'on a appelé la « Schichttheorie » des psychoses, le même sens profond.

En raison de l'importance que nous attribuons à son œuvre, nous désirons rapprocher des principes de JACKSON, la théorie de Pierre JANET sur l'évolution et les dissolutions des fonctions psychiques, Il sera facile de constater le profond accord qui exis-

1. Nous renvoyons au travail qu'avec R. MIGNOT nous avons consacré à la *Psychopathologie de Moreau (de Tours)*, « Annales Médico-Psychologiques » octobre 1947. On se rendra compte de l'importance capitale de la conception d'un des plus grands maîtres de la psychiatrie française, d'un des plus grands mais aussi peut-être des plus méconnus.

2. A. RIBOT a certainement beaucoup fait, comme J. DELAY (*Encéphale*, 1951) vient de le faire judicieusement remarquer, pour introduire en France la psychologie évolutionniste. Malgré le caractère un peu abstrait de sa « psychologie fonctionnelle », nul doute qu'il n'ait rendu de grands services à la psychopathologie. Cependant le plus important dans ce domaine ce n'est pas les principes mais leur application à la réalité clinique, à toute la réalité clinique.

3. Cf. notre étude *Des Principes de JACKSON à la Psychopathologie de E. BLEULER*, Congrès des Aliénistes de langue française, Genève-Lausanne, 1946.

te entre l'œuvre du grand neurologue anglais, celle du maître de Zurich et celle du plus grand des psychiatres français de ce siècle.

LA CONCEPTION ORGANO-DYNAMISTE DE PIERRE JANET

Si nous confrontons notre propre manière de voir avec la psychopathologie de P. JANET, nous sommes frappés de l'identité foncière de la conception dynamique qui anime l'une et l'autre. La chose est particulièrement évidente à la lecture du recueil de leçons que P. JANET a publié, sous le titre : *La force et la faiblesse psychologiques*¹ Les trois grands principes « jacksoniens » sont, rappelons-le, les suivants:

1°) La maladie dissout des fonctions hiérarchisées, il y a donc lieu d'étudier des « niveaux de dissolution » typiques.

2°) Il y a deux modes de dissolution : les dissolutions isolées et les dissolutions uniformes des fonctions de la vie de relation. Les premières correspondent aux troubles qu'étudie la neurologie, les secondes constituent les états de folie qu'étudie la psychiatrie.

3°) Toute étude des troubles des fonctions hiérarchisées doit être conduite en partie double, puisque certains de ces troubles sont les conséquences d'un déficit (troubles négatifs), et que les autres manifestent la part subsistante des fonctions neuro-psychiques (troubles positifs).

Voyons donc quelles ressemblances et quelles différences peuvent être mises en évidence entre la psychopathologie de Pierre JANET et notre conception organo-dynamiste².

I.– *La hiérarchie des fonctions psychiques et la dissolution des fonctions psychiques dans l'œuvre de P. JANET.*

L'aspect fondamental de la pensée de Pierre JANET est constitué par sa *hiérarchie des fonctions du réel*, sous-tendue par la *tension psychologique*. Pour lui, ce que nous appelons les fonctions psychiques ne sont pas autre chose qu'une série de *conduites*, qui nous rapprochent plus ou moins de la réalité. Tout se passe comme si l'activité de l'homme se déployait en une échelle de niveaux de pensée de plus en plus compliqués et difficiles jusqu'à l'appréhension du monde des objets.

Il y a ainsi une série de fonctions ou de degrés du réel, que nous pouvons sans trop trahir la pensée de JANET, présenter ainsi (*cf. Force et Faiblesse psychologiques*, p. 24) :

Le premier degré (le moins objectif), est celui où nous nous sentons plus ou moins confusément penser ; c'est, peut-on dire, celui de la prise de conscience de la pensée, le premier terme cartésien de la connaissance.

...Tout se passe pour P. JANET, comme si l'activité de l'homme se déployait en une échelle de niveaux de pensée de plus en plus compliqués et difficiles jusqu'à l'appréhension du monde des objets...

1. Maloine, éd. Paris, 1932.

2. Depuis la première édition de cet ouvrage J. ROUART (*L'Évolution Psychiatrique*, 1950, n°3) a étudié à son tour les relations de la théorie de JANET avec la conception de JACKSON.

– Le second est celui des idées, de ces combinaisons psychiques subjectives, qui s'élançant vers le réel et déjà se détachent du pur subjectif – Le troisième, celui de *l'imaginaire*, où nous construisons sous forme de fictions des réalités auxquelles correspondent nos conduites de jeu. – Le quatrième est celui du *passé mort* qui est un réel, déjà plus réel si on peut dire; ce sont des souvenirs de choses réelles auxquelles correspondent nos conduites de la mémoire. – Le cinquième est le degré du *futur lointain* que règlent nos conduites de prévision. – Le sixième, le degré de l'idéal qui correspond à nos conduites de direction. – Le septième, le degré du *passé récent*, qui est presque vécu comme le présent et comporte une série de sentiments de « présence ». Le huitième est celui du *futur proche*, réglé par les conduites d'attente et de préparation. – Le neuvième, celui de notre *présent psychique*, de notre réalité psychique actuellement consciente. – Le dixième, celui de nos *actions présentes*, correspondant aux sentiments régulateurs de nos actions. – Le onzième, celui des *événements actuels*, construction plus synthétique encore du présent. – Le douzième, celui de la *réalité spirituelle et sociale*, groupant toutes les conduites qui nous rattachent aux autres. – Le treizième enfin, celui de la *réalité des objets*, de l'existence des corps extérieurs, détachés de notre esprit par cette opération qu'est la perception du réel.

Certes, une telle classification peut paraître arbitraire, en ce qui concerne le nombre de degrés, lequel peut être augmenté indéfiniment, mais ce serait une grande erreur (celle qui est si généralement commise), que de considérer cette hiérarchie des fonctions du réel comme une vue purement abstraite. En réalité, Pierre JANET aimait présenter ses études sous un aspect simple, mais le caractère didactique et merveilleusement socratique de son enseignement révèle, à qui veut bien le comprendre, une pénétration du réel puissamment « phénoménologique », profondément vécue. Qu'il étudie la « conduite du panier de pommes » ou celle de « Faguet et de l'attente », ou celle « du commandement et de l'obéissance », son œuvre est entièrement concentrée sur des faits concrets. Du point de vue qui nous intéresse, la hiérarchie des fonctions du réel correspond au développement des fonctions dans une perspective génétique, qui transparait souvent, d'ailleurs, dans les analyses. La perpétuelle référence à des types primitifs, archaïques, de pensée en se confondant avec l'idée même de l'évolution des fonctions de JACKSON, s'identifie à son inspiration spencérienne. Si, nous nous permettons à cet égard un regret, ce serait celui de ne pas voir JANET plonger plus profondément dans les couches de la vie instinctive et de ne pas envisager sous cet angle, et de ce point de vue plus résolument génétique, la hiérarchie des fonctions du réel selon l'évolution de la vie instinctive. C'est par là que, sans s'exclure, JANET et FREUD peuvent et doivent se compléter.

On sait comment Pierre JANET s'est principalement occupé tout d'abord des névroses, et combien restent actuelles ses études sur l'hystérie et sur les obsessions.

...le caractère didactique et merveilleusement socratique de l'enseignement de P. JANET, révèle, à qui veut bien le comprendre, une pénétration du réel puissamment « phénoménologique », profondément vécue...

L'hystérie (on en a fait la remarque trop souvent pour qu'il soit utile d'y insister) aurait dû, semble-t-il, conduire JANET, par ses études sur l'hypnose, à un approfondissement des mécanismes instinctifs de l'Inconscient. Il a envisagé ces troubles d'une manière purement « formelle », en faisant appel à la notion du rétrécissement du champ de la conscience, notion identique à celle de régression. Mais ce sont surtout ses études et ses interprétations de l'obsession, ou mieux de la psycho-névrose obsessionnelle, qui ont été le point de départ du « janétisme ». L'obsession n'est pas un phénomène isolé, c'est un état de faiblesse de l'activité psychique de la *tension psychologique*, faiblesse telle que, ne pouvant plus se déployer dans ses actes supérieurs, la force psychique s'éparpille, à des niveaux inférieurs, en conduites et idées de dérivation.

Depuis lors, ce schème fondamental d'une baisse de la tension psychologique et des troubles des fonctions du réel a été justement étendu par JANET à la plupart des autres états psychopathiques. Il a dit que « la *démence précoce* » était à cet égard une manière de « *démence psychasthénique* ». – En ce qui concerne les *états maniaques*, il a montré combien l'agitation (p. 105-106), loin d'être un état de force, est au contraire un gaspillage des forces, entraîné par une faiblesse de contrôle, ce qui peut, dans une certaine mesure, les rapprocher des « *décharges épileptiques* » (p. 92 à 104). Ce qu'il a écrit sur *l'épilepsie* est entièrement d'esprit jacksonien, et on peut s'étonner que, parlant de la crise d'épilepsie comme d'un échappement de contrôle, comme d'un phénomène de désinhibition, pas une fois Pierre JANET, dans le livre auquel nous nous référons, ne se soit tourné vers l'œuvre de HUGHLINGS JACKSON. Tout ce livre constitue d'ailleurs un effort très heureux pour rattacher à la faiblesse de la tension psychologique, ou si l'on veut à la dissolution des fonctions psychiques, toute une série d'états psychopathologiques que l'auteur envisage, de façon parfois plaisante, comme des « *équilibres économiques* » de niveau inférieur. Mais c'est surtout à l'égard des délires et des *hallucinations* que sa pensée coïncide très exactement avec la conception dynamique qui s'inspire des principes de JACKSON. Ceci vaut d'être souligné. En effet, ces aspects psychopathologiques, les délires de persécution, d'influence, toutes les activités hallucinatoires délirantes sont telles que la conception dynamique leur paraît difficilement applicable si on ne les soumet pas auparavant à une analyse rigoureuse. Sur ce point l'œuvre de JANET, dépassant de beaucoup (avons-nous besoin de le souligner ?) nos propres efforts dans ce sens, a apporté des éclaircissements définitifs. On ne peut concevoir ces troubles que comme des perturbations dans les conduites de croyance et des sentiments qui leur correspondent. « Le délirant c'est un individu qui place mal sa parole dans la hiérarchie des degrés de réalité » (p. 15). C'est encore un individu chez qui les opérations psychiques se décomposent en leurs éléments primitifs, essentiellement doubles de par la structure même des fonctions sociales et notamment du langage. Pour ceux qui ont compris cela, le délire et l'hallucination, envisa-

« *Le délirant c'est un individu qui place mal sa parole dans la hiérarchie des degrés de réalité* » P. JANET.

gés dans cette perspective dynamique, deviennent d'une compréhension très claire.

Ainsi l'ensemble de la psychopathologie de Pierre JANET coïncide pleinement avec le premier principe jacksonien. Elle considère les maladies mentales comme des manifestations régressives, inférieures, d'une pensée qui, en s'affaiblissant, s'écarte du réel et produit, avant de s'éteindre, nous allions écrire de s'endormir, toute la gamme des états de folie.

II.– *Troubles neurologiques et psychoses.*

Nous venons de rappeler en peu de mots l'essentiel de la psychopathologie de JANET pour ce qui est des états névrotiques et psychotiques. Soulignons d'ailleurs que, pour lui comme pour nous, la séparation des psychoses et des névroses, « commode en pratique, est absolument fautive au point de vue clinique... c'est une différence qui compte pour le sergent de ville et le préfet de Police, mais une différence qui n'est pas intéressante pour le médecin » (p. 3)

Mais les choses, a dit JANET, se compliquent beaucoup, dans les problèmes psychologiques, du fait qu'il y a une pathologie des troubles moteurs et sensoriels de type neurologique, pathologie à laquelle, si on a « des tendances psychologiques », on répugne d'assimiler la psychiatrie et à laquelle on rapporte purement et simplement la médecine mentale si on a « des tendances neurologiques ».

Aussi JANET a-t-il pris très nettement position à l'égard de ce problème dans les pages qu'il a consacrées (p. 9 à 15) à la distinction des troubles organiques et des troubles fonctionnels. Après avoir repoussé la division entre psychoses acquises et constitutionnelles (qui d'ailleurs à un certain point de vue est analogue à la suivante), il estime qu'il y a une différence entre les « maladies organiques et les maladies fonctionnelles ». Voici quelques passages (p. 9 et 10) caractéristiques de sa manière de voir :

« je serais disposé à conserver une distinction qui est encore aujourd'hui très incomplète, l'étrange distinction de ce qu'on appelle les maladies organiques et les maladies fonctionnelles. Cette distinction, on l'applique assez souvent. Par exemple, voilà un homme qui vient d'avoir une hémorragie cérébrale et qui présente une hémiplégie avec destruction de la parole. Le diagnostic consiste à dire : cet homme présente une destruction de certains organes indispensables pour la fonction de la marche ou de la parole. C'est un diagnostic de destruction organique. Au contraire, voici une jeune personne qui présente la même paralysie du côté droit et des phénomènes de mutisme. On peut, par certaines observations précises, par l'étude de tous les réflexes, l'étude psychologique de toutes ses fonctions, dire : c'est étrange, il n'y a pas d'organes détruits, il n'y a pas de destruction organique qui corresponde à sa paralysie du côté droit ou à son mutisme. Au fond, elle a des organes sains : elle pourrait parfaitement parler et marcher ; pourquoi ne le fait-elle pas ? Nous disons : elle ne le fait pas parce qu'elle ne fonctionne pas. Nous pouvons comprendre mieux cet exemple en considé-

...pour lui comme pour nous, la séparation des psychoses et des névroses, « commode en pratique, est absolument fautive au point de vue clinique...»

rant les instruments mécaniques : voici une automobile qui a marché pendant quelque temps sur la route et qui, devant une petite pente, une pente légère, s'arrête : elle n'avance plus. On a beau toucher des mécanismes, rien ne bouge ; il y a quelque chose qui ne marche pas dans cette voiture. Vous pouvez avoir deux accidents différents, deux formes d'accident et il est très important pour le chauffeur de faire le diagnostic pour le traitement. Pourquoi cette machine ne marche-t-elle pas ? – Parce qu'elle est cassée. Cela arrive souvent. Une des roues est cassée qui empêche les autres de rouler ; c'est une destruction organique. Il va falloir démonter l'auto et rechercher la pièce brisée il y a une lésion organique. Cependant, après examen, vous pouvez dire aussi il n'y a rien de cassé dans cette voiture ; si elle ne marche pas, ce n'est pas par suite d'une blessure, ni d'une rupture intérieure; elle ne marche pas parce que le réservoir d'essence est vide, tout simplement. Ce n'est pas la même chose que l'accident précédent. Cette distinction implique immédiatement une discussion. Cette notion que je viens d'exprimer devant vous : lésion organique et troubles fonctionnels, est-elle bien claire, bien logique? Cette distinction suppose un principe étrange : elle suppose que, dans un être vivant et tout en même temps, il puisse y avoir des troubles graves sans aucune modification organique, ce qu'on appelait autrefois des troubles fonctionnels, ce qu'on appelle maintenant troubles psychasthéniques. Tous ces troubles étaient compris comme des troubles qui portent sur le principe spirituel, sur l'élément qui n'est pas visible en nous. Or, cette conception est-elle aujourd'hui admissible? Est-il vrai que dans les troubles fonctionnels du névropathe qui n'a pas d'altération cérébrale, il n'y ait pas d'altération ailleurs ? je viens de vous dire qu'il y a des maladies de foie, de l'intestin, qu'il peut y avoir des intoxications de toute espèce, il n'y a pas de maladie sans lésion, ce n'est pas logique de le soupçonner, et ce n'est pas exact » ¹

Sans forcer les choses on peut dire que la distinction admise par JANET, entre troubles « organiques » et troubles « fonctionnels », n'est rien d'autre que la distinction jacksonienne entre les dissolutions isolées de type neurologique et les dissolutions uniformes de type psychiatrique. Seulement, lorsqu'on emploie ces termes « organiques » et « fonctionnels », on obscurcit à plaisir une classification qui, sous cette forme : dissolutions *isolées* ou dissolutions *uniformes*, est parfaitement claire. Dire en effet que certains troubles de la vie de relation, certains troubles de nos mouvements, de nos sensations, de notre comportement sont les uns organiques et les autres non organiques c'est comme le souligne très bien JANET, assez étrange, puisque tous dépendent de lésions organiques. Dire, pourrions-nous ajouter, que parmi ces troubles, les uns sont « fonctionnels » et les autres « non fonctionnels », c'est se faire également l'idée la plus étrange des fonctions psycho-motrices, car tous, qu'il s'agisse d'un trouble de la motilité ou d'une obsession, sont des troubles qui perturbent les fonctions de la vie de relation.

Nous croyons que la distinction que nous avons « exhumée » de la conception de JACKSON, celle entre dissolutions isolées partielles (ou « locales ») des fonctions sen-

...Sans forcer les choses on peut dire que la distinction admise par JANET, entre troubles « organiques » et troubles « fonctionnels », n'est rien d'autre que la distinction jacksonienne entre les dissolutions isolées de type neurologique et les dissolutions uniformes de type psychiatrique...

1. Cette dernière et importante phrase surprendrait étrangement tous ceux qui voyant en JANET un « psychologue » ne peuvent pas même concevoir, et en tout cas, ignorent que sa conception non seulement n'exclut pas, mais exige un conditionnement organique aux psychoses.

sori-motrices de base et dissolutions uniformes de l'activité psychique, distribuées en une série de niveaux psychopathologiques, peut seule apporter un peu de clarté sur ce point., dont dépend l'exacte appréciation des rapports de la Neurologie et de la Psychiatrie. Arrêtons-nous-y un instant.

Voici un nerf coupé, et une série de mouvements disparaissent, voici encore un ramollissement cérébral, et des troubles des fonctions visuelles : dans les deux cas il s'agit de troubles partiels ; certains mouvements et certaines perceptions ne se produisent plus ou sont perturbés. Voici maintenant un malade atteint de catatonie, il délire, il est *troublé* dans toute sa vie sociale, il refuse de manger, il ne prononce pas une parole ; voici encore un homme qui est angoissé parce que toutes ses actions sont frappées d' « interdits » ; il ne peut rien faire sans croire que chacune de ses actions va lui donner le croup : dans ces deux cas il s'agit de troubles de la personnalité et de la vie psychique dans son entier ; tout se passe comme si les fonctions d'adaptation au réel ou les fonctions psychiques supérieures ne fonctionnaient plus normalement. Tel est le sens concret de la distinction.

Posons-nous un problème à ce sujet. Y a-t-il des lésions dans l'une et l'autre occurrence? JANET – *et nous avec lui – croyons que oui*. Seulement nous admettons que la structure de trouble n'est pas la même ; Pierre JANET va peut-être plus loin que nous, lorsqu'il pense que dans les cas de névrose ou de psychose ce sont des troubles somatiques généraux, congénitaux ou acquis, et non pas nerveux, qui réalisent les syndromes psychopathologiques. Cela doit être exact parfois, mais il paraît évident que beaucoup de processus cérébraux font également régresser les fonctions psychiques, d'une manière uniforme et globale, à des niveaux caractéristiques des diverses psychoses. La pathologie des intoxications, des tares héréditaires, de la syphilis, de l'encéphalite épidémique, des tumeurs cérébrales, des troubles atrophiques du cerveau, etc... en fournit de surabondantes preuves.

Ainsi, sauf en ce qui concerne ce dernier point, nous retrouvons dans l'œuvre de Pierre JANET, sous des termes que lui-même juge inadéquats, une parfaite concordance avec la distinction jacksonienne (fondement de la définition du fait neurologique et du fait psychiatrique), des dissolutions fonctionnelles sensori-motrices isolées et des dissolutions uniformes de l'activité psychique.

Mais le point où l'accord entre les deux conceptions est le plus frappant est celui-ci : dans les deux cas – (et pour les psychoses et psychonévroses comme pour les troubles neurologiques) – ces deux types de troubles de la vie de relations sont *déterminés par des troubles organiques*, car comme JANET l'a écrit dans le passage cité plus haut : « Il n'y a pas de maladie sans lésion, ce n'est pas logique de le soupçonner et ce n'est pas exact. »

*« Il n'y a pas de maladie sans lésion, ce n'est pas logique de le soupçonner et ce n'est pas exact. »
Pierre JANET.*

III.— *Les troubles de déficit et le mécanisme des symptômes.*

Dans la conception jacksonienne des états psychopathiques on distingue les signes négatifs de destruction ou d'altération des fonctions, et les signes positifs qui témoignent de la part fonctionnelle subsistante. On sait comment une telle distinction se superpose à celle établie par BLEULER entre les signes primaires et les signes secondaires. C'est aussi un des aspects fondamentaux d'une conception dynamique, qui envisage les symptômes d'une maladie comme conditionnés, certes, par des facteurs étiologiques organiques, mais qui se refuse à admettre que la lésion crée mécaniquement tous les symptômes. Nous avons souvent indiqué à cet égard que nous ne pouvions comprendre les relations qui unissent le symptôme à la lésion qu'en supposant un écart entre eux, *l'écart organo-clinique*, rempli par les forces psychiques subsistantes.

Une telle vue des choses rend sensible le caractère *actif* des symptômes, qui ne peuvent être expliqués sans être rapportés aux systèmes de forces, aux fonctions sous-jacentes. C'est, nous semble-t-il, ce point de vue qui est, dans la conception de Pierre JANET, le moins « poussé ». On le retrouve, certes, comme nécessairement impliqué dans toute conception dynamique, mais JANET paraît s'être plus spécialement intéressé aux troubles de déficit, et moins à la part psychique subsistante, d'où le manque de netteté de cette distinction dans son œuvre. C'est dans ce sens que l'on pourrait voir dans la conception de JANET une conception dynamique plus « formelle » et « intellectualiste » (appliquée presque exclusivement aux fonctions supérieures et notamment sociales), qu'affective et instinctive. C'est par là notamment que les études de Pierre JANET marquent son désintérêt à l'égard de la vie affective notamment des instances inconscientes des fonctions instinctives. C'est par là qu'il s'écarte de FREUD. Et pourtant, dans la conception jacksonienne, que jusqu'ici nous avons pu adapter rigoureusement à la théorie de JANET, il paraît naturel et évident d'intégrer dans les divers niveaux de dissolution de l'activité psychique ces forces inconscientes qui l'organisent. Toute régression n'est pas seulement une faiblesse, comme dit JANET, mais elle est encore *une libération des forces inférieures*, qui ont elles-mêmes leur histoire. De telle sorte qu'une véritable « histoire naturelle » des états psychopathologiques doit être à la fois une pathologie des fonctions perdues, admirablement étudiées par JANET, et une pathologie des symptômes positifs, pleins des instances psychiques subsistantes. C'est là, nous semble-t-il, comme nous l'avons déjà indiqué plus haut, le point où les études de Pierre JANET devraient être complétées par celles de FREUD, tout au moins dans la perspective d'une conception organo-dynamiste. Par là peut-être la psychopathologie de JANET, en intégrant à la base même de son système la notion d'une force instinctive qui lui fait défaut, pourrait cesser d'être aussi indifférente aux contenus, aux tendances, aux instances affectives, et pour tout dire aux *sentiments*,

...les études de Pierre JANET devraient être complétées par celles de FREUD, tout au moins dans la perspective d'une conception organo-dynamiste...

envisagés, non plus seulement comme des régulateurs des fonctions, mais comme des réalités phénoménologiques. Ce qui paraît être dans la théorie de JANET comme une lacune que ses géniales conceptions n'ont jamais pu complètement combler, c'est l'absence d'un moteur : l'instinct.

Nous croyons, pour notre part, que toute conception dynamique est nécessairement « vitaliste ». C'est pourquoi elle heurte si fort les théories médicales, issues de l'atomisme mécaniste du XIX^e siècle. C'est pourquoi aussi il nous sera peut-être permis de regretter que JANET, qui a tant fait en Psychiatrie pour lutter contre les doctrines mécanistes, n'ait pas été assez « jacksonien » et « vitaliste » pour admettre l'importance de l'instinct dans l'évolution même et la dissolution des fonctions neuro-psychiques.

Si maintenant nous confrontons la psychopathologie de Pierre JANET, la théorie jacksonienne et la doctrine freudienne, les points de ressemblance et de différence vont nous apparaître en clair. JANET se sépare de la conception jacksonienne seulement en ceci qu'il ne donne pas autant d'importance aux instances sous-jacentes instinctives et subconscientes, aux troubles positifs. JANET se sépare de FREUD comme le jacksonisme lui-même, en ce qu'il n'admet pas une psychogénèse pure des états psychopathiques, et que de plus il n'intègre pas dans sa psychopathologie l'efficiencia de la vie instinctive.

Il est facile de voir l'intérêt du « jacksonisme » comme doctrine dynamiste synthétique : *elle permet d'étendre le « Janétisme » jusqu'au « Freudisme » sans tomber dans les erreurs et les excès de celui-ci.*

...MOREAU (de Tours) mettant en évidence comme « fait primordial » la chute du niveau de l'activité psychique sous l'influence d'un toxique,

JACKSON étudiant le mouvement de dissolution épileptique,

JANET analysant la détérioration fonctionnelle des psychonévroses,

BLEULER découvrant le travail complexe de l'autisme dans le processus schizophrénique,

tous nous ont indiqué « la voie royale »...

Telles sont les lettres de noblesse d'un mouvement doctrinal qui se rattache aux plus anciennes traditions de la science médicale et à l'œuvre monumentale du plus grand psychiatre français de notre temps. Si, en psychiatrie, il a été littéralement étouffé par le développement mécaniciste du XIX^e siècle, s'il s'est ensuite laissé déborder par les théories psychogénistes en vive et nécessaire réaction contre la Psychiatrie mécaniciste, il a, sans avoir pu jusqu'ici trouver sa forme d'hypothèse systématique, été défendu par d'illustres précurseurs de notre science. MOREAU (de Tours) mettant en évidence comme « fait primordial » la chute du niveau de l'activité psychique sous l'influence d'un toxique, JACKSON étudiant le mouvement de dissolution épileptique, JANET analysant la détérioration fonctionnelle des psychonévroses, BLEULER découvrant le travail complexe de l'autisme dans le processus schizophrénique, tous nous ont indiqué « la voie royale » qui conduit au cœur de tous les problèmes psychiatriques : l'étude des relations qui unissent la courte folie du rêve qui s'empare de nous quand nous dormons et les formes plus ou moins profondes et durables des troubles mentaux. Le caractère le plus authentique de toute conception organodynamiste, sa véritable « pierre angulaire » c'est, en effet, l'intérêt qu'elle attache au rêve que nous portons en nous, comme le noyau virtuel de la folie, et au sommeil qui le libère.

Étude n° 8

LE REVE « FAIT PRIMORDIAL » DE LA PSYCHOPATHOLOGIE

*Étude dédiée à la mémoire
de MOREAU (de TOURS)
(1804-1884).*

1. Folie et valeurs.
2. Rythme de la médecine.
3. Mécanicisme et psychiatrie.
4. La notion de « maladie mentale ».
5. La doctrine de G. de Clérambault.
6. Freud et la psychanalyse.
7. Conception Organo-dynamiste.
8. *Rêve et psychopathologie.*

Nous passons plus de la moitié de notre existence dans le rêve du sommeil et la rêverie de la veille ¹. Ce fait ne peut pas être tenu en dehors d'une théorie psychiatrique générale. Il doit, au contraire, en constituer le centre et c'est un des mérites de la Psychiatrie française de ne l'avoir jamais complètement oublié. Notre étude de cet aspect fondamental de la psychopathologie doit s'inspirer de la nécessité d'élargir dans trois directions le problème jusqu'ici traité de façon trop étroite et parfois dérisoire.

Tout d'abord, le rêve lui-même ne nous apparaîtra plus, après FREUD, comme un accident pour ainsi dire hétérogène à la masse de la vie psychique, mais comme un aspect de celle-ci, en continuité directe avec son développement et son mouvement.

En second lieu, le rêve, en tant que pensée relâchée, nous apparaîtra non plus comme une monstruosité propre au sommeil, mais comme une forme de pensée inférieure, de basse tension psychologique analogue dans sa structure aux divers niveaux de la « conscience imageante ».

Enfin les rapports du rêve et des psychoses ne se limiteront plus à la seule considération d'une analogie phénoménologique entre ce qui est vécu dans le rêve et ce qui est vécu dans certains états psychotiques ou névrotiques, mais s'inscriront dans une perspective plus totale et naturelle : ils nous apparaîtront comme régis par la loi générale de la dissolution des fonctions psychiques : *le rêve étant au sommeil ce que le*

...le rêve étant au sommeil ce que le délire est au processus générateur des psychoses et des névroses...

1. Sir Thomas BROWNE (1605-1682) écrivait dans son *Essai sur les Rêves*: « La moitié de nos jours, nous les passons dans l'ombre de la terre et le frère de la mort s'arroge la tierce partie de notre existence. » (Cité par A. STOCKER)

ÉTUDE N°8

délire est au processus générateur des psychoses et des névroses, c'est-à-dire, dans l'un et l'autre cas, l'activité psychique subsistante ou positive. C'est en passant par le foyer « imaginaire » de l'être que les deux séries de phénomènes se recourent et coïncident, les uns comme les autres délivrant sous des formes et à des degrés divers « la folle du logis »... Telle est la pièce maîtresse d'une théorie organo-dynamiste des psychoses et des psychonévroses. Elle emprunte l'essentiel de son hypothèse à un fait : la dissolution hypnotique – et suppose que celle-ci contient le rêve, exactement comme les dissolutions pathologiques contiennent le délire sous toutes ses formes et à tous ses degrés.

PREMIÈRE PARTIE

LA DISSOLUTION HYPNIQUE

I. – STRUCTURE DE LA PENSÉE DU SOMMEIL.

Nous étudierons tout d'abord la pensée des phases marginales du sommeil et le rêve. Nous montrerons ensuite le prolongement du rêve dans la vie de la veille. Enfin nous étudierons les principales conceptions théoriques appliquées à l'explication du rêve.

A. – LA PENSÉE DES PHASES MARGINALES DU SOMMEIL.

L'endormissement (phase « hypnagogique ») et le réveil (phase « hypnopom-pique ») constituent les états liminaires de la dissolution hypnique ¹. Leur brièveté – particulièrement pour le réveil, – l'amnésie qui les recouvre ou le peu d'intérêt qui s'y attache pour la conscience du dormeur, en train de se détacher de la réalité ou de s'y rattacher, expliquent la carence d'études systématiques et approfondies dont nous disposons sur ces points d'importance majeure. Il y aurait une étude très importante à entreprendre sur ce sujet. La phase hypnagogique a été plus étudiée que la phase de réveil ; nous devons signaler pourtant un travail intéressant sur la phase de réveil, celui de Martin GROTHIAHN ².

1. – *La conscience hypnagogique.*

Nous devons à J.-P. SARTRE, une des meilleures analyses de la conscience hypnagogique :

« Me voici donc le tronc fléchi, les muscles relâchés, les yeux clos, couché sur le côté ; je me sens paralysé par une sorte d'autosuggestion ; je ne peux plus suivre mes pensées : elles se laissent absorber par une foule d'impressions qui les détournent et les fascinent, ou bien encore elles stagnent ou se répètent indéfiniment. A chaque ins-

...Nous devons à J.-P. SARTRE, une des meilleures analyses de la conscience hypnagogique : la conscience captive ...

1. Nous n'insistons pas ici sur la physiologie de l'état hypnagogique et notamment sur les études de l'école de PAVLOV. Nous signalons à ce sujet une analyse psychophysiologique de LAWRENCE, S. KUBIE et S. MARGOLIN (*American Journal of Psych.*, 1944).

2. Martin GROTHIAHN, *Ueber selbstbeobachtung beim Erwachen*, « Zeit. f. Neuro », 1932.

tant, je suis pris par quelque chose dont je ne puis plus sortir, qui m'enchaîne, m'entraîne dans un cercle de pensées prélogiques, et disparaît. La paralysie de mes membres et la fascination de mes pensées ne sont que les deux aspects d'une structure nouvelle : la conscience captive. Le terrain est préparé pour les images hypnagogiques : je suis dans un état spécial, comparable à celui de certains psychasthéniques, c'est la première chute de potentiel, la première dégradation de la conscience avant le rêve. Les images hypnagogiques ne représentent pas une seconde dénivellation : elles paraissent sur ce fond ou ne paraissent pas, voilà tout. Il en est ici comme de certaines psychoses qui ont une forme simple et une forme délirante. Les images hypnagogiques seraient la forme délirante. Je puis encore réfléchir, c'est-à-dire produire des consciences de consciences ¹. Mais, pour garder l'intégrité des consciences primaires, il faut que les consciences réflexives se laissent fasciner à leur tour, qu'elles ne posent pas devant elles les consciences primaires pour les observer et les décrire. Elles doivent partager leurs illusions, poser les objets qu'elles posent, les suivre dans la captivité. A vrai dire, il faut de ma part une certaine complaisance. Il reste en mon pouvoir de secouer cet enchantement, de faire tomber ces murailles de carton et de retrouver le monde de la veille. C'est pourquoi, en un sens, l'état hypnagogique, transitoire, sans équilibre, reste un état artificiel. Il est « le rêve qui ne peut pas se former ». La conscience ne veut pas se prendre tout entière, au sens où l'on dit qu'une crème ne veut pas se prendre. Les images hypnagogiques apparaissent avec une certaine nervosité, une certaine résistance à l'endormissement, comme autant de petits glissements arrêtés vers le sommeil. Dans un état de calme parfait on glisse, sans s'en rendre compte, de l'état de fascination simple au sommeil. Seulement, en général, nous voulons nous endormir, c'est-à-dire que nous avons conscience d'aller vers le sommeil. Cette conscience retarde l'évolution en créant un certain état de fascination consciente qui est précisément l'état hypnagogique » ².

On ne saurait mieux exprimer que ce qui caractérise la « conscience hypnagogique », c'est qu'elle constitue une métamorphose de la conscience qui devient « conscience imageante ». Ce qui circule dans son mouvement, ce n'est plus une idée ; ce qui l'organise, ce n'est plus un effort ; ce qui l'anime, ce n'est plus une volonté. Elle est concrète, passive et automatique, comme dépouillée de ce que, à l'état vigile, introduisent dans sa structure la réflexion, la contrainte et la perspective. Elle se prend à son propre piège et reflue vers le spectacle qu'elle produit, dans et par son propre mouvement. Tout entière fascinée par l'imagerie qu'elle engendre, et comme dédoublée dans la coalescence magique de ce qu'elle est et de ce qu'elle fait, elle brise sa totalité en fragments étrangers à sa spontanéité. Ainsi rien ne naît dans cette conscience qui n'y éclate comme une image, comme une fulgurance parée de couleurs, de lumières et de sons, qui ne concentre en formes sensorielles intenses et séparées les significations de la pensée qui s'endort. Mais ce bouleversement du monde qui l'éloigne de moi, auquel se substitue mon être, vu et senti sur l'écran de l'imaginaire, il ne va pas jusqu'à

...Ainsi rien ne naît dans cette conscience qui n'y éclate comme une image, comme une fulgurance parée de couleurs, de lumières et de sons, qui ne concentre en formes sensorielles intenses et séparées les significations de la pensée qui s'endort...

1. Pour SARTRE, « conscience » est prise dans le sens de « vécu ». Il n'y a pas une conscience de tel ou tel vécu. Chaque vécu est une forme de conscience, une conscience.

2. J.-P. SARTRE : *L'Imaginaire*, Paris, 1940, p. 64 et 65.

abolir toute conscience du jeu auquel je me livre. Le miracle qui s'accomplit reste fragile et à ma portée. Je sens que le merveilleux naît de moi, et si je m'y abandonne, c'est avec le vague sentiment qu'il prend la forme de mon désir de rêve. C'est en ce sens que Igor A. CARUSO parle de ces images comme de tentatives pour rêver (Traumversuche). C'est également ce qu'a fort bien vu J.-P. SARTRE quand il a écrit que cette conscience enchaînée aux « images » demeure « mal enchaînée ». A ce titre, il la rapproche davantage de la fascination des « paréidolies » et des « Gestalten » du « Rorschach » que du rêve « où la captivité est complète ».

2. – *Les images hypnagogiques.*

Rappelons-nous les descriptions de B. LEROY ¹ : « Ce qui caractérise la vision hypnagogique, écrivait-il, c'est une modification d'ensemble de l'état du sujet, c'est l'état hypnagogique ». De fait, les images vivent, dans cette atmosphère, d'une vie originale. Elles se présentent, s'offrent, naissent et se constituent avec une conscience qui n'est ni celle de leur objectivité, ni celle de leur réalité, mais celle de leur présence. Comme l'exprime encore SARTRE, « notre conscience vient adhérer à un muscle relâché, et, au lieu de constater purement et simplement l'hypotonus, elle se laisse *charmer* au sens propre par lui, c'est-à-dire qu'elle ne le constate pas, mais le *consacre* ». Ainsi se forment les figures qui, sur le fond obscur des écrans sensoriels, s'inscrivent en traits concrets, vifs, « esthésiques », dont la conscience s'empare par le mouvement qui les constitue, les pose et les saisit dans l'opération par quoi elles se dressent comme de vivantes images, Ce sont elles qui ont été admirablement étudiées par MAURY ², DELAGE ³, et B. LEROY ⁴ et plus récemment par TOURNAY ⁵, LHERMITTE et SIGWALD ⁶ et ROUQUES ⁷. Le marquis HARVEY DE SAINT-DENIS (1867) notait : « Si l'on pense à quelque personne ou à quelque site, les visages, les vêtements, les arbres ou les maisons qui font partie de ces images, cessent peu à peu de n'être que des silhouettes confuses pour se dessiner et se colorer de plus en plus nettement. » Et B. LEROY pouvait souligner ⁸ que « c'est même souvent à cela que se reconnaît l'approche du som-

...les images (...) se présentent, s'offrent, naissent et se constituent avec une conscience qui n'est ni celle de leur objectivité, ni celle de leur réalité, mais celle de leur présence...

1. B. LEROY : *Les visions du demi-sommeil*, 1926.

2. MAURY, p. 42 à 79, 1865.

3. DELAGE, p. 68 à 85, 1920.

4. B. LEROY, 1926.

5. TOURNAY, *Sur mes propres visions du demi-sommeil*, « Revue Neuro », 1944, p. 209.

6. LHERMITTE et SIGWALD, *Hypnagogisme, Hallucinoïse, Hallucinations*, « Revue Neuro », 1941, p. 225.

7. ROUQUES, *Les images prémonitoires au sommeil*, « Revue Neuro », 1946, p. 371.

8. Nous pouvons signaler l'observation personnelle d'un phénomène que nous n'avons jamais vu décrit : je suis averti que le sommeil vient par la couleur des images hypnagogiques. Si elles figurent des fleurs colorées c'est que je vais m'endormir. Quand ce sont des feuillages verts c'est que je vais avoir de la difficulté à me laisser gagner par le sommeil.

meil », et que l'on passe de la rêverie au rêve. HERBERT SILBERER ¹ rapporte que *réfléchissant* aux jugements transsubjectifs, il a vu soudainement dans une hallucination hypnagogique les têtes de tous les hommes renfermées dans une sphère. Cette dramatisation concrète de la conscience est, en effet le premier stade de la pensée hypnagogique ². Lorsque je lis ou que je laisse aller mes pensées, ma lecture, ma pensée flottement, perdent leur précision et ce que je perds en sens abstrait ou en représentation idéique, m'est restitué sous forme de tableaux, qui découpent mais concrétisent le thème significatif. C'est dans mes yeux, dans mes oreilles, que brusquement surgissent les images impliquées dans ma lecture ou ma méditation. Et non seulement se forment des images d'Épinal qui les illustrent, s'arrêtant pour ainsi dire devant mes yeux, au lieu de coïncider avec mon esprit, mais des formes émergent également des profondeurs de mon inconscient, dans une montée soudaine d'imaginaire qui, faisant brusquement irruption, s'actualisent en scènes ou éclosent en figures parfaitement différenciées, précises et incongrues.

...des formes émergent également des profondeurs de mon inconscient, dans une montée soudaine d'imaginaire...

LES HALLUCINATIONS HYPNAGOGIQUES VISUELLES.

Telles sont, tout d'abord, *les formes géométriques ou ornementales*. « Ce sont – écrivait HARVEY DE SAINT-DENIS – de petites roues lumineuses, de petits soleils qui tournent rapidement sur eux-mêmes, de petites bulles de couleurs variées qui montent et qui descendent, ou bien de légers fils d'or, d'argent, de pourpre, de vert-émeraude qui semblent se croiser ou s'enrouler symétriquement de mille manières avec un frémissement continu, forment une infinité de petits cercles, de petits losanges et d'autres figures régulières assez semblables à ces fines arabesques qui ornent le fond des tableaux byzantins. » B. LEROY a décrit : « des images, rappelant par leurs dispositions, leurs dessins, la variété de leurs couleurs, les rosaces des tapis, certains tissus bigarrés ou certaines mosaïques ornées de fleurs très stylisées, de fonds composés de hachures, de carrelages, de grilles, de billettes, de dentelures, de festons. » Ces formes affectent une structure géométrique par l'intégration de motifs, répondant à la loi de constitution de « la bonne forme », selon les lois de formation mises en évidence par WERTHEIMER et la Gestaltpsychologie (symétrie, régularité, rythme), – Ce sont aussi des figurations d'objets, de visages ou de scènes, qui se présentent en images nettes, de contours et de couleurs précis, mais sans grande continuité entre elles : il s'agit d'images qui « se détachent » les unes des autres et ne s'enchaînent pas. Tout au plus, peut-on, parfois, remarquer une tendance aux métamorphoses, par développement des

...Ce sont – écrivait HARVEY de SAINT-DENIS – de petites roues lumineuses, de petits soleils qui tournent rapidement sur eux-mêmes...

1. HERBERT SILBERER, *Jahrb. f. Psych.*, 1909.

2. Igor A. CARUSO, *Über den Symbolismus der hypnagogischen Vorstellungen*, « Revue Suisse de Psychologie », 1948, a attaché une particulière importance à ces images parce que, dit-il, elles permettent de saisir sur le vif « la formation des symboles préservant le sommeil ».

relations matérielles et plastiques de leur contenu et comme par un jeu purement interne de transformation progressive de la forme. La plupart des auteurs insistent sur l'aspect « hallucinosique » de ces images : elles *se présentent* comme des images « cinématographiques » devant le sujet qui s'endort et assiste à leur spectacle (TOURNAY, LHERMITTE, ROUQUES).

LES HALLUCINATIONS HYPNAGOGIQUES DE L'OUÏE.

Tout en étant moins fréquentes, elles sont également banales. « Elles ont souvent, dit B. LEROY, un caractère musical..., et parfois aussi un caractère verbal. » MAURY avait noté qu'il s'entendait assez souvent appeler par son nom ¹. Ce phénomène paraît être relativement fréquent, de même que l'audition de courtes phrases, prononcées avec une netteté, une sonorité remarquables et étonnantes. A tel point qu'elles brisent parfois l'enchantement de la conscience assoupie et qui glisse vers le sommeil. MAURY ² raconte qu'il s'entendit parler très distinctement, comme s'il prononçait un discours. *L'écho de la lecture* paraît un phénomène plus observable qu'on ne le signale généralement : le texte en retentit aux oreilles ³.

... l'audition de courtes phrases, prononcées avec une netteté, une sonorité remarquables et étonnantes...

LES HALLUCINATIONS GUSTATIVES ET OLFACTIVES.

Elles sont beaucoup plus rares. C'est encore MAURY qui en donne quelques exemples personnels ⁴.

LES HALLUCINATIONS CÉNESTHÉSIIQUES.

Elles sont très fréquentes, et notamment les sensations de chute ou d'élévation, ou encore des impressions kinesthésiques bizarres, des paresthésies ou cénestopathies ineffables qui n'affluent à la conscience que sous forme d'images métaphoriques confuses à tonalité agréable ou pénible le plus souvent ineffables.

3. – *Troubles du langage.*

L'alexie et la paraphasie sont des phénomènes aisément observables dans l'endormissement et le réveil. Il est assez facile de se surprendre parler intérieurement un langage complètement incohérent. Mais l'étude analytique de ces faits est pleine de difficultés, car il s'agit là de troubles très brefs, fugaces, et qui requièrent des troubles de la conscience, incompatibles avec leur observation et même leur notation. Il semble que l'étude classique de KRAEPELIN sur les troubles du langage dans le rêve ⁵ puisse fort bien s'appliquer aux formes d'expression verbale de la pensée hypnagogique ou hyp-

1. MAURY : *ibidem*, p. 65.

2. MAURY : *ibidem*, p. 146-147.

3. CH. DURAND, *L'Écho de la Pensée*, Thèse, Paris, 1939. [NdÉ : Rééd. : L'Harmattan, Paris, 1998].

4. MAURY : *ibidem*, p. 74 à 76.

5. KRAEPELIN, *Ueber Sprachstörungen im Traume*, Psych. Arbeiten, 1910.

nopompique. Cette étude porte sur 281 exemples de troubles du langage, et l'auteur distingue des troubles de la formation verbale (Wortfindung), consistant surtout en altérations des formes verbales (morcellement, substitutions, néologismes, etc ...), des troubles de la parole (déficit verbal amnésique et syntaxique), et enfin des troubles sémantiques ou du schématisme de la pensée sous-jacent au langage. O. MIYAGI ¹, un psychiatre japonais, a fait une étude des néologismes hypnagogiques. Signalons le livre de Emil A. GUTHEIL ² sur le langage du rêve et le travail d' HALBWACHS ³ (1946) qui est revenu récemment sur le langage onirique sans que son étude nous apporte rien de bien nouveau. A. L. EPSTEIN (de Léninegrad) a publié, il y a quelques années, un travail ⁴ où il a étudié les troubles « aperceptognoïques » sensoriels et idéatoires dans le sommeil.

4. – *L'affectivité.*

Les phases marginales du sommeil sont intensément affectives. La fascination de la conscience, par ses contenus, soude le monde des images aux sollicitations de l'instinct. Cette merveilleuse floraison produit une sorte d'état « nirvanique », l'ensorcelante fiction du rêve pressenti ou dont on ne s'est pas encore complètement dépris ; l'attraction du monde des images exerce son sortilège, et celui qui s'endort se sent « ravi » par le monde des songes. Mais dans le mouvement même de cet abandon s'inscrivent des sentiments, des états affectifs originaux : sentiments de lutte contre la représentation obsédante qui tend à se fixer, quand le sommeil même ne la détermine pas complètement, mentisme, exagération des préoccupations de la veille, que le rétrécissement du diaphragme psychique grossit démesurément, extension mégalomanique, exaltation des fantasmes érotiques ⁵, élaboration de sentiments paroxystiques et passionnels, etc... C'est tout le monde subliminaire à l'affectivité consciente qui s'agite, se libère et tend à se former en blocs. Les images ne « se prennent » pas seules dans la conscience parahypnique ; il se constitue des systèmes affectifs, des courants fluides et estompés, ou compacts et puissants, qui tantôt compromettent le sommeil, tantôt en révèlent la sollicitation et le progrès. L'angoisse même qui, sous forme d'attente plus ou moins hâle-tante, constitue le fond affectif du rêve se concrétise en sursauts, surprises et perplexité prémonitoires comme à l'approche du songe mystérieux « qui va arriver »...

...mentisme, exagération des préoccupations de la veille, que le rétrécissement du diaphragme psychique grossit démesurément, extension mégalomanique, exaltation des fantasmes érotiques...

1. O. MIYAGI, *Les néologismes du demi-sommeil*, « The Japanese Journal of exper. Psychology », déc. 1937.

2. EMIL A. GUTHEIL, *The language of the Dream*, Mac Millan, 1939.

3. HALBWACHS, *Journal de Psychologie*, 1946. Le rêve et le langage inconscient dans le sommeil.

4. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1934, tome 34.

5. PROUST : les premières pages de *Du côté de chez Swann* décrivent admirablement ces fantasmes qui cristallisent dans la conscience qui se réveille.

5. – *La Psycho-motricité.*

L'endormissement étant essentiellement caractérisé par la chute synchrone du tonus et de la conscience, déroule sous les yeux de l'observateur un film, généralement rapide, de phénomènes psycho-moteurs : engourdissements, myoclonies, spasmes, chutes partielles du tonus dans certains groupes musculaires, modification des réflexes'. La bradykinésie, les tendances aux fixations et itérations stato-cinétiques caractérisent le réveil qui déroule en sens inverse la mélodie psycho-motrice de la phase hypnagogique.

Tels sont, brièvement décrits, les phénomènes qui caractérisent la dissolution hypnique en train de s'opérer ou de disparaître. Ce qui caractérise une telle dissolution, c'est sa rapidité, sa profondeur et son rythme nyctéméral physiologique. Mais, pour si rapide qu'elle soit, elle contient une multitude d'états, aussi nombreux que les images nécessairement impliquées dans le mouvement d'un film. La courbe de cette chute verticale du tonus et de la conscience peut cependant, selon les sujets et les circonstances, s'infléchir et se ralentir. Ainsi les états de fatigue, d'énervement, d'intoxication ou de fièvre prolongent et perturbent son évolution régulière et, dans le « demi » ou « quart » de sommeil, les rêvasseries cauchemardesques² peuplent les discontinuités et irrégularités qui se glissent dans sa rapide et normale profondeur.

...Ce qui caractérise une telle dissolution, c'est sa rapidité, sa profondeur et son rythme nyctéméral physiologique...

B. – LA PENSÉE DU SOMMEIL. LE RÊVE.

Nous allons, avant d'esquisser une étude plus synthétique et concrète du rêve, passer en revue les principaux points discutés ou acquis par tous les médecins et psychologues, qui se sont occupés de ce passionnant problème. Il est en effet un certain nombre de questions que l'on se pose toujours à son sujet.

1. Cf. la thèse de TOURNAY, *L'Homme endormi*, 1909, son *Rapport au Congrès de Genève*, 1926, et son livre *Séméiologie du Sommeil*, 1934.

2. Le *cauchemar* exprime essentiellement le trouble du sommeil, les modifications de la rapidité et de la profondeur de la dissolution. C'est dans les sommeils difficiles entrecoupés de dissolution peu profonde, qu'il se rencontre. Le monde des images est alors soumis à une angoissante vague d'imaginaire où s'exprime en images effrayantes, en événement monstrueux, en figures, scènes, objets ou situations baroques, le désordre tumultueux d'une pensée chavirée, incapable des synthèses sereines et mélodiques qui caractérisent le rêve calme et reposant. Il est fort probable que les troubles neuro-végétatifs qui perturbent le sommeil confèrent à sa structure psychique, au rêve cauchemardesque, sa puissance d'angoisse en livrant l'être au vertige des pulsions. L'angoisse conflictuelle entre dans le rêve pour autant justement que les images constituent une tentative de satisfaction d'un désir. Ce point a été étudié récemment par G. DUBAL, « Revue Suisse de Psycho. », 1948. KOURETAS et SCOURAS (« Progrès médical », 1933) ont approfondi l'étude du tonus musculaire et neuro-végétatif dans le cauchemar. Leur travail comprend quelques indications bibliographiques. On consultera aussi SCHMIDT, *Die Psychopathologie des Alptrücks*. « Zeitsch. f. d. g. Neuro », 1944, 177, p. 84.

1. – *Les conditions d'apparition du rêve.*

1° FRÉQUENCE DU RÊVE.

SANTE DE SANCTIS ¹, d'une statistique portant sur 165 hommes et 55 femmes tirait les conclusions suivantes : 14 %, d'hommes contre 33 % de femmes, rêvent toujours. 10% d'hommes et 5 % de femmes ne se rappellent pas avoir rêvé. Il estimait que les enfants au-dessous de 4 ans « sont incapables de distinguer les rêves et la réalité ² ».

2° EXISTE-T-IL UN SOMMEIL SANS RÊVE ?

Cette question, relativement à la précédente, pose celle du souvenir des rêves. Il est évident que, le rêve n'ayant qu'un seul et même acteur et témoin, son existence se confond avec le souvenir du rêveur. Il est évident aussi que nous sortons souvent du sommeil sans garder le souvenir « d'un rêve ». Le problème consiste donc à se demander si, quand on ne se souvient pas d'avoir rêvé, on a tout de même et toujours rêvé. HARVEY DE SAINT-DENIS, ayant soutenu la thèse de la continuité de la pensée de la veille et du sommeil, supposait comme une nécessité cette constance. Avec lui, VASCHIDE, GOBLOT, FOUCAULT, CLAPAREDE, admettent que le sommeil implique le rêve. FREUD est de cet avis et, pour la psychanalyse, tout sommeil sans rêve est un sommeil dont le rêve a été refoulé par la conscience vigile. De fait, l'analyse consciente, l'exercice et l'entraînement permettent de se rappeler des rêves engloutis par l'amnésie, et la psychanalyse « débloque », ressuscite un matériel onirique oublié. Par contre, MOURLY-VOLD, MEUNIER et DELAGE ont soutenu qu'il y avait un sommeil sans rêves.

3° A QUEL MOMENT DU SOMMEIL SE PRODUIT LE RÊVE ?

GOBLOT a proposé une formule curieuse : « le rêve n'est pas la pensée du sommeil, mais la pensée du réveil ». D'après EGGER, les rêves tomberaient dans l'oubli, au fur et à mesure qu'ils se produisent. Seul, le rêve interrompu par le réveil pourrait être évoqué. Mais de nombreux faits ³ montrent que le rêve peut se produire au cours du sommeil, bien avant le réveil et être rappelé (rêves liés à des événements extérieurs et repérables par un observateur). Cette idée d'un rêve concentré à l'instant du réveil et représenté, par une illusion de la mémoire, comme ayant occupé une longue durée dans le sommeil, est donnée comme l'explication du fameux rêve, dit de « MAURY guillotiné », qui a fait l'objet de ces extraordinaires controverses dont sont remplis tous les livres français et même étrangers sur le Rêve. (MAURY raconte un rêve de la période révolutionnaire avec de

...Cette idée d'un rêve concentré à l'instant du réveil (...) est donnée comme l'explication du fameux rêve, dit de « MAURY guillotiné », qui a fait l'objet de ces extraordinaires controverses...

1. SANTE DE SANCTIS, *I Sogni*, Turin, 1899. Nouvelle édition, 1920.

2. ALLENDY (*Rêves expliqués*, Paris, 1938) donne un très joli exemple de rêve d'un très jeune enfant, qui a pu enregistrer et comprendre beaucoup plus de choses qu'on l'aurait pu supposer (p. 205).

3. DELAGE (1920), p. 27 à 44.

longues péripéties et qui se termine par la sensation du billot sur son cou, au moment où son « ciel de lit » tombait sur sa nuque, accident considéré par lui comme ayant provoqué et achevé, tout à la fois, en un clin d'œil, l'ensemble de son rêve ...)

4° LE RÊVE ET LES « RÉSIDUS DIURNES » DES SOUVENIRS RÉCENTS.

Pour beaucoup de gens, le rêve « n'est qu'un tissu de souvenirs disparates et récents ». Effectivement, comme l'a bien montré FREUD, les souvenirs récents de la journée ou de la veille entrent comme éléments constitutifs des images de rêve avec une remarquable constance. FOUCAULT ¹ a noté que les images qui « passent » dans le rêve sont celles qui n'ont pas été retenues par la veille, celles sur lesquelles l'attention s'est le moins portée. O. PÖTZL ² a fait des expériences décisives sur ce point et son travail est véritablement prodigieux d'intérêt. Il a fait défiler des images au tachistoscope pendant la journée, devant les yeux de plusieurs sujets, et il a pu noter que c'étaient les images ou fragments d'images non « perçus » qui « passèrent » dans les rêves. Pour FREUD, le rêve utilise comme matériaux les « résidus diurnes » de la veille, soit qu'ils soient insignifiants, comme nous venons de le souligner, soit qu'ils soient importants. Cette éventualité, la continuité du rêve avec les préoccupations de la veille, sera examinée plus loin.

5° LE RÊVE ET LES « PERCEPTIONS ACTUELLES » DU DORMEUR.

Tous les observateurs et penseurs ont aperçu un lien, qu'ils ont plus ou moins surestimé dans leurs théories, entre les perceptions actuelles du rêveur et la production onirique. Selon le mot de DESCARTES, « il suffit d'être piqué par un moustique pour rêver d'un coup d'épée ». L'importance de ce processus métaphorique, dans la construction du rêve, à partir d'éléments perçus dans les champs perceptifs non entièrement abolis du rêveur, est reconnue universellement et parfois exclusivement. MAURY ³ donne huit exemples curieux de rêves provoqués expérimentalement par des excitations sensorielles. Tout le monde connaît le fameux « Rêve du Vivarais », d'HARVEY DE SAINT-DENIS : le célèbre marquis, ayant solidement associé un parfum à une situation et à un paysage, revivait en rêve, et après de longs intervalles de temps, ces souvenirs, quand son valet de chambre, méthodiquement stylé, lui présentait pendant son profond sommeil le flacon de parfum... Les excitations proprioceptives ont été souvent considérées comme sources du rêve. Elles sont à la base de *l'onirodiagnostic*. DOUBLE, MAURY, MACARIO, RADESTOK, SPITTA, M. SIMON, TISSIE, MEUNIER, MASSELON, etc..., ont rapporté de nombreuses observations sur ce point. La

...Tout le monde connaît le fameux « Rêve du Vivarais », d' HARVEY de SAINT-DENIS ...

1. MARCEL FOUCAULT, *L'évolution du rêve pendant le sommeil*, « Revue Philosophique », 1904. et *Le Rêve*, « Études et observations », Alcan, Paris, 1906.

2. O. PÖTZL, *Exper. erregte Trawnbilder in ihren Beziehungen zum indirekte Sehen*, « Zeitsch. f. d. g. Neuro », 1917, 37, p. 279 à 349.

3. MAURY, p. 131 à 136.

lecture de la thèse d' ARTIGUES ¹, des pages que FREUD ² et DELAGE ³ ont consacrées à cette question, l'article de SOESMANN ⁴ permettent de se documenter suffisamment Sur ce point. Mais il convient surtout de signaler le travail très connu de MOURLY-VOLD ⁵ sur les « rêves musculaires ». D'après ses expériences, la position des membres, imposée pendant le sommeil, a une influence directe sur la production onirique. On sait quel parti SCHOPENHAUER et BERGSON ont tiré de ces faits pour leur théorie du rêve. Mais, peut-être, personne n'est allé aussi loin dans ce sens que KRAUSS ⁶. Ce psychiatre a déduit l'origine du rêve exclusivement des excitations organiques actuelles, perçues par le dormeur.

6° CONTINUITÉ DU RÊVE ET DES SENTIMENTS ACTUELS.

Les opinions sont sur ce point très partagées. Depuis CICERON, la plupart des savants ont, comme la plupart des « profanes », pensé que nous rêvons, surtout « de quibus, vigilantes, aut cogitavimus aut egimus ». FREUD, qui fait cette remarque tout au début de son ouvrage, cite cependant l'opinion du physiologiste BURDACH et de FICHTE, lesquels ont souligné combien le rêve constituait une sorte d'événement vécu en dehors des événements réels, comme s'il se trouvait, non point en continuité avec les préoccupations, les sentiments ou les pensées de la veille, mais plutôt en relation avec un autre système de tendances, un autre courant psychique. Ce que FREUD a expliqué par l'intervention de l'Inconscient, est assez évident : la production de l'événement onirique met rarement en jeu, directement et principalement, les tendances affectives actuelles et dominantes de la vie vigile et consciente.

...Ce que FREUD a expliqué par l'intervention de l'Inconscient, est assez évident : la production de l'événement onirique met rarement en jeu, directement et principalement, les tendances affectives actuelles et dominantes de la vie vigile et consciente...

7° VALEUR INTELLECTUELLE DE LA PENSÉE DU RÊVE.

Si l'on est généralement enclin à dévaloriser la pensée du rêve au point de se la représenter comme un « tissu d'images fortuites, insignifiantes et disparates », certains auteurs se sont plu, au contraire, à surestimer les capacités intellectuelles des rêveurs. On rappelle à ce propos que BERLIOZ composa en rêve une symphonie, TARTINI une sonate, que DESCARTES découvrit ainsi le plan de sa méthode, et que NEWTON trouva, paraît-il, en dormant, la solution d'un problème jusque-là vainement cherchée. On sait aussi, combien paraissent illusoire de telles capacités intellectuelles du rêve, au grand

1. ARTIGUES, *Essai sur la valeur séméiologique des Rêves*, Thèse de Paris, 1884.

2. FREUD, *La science des rêves*. Édition française, p. 31 et 32.

3. DELAGE, p. 534-550 (1920).

4. SOESMANN, *Les rêves organo-génésiques*, « Annales Médico-Psycho. », 1928, II, p. 64.

5. MOURLY-VOLD, *Ueber den Traume* (vol. I, 1910 – vol. II, 1912, Leipzig).- DELAGE (p. 158 à 162) donne un bon exposé de ses expériences.

6. A. KRAUSS, *Der Sinn in Wahnsinn*, « Allg. Zeitsch. für Psych. », 1858-1859. Cité longuement dans la *Science des Rêves* de FREUD, p. 35 (éd. fr.).

jour de la pensée vigile... BURDACH et HARVEY DE SAINT-DENIS avaient beaucoup insisté sur la fonction créatrice de la pensée du rêve. Mais c'est surtout DELBŒUF ¹ qui s'est fait le champion d'une théorie du rêve, qui admet que l'esprit du rêveur reste éveillé. Naturellement, FREUD, en dotant le rêve d'une signification, et l'Inconscient d'un pouvoir de raisonnement, a repris en un certain sens cette thèse. Aussi donne-t-il de nombreux exemples d'activité intellectuelle dans l'élaboration du rêve ². DELAGE, également, nous fournit des exemples de « cérébration inconsciente » et d'activité logique ³. Cependant KAPLOUN ⁴ et la plupart des médecins, psychologues et psychiatres, voient dans la pensée de rêve une régression de l'activité psychique, une forme inférieure de pensée. Plus récemment E. SHARPE ⁵ a beaucoup insisté sur la valeur de travail du rêve qui constituerait une tentative pour prendre position (*attempt to deal with*), à l'égard de certains problèmes et conflits. Ceci ne saurait étonner de la part d'un psychanalyste. A. MEYERSON ⁶ admet également que l'activité onirique pour si différente qu'elle soit de la pensée vigile ne lui est pas inférieure....

8° SIGNIFICATION DU RÊVE.

De tous temps, les rêves ont paru aux hommes avoir une signification, et l'oniromancie s'est constituée en science destinée de tout temps à chercher cette signification. Les Babyloniens ⁷, les Grecs (la fameuse *Clé des Songes* d'ARTÉMIDOR), la Bible (songes de JACOB, le songe de MADIONITE qui prédit la victoire de GÉDÉON, les interprétations des rêves de NABUCHODONOSOR par DANIEL) considéraient surtout la valeur prophétique des songes. La tradition talmudique ⁸, les Chinois (LIE-TSIU), les Indous (Clé des Songes de JAGGADEVA), les Arabes (les fameux traités, KARUIL al TABIR et KITAL al TABIR ou IBN SHAHLIN) ont interprété les songes dans le même sens. Avec les temps modernes, et notamment Luis VIVES au XVI^e siècle et Sir Thomas BROWNE au XVII^e, l'idée que le songe reflète non le monde ou l'histoire, mais les profondeurs de l'individu, fait son apparition. Toutefois, c'est depuis 1900, et, naturellement, avec l'œuvre monumentale de S. FREUD, que cette vieille mais obscure idée que le rêve exprime l'Inconscient, s'est imposée avec une évidence que personne ne songe plus sérieusement à nier. Le sommeil est une fonction biologique qui assure une certaine tâche. Le rêve qu'il contient est, lui aussi, nécessairement lié à une fonction vitale et

...l'oniromancie s'est constituée en science destinée de tous temps à chercher cette signification...

1. DELBŒUF, *Le sommeil et les rêves*, « Revue Philo. » 1879 et 1880 et son livre, Paris, 1885.

2. FREUD, p. 390 à 410.

3. DELAGE, p. 313 à 372 (1920).

4. KAPLOUN, *Psychologie générale tirée de l'étude du rêve*, Lausanne, 1919.

5. ELLA SHARPE, *Dream Analysis*, Hugarth Press, Londres, 1937.

6. I. MEYERSON, *Remarques sur la théorie du rêve*, « Journal de Psycho. », 1937 p.135.

7. G. TABOUI, *Nabuchodonosor*.

8. KRISTIANPOLLER, *Traum und Traumdeutung*, 1923.

exprime une activité instinctive, il assumerait une fonction d'assimilation, selon BJERRE ¹, des événements qu'il élabore et reflète. FREUD fait hommage à KANT, à FECHNER, à SCHLEIERMACHER, à BURDACH, à DELBŒUF, à PURKINJE, etc... de l'inspiration qui a animé ses propres travaux. Il ne fait pas de doute, cependant, que si certains auteurs avant lui avaient parlé, comme BURDACH ², d'une activité spontanée de l'âme, ou comme PURKINJE ³, d'une activité rafraîchissante et salutaire du rêve, ou encore, comme SCHERNER ⁴, d'une activité symbolique de l'imagination, ou enfin comme ROBERT ⁵, « d'une impulsion interne et psychique du rêve, c'est à lui que revient le mérite d'avoir, dans sa fameuse *Traumdeutung*, fourni la démonstration de la signification du rêve. Cette signification est celle de l'expression travestie d'une tendance inconsciente. Les images qui constituent le rêve, ne sont ni l'effet du hasard d'associations moléculaires cérébrales, ni le produit de perceptions fortuites, actuelles ou récentes – elles représentent plastiquement un complexe affectif refoulé. C'est lui qui anime le rêve et qui s'épanouit en lui. La pensée du rêve est essentiellement symbolique. Qu'elle exprime des couches de l'Inconscient personnel (FREUD) ou spécifique (JUNG), elle reflète à sa surface les « images » qui vivent dans la profondeur de l'être.

Telles sont les expériences, observations et controverses, qui depuis cent ans ont pris le rêve pour objet jusqu'aux travaux de FREUD, et encore aujourd'hui dans l'esprit de beaucoup d'auteurs, le rêve n'est qu'une fortuite aventure, pour ne pas dire un accident. Il se confond avec le récit que le rêveur est capable d'en faire, et il n'a d'existence que par cette mémorisation au niveau de la conscience vigile. Il se trouve ainsi désin-séré de la structure psychique, de la conscience du rêveur et de son inconscient. De telle sorte que les savants en parlent, ainsi que le rêveur lui-même, comme d'une pure contingence, qui ne prend de consistance, de valeur et même d'existence que s'il forme un « scénario » narrable. C'est à cette scène, à cette série de péripéties, qu'est réservé seulement le nom de rêve. Il suffit cependant d'étudier ces phénomènes de plus près, pour s'apercevoir que le rêve est, en tant que « contenu vécu » de la conscience, indépendant de l'élaboration secondaire que constitue pour lui son récit, qu'il est immanent, comme le voulait le marquis HARVEY DE SAINT-DENIS, à la pensée du dormeur. C'est en tant qu'expression plastique, que « vécu » de la structure psychique du dormeur qu'il doit être envisagé, et non point réduit à n'être qu'une succession de scènes, sans portée sinon sans signification et surtout sans continuité avec l'ensemble de la vie

...le rêve est, en tant que « contenu vécu » de la conscience, indépendant de l'élaboration secondaire que constitue pour lui son récit, qu'il est immanent, comme le voulait le marquis HARVEY DE SAINT-DENIS, à la pensée du dormeur...

1. PAUL BJERRE, *Das Traumen als Heftungsweg der Seele*, Zurich et Leipzig, 1936.

2. BURDACH, *Die Physiologie als Erfahrungswissenschaft*, tome 111, 1830.

3. PURKINJE, articles *Wachen-Schlaf*, « *Traum und verwandte Zustände* » in *Wagners Handwort der Physiol.*, 1846.

4. R. A. SCHERNER, *Das Leben des Traumes*, Berlin, 1861.

5. W. ROBERT, *Der Traum als Naturnotwendigkeit erklärt*, Hamburg, 1886.

psychique. Par là s'évanouissent ou se désactualisent tant de problèmes que nous venons de passer en succincte revue.

2. – Structure du Rêve.

1° ANALYSE PHÉNOMÉNOLOGIQUE.

Je glisse dans le sommeil, et s'abolit le cadre même de ma conscience. Je deviens image. Je coïncide avec mon inconscient par l'intime coalescence de mon être à des formes significatives, tour à tour précises, enchaînées, entraînant ou fulgurantes. Je me sens, cependant, au cœur d'une ambiguïté fondamentale, spectacle et spectateur, comme si ce que je vis était profondément et obscurément lié à Moi mais s'en détachait. Je suis la source même de mon inspiration et de ma production à cette *charnière*, où ce que je produis, jaillit *de moi*. Pris dans l'exigence de cette présentation, attiré par elle, je me fonds dans la durée et le sens de ce que je vois, entends et éprouve. Et, ce que je vis, c'est une suite de péripéties, un flux d'événements qui glissent en moi et devant moi et dont j'épie et suis le déroulement. Je me sens engagé dans une situation où figurent des fragments de mon passé, des blocs scéniques, des physionomies connues ou bizarres, des personnages qui, tous et tout entiers ¹ figurés dans l'instant, cessent, sans que je m'en aperçoive, d'être identiques dans la succession des moments du temps. Chacun des instants, intensément vécu du drame, ou de la comédie, ou de la scène qui épuise les possibilités de ma conscience, rassemble comme en un tout sans conséquence logique ou chronologique, une signification qui capte mon être, aimante ma curiosité ou mon intérêt, satisfait mon engagement complet dans chacune des images, dont se compose seulement ma durée. Et ce développement chaotique d'une histoire, qui peut à tout moment s'écrouler ou se déployer, s'amenuiser ou s'enrichir, se métamorphoser ou durer, se ralentir ou s'accélérer, me tient en haleine et comme en vie pendant la mort de mon sommeil. Ce que ma mémoire se rappellera de cette germination, ce qu'elle tirera de récits plus ou moins fragmentaires ou déformés, de cette merveilleuse respiration de mon être psychique, ne sera jamais que le témoignage de mon émotion ou de mon intérêt pour son souvenir. Ce qu'elle ne restituera qu'à des conditions exceptionnelles de réveil brusque, mais assez incomplet pour me faire percevoir la nature des liens magiques qui m'enchaînaient à mon rêve, ce sera l'atmosphère silencieuse et noire qui servait de fond et d'accompagnement au « déta-

...Pris dans l'exigence de cette présentation, attiré par elle, je me fonds dans la durée et le sens de ce que je vois, entends et éprouve. Et, ce que je vis, c'est une suite de péripéties, un flux d'événements qui glissent en moi ...

1. La structure totale, massive et sans différenciation de la pensée du rêve, a été très bien analysée dans le travail de P. SCHENK (Thèse de Leipzig, 1929, et dans son article in « Monatschr. f. Psych. », 1929).

chement » d'images dans ma conscience, ni systématique, ni pleine, ni claire, mais entièrement fascinée. C'est dire comme l'a fort bien noté J.-P. SARTRE, que si le rêve est, en une certaine manière, un Monde et une Histoire, il est très loin de constituer une réalité « objective » pour le rêveur, ni même d'équivaloir exactement à l'objectivité. La conscience « imageante » du rêve est celle d'un « imaginaire ». « La thèse (la position de la réalité) du rêve, écrit-il, ne saurait être celle de la perception. C'est que la conscience du rêveur ne peut pas être comparée à celle de la veille. Elle est profondément modifiée dans sa structure, et elle ne peut sortir de l'attitude imageante. » Nous estimons nécessaire de citer longuement, ici, ce que J.-P. SARTRE, toujours dans « l'Imaginaire », a merveilleusement décrit :

« ... On voit donc à présent la modification noétique de la conscience lorsqu'elle tombe du préonirisme dans le rêve : l'image hypnagogique était la brusque persuasion où tombait soudain la conscience ; j'étais subitement persuadé que telle tache entoptique était du poisson en image. Maintenant je rêve et cette brusque croyance s'alourdit et s'enrichit : je suis persuadé soudain que ce poisson a une histoire, qu'il a été pêché dans telle rivière, qu'il va figurer à la table de l'archevêque, etc. Rivière, poisson, archevêque, sont également imaginaires, mais ils constituent un monde. Ma conscience est donc conscience du monde, j'ai projeté tout mon savoir, toutes mes préoccupations, tous mes souvenirs et jusqu'à cette nécessité d'être-dans-le-monde qui s'impose à l'être humain, j'ai projeté tout cela, mais sur le mode imaginaire dans l'image que je constitue présentement. Que s'est-il passé, sinon que la conscience s'est prise tout entière, elle est entrée tout entière dans le jeu et elle s'est déterminée elle-même à produire des synthèses avec toutes ses richesses, mais sur le seul mode imaginaire. Ceci n'est jamais possible que dans le rêve : même le schizophrène, dont l'état se rapproche beaucoup de celui du dormeur, garde une possibilité de se saisir comme « en train de jouer ». Mais ici l'attention n'existe plus, ni son pouvoir de poser l'objet comme transcendant, la conscience se fascine sur un fourmillement d'impressions, elle les saisit comme étant tel ou tel objet en image, comme valant pour ceci ou cela, et puis, tout à coup, la voilà tout entière dans le jeu, elle appréhende ces impressions chatoyantes comme valant pour un objet qui est à l'extrême pointe d'un monde dont les contours se perdent dans la brume. Tant que le rêve durera, la conscience ne pourra se déterminer elle-même à réfléchir, elle est entraînée par sa propre chute et elle continue indéfiniment à saisir des images. C'est là la véritable explication du symbolisme onirique : si la conscience ne peut jamais saisir ses propres soucis, ses propres désirs que sous la forme de symboles, ce n'est point, comme le croit FREUD, à cause d'un refoulement qui l'obligerait à les déguiser, c'est parce qu'elle est dans l'incapacité de saisir quoi que ce soit de réel sous sa forme de réalité ¹. Elle a entièrement perdu la fonction du réel et tout ce qu'elle sent, tout ce qu'elle pense, elle ne peut le sentir ni le penser autrement que sous la forme imagée... Il n'y a pas, dans un monde imaginaire, rêve de possibilités puisque les possibilités supposent un monde réel, à partir duquel elles sont pensées comme possibilités. La conscience ne peut pas prendre du recul par rapport à ses propres imaginations pour imaginer une suite possible à l'histoire qu'el-

1. Ceci est capital et exprime excellemment ce que nous avons toujours soutenu (notamment in *Encéphale*, 1939).

...« La conscience a entièrement perdu la fonction du réel et tout ce qu'elle sent, tout ce qu'elle pense, elle ne peut le sentir ni le penser autrement que sous la forme imagée »...(J.-P. SARTRE)

le se représente . ce serait le réveil. C'est ce que nous faisons par exemple lorsque, réveillés, nous imaginons une fin rassurante au cauchemar que nous venons de faire. En un mot, la conscience ne peut pas *prévoir*, car ce serait ici imaginer la seconde puissance, donc posséder la connaissance réflexive de l'imagination du premier degré. Toute prévision, à partir d'un moment donné de l'histoire, devient du fait même qu'elle apparaît, un épisode de l'histoire. Je ne peux pas me retenir, concevoir une autre fin, je suis sans répit, sans recours, obligé de me raconter l'histoire : il n'y a pas de « coups pour rien ». Ainsi chaque moment de l'histoire se donne comme ayant un avenir imaginaire, un avenir que je ne puis prévoir, qui viendra de lui-même, en son temps, hanter la conscience, contre lequel la conscience s'écrasera. Ainsi, contrairement à ce qu'on pourrait croire, le monde imaginaire se donne comme un monde sans liberté : il n'est pas non plus déterminé, il est l'envers de la liberté, il est fatal. Aussi n'est-ce point par la conception d'autres possibles que le dormeur se rassure, se tire d'embarras. C'est par la production immédiate, dans l'histoire même d'événements rassurants. Il ne se dit pas : j'aurais pu avoir un revolver, mais tout à coup il a un revolver dans la main. Mais malheur à lui si à ce moment-là lui vient une pensée qui, dans la veille, s'exprimerait sous la forme « et si le revolver s'était enrayé »¹. Ce « si » ne peut exister dans le rêve : ce revolver sauveur, au moment même où l'on veut s'en servir, il est tout à coup enrayé. Mais le monde du rêve n'est pas un monde clos, tant que le rêveur lui-même ne vient pas y jouer son rôle. Aussi bien la plupart des rêves se donnent-ils comme des aventures du rêveur lui-même. « J'ai rêvé que j'étais... etc. » est, en général, la phrase par laquelle nous commençons le récit de nos rêves. Comment devons-nous comprendre cette apparition du dormeur lui-même' dans ce monde imaginaire ? Faut-il penser que c'est vraiment lui, en personne, comme conscience réelle, qui s'introduit au milieu de l'imagerie onirique ? A vrai dire, cette hypothèse me paraît dépourvue de sens. Car, pour que le dormeur s'introduise lui-même, comme conscience réelle dans le drame imaginaire qui se joue en rêve, il faudrait qu'il puisse avoir conscience de lui-même, comme être réel, c'est-à-dire existant dans un monde réel, dans un temps réel et jalonné de souvenirs réels. Mais ces conditions sont précisément celles qui définissent l'état de veille. Introduisez tout à coup une personne réelle dans le rêve et le rêve craque de toutes parts, la réalité reparait... (p. 215-216, 218- 219).

...l'événement onirique tout entier nous engage dans son déroulement comme auteur, spectateur et acteur, sans que notre rôle central et vague soit autrement défini...[voir note 1]

1. J. P. SARTRE soulève là un problème intéressant. Il est bien vrai que le rêveur est le « sujet » de son rêve et que la fiction se conjugue , avec lui dans une relation vécue sans être clairement déterminée. Le rêveur est partout et nulle part. Parfois il figure cependant sur la scène du rêve qui lui renvoie sa propre image « héautoscopique ». Mais le cas est rare de ces « rêves du double » (DELAGE). Dans certains rêves comme dans la fiction d'un rêve de *Jerome K. Jerome*, le rêveur voit sa propre image représentée un grand nombre de fois et à des âges différents. Tel est le cas aussi du conseiller aulique Inssmann dans un conte d' HOFFMANN : « il se vit dansant une valse éperdue avec un balai. Tandis que autour de lui dansaient une multitude de petits Inssmann « avec autant de balais, faits à leur taille ». – Ce jeu de miroirs dans le rêve nous paraît exceptionnel pour deux raisons. C'est d'abord que l'image de soi est plus affective et intuitive que plastiquement représentée : notre voix, notre démarche, notre profil nous étonnent toujours. C'est aussi parce que l'événement onirique tout entier nous engage dans son déroulement comme auteur, spectateur et acteur, sans que notre rôle central et vague soit autrement défini. L'être au monde du rêveur c'est son rêve qui exclut son existence pour soi : l'imaginaire exige à ce degré la transparence du sujet. C'est d'ailleurs ce qui se produit aussi dans l'onirisme et le délire paraphrénique. – On trouvera quelques indications sur les images héautoscopiques du rêve dans le livre de LHERMITTE (*L'image de notre corps*, Paris, 1939), dans les travaux de LHERMITTE et HÉCAËN (Rev. Neuro et A. M. P., 1942) et dans le volume que LHERMITTE vient de consacrer aux *Hallucinations* (1951).

... Le seul moyen dont dispose le dormeur pour sortir d'un rêve, c'est la constatation réflexive : je rêve. Et pour faire cette constatation, il n'est besoin de rien, si ce n'est de produire une conscience réflexive. Seulement cette conscience réflexive, il est presque impossible qu'elle se produise parce que les types de motivation qui la sollicitent d'ordinaire sont précisément de ceux que la conscience « enchantée » du dormeur ne se permet plus de concevoir. A ce sujet rien n'est plus curieux que les efforts désespérés que fait le dormeur dans certains cauchemars pour se *rappeler* qu'une conscience réflexive est possible. Efforts vains, la plupart du temps, parce qu'il est contraint, par « l'enchantement » même de sa conscience, de produire ces souvenirs sous forme de fiction. Il se débat mais tout glisse à la fiction, tout se transforme malgré lui en imaginaire. Finalement le rêve ne peut s'interrompre que pour deux motifs. Le premier c'est l'irruption d'un réel qui s'impose, par exemple la peur réelle qui a provoqué le cauchemar, se « prend » au cauchemar lui-même et finit par devenir si forte qu'elle brise l'enchantement de la conscience et motive une réflexion. Je prends conscience de ce que j'ai peur et du même coup de ce que je rêve. Ou bien un stimulus externe s'impose, soit parce qu'il surprend, soit à cause de la persistance de certaines consignes à travers le sommeil. Le second motif qui peut entraîner la cessation du rêve se trouve souvent dans le rêve lui-même : il se peut en effet que l'histoire rêvée aboutisse à un événement qui, par lui-même, se donne comme un terme, c'est-à-dire comme quelque chose dont la suite est inconcevable. Par exemple je rêve souvent qu'on va me guillotiner, et le rêve s'arrête au moment même où j'ai le cou pris dans la lunette. Ce n'est pas ici la peur qui motive le réveil – car, si paradoxal que cela puisse paraître, ce rêve ne se présente pas toujours sous la forme d'un cauchemar – mais plutôt l'impossibilité d'imaginer un *après*. La conscience hésite, cette hésitation motive une réflexion, et c'est le réveil. Nous pouvons conclure : le rêve ne se donne point – contrairement à ce que croit DESCARTES – comme l'appréhension de la réalité. Au contraire, il perdrait tout son sens, toute sa nature propre s'il pouvait un instant se poser comme réel. Il est avant tout une *histoire* et nous y prenons le genre d'intérêt passionné que le lecteur naïf prend à la lecture d'un roman. Il est vécu comme fiction et c'est seulement en le considérant comme une fiction qui se donne pour telle que nous pouvons comprendre le genre de réactions qu'il provoque chez le dormeur. Seulement c'est une fiction « envoûtante » : la conscience – comme nous l'avons montré dans notre chapitre sur l'image hypnagogique - s'est nouée. Et ce qu'elle vit, en même temps que la fiction appréhendée comme fiction – c'est l'impossibilité de sortir de la fiction. De même que le roi Midas transformait en or tout ce qu'il touchait, la conscience s'est déterminée elle-même à transformer tout ce qu'elle saisit en imaginaire : de là le caractère fatal du rêve. C'est la saisie de cette fatalité comme telle qu'on a souvent confondu avec une appréhension du monde rêvé comme réalité. » (p. 224-225.)

...« la conscience s'est déterminée elle-même à transformer tout ce qu'elle saisit en imaginaire : de là le caractère fatal du rêve. »... (J.-P. SARTRE)

2° ANALYSE DYNAMIQUE STRUCTURALE.

Telle est l'analyse phénoménologique la plus concrète que l'on puisse faire de la pensée du rêve. C'est à elle que nous ne cesserons de nous référer, en entreprenant d'en fixer la structure.

Structure Négative

a) DISSOLUTION DU CADRE TEMPORO-SPATIAL.

L'effacement des intuitions fondamentales qui fournissent l'encadrement de l'objectivité, constitue à lui seul, une modification fondamentale du psychisme. Ce qui est vécu sans lui est un chaos. La métamorphose des personnes et des lieux, le défaut de perspective temporelle de l'événement, tout entier vécu dans le présent, les baroques ou fantastiques déformations de l'espace, le télescopage des situations, l'enchevêtrement et la confusion du décor de l'action, manifestent cette incapacité de mettre de l'ordre dans le temps et l'espace. Sans doute quelque chose persiste-t-il de l'exigence des formes sensibles de notre vie psychique, mais c'est sous une forme paradoxale et caricaturale. L'attente opère d'interminables stagnations, des piétinements et des incapacités « d'aller plus loin ». La précipitation contracte la durée en bonds prestigieux et vitesses foudroyantes. C'est que toute conscience, même à ce point troublée, ne peut se détacher entièrement de la forme de son organisation. Et ici, ne persiste dans ces courants monstrueux du « vécu », que juste ce qu'il faut pour l'arracher au néant.

b) DISSOLUTION DES CAPACITÉS INTELLECTUELLES..

Le mouvement dialectique qui intègre la réalité, dans des formes intelligibles et conceptuelles (raisonnement, jugement, idées claires) et assure la synthèse logique, la « mise en forme » de notre réalité, réalité du monde, réalité de notre existence déployée dans une histoire vraie, réalité du milieu social, réalité de notre vie intérieure, ce mouvement logique et réflexif est brisé. Les principes de notre connaissance sont faussés ou abolis. Les lois de constitution du monde objectif (identité, causalité), n'opèrent plus les « opérations » nécessaires à notre pensée. Mais là encore subsistent quelques simulacres, demeurent quelques exigences fondamentales des lignes de force purement intuitives. Elles servent plus à déformer qu'à former, à opérer un certain ordre dans le désordre. Au lieu d'épurer, de classer et de canaliser, elles agglutinent et condensent le flux noétique. Le mécanisme des croyances n'est plus soumis au contrôle des capacités rationnelles. La croyance devient « asséritive ». Elle adhère à ce qui se présente ¹. Ce qui se présente étant la substance même du désir. Ainsi s'établit une « logique » purement affective, instinctive. C'est en ce sens que la pensée du rêve est essentiellement affective. C'est précisément sur ce point que G. SCHMIDT a insisté dans ses études sur la mémoire affective, comme fondement du rêve vécu ².

...La croyance devient « asséritive ». Elle adhère à ce qui se présente. Ce qui se présente étant la substance même du désir...

c) DISSOLUTION DE LA CONSCIENCE.

La régression de l'activité de la conscience ne peut faire l'objet que d'analyses

1. Cet aspect structural de la pensée du rêve a été profondément analysé par KAPLOUN, *Psychologie générale tirée de l'étude du rêve*, Lausanne, 1919.

2. *Zeitschrift f. Neuro*, 1936, tome 137.

phénoménologiques, comme celles qui nous ont fait pénétrer plus haut, dans l'essence de la pensée du rêve. En ce sens, cette dissolution de la conscience enveloppe, conditionne et résume toute la structure négative du rêve, considérée comme pensée du sommeil. Nous pouvons ramener à trois aspects essentiels cette dissolution.

Tout d'abord, la conscience est obnubilée, opaque, confuse. Son champ est indistinct et ténébreux. Le fond, sur lequel se détachent les contenus est lourd : c'est un gouffre d'ombre qui se reflète invinciblement dans le « vécu » onirique. L'obscurité pénètre toutes les images et interpose entre elles, comme une épaisseur et une profondeur du néant. Le propre de la conscience en état de tension, c'est d'être claire, lucide et « mise au point », c'est cette transparence et cette netteté des contours qui font défaut à celle du rêveur.

Ensuite, le déficit de synthèse psychique, l'amointrissement de la tension créatrice entraînent une régression de tous les processus psychiques vers des formes archaïques, syncrétiques, indifférenciées, confuses, sans ordre et sans encadrement schématique, conceptuel. C'est ce que nous avons eu l'occasion de souligner plus haut, à propos de la dissolution du cadre temporo-spatial et de l'activité intellectuelle. Les troubles de la formulation verbale, que KRAEPELIN a si minutieusement étudiés, procèdent de la même dégradation générale de la conscience. Il résulte de ce déficit deux aspects fondamentaux de la pensée de rêve : le manque de perspective et l'inachèvement. Le rêve exige comme condition même de sa production, l'abolition de la réflexion, des schèmes temporaux-spatiaux, de la prévision, de la critique, c'est-à-dire de toutes ces opérations qui engagent notre vie psychique dans une perspective, dans un ordre de subordination qui fait de chaque instant une phase d'un processus continu dans son intentionalité. La pensée devient plane, instantanée, comme ramassée dans une totalité momentanée et dépourvue de discursivité. Ce défaut d'engagement, de finalité dialectique, la soustrait à l'exigence d'un terme, d'un but qui l'entraîne à s'achever. Un rêve ne finit pas, ou il ne finit que par le réveil du rêveur, en cessant d'être rêve. Il est de son essence de rester perpétuellement inachevé, en suspens, d'être et de demeurer un mouvement virtuel.

Enfin la conscience du rêveur adhère au concret de l'image. Le mouvement même qui l'engendre, l'absorbe et l'épuise dans une contemplation qui hypnotise le rêveur sur sa propre production éidétique. Une telle « flexion », sans « réflexion », enferme la conscience du rêveur dans un cercle profond et étroit, « diaphragme » son pouvoir de connaître, au point de ne lui permettre rien d'autre que de vivre les mouvements et les forces des contenus actuels de cette tranche de la durée qui se contracte dans l'instantané de sa prise. Soudé aux fantasmes qu'il « sécrète », il en demeure le prisonnier. Sa production est si peu libre, n'étant que le « libre jeu » de ses automatismes, qu'il est rivé à sa propre spontanéité comme à une causalité impersonnelle. Chacune des phases

...La pensée devient plane, instantanée, comme ramassée dans une totalité momentanée et dépourvue de discursivité...

nécessaires du déroulement de sa pensée est un « court-circuit », où s'engage à fond un psychisme réduit à sa matière sensible. Matière sensible, toute traversée encore, comme nous allons le voir, de significations, de courants, et comme orientée, tel un champ magnétique, entre les pôles de la vie affective.

Structure Positive

L'objet de cette analyse ne peut viser que « la partie subsistante » du psychisme, l'organisation de la conscience, quand, à la limite de son éclipse syncopale ou comateuse, celle-ci est tellement écrasée ou réduite, qu'elle ne semble plus pouvoir étreindre ou contenir que du vide. Son existence, le mouvement même de sa forme intentionnelle la préserve pourtant de ce néant. Une conscience est toujours pleine à la mesure de son effort. Que représente son contenu? Ce contenu est solidaire dans son essence structurale de sa forme, au point que si nous prenons deux attitudes pour étudier la forme et le contenu, la structure négative et positive, ce n'est jamais que pour considérer l'unité de son existence dans une perspective explicative, nécessaire et complémentaire. Mais le contenu d'une conscience au seuil de l'évanouissement, c'est la *forme constituée* et, en un certain sens, *constituante* de la conscience, qu'est *l'Inconscient*.

Les rapports de la conscience à l'Inconscient sont des rapports génétiques. L'Inconscient est cette instance antécédente qui permet la constitution de la conscience par contraste avec ce qu'elle n'est pas ou n'est plus et qui est en conflit avec elle. C'est le « substratum » de la conscience et aucune notion claire de l'Inconscient ne parviendra à le soustraire à cette idée, qu'il est un *sous-conscient* et un *pré-conscient*. C'est dire qu'il est formé et de l'instinct et du passé. C'est dire aussi qu'à titre de « psychoïde » (BLEULER¹), il représente dans l'être organisé l'infra-structure d'une virtualité, où est contenu en germe l'épanouissement de la conscience, quelque chose comme un psychisme « inférieur », par rapport à notre conscience, ce qui nous situe résolument dans une perspective, sinon évolutionniste, du moins génétiste. C'est dire aussi que, lorsque la conscience régresse jusqu'à ne plus être que conscience d'une « matière » rebelle à la conscience, elle est tout près de sombrer, certes, mais reste encore tout investie de significations, qui sont l'effet du travail sourd des pulsions de l'instinct et de la sédimentation active du passé.

La *fiction* est l'aspect positif de la pensée du sommeil. C'est à elle que l'on réserve vulgairement le nom de *rêve*. Mais la science ne peut pas la détacher de sa « surface de génération », de la structure de la conscience onirique, dont elle dépend et avec laquelle elle forme un tout. Cette fiction, c'est la pensée même du sommeil. Tout ce que nous avons dit jusqu'ici de sa qualité propre, nous permet de comprendre que la fiction est un produit nécessaire de la décomposition de la pensée, de la régression de

...[l'inconscient] représente dans l'être organisé l'infra-structure d'une virtualité, où est contenu en germe l'épanouissement de la conscience...

1. E. BLEULER, *Die Psychoïde als Prinzip der organischen Entwicklung*, Berlin, 1925.

...le renversement miraculeux du réel, les métamorphoses, les monstres, les jeux lyriques, les constructions fantastiques, les volatilisations, les emboîtements magiques, les cocasseries, les jongleries, les extravagantes prestidigitations qui constituent la trame baroque du drame onirique...

la conscience. En se retirant de « l'être au monde », par son impuissance à s'y trouver placée, la conscience crée des fantômes auxquels elle se prend. Les objets hybrides, les mélanges de situations, les fantaisies qui déjouent les lois physiques, les trajets télescopés dans le temps, le renversement miraculeux du réel, les métamorphoses, les monstres, les jeux lyriques, les constructions fantastiques, les volatilisations, les emboîtements magiques, les cocasseries, les jongleries, les extravagantes prestidigitations qui constituent la trame baroque du drame onirique, témoignent de ce travail imaginaire, où collaborent l'inspiration du rêve et le génie esthétique. C'est le rêve qui constitue le point où convergent, en effet, tous les aspects irréels ou « surréels » de la pensée humaine : la poésie dans son expression métaphorique, des arts plastiques des gargouilles de cathédrales, des formes étranges de HIERONYMUS BOSCH jusqu'aux caprices de PICASSO, à « *L'Humour noir* », aux fantasmagories de la peinture abstraite et aux constructions d'objets surréalistes ¹. Le rêve est un « drame » qui nous contraint à une perpétuelle référence à la structure essentiellement *spectaculaire* de la conscience onirique. La fiction vécue se déploie en effet en scènes, péripéties, fragments romancés et scénarios. Elle crée un thème significatif et plastique qui se déroule en mille actes divers. La prédominance visuelle de la pensée du rêve correspond à cet aspect structural. LASÈGUE ² l'avait finement noté, lorsqu'il écrivait : « La situation du rêveur n'est pas sans analogie avec celle d'un spectateur au théâtre qui accepte qu'on parle français en Chine, mais qui n'admettrait à aucun prix que la scène chinoise se passe dans un appartement parisien. »

Les formes d'organisation de la fiction de rêve procèdent selon FREUD de quatre mécanismes fondamentaux : la *condensation*, le *déplacement*, la *dramatisation* et la *symbolisation*. Certes, comme l'a écrit DALBIEZ, « le rêve est un organisme, on ne peut le disséquer sans le tuer ». C'est dire que ces mécanismes, au fond, sont ceux de la *formation d'une fiction selon les lois propres au psychisme subconscient*.

a) LA CONDENSATION. La signification du rêve déborde ses expressions plastiques. Celles-ci concentrent en formes « simultanistes », formules ou figures « composites », la pluralité des êtres, des objets ou des individus. Un personnage, par exemple, sera constitué des parties de plusieurs personnes. Un détail vestimentaire, inclus dans sa présentation, exprimera l'aversion ou la peur dont il est l'objet et la couleur de ses cheveux sera celle d'un ami comme pour le rapprocher de lui. L'ensemble résume ainsi et rassemble de multiples significations « surdéterminées » d'identité, de rapports affectifs, etc... Ce procédé « synchrétique » de la pensée aboutit à la production d'êtres

1. Cf. ma conférence faite au groupe de « L'Évolution Psychiatrique » en juin 1947, *La Psychiatrie devant le Surréalisme*. [NdÉ: « L'Évol. Psychiatrique », XIII, 4, 1948, 3-52. Rééd.: « Les Cahiers H. Ey » N°13-14, 2004, 21-78.]

2. LASÈGUE, *Le délire alcoolique n'est pas un délire mais un rêve*, « Études Médicales », I, p. 205.

ou de formes bizarres, cocasses, saugrenues ou illogiques, dont le secret de fabrication est la charge « complexe » qui rassemble les parties de ces monstres.

b) LE DÉPLACEMENT. Certaines valeurs de réalité, morales, affectives, ou d'identité sont transférées de leur objet réel à un objet fictif. Autrement dit, un être ou un objet sont mis à la place d'un autre. Ce mécanisme de substitution peut être total ou partiel. Telle pièce, où se déroule l'action, est étrangère à son milieu naturel : elle est paradoxalement autre. Un ami est remplacé par un chien, un frère par son frère, un homme par une femme, un enfant par une poupée, un mariage par un enterrement, etc... Le déplacement peut s'opérer dans le temps, et il s'inscrit en métamorphose dans l'aventure onirique. Telle physionomie devient une autre physionomie, un personnage se transforme, tel paysage en devient un autre, etc...

c) LA DRAMATISATION. « La pensée conceptuelle semble se dissoudre en représentations plastiques. » Cette formule, empruntée encore à DALBIEZ, définit excellemment un des procédés fondamentaux de la production onirique. Elle substitue des images concrètes aux idées ou aux représentations abstraites. Ce que dans l'expression de notre pensée vigile réserve l'emploi de la métaphore, la signification immédiatement vécue et incommunicable par voie rationnelle devient dans cette forme de dissolution de l'activité psychique la matière concrète de nos contenus de conscience. Une seule voie reste ouverte à l'expression, c'est celle de l'image concrète de la représentation de ceci ou de cela de particulier, le rêve s'engage en situation et est composé de fragments de réalité sensible. Les personnages d'un rêve sont comme ceux de PIRANDELLO qui, « en quête d'auteur », enfermés dans le particulier d'une scène ou d'un événement, cherchent un moule conceptuel où ils pourront s'identifier, sans jamais pouvoir le trouver ni échapper à l'étreinte de leur forme concrète et instantanée. Ils restent rivés à des situations particulières et dramatiques, seule condition, unique loi de leur fatale existence.

d) LA SYMBOLISATION. C'est la véritable clé de la production onirique, celle que nous a donnée FREUD et que l'expérience nous livre, même si nous n'acceptons pas l'interprétation que le créateur de la psychanalyse a proposée. Ce procédé réside essentiellement en la génération d'un contenu manifeste, à partir d'un contenu latent. Ce que représente, ce qu'exprime, ce que symbolise le rêve, c'est un complexe idée-affectif sous-jacent. Et tout ce que nous venons de dire de la condensation, du déplacement et de la dramatisation, rend précisément compte de la nécessité de trouver à ces trois procédés de construction une commune mesure : la symbolisation. Elle nous apparaît, non pas comme la cause efficiente du travail onirique, mais comme l'effet et, en un certain sens, « la fin » de la dialectique du rêve¹. La symbolisation, c'est essentiellement la substitution d'un signe à la chose signifiée. Ce que nous avons dit plus haut, du rôle

...Les personnages d'un rêve sont comme ceux de PIRANDELLO qui, « en quête d'auteur », enfermés dans le particulier d'une scène ou d'un événement, cherchent un moule conceptuel où ils pourront s'identifier...

...la symbolisation nous apparaît, non pas comme la cause efficiente du travail onirique, mais comme l'effet et, en un certain sens, « la fin » de la dialectique du rêve...

1. FREUD soutient la thèse inverse et fait, du déplacement, de la condensation et de la dramatisation, l'effet d'une *intention* de déguisement. Mais ce déguisement peut être conçu comme un aspect fondamental de la structure, dont tous les autres mécanismes procèdent. Nous examinons ailleurs ce problème théorique primordial.

...Le rêve est un effet de l'Inconscient, il laisse la finalité pulsionnelle en deçà de son expression, du fait même de la structure amoindrie de la conscience...

de l'Inconscient, dans l'élaboration de la structure positive de la pensée du sommeil, c'est-à-dire de la fiction, prend ici toute sa valeur. Les pulsions de l'Inconscient organisent, structurent le rêve. Le rêve est un effet de l'Inconscient, il laisse la finalité pulsionnelle en deçà de son expression, du fait même de la structure amoindrie de la conscience. Les pulsions sont relativement défoulées, mais sans parvenir cependant à organiser la conscience selon une modalité qui les exprime en forme précise et adéquate. Leurs manifestations sont travesties, défigurées, caricaturées ; elles se pressent dans la conscience onirique comme un flux d'instinct, un torrent complexuel, jailli des sources obscures, mais jamais « pur », toujours imagé. Elles sont chargées d'un sens « en puissance » qui n'aboutit pas et se subtilise dans la structure profonde des péripiéties et détails du rêve. Elles signifient les désirs, les craintes que, en tant que représentants d'une espèce ou comme individus, nous portons au fond de nous-mêmes. Le sommeil libère ces instances archaïques et virtuelles. Il les actualise, mais frappe du même coup d'impuissance leur adéquate, claire et complète expression. Il suffit d'avoir analysé quelques rêves pour être convaincu de leur valeur symbolique ¹. Il suffit de réfléchir un instant à la structure de l'appareil psychique, pour apercevoir qu'il ne peut pas ne pas en être ainsi. Le rêve est donc, par sa fiction, révélateur de tendances profondes ensevelies ou ignorées. C'est un « bourgeon de l'Instinct ». La symbolisation opère un « brouillage » du contenu latent, et obéit aux lois de la symbolisation des images *spécifiques* (JUNG) comme aux règles propres d'une production personnelle de fantasmes dans cette création de formes essentiellement ambiguës, à quoi se réduit l'essentiel de la fiction onirique ².

Ainsi nous saisissons quelle erreur est celle de ceux qui ont cru ou pourraient encore croire que le rêve n'a pas de sens, est une imagerie futile, un « accident » sans rapport avec les tendances et l'histoire de la personnalité.

1. Une autre forme de démonstration est peut-être fournie par le symbolisme éclatant de certains rêves publiés par des auteurs ignorants ou adversaires de la psychanalyse. Ainsi dans le livre de SCHATZMAN (1925, *Rêves et Hallucinations*) la série des rêves d'une même nuit (p. 104 et 105). Signalons que ce livre contient un matériel onirique considérable et extrêmement intéressant.

2. L'ouvrage de Paul BJERRE (*Das Traumen als Heilungsweg der Seele*, éd. Rascher, Zurich-Leipzig, 1937) envisage le travail du rêve, nous l'avons déjà noté, comme une activité psychique d'assimilation d'une situation qui admet une série d'opérations : la *représentation* figurée (*Gestaltung*) - la *liaison* (*Anknüpfung*) de la situation actuelle avec une situation passée - l'éveil de la conscience à une tâche nouvelle - la *décision* en tant qu'intention spontanée - la *prise de distance* (*Distanzierung*) - l'*objectivation* par laquelle la situation est traitée comme une « expérience de mondanité » - la *dénégation* par quoi certains éléments en sont éliminés - l'élan (*Aufschwung*) qui constitue une prise de possession et de conquête de la situation - l'*identification* à un *modèle* extérieur au sujet - la *révision du système des valeurs* - la modification de la vie affective (*Umtimmung*) et enfin l'*assimilation* défendue et triomphale. Ce processus de liquidation, de conquête, d'intégration est dévolu au rêve qui apparaît ainsi dans toute l'éminence de sa fonction comme un comportement qui opère à l'aide de fantasmes une digestion psychologique.

C. – RÊVE ET ÉVÈNEMENT.

Comme nous le disions tout au début de cette étude, nous passons un tiers de notre vie au moins dans le rêve. Cette « existence seconde » est en profonde continuité avec notre « existence prime » ou vigile, mais nous « oublions » l'une quand nous vivons l'autre. Il n'y a toutefois pas étanchéité complète entre ces deux pôles de notre existence, ces deux monde. D'où la constance du thème philosophique des relations « de la vie et du songe » que l'on trouve, par exemple, chez DESCARTES, PASCAL, MONTAIGNE (que l'on cite traditionnellement) qui se trouve condensé dans la fameuse phrase de CALDERON : « ... toda la vida es sueño, y los sueños sueños son ». Le monde de l'imaginaire est celui du rêve qui est vécu comme une expérience qui ne s'organise pas dans la trame des événements. C'est seulement dans, et par l'Inconscient d'où il tire sa source, qu'il demeure soudé à l'histoire de l'individu. Il reste enveloppé et obscur et comme « mis entre parenthèses ». Aussi bien, tout comme à la rêverie, on reconnaît facilement au rêve une valeur « déréelle », de jeu. On sait combien CLAPARÈDE (1905), ou plus récemment F. SCHNEERSOHN ¹ ont approfondi cette fonction ludique du rêve.

Mais il a aussi une certaine « réalité », et c'est un problème que nous pouvons à peine indiquer ici, que celui de la valeur et de la structure de la « réalité » du rêve ². Nous sentons tous qu'il est, en nous et pour nous, une certaine expérience de nous-mêmes, et qu'il est là comme pour nous attirer, non seulement vers les souvenirs ensevelis, comme le voulait VASCHIDE ³ et le monde merveilleux de notre enfance (HAVELOCK ELLIS) ⁴, mais vers la source et le nœud de toute réalité. Puisque aussi bien le monde est nécessairement un aspect, non seulement de notre conscience, mais aussi de ce « médiateur » qu'est notre Inconscient profondément engagé dans notre corps. Même quand il se présente comme négation de la réalité, envers de la réalité, le rêve est encore « mondanité », réalité. Mais, abandonnons ce plan métaphysique de la conjonction de l'être et du néant, pour examiner simplement sous quelle forme le rêve passe dans notre histoire, nos croyances et notre personnalité. Quelle sorte d'événement représente-t-il pour nous ? En quoi contribue-t-il aussi à former les événements de notre monde et de notre existence.

On a pensé que l'expérience onirique est à la base de la formation des mythes ⁵. On connaît les idées défendues par Charles NODIER ⁶ sur l'origine onirique des croyances religieuses, et, surtout, les vieux livres de TAYLOR et de SPENCER ⁷, qui ont

...Nous sentons tous que [le rêve] est, en nous et pour nous, une certaine expérience de nous-mêmes, et qu'il est là comme pour nous attirer, non seulement vers les souvenirs ensevelis, mais vers la source et le nœud de toute réalité...

1. F. SCHNEERSOHN, « Archives suisses de Neuro. et de Psych. », 1936.

2. Thomas M. FRENCH a consacré à ce problème du point de vue psychanalytique deux études « *Reality and the Unconscious* » et « *Reality testing in dreams* » dans le « *Psychan.Quarterl.* », 1937.

3. VASCHIDE, « *Le sommeil et les rêves* », Flammarion, Paris, 1911.

4. HAVELOCK ELLIS, *Le monde des rêves*. Un volume, Édit. Mercure de France, 1912.

5. Cf. sur ce point notamment *La science des rêves* de FREUD (p. 488 à 505 de la traduction française) et O. RANK, *Die Symbolschichtung im Weckraum und ihre Wiederkehr im mystischen Denken*, « *Jahrb. für Psychanal.* », 1912.

6. Ch. NODIER, *Le pays des rêves et Contes de la veillée*, Paris, 1875.

7. TAYLOR, *La civilisation primitive*. – SPENCER, *Essais sur le Progrès et Principes de sociologie*.

fondé l'animisme sur l'expérience du rêve. La croyance aux Incubes et aux Succubes, aux horreurs du vampirisme, aux fantasmagories du Sabbat, puisent dans le matériel onirique leurs inspirations les plus concrètes. De telle sorte que si le rêve apparaît au savant comme une machine à fabriquer de la fiction, il constitue pour le rêveur vulgaire, surtout s'il est enfant ou « primitif », une forme de réalité surnaturelle, une « sur-réalité ». Dans les deux cas en effet, l'événement que constitue le rêve est en marge et en dehors de la réalité objective. Le problème reste vertigineusement ouvert, de savoir, quelle valeur les hommes doivent attribuer dans leur conception du monde à ce foyer imaginaire, d'où émanent, psychologiquement, l'art et la religion liés dans l'intuition, la contemplation et le culte de l'image vécue. Aller jusqu'au bout de cette idée conduit à voir dans le rêve une sorte de réalité suprême, et, à l'occasion, non seulement pré-éminente, mais prévue (valeur mystique, divinatoire et prophétique du rêve) ¹.

Le rêve passe dans la conscience, la vie et l'existence, d'une autre manière encore. Il s'infiltre non plus dans notre conception du monde, mais dans notre histoire. Certains « événements », (à la condition d'être peu importants), ne sont qu'illusions ou souvenirs du rêve (faux souvenirs, mélange de réel et de rêve).

Mais un travail, plus inconscient encore, peut s'opérer, qui établit une continuité de la pensée de rêve et de l'existence vigile. HARVEY DE SAINT-DENIS ² a souligné avec ce qui, après FREUD, nous apparaît une manière de naïveté, l'influence des songes sur la vie de la veille : « Elle est, écrit-il, sur le moral et les actions, infiniment plus forte qu'on ne le croit généralement. Des gens graves m'ont assuré que l'attraction ou l'éloignement qu'ils avaient éprouvé instinctivement pour quelques personnes, n'avaient peut-être pas eu d'autre origine, qu'un rêve agréable ou désagréable, auquel des personnes s'étaient trouvées mêlées. Je connais quelqu'un qui devint tout à coup épris d'une jeune fille qu'il voyait chaque jour depuis longtemps sans y faire la moindre attention, et cela uniquement parce qu'elle lui apparut dans un de ces songes passionnés et pleins d'enivrements, où l'imagination déploie toutes ces résonances ». L'observation de la « vie quotidienne » fournit, en effet, de multiples exemples de « cristallisations passionnelles » et de croyances « issues » du rêve. Rappelons ce vers de Paul ÉLUARD : « Tous mes désirs sont nés de mes rêves ³ ». Mais ces relations que l'observation naïve ou l'intuition poétique inversent, tout ce que nous savons sur le rôle de l'Inconscient dans le rêve nous aide à les comprendre. Le rêve est un événement qui a plus de réalité psychologique

1. Les articles de H. PASTOURAU et de J. SYLVEIRE (Arts et Lettres, 1948, 3^e année, n° 11), abordent, sans les saisir, ces problèmes.

2. HARVEY DE SAINT-DENIS: *Les rêves et les moyens de les diriger* (1867), p. 348. [NdÉ: L'ouvrage du marquis de Saint-Denis (Marie-Jean Léon LECOQ, baron d'HERVEY, marquis de Saint-Denis, 1822-1892) admiré des surréalistes et dont EY indique que l'on peut en trouver un exemplaire à la Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris a été réédité avec une préface et des notes de Robert DESOILLE: Paris, Bibliothèque du Merveilleux, Tchou, 1964.]

3. Paul ÉLUARD, Choix de poèmes, N. R. F., p. 84.

qu'on ne se le figurait. Étant issu de notre histoire, il exerce sur notre histoire, par une sorte de choc en retour, une action. L'expérience onirique n'est qu'une phase du développement de notre vie inconsciente. Elle en constitue une forme d'événement, c'est-à-dire la forme dans laquelle l'existence de notre Inconscient est vécue. Et comme notre vie de veille suppose un courant de pensée inconsciente dont elle règle le débit, le rêve et la pensée vigile ne sont pas radicalement séparés. Les formes intermédiaires de la rêverie, du jeu, non seulement sont des événements, comme tels, de notre existence, mais l'engagent elle-même, et elles peuvent non seulement se présenter à nous, mais nous présenter *ou* nous représenter des réalités.

Si l'expérience du rêve est phénoménologiquement distincte des événements réels de notre existence, en tant que « nous sommes au monde », c'est qu'elle est vécue sur un registre propre, celui de la structure de la pensée du sommeil en tant que nous sommes dans notre monde. Mais, et nous le verrons plus loin, des formes plus subtiles de sommeil et les charges dégradées de rêve qu'elles comportent, peuvent, en constituant des « expériences délirantes primaires », créer *l'équivoque de l'événement*.

D. – LES THÉORIES DU RÊVE.

Ce que nous avons déjà exposé ailleurs sur l'histoire des doctrines en psychiatrie, va trouver ici une explication typique et décisive. Nous estimons qu'il y a seulement trois types d'explications en psychiatrie : les théories mécanicistes, les théories psychogénétiistes et les théories organodynamistes. Lisez et relisez tous les travaux sur le rêve, et Dieu sait s'il y en a, et dites-nous si l'intuition fondamentale – généralement d'ailleurs tempérée d'éclectisme – de chacun des auteurs ne correspond pas à une de ces attitudes typiques ? Il suffit de lire la classification des théories du rêve par FREUD² pour bien saisir que celle que nous proposons atteint plus profondément leurs respectives et fondamentales intuitions.

...Lisez et relisez tous les travaux sur le rêve, et Dieu sait s'il y en a...

1. – *Théorie Mécaniciste du Rêve.*

C'est celle qui coïncide avec l'opinion vulgaire la plus répandue. Ses postulats essentiels sont que le rêve n'est fait que « de pièces et de morceaux », d'images fortuitement associées, sans signification globale et sans continuité avec la personnalité. Le rêve est, à ses yeux, un mélange baroque de représentations, dont l'assemblage mécanique fait une production futile et accidentelle. Le corollaire psychologique de

1. « Si la vie est un songe, le songe est une vie » fait remarquer EUGENIO D'ORS (*Le Jardin des plantes*, p. 26). On trouvera à la fin du livre de A. GARMA, « *Psicoanálisis de los Sueños* », 2^e édition (1948), d'intéressants développements sur ce point.

2. p. 69 à 80, de la « *Science des rêves* ».

cette analyse du rêve, c'est qu'il est réductible à des éléments sensoriels (sensations actuelles ou récemment perçues), les idées qui forment le rêve ayant leur point de départ dans ces sensations. Son corollaire pathogénique est que le rêve est le résultat d'une excitation mécanique de centres d'images et notamment d'images visuelles¹ qui, les sens se trouvant mis en mouvement par une excitation centrale ou une excitation périphérique, sont à la base même du déclenchement de l'imagerie onirique. Presque tous les psychophysiologues, depuis ÉPICURE, LUCRÈCE, jusqu'à DESCARTES et TAINE, se sont inspirés de cette théorie du rêve, et elle « traîne » plus ou moins claire ou atténuée dans tous, ou presque tous les livres sur le Rêve. PURKINJE² et BAILLARGER³ en sont les défenseurs les plus célèbres. A titre d'exemple caractéristique, rappelons, d'après FREUD⁴, la conception du psychiatre KRAUSS (1856- 1859). Pour lui, l'origine du rêve, comme celle des délires, peut se déduire d'un même élément. C'est à partir des sensations organiques que se constituent les images du rêve. La sensation éveillée « évoque d'après une quelconque loi d'association » une représentation parente ; il y a « transsubstantiation » de la sensation en image de rêve. Une telle conception détache le rêve de la structure de la pensée du sommeil ; sans doute, les auteurs s'y réfèrent-ils, car ils ne peuvent point prétendre s'en passer entièrement, mais ils la considèrent comme un épiphénomène simplement juxtaposé au jeu de la production mécanique de ces images disparates et incohérentes qui s'associent fortuitement... et simplement.

2. – Théories psychogénétistes du Rêve.

Malgré ce pluriel, il faut bien souligner qu'une seule théorie psychogénétiste complète a été, avec une rare vigueur, présentée, celle de FREUD. Le postulat est absolument inverse de celui des théories mécanicistes : le rêve a *un sens*... Et non seulement il a un sens, mais il dépend de ce sens, il répond à un désir. Nous avons à peine besoin de rappeler ici les principales thèses de FREUD : le rêve est la voie royale qui conduit à l'Inconscient – le rêve satisfait un désir refoulé et singulièrement un désir infantile – le rêve est un fragment de l'enfance, de la vie psychique, passée et dépassée – le caractère absurde du rêve résulte d'un travestissement, d'un « camouflage » par la censure, c'est une fausse apparence – les fantasmes du rêve symbolisent les complexes incons-

...il faut bien souligner qu'une seule théorie psychogénétiste complète a été, avec une rare vigueur, présentée, celle de FREUD : ...

...le rêve a un sens... Et non seulement il a un sens, mais il dépend de ce sens, il répond à un désir...

1. La visualisation de rêve n'est qu'un aspect et non une qualité structurale de la pensée du sommeil, ainsi que le démontrent les études sur les rêves des aveugles (cf : Lucien BELLI, *Le rêve des aveugles*, « Journal de Psychologie », 1932, p. 20 à 73 et 258 à 309).

2. PURKINJE, *Wagners Handwortbuch Physiologie*, 1846.

3. BAILLARGER, *Mémoire sur les Hallucinations* (1846), p. 468-470.

4. FREUD S. : *Science des rêves*, trad. fr. p. 35.

cients, et notamment les complexes sexuels. – Mais ce n'est pas l'aspect significatif, dynamique, conféré au rêve qui constitue le trait le plus authentiquement psychogénéétiste de cette théorie, puisque aussi bien il peut être, comme nous le verrons plus loin, interprété dans une perspective organo-dynamiste. La théorie du *rêve gardien du sommeil* est, par contre, elle, typiquement psychogénéétiste. Relisons FREUD : « On peut résumer notre attitude psychique dominante pendant le rêve, sous la forme d'un avertissement que le préconscient donnerait à la conscience, quand le rêve irait par trop loin : laisse donc et dors, ce n'est qu'un rêve...¹ – Tous les rêves sont des rêves de commodité, faits pour nous permettre de continuer à dormir. Le rêve est le gardien du sommeil et non son ennemi... Le désir de dormir, qui est celui du moi conscient et qui se joint à la censure, représente la contribution de celui-ci au rêve, doit donc être compté chaque fois au nombre des facteurs qui ont contribué à former le rêve, et chaque rêve qui réussit est un accomplissement de ce désir. » Ainsi, pour FREUD, ce qui engendre essentiellement le rêve, c'est un double *désir*; désir inconscient de se satisfaire par des fantasmes et désir de dormir. Le rêve n'est pas la conséquence du sommeil, il en est la cause ; le désir du rêve engendre et entretient le sommeil. *C'est ce renversement de valeurs qui constitue l'originalité de l'attitude psychogénéétiste. Il n'y a pas lieu de s'étonner, par conséquent, que FREUD traite avec tant de dédain la « théorie organique régnante », qui, dit-il, « n'accorde au rêve, qu'un fragment de notre vie intellectuelle paralysée par le sommeil. C'est celle que préfèrent les écrivains médicaux et le monde scientifique, en général : c'est en somme la théorie régnante. Il faut souligner la légèreté avec laquelle cette théorie évite le plus rude écueil de l'explication des rêves : les contrastes qu'il y rencontre... » (p. 70). Effectivement FREUD insiste perpétuellement sur le paradoxe du rêve et se plaît à montrer que la pensée du rêve n'a pas subi d'amointrissement. Le rêveur, pour lui, pense avec un préconscient intelligent, rusé, hyperanmésique et même génial. Mais ne peut-on pas souligner la légèreté avec laquelle cette théorie évite le plus rude écueil : le sommeil ?*

...Pour FREUD [...], le rêve n'est pas la conséquence du sommeil, il en est la cause ; le désir du rêve engendre et entretient le sommeil. C'est ce renversement de valeurs qui constitue l'originalité de l'attitude psychogénéétiste...

3. – Théories organo-dynamistes.

C'est précisément le sommeil qui constitue le centre de toute interprétation organo-dynamiste du rêve. Toutes nos tentatives d'approfondissement de la structure noétique du rêve conduisent à voir dans celui-ci un type de *pensée régressive*, le type même d'une régression psychique *globale* et *profonde*. Nous insistons sur ce double caractère, car il permet d'échapper, semble-t-il, aux critiques de FREUD, qui s'insurge

1. *Science des rêves*, ibid. p. 563 de la traduction française.

contre la notion de « sommeil partiel »¹. C'est bien à tous les théoriciens du rêve qui ont mis en évidence cette dissolution hypnique comme condition génétique du rêve, que toutes les théories organo-dynamistes vont se référer, comme à celles qui se fondent le plus *naturellement* sur les faits. Chez nous, de MAINE DE BIRAN² à BERGSON³, en Allemagne avec HERBART⁴, en Angleterre avec H. JACKSON⁵, tous les médecins et philosophes qui se sont situés dans la perspective que nous appelons « organo-dynamiste », ont mis en premier plan l'aspect régressif de la pensée de rêve. Les travaux de MAURY (1878), TOULOUSE et MIGNARD (1912), KAPLON (1919), DELAGE (1920), s'inscrivent dans ce mouvement. Mais ce qui est frappant, c'est l'impossibilité pour tous, sans l'aide de la théorie jacksonienne, de parvenir à une conception cohérente et exhaustive. Si l'on se place, au contraire, résolument dans le cadre de la conception de JACKSON, tout s'éclaire et s'ordonne. Signalons que SANTE DE SANCTIS (1899) est peut-être celui qui a le mieux pressenti et approfondi cette théorie organo-dynamiste.

...Tout ce que nous savons du sommeil le présente comme une atteinte du système nerveux en étroite relation avec le métabolisme...

...Aucune discussion, ni aucun jeu de mots ne pourra empêcher de voir dans ces modifications électriques, chimiques de la substance cérébrale, un processus organique...

Tout d'abord, une telle théorie du rêve est *organiciste*. Le sommeil en tant que processus de dissolution généralisée et rapide des fonctions psychiques est lié au *processus organique*. Ou bien ces mots n'ont pas de sens, ou bien ils désignent un phénomène qui par sa nature même est constitué par une modification somatique. Tout ce que nous savons du sommeil⁶ le présente comme une atteinte du système nerveux en étroite relation avec le métabolisme. Aucune discussion, ni aucun jeu de mots ne pourra empêcher de voir dans ces modifications électriques, chimiques de la substance cérébrale, un processus organique. Pour si sensible qu'il soit aux conditions de la vie de relation, aux événements extérieurs et intérieurs, il reste par sa nécessité, son « besoin », une variation biophysiological et organique.

De plus, cette théorie peut être appelée *dynamique*, car elle se représente l'effet du

1. C'est ainsi qu'en citant BINZ, FREUD détache la phrase de celui-ci : « le travail isolé de ces groupes de cellules nerveuses ». Mais, pour nous, qui avons dissipé la confusion entre les théories organo-mécanicistes et les théories organo-dynamistes, parler d'une certaine profondeur de dissolution n'équivaut pas au jeu de mots qui consiste à parler de sommeil « partiel ».

2. MAINE de BIRAN, *Nouvelles considérations sur le sommeil, les songes et le somnambulisme*, éd. Causin, Paris, 1792.

3. La théorie de BERGSON (*Matière et Mémoire et Le rêve*, « Revue Scientifique », XV, 1901, p. 703 à 713) en ce qui concerne le rêve est ambiguë et assez paradoxale. Alors qu'il fait appel à une régression générale à l'activité psychique (désintéressement, analyse du moi décomposé du rêveur) il tente par la suite de donner aux lueurs entoptiques un rôle générateur des images oniriques.

4. HERBART, *Psychologie*.

5. Cf. notre mémoire : H. EY et J. ROUART, *Application des principes de JACKSON, etc.* édit. Doin, Paris, 1938, [NdÉ: Rééd.: L'Harmattan, 1997], et notre Étude N° 7.

6. Il suffit de consulter les travaux dont nous donnons, page 266, une bibliographie pour s'en convaincre.

processus organique comme un déroulement de phénomènes, ayant une certaine vitesse, une certaine profondeur, une certaine structure temporelle, en fonction du jeu des forces qui représentent l'édifice fonctionnel de la vie psychique. Quand le processus hypnotique s'installe, il entraîne une dissolution des fonctions neuro-psychiques.

La structure de la vie psychique correspondant à cette dissolution, à cette régression, est faite de symptômes négatifs (le sommeil), c'est-à-dire de l'ensemble des phénomènes déficitaires observables, et de troubles positifs (la pensée du rêve), c'est-à-dire de l'ensemble des phénomènes vécus par la conscience amoindrie.

Les troubles négatifs sont sous la dépendance directe du processus et font corps avec lui. Les troubles positifs répondent à l'activité *restante*. C'est dire que dans l'élaboration de la structure de la pensée du sommeil, les instances psychiques subsistent, introduisant une organisation significative, propre à leur activité.

Envisagée de la sorte, la dissolution hypnotique suppose que le rêve est vécu comme une *pensée à la fois confuse et symbolique*. Les études capitales de FREUD et des psychanalystes prennent leur place naturelle et entrent donc *nécessairement* dans l'hypothèse.

Mais de même que l'organo-dynamisme s'oppose à l'organo-mécanicisme par sa théorie de l'activité psychique subsistante et de la structure régressive et globale de la pensée du rêve, il s'oppose à la psychogénèse par sa théorie de la dissolution des fonctions psychiques, sous l'influence primordiale d'un processus organique : le sommeil.

C'est lui, le sommeil, qui par la courbe même de la vitesse et de la profondeur de la dissolution qu'il entraîne, constitue le phénomène biologique déterminant et typique de cette variation physiologique. C'est lui qui nous fait chavirer dans la pensée du rêve, dont le « songe » n'est qu'un fragment remémoré.

...C'est lui, le sommeil, qui par la courbe même de la vitesse et de la profondeur de la dissolution qu'il entraîne, constitue le phénomène biologique déterminant...

1. Folie et valeurs.
2. Rythme de la médecine.
3. Mécanisme et psychiatrie.
4. La notion de « maladie mentale ».
5. La doctrine de De Clérambault.
6. Freud et la psychanalyse.
7. Conception Organo-dynamiste.
8. Rêve et psychopathologie.

DEUXIÈME PARTIE

LES RAPPORTS DE LA DISSOLUTION HYPNIQUE ET DES DISSOLUTIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES

I. – HISTORIQUE ET POSITION DU PROBLÈME

Combien de fois déjà un tel historique a-t-il été établi dans les livres, articles et mémoires touchant ce problème ? Nous ne saurions cependant nous soustraire à cette obligation de rappeler combien est, à la fois, rebelle et séduisante, l'idée d'une profonde liaison entre la folie et le rêve. On ne manque guère de citer à ce propos HIPPOCRATE, GALIEN, CELSE, AVICENNE, ALEXANDRE DE TRALLES, ni la phrase d'ARISTOTE : « Il est évident que la cause, qui fait que dans certaines maladies on se trompe, même tout éveillé, est celle qui, dans le sommeil, produit en nous le rêve ». MOREAU (de Tours), cherchant parmi les philosophes une autorité qui consacra sa doctrine, rappelait la proposition de SPINOZA : « L'erreur n'est que le songe d'un homme éveillé : à un certain degré, elle devient le délire... » La fameuse formule de KANT : « Le fou est un dormeur éveillé », par son admirable concision, résume l'opinion de tant de penseurs qui, à travers tous les âges et les continents, ont eu l'intuition de cette identité. Rappelons encore le mot de SCHOPENHAUER : « Le rêve est une courte folie, et la folie un long rêve ».

Naturellement le XIX^e siècle, avec le développement d'une psychiatrie toute fraîche et à ses premiers étonnements, devant la masse imposante et mystérieuse des faits que le magnétisme animal, l'hypnotisme, le somnambulisme, l'hystérie, les délires et les névroses proposaient à son observation, et jetaient pêle-mêle à la face de ses philosophes et de ses savants, devait être le siècle des rapports du rêve et de la folie.

CABANIS, dans son *Dixième Mémoire*, attribuée à CULLEN (1819) l'idée d'établir une analogie « entre les points d'excitation partielle des points du cerveau », qui troublent ses fonctions dans le sommeil, et ce qui se passe dans le délire. C'est cette notion de l'inégalité des fonctions endormies que CABANIS développe et qui, pour lui, rend compte de l'incohérence des sensations, des sentiments et des idées dans le rêve, comme dans la folie. C'est l'origine de toutes les théories mécanicistes et du rêve et des psychoses.

Assez rapidement, le problème s'est circonscrit, et c'est l'analogie du rêve et des

...« Il est évident que la cause, qui fait que dans certaines maladies on se trompe, même tout éveillé, est celle qui, dans le sommeil, produit en nous le rêve »... (ARISTOTE).

hallucinations qui a retenu l'attention des aliénistes. BAILLARGER ¹ a étudié l'état hypnagogique comme cause favorisante de la production hallucinatoire. Pour lui, les hallucinations ou délires, prennent corps plus aisément dans cette phase intermédiaire à la veille et au sommeil. A propos de la stupidité ², il a noté que « les malades vivent dans une sorte de rêve, et il leur semble, en effet, au moment de la guérison, qu'ils sortent d'un long sommeil, traversé par des rêves pénibles ». C'est dans le cadre de sa « théorie de l'automatisme », qu'il a aperçu ces « analogies » et, pour lui, ce qui est altéré dans l'état hallucinatoire, comme dans le rêve, « ce n'est pas la puissance d'attention, mais bien l'état des instruments auxquels elle s'applique »... C'est dans le même esprit que MAURY (1865), rapprochant plus ou moins explicitement le rêve et le jeu des hallucinations hypnagogiques, devait « admettre ces analogies de l'hallucination et du rêve avec l'affaiblissement pathologique de l'intelligence ». Cependant, les aliénés, à ses yeux, « font par l'énergie de la réflexion » ce que le rêveur « fait par la faiblesse de l'intelligence ». CALMEIL (1845) acceptait moins formellement l'analogie entre l'état de rêve et certains délires hallucinatoires. Et MACARIO ³, étudiant les rêves, en distinguait une variété proprement hallucinatoire : les « rêves sensoriaux intracrâniens ». J.-P. FALRET ⁴ soulignait « l'analogie remarquable qui existe entre les rêves et la folie, avec ou sans hallucination ». Il distinguait les hallucinations des rêves malgré leur « analogie » par le fait que : « le rêve est un état dans lequel le monde intérieur prédomine sur le monde extérieur... (tandis que) dans l'hallucination, au contraire, l'esprit, au lieu de se replier sur lui-même, retourne en quelque sorte vers le monde extérieur, et ce retour est un des éléments les plus essentiels de l'hallucination ». Il y a encore, ajoutait-il, une distinction « plus saillante » entre l'aliéné et « l'homme qui rêverait tout éveillé », c'est que le rêve intéresse tous les sens, tandis que le délirant n'est halluciné que « pour un sens, un objet, ou une série identique d'objets ».

C'est à MOREAU (de Tours) que revient le mérite d'avoir vu, non pas « l'analogie » du rêve et de la folie, mais *l'identité même de leur mécanisme*. En 1845, dans son ouvrage fondamental ⁵, il a présenté une théorie, pour la première fois complète, des rapports du rêve et des psychoses, dans laquelle la relation particulière de l'hallucination et du rêve est remarquablement mise à sa place. Il est nécessaire de relire quelques passages de ce magnifique ouvrage. Leur intérêt nous fera pardonner la longueur de ces citations :

...C'est à MOREAU (de Tours) que revient le mérite d'avoir vu, non pas « l'analogie » du rêve et de la folie, mais l'identité même de leur mécanisme...

1. BAILLARGER, *De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations*, 1842.

2. *Recherches sur les maladies mentales*, I, p. 668.

3. MACARIO, *Annales Médico-Psycho.*, 1846.

4. J. P. FALRET, 5^{ème} Leçon, 1864.

5. MOREAU (de Tours), *Du Haschisch et de l'aliénation mentale*, « Études Psychologiques », Paris, Librairie de Poitiers, 1845, I vol., 431 pages. [NdÉ: L'ouvrage de MOREAU (de Tours) a été réédité avec une préface d'Henri EY: Paris: SEMP; 1970.]

« ... Au fur et à mesure que, sous l'influence du hachisch, se développe le fait psychique que je viens de signaler, une profonde modification s'opère dans tout l'être pensant. Il survient insensiblement, à votre insu et en dépit de tous vos efforts pour n'être pas pris au dépourvu, il survient, dis-je, un véritable *état de rêve*, mais de rêve *sans sommeil* ! car le sommeil et la veille sont, alors, tellement confondus, qu'on me passe le mot, amalgamés ensemble, que la conscience la mieux éveillée, la plus clairvoyante, ne peut faire entre ces deux états aucune distinction non plus qu'entre les diverses opérations de l'esprit qui tiennent exclusivement à l'une ou à l'autre. De ce fait, dont l'importance n'échappe à personne, et dont les preuves se trouvent consignées à chaque page de ce livre, nous avons déduit la nature réelle de la folie dont il embrasse et explique tous les phénomènes, sans exception. (p. 37.)

... Il semble donc que deux modes d'existence morale, deux vies ont été départies à l'homme. La première de ces deux existences résulte de nos rapports avec le monde extérieur, avec ce grand tout qu'on nomme l'univers ; elle nous est commune avec les êtres qui nous ressemblent. La seconde n'est que le reflet de la première, ne s'alimente, en quelque sorte, que des matériaux que celle-ci lui fournit, mais en est cependant parfaitement distincte. Le sommeil est comme une barrière élevée entre elles deux, le point physiologique où finit la vie extérieure, et où la vie intérieure commence. Tant que les choses sont dans cet état, il y a *santé morale* parfaite, c'est-à-dire régularité des fonctions intellectuelles dans l'étendue des limites qui ont été tracées pour chacun de nous. Mais il arrive que, sous l'influence de causes variées, physiques et morales, ces deux vies tendent à se confondre, les phénomènes propres à l'une et à l'autre, à se rapprocher, à s'unir dans l'acte simple et indivisible de la conscience intime ou du *moi*. Une fusion imparfaite s'opère, et l'individu, sans avoir totalement quitté la vie réelle, appartient, sous plusieurs rapports, par divers points intellectuels, par de fausses sensations, des croyances erronées, etc., au monde idéal. Cet individu, c'est l'aliéné, le monomaniac surtout, qui présente un si étrange amalgame de folie et de raison, et qui, comme on l'a répété si souvent, *rêve tout éveillé*, sans attacher autrement d'importance à cette phrase qui, à nos yeux, cependant traduit avec une justesse absolue le fait psychologique même de l'aliénation mentale. Suivant BICHAT, les rêves ne sont qu'un sommeil partiel, « une portion de la vie animale échappée à l'engourdissement où l'autre portion est plongée » (p. 41, 42 et 43).

... A nos yeux, quelque simple qu'on la suppose, de quelques apparences de raison qu'elle s'enveloppe, l'idée fixe ne peut être que le résultat d'une modification profonde, radicale, de l'intelligence, d'un bouleversement *général* de nos facultés. Elle est l'indice d'une transformation totale de l'être pensant, du moins dans les limites d'une certaine série d'idées. On l'a quelquefois, surtout dans ces derniers temps, confondue avec *l'erreur*. C'est une faute contre toutes les notions psychologiques. Un fou *ne se trompe pas*. Il agit intellectuellement dans une sphère essentiellement différente de la nôtre, de celle « in qua movemur et sumus ». Comme aliéné, il a une conviction contre laquelle ni la raison d'autrui ni la sienne propre ne sauraient prévaloir ; non plus que nul raisonnement, nulle pensée de l'état de veille, ne sauraient redresser les raisonnements et les pensées de l'état de rêve. La même différence existe entre l'homme aliéné et l'homme raisonnable (j'entends toujours parler du même individu), qu'entre l'homme qui rêve et l'homme qui est éveillé. Les idées fixes ne sont, pour ainsi dire, que des parties détachées, de véritables phénomènes épisodiques d'un état de rêve qui, dans les limites de ces idées, se continue pendant la veille. De tout temps, le langage vulgaire a consacré cette vérité, en appliquant particulièrement aux aliénés, dominés par des idées fixes, la dénomination de rêveur ! (p. 122-123.)

MOREAU (de Tours), *Du Haschisch et de l'aliénation mentale*, « Études Psychologiques », Paris, Librairie de Poitiers, 1845.

... A nos yeux, l'aliénation mentale constitue un mode d'existence à part, une sorte de vie intérieure dont les éléments, les matériaux ont nécessairement été puisés dans la vie réelle ou positive, dont elle n'est que le reflet et comme un écho intérieur. L'état de rêve en est l'expression la plus complète ; on pourrait dire qu'il en est le type normal ou physiologique. A quelques égards, l'homme en état de rêve éprouve au suprême degré tous les symptômes de la folie : convictions délirantes, incohérence des idées, faux jugements, hallucinations de tous les sens, terreurs paniques, emportements, impulsions irrésistibles, etc., etc. Dans cet état, la conscience de nous-mêmes, de notre individualité *réelle*, de nos rapports avec le monde extérieur, la spontanéité, la liberté de notre activité intellectuelle sont suspendus ou, si l'on veut, s'exercent dans des conditions essentiellement différentes de l'état de veille. Une seule faculté survit et acquiert une énergie, une puissance qui n'a plus de limites. De vassale qu'elle était dans l'état normal ou de veille, l'imagination devient souveraine, absorbe, pour ainsi dire, et résume en elle toute l'activité cérébrale ; la *folle du logis* en est devenue la maîtresse. De ces données générales il résulte : 1° qu'il n'existe pas, ainsi que nous l'avons dit précédemment, à proprement parler, d'*hallucinations*, mais bien un *état hallucinatoire*. 2° Il faut voir dans les hallucinations un phénomène psychologique très complexe qui n'est, pour ainsi dire, qu'un côté, une face de l'activité de l'âme vivant de la seule vie intra-cérébrale. 3° L'état hallucinatoire comprend nécessairement tout ce qui, dans l'exercice des facultés morales, a trait aux sens spéciaux, à la sensibilité générale externe et interne. Dans cet état, identique (au point de vue psychique) à l'état de rêve, l'âme, livrée tout entière à la vie intérieure, diversement impressionnée dans ses facultés auditives, visuelles, tactiles, transporte dans la vie réelle ou extérieure les produits ou créations de son imagination, et se persuade avoir entendu, vu, touché, comme dans l'état ordinaire, tandis que, en réalité, elle n'a fait qu'imaginer, voir, entendre et toucher. Dans l'état ordinaire ou normal, s'imaginer être impressionné de telle ou telle manière, diffère essentiellement d'être impressionné réellement. Mais il n'en est pas ainsi quand nous sommes en état de rêve ; car alors plus de différence aucune, et le rêveur est aussi réellement impressionné que l'homme qui est en état de veille. Ce qui est vrai de l'état de rêve l'est également de l'état de folie hallucinée où les sensations sont aussi vives, j'ai presque dit aussi réelles que dans l'état sain. Comme le rêveur, l'halluciné n'entendra pas seulement des sons qui auront autrefois frappé son oreille, mais il entendra des discours plus ou moins suivis. Dans l'état normal, penser c'est parler intérieurement ; dans le cas où se trouve l'halluciné, c'est parler haut : car l'âme ne peut alors parler sa pensée sans l'entendre, en vertu de l'état particulier où elle se trouve, état dans lequel toutes les créations de la faculté imaginative prennent nécessairement des formes sensibles. Quand donc nous pensons, nous parlons mentalement. Nulle idée ne s'éveille en nous, si ce n'est par l'intermédiaire du signe écrit ou sonore qui la représente. Que l'on s'étudie avec soin, et l'on reconnaîtra sans peine que, quand nous pensons, nous entendons en quelque sorte les sons des paroles ou des mots qui traduisent notre pensée ; nous les entendons d'une certaine manière, en imagination, cela est vrai ; mais on sent qu'il n'y a pas loin de là à la réalité. L'hallucination, ou plutôt l'erreur de l'halluciné, se rapportera donc à ses propres pensées, à celles principalement qui le préoccupent davantage, sur lesquelles son attention aura été concentrée. Il pensera, c'est-à-dire jugera, comparera, raisonnera en lieu et place d'êtres imaginaires dont il entendra les paroles ; en d'autres termes, il attribuera, transportera à des êtres fictifs, créés par son imagination, ses propres pensées qui arriveront à son oreille comme si elles venaient réellement d'autres que lui-même » (p. 350-351-352-353).

...« il n'existe pas, ainsi que nous l'avons dit précédemment, à proprement parler, d'*hallucinations*, mais bien un *état hallucinatoire* »... MOREAU (*de Tours*) 1845.

En 1855, fameuse année pour la psychiatrie française, tandis que se poursuivait la célèbre discussion, à la *Société Médico-Psychologique* sur les hallucinations, un mémoire de MOREAU (de Tours) permettait à l'Académie Impériale de Médecine, au cours de plusieurs séances, d'entamer profondément le débat sur les relations du rêve et de la folie ¹, tant il est vrai que ces deux problèmes sont profondément et indissolublement liés. Dans ce travail intitulé *De l'identité de l'état de rêve et de la folie* ², MOREAU (de Tours) revient sur sa formule : « la folie est le rêve de l'homme éveillé », pour la mieux assurer contre les critiques que DELASIAUVE³ lui avait opposées. Pour clarifier cette discussion, il suffit de la traduire en termes « jacksoniens ». MOREAU (de Tours) admet que cette identité ne porte que sur *l'activité positive*, commune au rêve et aux psychoses, la *structure négative* étant différente, comme différent également les *processus générateurs* :

« Il est bien certain que des causes ou conditions physiologiques spéciales impriment aux rêves de la nuit des caractères qui leur sont propres et qui ne se retrouvent pas dans ceux qui ont lieu sous l'influence d'une congestion cérébrale, d'un spasme nerveux, d'une accumulation de fluides dans les centres cérébraux, d'un narcotique, d'une lipothymie, d'une excitation cérébrale, d'une cause de délire quelconque : mais encore une fois, ce n'est pas à dire que la modification que subit alors la faculté pensante, ne soit pas identique dans tous les cas quant à sa nature essentielle et purement psychique... (Dans le rêve) on perd sa spontanéité d'action, le *moi* se transforme : une autre individualité, celle du rêve, remplace celle de la veille. On voit qu'il ne se passe rien que ce qui se passe dans le délire, donc le rêve = délire. Dans le premier : action d'une cause physiologique inconnue ou à peu près inconnue ; dans le second : action d'une cause pathologique inconnue (folie spontanée), ou bien connue (dans la folie par intoxication). Résultat dans les deux cas : extinction, anéantissement lent ou brusque de la spontanéité intellectuelle, métamorphose du moi, rêve. »

Le 8 mai 1855, BOUSQUET, chargé avec FERRUS et LONDE de rendre compte à l'Académie Impériale de Médecine du *Mémoire* de MOREAU (de Tours), dont nous venons de citer ces extraits, partit « en flèche » contre la conception organiciste de notre illustre aliéniste. Ce rapport et sa discussion par BAILLARGER, LONDE, FERRUS, PIORRY et COLLINEAU, fort peu connus, figurent dans les *Annales Médico-Psychologiques*, dans le même numéro où se trouve l'article de MOREAU (de Tours) ⁴. Cet académique tournoi, où les orateurs ne craignirent pas d'engager à fond leurs ressources dialectiques, représente certainement, et de loin, la meilleure discussion sur le problème central qui nous occupe. BOUSQUET s'insurge contre l'idée défendue avec

1. Une longue discussion avait eu lieu en 1845, à la *Société Médico-Psychologique* (II, p. 123), autour d'un rapport de DUBOIS (d'Amiens) sur ce même thème.

2. *Annales Médico-Psychologiques*, 1855, tome I, n° 3, p. 360 à 408.

3. DELASIAUVE, *Revue Médicale*, mars 1846.

4. De la page 455 à la page 520 (1855).

force par MOREAU (de Tours) de vouloir intégrer la folie « dans l'organisation ¹ » et le rêve dans un dérangement du cerveau ; il observe que « s'il n'y a pas de folie sans lésion cérébrale, il faut dire la même chose du sommeil », et prétend que ce qui peut valoir pour le « délire » (au vieux sens du mot delirium) ne saurait valoir pour la folie « qui est avant tout erreur ² ». BAILLARGER se lève pour défendre le point de vue de MOREAU (de Tours), et attaque la position « psychogénéteste » de BOUSQUET qui réduit la folie à une pure erreur :

« En oubliant, déclarait BAILLARGER, l'influence de l'hérédité et des causes pathologiques pour voir surtout dans la folie le résultat des mauvaises passions, on se rapproche beaucoup, à mon avis, de l'opinion d'HEINROTH... On peut parfaitement admettre qu'il y a une lésion dans la folie sans que la même lésion existe pendant le sommeil. Est-il donc nécessaire de supposer qu'il y a une lésion cérébrale pendant la veille, parce qu'il en existe une pendant l'insomnie prolongée. Ce qu'il importe de faire admettre, ce n'est pas l'identité de l'état organique³ dans les deux cas, mais seulement l'analogie extrême que présente, au point de vue psychologique ⁴, l'état de sommeil et l'état de folie... (Or) dans la folie, l'exercice involontaire des facultés affecte deux formes et se présente dans deux conditions différentes... Le maniaque ne peut fixer ses idées... Le monomaniac est, au contraire, en proie à des idées fixes... En cherchant à établir que la condition première du délire est l'automatisme de l'intelligence, j'ai en même temps essayé de démontrer l'analogie qui existe entre ces états et les rêves, puisque, dans les deux cas, la condition principale serait la même... L'état intermédiaire à la veille et au sommeil... permet d'assister pour ainsi dire pendant la veille à des rêves anticipés... La production si facile des hallucinations dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil est un rapprochement de plus à invoquer entre les rêves et la folie... Parmi les variétés d'aliénation mentale, il en est une qui offre avec les rêves une analogie très grande, je veux parler de la mélancolie avec stupeur. »

...BAILLARGER se lève pour défendre le point de vue de MOREAU (de Tours), et attaque la position « psychogénéteste » de BOUSQUET...

Et à la fin de son discours, BAILLARGER évoque, comme une preuve plus directe, ces cas où la clinique nous montre le délire en continuité avec le rêve. — LONDE remarque que « M. BOUSQUET repousse l'analogie que l'on veut établir entre la folie et le sommeil ⁵, et en cela, ajoute-t-il, il a raison. Mais il ne veut pas davantage qu'on assimile la folie au rêve ⁶, et en cela, il a tort. » — FERRUS souligne que BOUSQUET a fait entre le « délire ⁷ » et la folie un diagnostic de fantaisie, quand il s'est attaché à montrer que, dans le délire, il y a des troubles fonctionnels cérébraux qui feraient

1. C'est-à-dire l'organisme.

2. Point de vue récemment soutenu à notre réunion d'études à BONNEVAL en 1947, par J. LACAN dans son Rapport sur la « Psychogénèse » qui a paru dans le n° 1, 1947 de *l'Évolution Psychiatrique*. [NdÉ: voir commentaire note 1 p.80]

3. Du processus, dirions-nous.

4. De la part positive, dirions-nous.

5. Du point de vue négatif, dirions-nous.

6. Du point de vue positif, dirions-nous.

7. Au sens ancien du mot (delirium).

défaut dans la folie :

« Nous sommes, M. BOUSQUET et moi, dit FERRUS, à mille lieues ou à un demi-siècle l'un de l'autre... Cependant aujourd'hui, M. BOUSQUET ne place plus la folie aussi carrément en dehors de l'organisation qu'il l'a fait dans un précédent discours : « c'est là une heureuse contradiction ».

PIORRY poursuit la critique contre la distinction du délire et de la folie :

« Les raisons sur lesquelles il se fonde pour établir cette séparation si tranchée pour lui sont les suivantes : le délire est passager, de peu de durée, tandis que la folie persiste quelquefois toute la vie... (Il) dit que le délire d'un jour ne suffit pas pour faire un fou. »

Et, avec une argumentation qu'il faudrait citer tout entière (p. 479 à 485), car elle touche au nœud même du problème, PIORRY démontre avec une magnifique clarté que les états aigus (le « délire » comme on disait à l'époque) ont souvent été considérés à tort comme radicalement étrangers au délire (la « folie » comme on disait à cette époque avant « le chassé-croisé » qui a inversé le sens du mot délire). Il conclut :

« M. MOREAU a parfaitement raison de rapprocher le « délire » de la « folie », de chercher dans les songes et dans les troubles intellectuels observés dans l'ivresse et le narcotisme l'image, le degré initial de l'aliénation mentale, et que c'est un blasphème de dire que l'anatomie et la physiologie pathologiques n'ont point éclairé l'histoire de la déraison humaine. »

La discussion se termine après une nouvelle intervention de BOUSQUET et de FERRUS et enfin par une longue argumentation de BAILLARGER, à propos des « monomanies », objection naturellement levée par BOUSQUET. BAILLARGER conclut :

« M. BOUSQUET n'admet pas les analogies des rêves et de la folie. Il n'admet pas au moins qu'on les regarde comme très intimes et très étroites ; c'est encore un rapprochement qui lui paraît des plus bizarres. A cet égard même, notre collègue serait presque tenté de douter de ma conviction, et il me demande si je crois sincèrement ce que j'affirme avec tant d'assurance... Il est évident, messieurs, qu'en persistant dans les idées que j'ai émises, je m'expose à perdre beaucoup dans l'opinion de notre collègue, mais avant tout il faut être sincère. Je dois donc déclarer que je crois aux analogies des rêves et de la folie... Cependant, si j'admets entre les rêves et la folie des *analogies*, je ne crois pas que l'on puisse ici prononcer le mot *identité*... Il y a d'ailleurs, dans la folie, deux éléments ; c'est dans l'un de ces éléments que consiste son analogie avec l'état de rêve ; c'est par l'autre qu'elle tient à l'état de veille ; chez l'halluciné, par exemple, le premier élément c'est l'hallucination, qui n'a lieu que dans l'état d'indépendance des facultés ; le second, c'est la conviction délirante que cette hallucination entraîne, conviction active et qui se continue dans l'état le plus complet de veille. Telles sont les raisons qui me font croire aux analogies très étroites entre les rêves et la folie, et qui m'empêchent en même temps d'admettre l'identité de ces deux états. »

Encore une fois, seule une théorie que l'on sent presque achevée dans l'esprit de MOREAU (de Tours) et « mal venue » dans la doctrine de BAILLARGER, souvent ambigu et toujours éclectique, seule cette théorie aurait pu fournir sur la base de l'identité

...« Je dois donc déclarer que je crois aux analogies des rêves et de la folie... Cependant, si j'admets entre les rêves et la folie des analogies, je ne crois pas que l'on puisse ici prononcer le mot identité... » BAILLARGER, 1855.

de la part *positive* du rêve et de la folie et de la différence de la structure *négative* des niveaux de dissolution, un point de départ fulgurant pour le développement ultérieur de la psychiatrie. Mais après être passé si près du but, on va s'en éloigner...

C'est, en effet, sur le terrain de la pure description clinique, des « analogies » et non plus sur une théorie de la profonde identité de mécanisme que le problème des rapports du rêve et des psychoses va maintenant se trouver placé jusqu'à FREUD. NOUS avons examiné ailleurs ¹ les raisons de ce « déraillement ». Nous venons de voir que BAILLARGER insistait sur une variété d'aliénation particulière qui ressemblait particulièrement au rêve : la stupeur ou la mélancolie stuporeuse. C'est ce travail de comparaisons et d'analogies (le seul qui soit généralement bien connu dans les milieux psychiatriques), qui va se poursuivre avec les travaux de DELASIAUVE, MEYNERT, CHASLIN, LASÈGUE, RÉGIS, etc.. DELASIAUVE (1851), dans sa magnifique étude sur la stupidité, signalait « des scènes fantastiques, dont le rapprochement avec les images du rêve permet une interprétation plausible » ; mais pour lui, cette comparaison restait particulière à cette psychose. Le fameux article de LASÈGUE *Le délire alcoolique n'est pas un délire mais un rêve* (1881), par la richesse et la beauté de sa description du délire alcoolique, a connu un grand et mérité retentissement. Mais il appartenait à RÉGIS, en 1894, de créer le mot que tout le monde attendait et qui fit fortune : *l'onirisme*. Son premier travail sur ce point semble avoir été une communication sur « Les hallucinations oniriques des dégénérés ² ». Plus tard, dans son mémoire à l'Académie de Médecine, il assimila ce que tout le monde va désormais appeler l'onirisme confusionnel, au délire somnambulique, aux « états seconds » hystériques. Il proposait d'ailleurs, à cette époque, l'hypnose comme moyen curatif. Depuis cette date, onirisme et psychose confusionnelle, d'origine toxique et infectieuse, sont devenus, notamment dans la psychiatrie française, des synonymes que la pratique courante a automatisés. Le rapport de DELMAS ³ consacra définitivement cette traditionnelle soudure de la « confusion toxi-infectieuse » et de « l'onirisme », dont le délire alcoolique représente la forme la plus typique. Ainsi s'est concentré, amenuisé et « vidé » le sens des relations entre le rêve et les psychoses. Ceci est allé si loin que l'on considère dans beaucoup d'ouvrages ou travaux classiques ce problème uniquement sous l'angle des « rêves morbides » au cours des psychoses, point de vue symétrique à celui des rêves dans les affections organiques, en pathologie générale ⁴.

Cependant le problème n'a pu se détacher complètement de son sens profond dans certaines études qui n'ont cessé depuis un siècle de montrer la continuité « étiolo-

...seule une théorie sur la base de l'identité de la part positive du rêve et de la folie et de la différence de la structure négative des niveaux de dissolution [aurait pu fournir] un point de départ fulgurant pour le développement ultérieur de la psychiatrie...

...Mais il appartenait à RÉGIS, en 1894, de créer le mot que tout le monde attendait et qui fit fortune: l'onirisme...

1. *Remarques historiques sur les rapports des états psychopathiques avec le rêve*, « Annales Médico-Psycho. », juin 1934.

2. Congrès des aliénistes français, 1894.

3. Congrès des aliénistes français, Strasbourg, 1920.

4. Cf. par exemple parmi dix autres, le livre de MEUNIER et MASSELON, *Les rêves*, Paris, 1910.

gique » du délire et du rêve, et que nous devons signaler tout particulièrement.

On trouve chez bon nombre d'auteurs (PINEL, ESQUIROL, CALMEIL, BAILLARGER, DUBOIS (d'Amiens), MACARIO, IDELER, etc.) au début du XIX^e siècle des observations de délires ayant débuté pendant le sommeil, ou tirant leur origine du sommeil. Mais c'est CHASLIN¹ qui a le mieux étudié, après MOREAU (de Tours) naturellement, ces faits, en leur donnant une certaine importance. Les observations qu'il rapporte ne sont guère intéressantes toutefois ; mais, en revanche, le problème y est bien posé dans sa monographie : « Si tout délire ne débute pas par un rêve, ou n'est pas influencé par un songe, nous croyons cependant que les cas où cela arrive sont encore plus nombreux qu'on ne le pense actuellement, où l'on n'est pas habitué à chercher ce point spécial. » Presque à la même époque, SANTE DE SANCTIS s'est occupé d'une manière très approfondie de la question, et son ouvrage² est d'une lecture absolument nécessaire à quiconque veut s'intéresser aux rapports du rêve et des états psychopathiques. Il a nettement abandonné la simple considération du rapport de similitude symptomatique pour s'appliquer à chercher un rapport pathogénique. C'est ainsi qu'il a été amené à étendre les états analogues au rêve, pour mieux saisir l'étendue et l'importance de cette relation. Il a décrit à côté des *stati sognanti* proprement oniriques, des *stati pseudosognanti*, dont nous verrons plus loin l'intérêt majeur. Pour lui, les rêves peuvent donner naissance à des désordres psychiques, soit en représentant un véritable traumatisme affectif, soit en faisant passer le vécu onirique dans la vie de la veille. La systématisation délirante peut dépendre du rêve, en effet, dans deux conditions, selon que le rêve joue à son égard le rôle de simple révélateur ou de source d'expériences délirantes. A la fin de son ouvrage, SANTE DE SANCTIS, profondément organo-dynamiste, se réfère à une théorie qui répudie celle d'une néo-formation mécanique des images du rêve, comme des hallucinations du délire. En France, au début du siècle, un certain nombre de travaux intéressants ont été publiés par KLIPPEL et ses élèves. Il faut se rapporter à l'article de KLIPPEL³, à la thèse de LOPEZ Y RUIZ⁴, à la thèse et aux travaux de TRENAUNAY⁵, de VIGOUROUX⁶, de LAIGNEL-LAVASTINE⁷, au livre de P. MEUNIER et R. MASSELON⁸, au travail de MIGNARD⁹, et enfin au plus récent ouvrage, celui de BERTHIER¹⁰, pour trouver un assez riche répertoire de cas intéressants à cet égard.

1. Ph. CHASLIN, *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire*, Thèse, Paris, 1887.

2. SANTE DE SANCTIS, *I Sogni*, Turin, 1899, 2^e édition en 1920.

3. KLIPPEL, *Revue de Psychiatrie*, 1897.

4. LOPEZ Y RUIZ, Thèse, Paris, 1900.

5. TRENAUNAY, *Revue de Psychiatrie*, Thèse 1901.

6. VIGOUROUX, *Arch. gén. de Méd.*, 1903.

7. LAIGNEL-LAVASTINE, *Gazette des Hôpitaux*, 1910.

8. P. MEUNIER et R. MASSELON, *Les Rêves*, p. 148 à 177.

9. MIGNARD, *Rêve et délires*, « Biologica », février 1912.

10. BERTHIER, *Du rêve au délire* Thèse, Lyon, 1937.

...c'est CHASLIN qui a le mieux étudié, après Moreau (de Tours) naturellement, ces faits...

...Presque à la même époque, SANTE DE SANCTIS s'est occupé d'une manière très approfondie de la question...

Enfin, depuis la révolution opérée par FREUD, des travaux de psychopathologie générale nombreux et groupés autour de la conception bleulerienne de « schizophrénie » (MAYER-GROSS, BERZE, GRUHLE, MINKOWSKI, RORSCHARCH), n'ont pas tardé à redécouvrir le problème des relations du rêve et des psychoses. BLEULER, dans son magistral ouvrage, conduit toute son analyse de la pensée autistique de la « Spaltung » et de la dissociation schizophrénique, en se référant presque constamment à la pensée du rêve. De telle sorte qu'il aboutit à cette conclusion ¹ : « Malgré la genèse différente et quelques particularités, il est possible que toute la symptomatologie secondaire de la schizophrénie concorde avec celle du rêve ». Et si l'on veut bien se rappeler que, pour lui, presque toute la symptomatologie est « secondaire » aux troubles primaires (l'autisme dépend de la Spaltung), on se rendra compte que le concept de schizophrénie coïncide avec la notion même de dissolution, laquelle à son tour enveloppe la pensée du rêve ². Dès lors, on ne saurait s'étonner qu'un des ouvrages qui ont le plus approfondi la phénoménologie de la pensée schizophrénique, celui de CARL SCHNEIDER ³, aboutisse lui aussi à cette conclusion, que la structure de la conscience schizophrénique est celle-là même de l'état hypnagogique.

*

* *

Nous voici donc ramenés par le courant même de la science psychiatrique au véritable et fondamental problème pathogénique, dont l'exigence n'a pu être que momentanément masquée par une psychiatrie atomistique et purement descriptive : celui des rapports de la dissolution hypnique et des dissolutions psychopathologiques. Tant il est vrai que, selon le mot de JACKSON, notre science *ne progresse que dans la mesure où progresse la science du sommeil et des rêves*. Nous n'avons pas parlé de lui dans cet historique, mais nous avons parlé de MOREAU (de Tours), qui a été le véritable « JACKSON français ⁴ ». Qu'il s'agisse d'ailleurs des idées de JACKSON, de JANET, de BLEULER, de celles de MOREAU (de Tours), ou encore de celles que nous défendons, toutes sont fondamentalement les mêmes, et leur commune mesure est l'esprit organodynamiste qui se définit presque exclusivement par cette référence constante à l'*identité* du mécanisme du rêve et de la folie, avec toute la gamme des structures psychiatriques (psycho-névroses et psychoses) qu'il comporte.

C'est dans cet esprit que nous allons aborder maintenant et le problème clinique et le problème pathogénique des rapports du sommeil-rêve et des processus-psychoses.

1. E. BLEULER, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenen*, 1911, p. 357.

2. Cf. ma communication au Congrès de Genève, Lausanne, 1946.

3. CARL SCHNEIDER, *Die Psychologie der Schizophrenen*, 1930.

4. Cf. notre Mémoire, en collaboration avec H. MIGNOT, sur *la Psychopathologie de Moreau* (de Tours) in « Annales Médico-Psycho. », octobre 1947.

...« Malgré la genèse différente et quelques particularités, il est possible que toute la symptomatologie secondaire de la schizophrénie concorde avec celle du rêve »...
(E. BLEULER, 1911)

C'est dire que nous répudierons également deux attitudes qui ont empoisonné l'atmosphère naturelle de ces rapports.

1°) La perspective atomistique et mécaniciste qui réduit le rêve à n'être qu'un jeu d'images fortuites, et le délire à n'être qu'une mosaïque d'éléments mécaniques. Car, dans cette conception des choses, le rêve est envisagé hors de la pensée du rêve, et le délire hors de la pensée délirante, ce qui supprime leur dénominateur commun.

2°) La superficielle considération d'une simple analogie qui naturellement se concentre sur un aspect particulier de ce rapport de similitude, celui des états « oniriques » *sensu strictu*.

Sur le plan clinique, nous allons rechercher à tous les niveaux et sous toutes leurs formes, ce qui *identifie les structures* psychopathologiques et la structure de la conscience hypnagogique et hypnique, c'est-à-dire la *projection* d'images, de fantasmes, de délire.

Tel est le but de notre effort constant. Dans la mesure, où il n'est pas encore atteint, on nous pardonnera de ne présenter ici que l'esquisse d'un tableau...

...Sur le plan clinique, nous allons rechercher à tous les niveaux et sous toutes leurs formes, ce qui identifie les structures psychopathologiques et la structure de la conscience hypnagogique et hypnique...

II. — STRUCTURE « FANTASMIQUE » DES PSYCHONÉVROSES ET DES PSYCHOSES

Comme nous venons de le voir, les cliniciens se sont simplement appliqués à *isoler* une forme onirique des psychoses. Ils n'ont pas eu beaucoup de mal à trouver dans les états de « stupidité » ou de « confusion », le modèle le plus vivant de l'activité du rêve. Le but que nous poursuivons de notre côté n'est pas d'isoler un type de « psychose onirique », mais, par un mouvement inverse, de rechercher la structure onirique, « fantasmique » de toutes les psychoses. Nous n'aurons pas beaucoup de mal non plus à la trouver, car l'onirisme déborde largement, et de toute part, le cadre trop étroit où on le tient enfermé. Il suffit de se rappeler que les « états oniriques » sont constamment décrits dans les travaux d'auteurs ou les quotidiens « certificats » du clinicien hors des états strictement confuso-oniriques. On parle constamment d'onirisme chez les mélancoliques et les maniaques, et chez les déments précoces, du délire onirique des catatoniques, de celui des presbyophrènes, des épileptiques, d'accès oniriques et de délires postoniriques chez les paralytiques généraux et dans les psychoses hallucinatoires chroniques, des états crépusculaires oniriques des hystériques, des rêves du schizophrène, et des rêveries des délires d'imagination, etc... Nous entendons bien que l'on se représente alors l'onirisme comme *associé* à d'autres psychoses et non point comme *intégré* aux autres psychoses ; mais si l'interprétation peut varier, les faits cliniques demeurent. Ce sont eux que nous allons exposer ici dans un bref raccourci qui visera

plus à être complet qu'approfondi. Ce n'est qu'à propos de nos études particulières ¹ et quand notre travail sera terminé que nous pourrons présenter un tableau complet et approfondi des psychoses et des psychonévroses, dans cette perspective, celle-là même explicitement recommandée par MOREAU (de Tours) et JACKSON ².

A. — PSYCHOSES AIGUËS. ACCÈS, CRISES, BOUFFÉES DE DÉLIRE TRANSITOIRES.

C'est naturellement dans cette catégorie de troubles mentaux, équivalant à ce que l'on appelait anciennement les délires (delirium) que la structure onirique va se manifester avec le plus d'évidence.

1. — *Confusion onirique. — États oniriques.*

On a décrit après LASÈGUE (1881) et RÉGIS (1894) des états oniriques typiques de la confusion mentale (DELASIAUVE-CHASLIN). Et l'onirisme s'est défini depuis lors comme un état de rêve pathologique, d'origine généralement toxi-infectieuse dont l'expression clinique est une activité hallucinatoire à prédominance visuelle et à caractère scénique, intensément et normalement vécue par une conscience troublée qui n'en garde pas ou en garde peu le souvenir.

...Le délire onirique...

Le type même de la description d'un *accès onirique* ou d'un *délire onirique* est fourni par l'accès alcoolique subaigu. Rapportons-nous, par exemple, à la description fameuse de MAGNAN ³, ou plus simplement à notre quotidienne expérience. Un sujet intoxiqué devient brusquement confus et agité. Il assiste à des spectacles terrifiants. Il voit et vit les préparatifs de l'échafaud, des massacres, des luttes à l'arme blanche. Il voit et « vit » des monstres, des assauts, du feu, du sang. Le cadre banal de ses perceptions s'anime et se dramatise. Cette chaise devient « électrique » : ce chapeau, une caisse d'explosifs ; le médecin, un policier ; une ombre, un serpent. La scène onirique peut réaliser un véritable spectacle à transformation, un scénario qui se déroule avec une précipitation cinématographique, ou se ramasser dans une immobilité menaçante, lourde de péril imminent. Les principaux caractères de cet onirisme sont :

a) LA VISUALISATION DE L'ACTIVITÉ HALLUCINATOIRE. C'est dans son champ perceptif, visuel par les yeux, devant ses yeux ; sous forme de « visions » plus ou moins plaquées au monde extérieur, ou plus ou moins bien ajustées au champ objectif que le rêve est vécu. Parfois ces hallucinations visuelles sont colorées et ornementales. Elles

1. Notamment dans le Tome III de ces « Études ».

2. Ce sera alors notre *Histoire Naturelle de la Folie*.

3. MAGNAN, *L'alcoolisme*. Éd. Delahaye, Paris 1874, p. 50.

...On lira les somptueuses descriptions de G. de CLÉRAMBAULT à propos du délire chloralique... 1909, *Annales Médico-Psych.*

s'ordonnent en péripéties ou en défilés kaléidoscopiques de figures aux formes étranges. Les images peuvent être lilliputiennes, s'ordonner en défilés, subir des métamorphoses, se déployer en cavalcades ou cortèges pittoresques, etc. On peut cependant voir s'associer aux hallucinations visuelles des hallucinations acoustico-verbales, cénesthésiques, tactiles ou olfactives ¹.

b) LA TRAME DRAMATIQUE.

C'est une composante caractéristique de ces états, qu'il s'agisse de simples fragments scéniques ou d'aventures complexes à enchaînement baroque, il y a une sorte d'unité d'action et de signification thématique qui organise en péripéties dans la conscience onirique un événement ou une suite d'événements.

c) LA FORTE CHARGE ÉMOTIONNELLE.

Le courant de la conscience est comme polarisé par un fort sentiment axial. C'est le plus souvent l'angoisse, la terreur, la pantophobie. Mais, comme il y a une sorte de raison inverse entre l'émotion et le caractère esthétique de l'onirisme, il arrive aussi que ce soit dans une sorte d'extase ou de fascination euphorique que se déroule la succession des images. Les instincts érotiques, les aspirations mystiques organisent aussi fréquemment l'ensemble significatif qui est vécu et se développe comme une suite d'aventures et de spectacles libidineux et lascifs, comme une féerie céleste ou encore comme une infernale fantasmagorie.

d) LE DÉLIRE DES ACTES.

Cette « réalité » hallucinatoire est vécue intensément. Le sujet s'y engage à fond, et, comme il ne dort pas profondément, il engage sa conduite dans sa fiction ; il joue avec elle, s'y enfonce, s'en défend, comme happé par le mirage. Il épuise les images de son rêve jusqu'à leur plus complète expression. Il crie, parle, se débat, et l'on sait combien l'agitation délirante fait partie intégrante de l'onirisme. Quelquefois l'onirique garde une certaine « distance » à l'égard de son rêve, il l'observe curieusement, comme ensorcelé par lui, mais détaché de son jeu automatique.

e) LES TROUBLES DE LA CONSCIENCE.

Ils constituent la structure négative de l'onirisme et se caractérisent par la *confusion*. L'effondrement du cadre temporo-spatial, les altérations des fonctions du réel, les fausses-reconnaisances, la dramatisation de la conscience, son obscurcissement, l'effacement des divers plans de la perspective psychique, la perplexité, le défaut des

...Les troubles de la conscience constituent la structure négative de l'onirisme et se caractérisent par la confusion...

1. Cf., par exemple, les somptueuses descriptions de G. DE CLÉRAMBAULT à propos du délire chloralique. *Annales Médico-Psych.*, 1909.

capacités de synthèse de la pensée, caractérisent ou rendent sensible l'obnubilation de la conscience onirique.

f) L'AMNÉSIE CONSÉCUTIVE

Elle peut être totale ou partielle, globale ou fragmentaire, permanente ou transitoire. Mais l'accès confuso-onirique laisse après lui plus d'émotions que de souvenirs dans la plupart des cas.

— Telle est la description sommaire de la crise confuso-onirique. Il y a lieu de remarquer naturellement que tout ce que nous avons dit de la pensée du sommeil et notamment du rêve s'applique ici intégralement. Mais on ne saurait cependant oublier que, si la conscience est ici obnubilée, elle n'est pas totalement endormie, et pour si « analogue » que l'onirisme soit au rêve, il s'en sépare par le fait que le sujet ici est en proie à son rêve et le vit avec toutes les ressources intactes de sa psychomotricité épargnée. Il y a, à cet égard, une grande différence entre le rêve du rêveur couché dans son lit, à peine haletant, frappé de paralysie dans ses membres, à peu près sourd et aveugle, dont le tonus est effondré, et le délirant onirique capable de décupler son rêve, en le vivant sur le plan de l'action. Nous verrons que l'identité est ailleurs et plus profonde que dans cette relative analogie.

...le délirant onirique capable de décupler son rêve, en le vivant sur le plan de l'action...

— LES FORMES CLINIQUES DE L'ONIRISME.

On décrit une série d'états oniriques atypiques ou spéciaux. D'abord, selon la tonalité affective, on distingue des onirismes *anxieux*, *euphoriques*, *extatiques*. On parle aussi de *petit onirisme nocturne* ne survenant qu'au cours des phases hypnagogiques ou de demi-sommeil. BROUSSEAU et LOGRE ont décrit un *onirisme auditivo-verbal*¹ où, comme pour le rêve des aveugles, l'onirisme se déroule sur le plan auditif.

Les formes étiologiques les plus typiques sont : *l'onirisme toxique*, dont le délire alcoolique est le type². Le chloral (DE CLÉRAMBAULT), la mescaline (BÉRINGER, ROUHIER, ZUCKER et ZADOR, EY et RANCOULE), la cocaïne (MAYER), l'opium et la morphine (LEGRAIN, DUPOUY) sont les toxiques les plus onirogènes, mais il faudrait passer ici en revue presque tous les poisons — *l'onirisme infectieux*, celui des états fébriles, de l'encéphalite (STECK, CLAUDE et EY, RANCOULE, MAYER-GROSS, etc.), de la syphilis cérébrale (PLAUT), du paludisme (PORROT, HESNARD), etc., tous étudiés spécialement par RÉGIS et ses élèves, exigeraient encore une description qui serait par trop fastidieuse. — *L'onirisme dans les affections cérébrales* mériterait également un développement que nous ne pouvons songer à introduire dans cette étude³. Nous nous contenterons de rappeler : « l'uncinate fits » de JACKSON, les « dreames states » de

1. *Annales Médico-Psycho.*, 1923, p. 230.

2. Cf. les descriptions célèbres de LASÈGUE, MAGNAN et GARNIER.

3. Nous renvoyons à nos études particulières sur les troubles mentaux des traumatismes, tumeurs, les processus d'involution, le syndrome de KORSKOFF, etc...

KENNEDY et CUSHING dans les lésions temporales, l'hallucinoze « pédonculaire » (LHERMITTE) qui déroule une véritable imagerie onirique — et enfin l'onirisme dans les syndromes confusionnels et korsakoviens, étudiés par GAMPER et KLEIST dans leurs rapports avec les lésions du tronc cérébral, et des corps mamillaires en particulier.

— LE DIAGNOSTIC DE L'ONIRISME.

Il doit *classiquement* se poser par rapport à trois états :

a) *Le rêve ordinaire.* Le sommeil est évidemment le critère essentiel. Mais certains « onirismes » se prolongent ou naissent dans le sommeil. On invoque alors la présence de « véritables hallucinations », l'agitation, l'émotion, la vivacité de l'impression mnésique que laisse le cauchemar « véritablement » onirique.

b) *Les rêveries et les fabulations.* Lisons à ce sujet ce qu'écrivait DUPRÉ :

« L'état imaginatif s'oppose à l'onirisme par les caractères suivants : il n'apparaît tout d'abord que sur le fond confusionnel propice à l'éclosion du rêve pathologique... Il ne comporte pas généralement d'hallucinations. Les troubles psycho-sensoriels, lorsqu'ils existent, sont accessoires, épisodiques et ne possèdent pas, comme dans les états oniriques, le caractère des hallucinations toxiques. Les délires imaginatifs ne comportent pas dans leur sémiologie habituelle les troubles profonds de la mémoire qui, joints à la confusion mentale, spécifient la nature onirique des délires toxiques... D'une manière générale le délire onirique évolue sur un fond de torpeur, d'hébétude, d'obtusion, qui voile plus ou moins complètement la réalité objective aux yeux et à la conscience du malade. Le délire imaginatif, au contraire, est compatible avec la clarté des perceptions, la lucidité de la conscience et la persistance de l'activité intellectuelle ; le malade présent au monde extérieur, bien orienté, improvise un roman qu'il rattache non pas par voie hallucinatoire, mais par affirmation pure et simple à la réalité, au milieu de laquelle il continue à vivre en homme éveillé, et non pas en rêveur. Mais il existe entre le délire onirique et le délire imaginatif des faits d'association et de transition aussi nombreux que ceux qui relient le sommeil et la veille, le rêve, le rêveur et l'improvisation romanesque » (p. 184 à 186).

c) *L'autisme schizophrénique.* BLEULER a écrit : « L'unique différence que j'ai pu voir jusqu'à maintenant entre les phénomènes schizophréniques et le *rêve*, consiste dans la plus forte dislocation (Spaltung) de la personnalité. Le rêveur est dominé par un complexe ou un mélange mnésique de complexes. Le schizophrène procède à un double enregistrement... dans le sens de la réalité et dans le sens du délire. La différence ne saurait être cependant essentielle ¹. »

Nous ne voulons pas insister davantage : cela suffit pour montrer avec les classiques, que le « diagnostic » entre l'onirisme et ce qui ne l'est pas présente de *grandes difficul-*

1. E. BLEULER (1911), p. 357.

tés... Nous verrons plus loin que le débordement de l'onirisme vers les formes d'organisation délirantes ne rend pas moins floues les limites de l'onirisme et des délires...

2. — *Les états oniroïdes, bouffées délirantes, états crépusculaires.*

A partir des états crépusculaires ou « seconds » hystériques et des états extatiques longuement étudiés par les aliénistes du XIX^e siècle, beaucoup d'auteurs ont entrepris la description d'états « semi-oniriques » BREUER et FREUD parlaient d'*états hypnoïdes*, MEYNERT d'*Halbtraumzustände*, RADESTOCK de *Traumzustände*, ZIEHEN de *Dämmerzustände*, SANTI DE SANCTIS de *stati sognanti*. MAYER, en 1892, tentait de détacher de l'« Amentia » de MEYNERT (notre « confusion ») des états délirants voisins du rêve. Chez nous la thèse de l'identité, établie entre confusion et onirisme par les travaux classiques de RÉGIS et de son École, s'est opposée à ce que soit considérée hors du concept, à trois termes, « confuso-onirique-toxique », une catégorie d'états rappelant le rêve, sans toutefois qu'il existe des troubles confusionnels caractérisés. Cependant, certaines descriptions de SÉRIEUX et CAPGRAS (1908), sur les « états interprétatifs aigus », de DUPRÉ sur « les psychoses imaginatives aiguës », de R. CHARPENTIER (1919) sur « l'onirisme pur » ont assez clairement indiqué que s'il n'était pas possible de considérer certains troubles comme des états confuso-oniriques, ils n'en présentaient pas moins une structure onirique. C'est à cette exigence qu'a répondu MAYER-GROSS. Dans sa belle monographie ¹, il est parti de quelques riches et très longues auto-observations, de véritables « pathographies » dont quelques-unes assez anciennes (Cas d'ENGELTEN 1849, cas de FOREL 1901, etc..) et il a entrepris, avec une rare pénétration, une analyse phénoménologique véritablement exhaustive de ces observations remarquables par le merveilleux concret des descriptions. Il faudrait pouvoir donner ici un aperçu de la « compréhension » si profondément intuitive de ces états par l'auteur, mais nous ne pouvons y songer. Disons simplement que c'est à propos de l'analyse de tels cas impossibles à résumer, qu'il définit la « conscience onéiroïde » (p. 11). Elle se caractérise par un fort courant significatif d'unification dramatique, qui contraste avec son incapacité à opérer une synthèse réelle et par sa concentration sur un événement dramatique dont le déroulement reste inachevé. Ce n'est qu'au fur et à mesure des exigences de sa description que MAYER-GROSS fournit les aperçus théoriques, auxquels il accède, comme porté par la nature même de la vie psychique qu'il étudie, et à laquelle il adhère par l'effort d'une « Einfühlung » opiniâtre et pénétrante. L'étude de la « conscience onéiroïde » paraît ainsi s'inscrire entre la description phénoménologique de la « Benommenheit » (torpeur, atonie de la conscience) qui glisse vers l'inconscient et le vide, et le « verändertes Bewusstsein » (la conscience altérée), encore organisée et vigile, mais toute traversée et infiltrée de significations

...C'est à cette exigence qu'a répondu MAYER-GROSS. Dans sa belle monographie (1924), il est parti de quelques riches et très longues auto-observations, de véritables « pathographies »...

1. *Die oneiroïden Erlebnisformen* (Berlin, 1924)

fantastiques. Les « expériences onéiroïdes » oscillent entre ces deux formes de troubles de la conscience. Aux états confusionnels (Amentia de MEYNERT), correspond la « Benommenheit » ; aux états typiquement onéiroïdes, la « conscience altérée ». Ceci peut nous suffire pour nous faire une première idée de la structure des états oniroïdes, selon MAYER-GROSS.

Essayons maintenant de pénétrer à l'aide de nos propres observations dans le monde oniroïde. Il est caractérisé par une forme de conscience imageante plus proche à certains égards de l'état hypnagogique que de la pensée du sommeil. Les contenus de la conscience s'organisent en trame fortement significative qui reste adhérente à la réalité encore perçue ou pressentie. L'osmose du subjectif et de l'objectif ¹ n'exclut pas complètement ce dernier terme. Le sujet s'adapte encore au réel, agit et réagit avec une apparente régularité de telle sorte que le trouble est moins manifeste, plus « transparent », pour la conscience d'autrui que pour lui-même. Il est en effet perplexe, sentant chanceler et se dérober l'assise logique du réel. Le monde prend pour lui une signification tragique ou comique ; il « tinte » d'une résonance inaccoutumée. Chaque objet, chaque personnage se double d'une fiction qui le métamorphose. Tout ce qui se présente à la conscience est fortement déformé par des intuitions dramatiques qui tendent à s'enchaîner entre elles et à enchaîner à elles le sujet lui-même. Ainsi se forme un réseau significatif qui se « prend » autour de lui, et le prend dans ses mailles. Ce qui dans l'onirisme total est vécu sous forme de spectacle, d'événement présent et direct, n'est ici qu'imminent, caché et pressenti. Les événements délirants sous le décor onirique, dans le cadre d'une « mondanité » artificielle se passent dans les coulisses, dans la pénombre, l'ombre de la réalité. Tandis que dans le rêve et l'onirisme, le corps et la réalité psychique s'évanouissent ou deviennent transparents, ici ils figurent dans la conscience et constituent le cadre privilégié de l'action magique qui se déroule dans un monde encore réel, mais sans cesser tout à fait d'être sentie comme une altération imaginaire du Moi. Ambiguïté de cette forme de conscience qui « se vit » étrangère à elle-même, et est encore elle-même. D'où les impressions constantes d'énigme, de mystère, d'artifice, et par une sorte de pente naturelle de l'esprit, glissement vers les grands mythes, qui expriment tout à la fois la catastrophe, l'ineffable et la fantastique évanescence du Temps et du Monde (la Fin du Monde ², le Néant, la Résurrection, la Mort,

*...Essayons maintenant de pénétrer à l'aide de nos propres observations dans le monde oniroïde...
...il « tinte » d'une résonance inaccoutumée. Chaque objet, chaque personnage se double d'une fiction qui le métamorphose...*

1. Nous devons à OTOYA MIYAGI (*Le Nirvanisme morbide*, « Japanese Journal of Exp. Psychology », octobre 1939) une étude sur la perte de sentiment, de la distinction du subjectif et de l'objectif. Il est curieux de voir se rejoindre sur ce point l'Occident et l'Extrême-Orient dans la description de ce qui est ici extase et là, nirvana.

2. Cf par exemple la belle description de ce fantasme dans l'autobiographie du malade « Lionel » dans le travail de P. SCHIFF. La paranoïa de destruction : réaction de Samson et fantasme de la fin du monde. *Annales Médico. Psycho.*, 1946, 1, p. 283. Mais c'est le fameux travail de .../.

le Jugement dernier, le Mal, l'Enfer, l'Infini, etc...). D'où aussi les sentiments d'artifice, de passivité, de pénétration et d'influence qui expriment et assument la semi-objectivité d'événements se déroulant dans la confusion du monde et du moi. Un des caractères les plus typiques encore de ces états oniroïdes, est l'organisation possible et durable des souvenirs du délire. Ils demeurent même parfois particulièrement vivaces et émouvants, et si les événements réels, concomitants restent flous dans le souvenir, les expériences oniroïdes s'inscrivent en traits de feu dans la personnalité et y déposent une empreinte parfois indélébile, car ils représentent *un événement* et un événement cruciallement chargé d'émotion et de mystère.

Comme type de description, nous pouvons rappeler l'observation que nous avons publiée avec CLAUDE, DUBLINEAU et RUBÉNOVITCH ¹. Il s'agissait d'une jeune fille de trente et un ans, infirmière très mystique et schizoïde, mais sans caractère pathologique très accusé. Elle fut prise brusquement des troubles que nous allons résumer :

« ... Très rapidement apparaît une inquiétude croissante, confinante bientôt à l'anxiété. Elle craint d'avoir contracté la syphilis accidentellement avec une piqûre, elle interprète bizarrement l'attitude de ses collègues et de l'interne à ce sujet. Par ailleurs, elle a, un jour, l'intuition soudaine que ce dernier est tombé amoureux d'elle. « Je vivais, dit-elle, en parlant de ses troubles, *dans un rêve*. Cette histoire de syphilis me revenait toujours. Je sentais comme la présence réelle, c'est-à-dire que je *pensais avoir le pouvoir de guérir les malades de la syphilis en les touchant par le contact sexuel*. J'ai voulu aller dans la cellule d'un homme pour cela. Elle était fermée. Les idées de ma retraite, *je les revivais comme si les textes évangéliques étaient actuels*, je m'entêtais dans certaines voies, je faisais des séries d'actes avec une foi aveugle... J'avais la foi dans ce qui me passait par l'esprit. » La nuit suivante est pénible : une « odeur de mort » l'incommode, qui lui rappelle l'odeur dégagée par le corps de son père décédé pendant les grandes chaleurs... ; elle a des sensations sexuelles anormales. Elle croit qu'elle va mourir ; elle sent une chaleur aux mains, pense alors qu'elle va recevoir les stigmates : elle essaie de s'enfoncer dans la chair d'anciennes épingles à cheveux, mais s'arrête, car elle n'a pas le droit de se donner la mort. L'angoisse dure toute la nuit, L. ayant l'impression de « vivre pendant cette nuit les dernières heures de la Passion de N.-S. ». Au petit jour, elle se met à écrire des textes de l'Écriture. Depuis quelques jours, elle avait déjà classé tous les objets qu'elle possédait. Les textes qu'elle écrit s'adaptent à chacune des personnes à qui elle destine ces objets. Elle pense qu'ils lui venaient par intuition : ils lui étaient inspirés par le Saint-Esprit. Ce n'étaient pas des réminiscences. Ils lui étaient « réellement inspirés ». Elle est ravie de voir que les versets s'adaptaient parfaitement aux gens. Certains comportent des prédictions (*tel neveu sera prêtre, une nièce entrera au Carmel*, etc.). Le matin, elle va à la messe, hésite et demande l'Extrême-Onction, communique. « Elle sent alors la présence réelle, ce qu'elle sentait obscurément depuis quelques jours ». Elle sentait en elle un courant de vie, comme s'il y avait deux vies en elle, mais une vie bien plus intense. Elle avait l'im-

...Il s'agissait d'une jeune fille de trente et un ans, infirmière très mystique et schizoïde, mais sans caractère pathologique très accusé. Elle fut prise brusquement des troubles que nous allons résumer...

...J.. WETZEL (*Zeitsch. f. und g. Neuro.*, 1922) qui constitue encore la contribution la plus importante à cette expérience délirante apocalyptique.

1. CLAUDE, DUBLINEAU, Henri EY et RUBÉNOVITCH, *État schizomane, crises délirantes par poussées à caractère oniroïde*, « Annales Médico-Psycho. », 1934, I, p. 557.

pression qu'il lui venait des « séries d'intuitions ». « Cela m'obligeait à rester là, à adorer la présence réelle. » « Je me pensais en Notre-Seigneur, j'étais étonnée et ravie. » Cependant, elle était toujours extrêmement anxieuse, souffrant d'être venue seule à la messe, pensant à chaque instant qu'un fanatique allait venir lui transpercer le cœur. Elle se rend alors sur la zone, à l'adresse d'un chômeur rencontré la veille (elle la lui avait demandée pour aller visiter les pauvres gens qui vivaient dans les baraques). Mais en arrivant, elle est prise d'un tremblement, d'« une peur formidable », se demandant tout à coup ce que cet homme avait pu faire de sa compagne avec qui elle l'avait laissée la veille. Elle ne le trouve pas chez lui, et aussitôt a l'intuition *qu'elle a été coupée en morceaux et cachée chez une voisine*. Terrifiée, elle appelle Police-Secours. Les policiers fouillent la zone sans résultat. Le commissaire parvient enfin à calmer son inquiétude (sans paraître d'ailleurs, à aucun moment, soupçonner la nature pathologique de son état). Bouleversée, elle revient prendre son service à l'hôpital. Chemin faisant, elle se remémore, comme elle le faisait souvent, un sermon entendu au cours de sa retraite et, en particulier, il lui revient à la mémoire le *récit de la Résurrection de Lazare*. Elle se demande aussi quel acte de charité Dieu va lui donner à accomplir ce jour-là. Comme elle franchit le porche de l'hôpital, elle voit une femme en larmes, à qui l'on vient d'apprendre la mort de son mari. Elle s'empresse auprès de cette malheureuse, la console, l'entraîne doucement afin de la mener à l'amphithéâtre où repose le corps de son mari. A ce moment précis, il lui vient « tout naturellement » à l'esprit *l'idée que Dieu l'a choisie pour ressusciter le mari de cette femme, comme il avait choisi Jésus pour ressusciter Lazare* : tel était le « superbe acte de charité qu'elle devait accomplir ce jour-là ». Mise en présence du cadavre, elle s'approche, dénoue la mentonnière et dit d'une voix forte : « Lazare, sors du tombeau ! » Elle répète cette phrase trois fois. Devant l'inanité de ses efforts, elle se dit qu'elle s'y prend mal, et décide soudain d'agir « comme il est dit dans les Prophètes » : elle s'étend brusquement de tout son long sur le cadavre, colle les lèvres à sa bouche, et souffle de toutes ses forces « pour lui insuffler la vie ». Le garçon d'amphithéâtre l'écarte enfin. Elle résiste. Les autres personnes, frappées de stupeur, sortent pour appeler à l'aide. Le garçon court chercher du renfort. Restée seule, elle s'enferme, et se *rappelle alors l'épisode de saint Julien-le-Pauvre guérissant un lépreux en se substituant à lui*. Elle décide, sur-le-champ, de se substituer au mort pour lui donner la vie. Elle le découvre, elle-même se dévêt entièrement, et au moment où elle allait lui passer sa tenue d'infirmière, on pénètre de force dans l'amphithéâtre. On lui arrache le corps qu'elle étreignait. A ce moment précis elle *croit reconnaître dans ce cadavre un jeune Cubain* qu'elle avait soigné, et qui était mort 18 mois auparavant. Elle avait pour lui un sentiment très prononcé, que ses principes religieux avaient vite fait dévier vers un plan idéaliste. *Le cadavre avait pris soudain la même position que prenait le Cubain quand il priait avant sa mort : donc c'était lui*.

Elle nous a dit depuis, en parlant de cette période qui a duré cinq ou six jours : « Je fabriquais des histoires avec tout. Je me croyais enceinte. Les lumières de la rue m'ont excitée d'une façon épouvantable. Les étincelles des tramways, il me semblait que c'étaient des rayons infra-violets. La lueur intermittente au passage des tramways me paraissait sanctionner ce que je disais comme s'il y avait correspondance. *J'ai vécu la fin du monde*. Je croyais qu'il y avait la guerre. Je m'imaginais que l'on pouvait se marier comme on voulait, que ma sœur pouvait se remarier. Les pensées défilaient... J'ai cru, un instant, que j'étais dans un couvent, que des événements affreux allaient se déclencher. L'état de raison s'est présenté brusquement. »

On crut avoir affaire à une perverse qui se serait livrée à une manifestation de

...Mise en présence du cadavre, elle s'approche, dénoue la mentonnière et dit d'une voix forte : « Lazare, sors du tombeau ! » Elle répète cette phrase trois fois...

nécrophilie, et on la dirigea sur la Salpêtrière. Elle demeura un mois chez le Dr CROUZON, se comportant comme une maniaque. Son état persistant, elle fut internée. *Notons qu'elle ne paraissait pas confuse et qu'elle était bien orientée.* ... Dans les derniers jours de janvier, L... était calme, avec dans le service une activité adaptée. Elle n'aimait pas qu'on l'interrogeât sur les faits passés. Néanmoins, quand elle consentait à décrire son état antérieur, elle insistait spontanément, sur l'impression qu'elle avait éprouvée de vivre « comme dans un rêve ». Les idées lui venaient en trop grande abondance ; elle les prenait pour des réalités, elle sentait, intuitivement, entre les choses, les personnes et les situations des relations significatives (valeurs symboliques, interprétations, reconstruction de l'ambiance, remaniement des valeurs de réalité, impressions de présages, de comédies, de collusions, de compénétration des choses et des gens, élaboration de fictions, d'aventures, etc...). Un tel état, au dire de la malade, dura en tout quatre à cinq jours. D'ailleurs, en l'interrogeant avec soin, on s'aperçoit qu'elle a présenté au moins une fois, lors de la mort d'une belle-sœur, il y a cinq ans environ, un état spécial, différent du précédent, mais qui déjà l'avait vivement frappée : « J'ai été à l'enterrement, je marchais sans faire de bruit. J'étais absorbée..., sans être prise par ma pensée ; c'était le vide autour de moi... le Vide et le Silence... » Cet état dura deux jours, dont L... a gardé le souvenir très précis, insistant sur la sensation de néant qu'elle éprouva à ce moment. Cela rappelait l'état d'oraison, mais s'en différenciait cependant. Une autre fois, elle eut subitement un jour l'idée que, même quand on a été « prise par le Bon Dieu »... même « après avoir passé par ces moments délicieux, on peut encore pécher ». A ce moment, elle eut l'impression de tomber dans le néant, « la vie lui faisait subitement très peur ». Enfin, assez souvent, il lui arrivait de « tomber dans le vague ». Elle a alors la sensation de ne plus pouvoir « rattraper ses pensées pendant quelques heures, ou même un jour entier ». Les idées qui lui viennent alors « sont infinies ». Il lui faut « se faire violence pour sortir de ces états, qui confinent à l'extase, et dans lesquels elle s'évade sans perdre complètement pied ». Tout en évoquant ces faits, et en critiquant son récent accès, L... gardait à son propos sur certains points une véritable conviction délirante et l'on pouvait se demander dans quelle mesure il n'y avait pas lieu de redouter le passage vers un état chronique à forme paranoïde. »

...on la dirigea sur la Salpêtrière. Elle demeura un mois chez le Dr CROUZON, se comportant comme une maniaque...

...Les idées lui venaient en trop grande abondance ; elle les prenait pour des réalités, elle sentait, intuitivement, entre les choses, les personnes et les situations des relations significatives...

Des observations de ce genre sont fréquentes, bien plus fréquentes en clinique que les états confuso-oniroïques ! Et on peut décrire à foison des types d'états oniroïdes *anxieux* et *expansifs*. Dans ces derniers la fabulation est plus vive, mobile ; l'exaltation, l'inspiration souvent plus esthétique. Signalons aussi que des états oniroïdes affectent des *formes structurales* particulièrement importantes :

a) SYNDROME ONIROÏDE DE DÉPERSONNALISATION.

De la conscience oniroïde jaillissent, nous l'avons noté, des fantômes qui ont pour objet et cadre la réalité somatique ou psychique. De curieuses et étranges transformations corporelles, des interpénétrations des personnes, une sorte d'« osmose » interpsychologique, par substitution, métamorphose ou mélange d'identité morale et physique, l'intrusion d'une pluralité dans le Moi, des distorsions, transfixions, duplications et transfigurations des images de la personne physique et morale, forment une luxuriante floraison d'expériences délirantes. L'étrangeté du Moi, sa dislocation, son

dédoublement, sa dispersion, sont d'ailleurs ressenties non seulement comme des impressions, mais comme des phases d'événements qui s'enchaînent dans une histoire : expériences scientifiques ou érotiques, martyre, etc...¹

b) SYNDROMES ONIROÏDES INTERPRÉTATIFS.

La projection délirante s'opère dans le monde extérieur et particulièrement dans le monde social. Des significations fulgurantes s'infiltrent dans le monde matériel et social et l'animent. L'entourage, la famille, le milieu professionnel, le voisinage deviennent des foyers d'hostilité, où se trament des complots. Des mascarades, des déguisements, des allusions, des farces, d'innocentes plaisanteries ou de sinistres desseins emplissent l'ambiance. Les objets, les gestes, les visages les plus familiers subissent une transfiguration et dans leurs contours ou leurs mouvements s'accumulent des gouffres de mystérieuses significations. Un monde magnétique double celui jusque-là familier et neutre. Le monde est tendu vers le sujet, comme une énigme, un imbroglio, il s'offre comme un rébus qu'il faut déchiffrer ².

c) SYNDROMES ONIROÏDES IMAGINATIFS.

Ici la fiction se déploie, soit dans le passé, soit dans l'avenir, soit encore dans l'espace lointain. Elle romance et s'épanouit en mille fantaisies. Ce sont des rêveries qui devancent le temps ou le déjouent. Elles foisonnent, s'entrelacent et, dans un somptueux travail de tapisserie, ajoutent aux prodiges et miracles mille merveilleuses fées. Elles jaillissent et se déploient dans une conscience tout entière prise aux sortilèges de l'imagination, donnant au sujet l'impression d'une féconde et inépuisable création de formes ³.

— C'est dire que l'état oniroïde marque, par rapport à la conscience proprement onirique, un certain « détachement ». La conscience onirique, dit SARTRE, est captive ; elle est fatalement prise et comme identifiée, enchaînée à ses contenus. La conscience oniroïde, dirions-nous, est plus disponible, plus noétique. Les images qui la constituent forment la trame thématique d'un événement original miraculeux et artificiel qui reste ouvert sur le monde. L'effacement ou, si l'on veut, la transparence du monde subjectif, effet de la coalescence du vécu et de l'imaginaire qui caractérise et le rêve et l'onirisme, n'est pas complet. Ici, le rêve est vécu à travers le rêveur et le sujet, gardant une certaine épaisseur, une certaine opacité, un certain poids, ne vit pas seulement des événements : il les vit dans son monde, dans son corps et dans son esprit, dans la charnière vivante de sa réalité. Si bien que de tels « états » sont négligés pour la double raison qu'ils ne sont pas aussi « analogues » aux rêves que les états confuso-oniriques et

...La conscience onirique, dit SARTRE, est captive ; elle est fatalement prise et comme identifiée, enchaînée à ses contenus.

La conscience oniroïde, dirions-nous, est plus disponible, plus noétique...

1. Cf. p. ex. l'observation que nous avons publiée avec CLAUDE et MIGAULT sous le titre *d'État dysesthésique* etc. in « Annales Médico-Psycho. », février 1934, p. 257.

2. Cf. thèse de VALENCE, *Les états interprétatifs aigus*, Paris, 1927.

3. Cf. la description de DUPRÉ in *Pathologie de l'Imagination et de l'Émotivité*, Payot, Paris, 1925, p. 182-183.

que, détachés de l'activité du rêve, ils perdent leur valeur et leur existence. Mais ils constituent précisément les expériences délirantes les plus fréquentes et les plus importantes dans révolution des psychoses et notamment des délires chroniques comme nous le verrons plus loin.

3. — *Les états fantasmiques de type maniaco-dépressif.*

Ils touchent de si près ceux que nous venons d'étudier, notamment sous leur forme expansive ou anxieuse, que nous pouvons les caractériser d'un seul mot, puisque d'autre, part, nous avons étudié ailleurs leur structure particulière ¹.

Les *états fantasmiques d'excitation* correspondent à la phénoménologie des états maniaques. Le jeu, la fuite des idées, l'improvisation, l'inspiration, la fabulation inconsistante créent un mirage oniroïde, la buée du monde imaginaire du maniaque ; de son exaltation s'évapore comme une nuée de rêve. C'est ainsi que DÉRON ² note que « lorsqu'il se réveille, le malade s'aperçoit qu'il était comme le rêveur, jouet d'une illusion ». Nous renvoyons spécialement aux études de J. ROUART ³ et de BONNAFÉ et TOSQUELLES ⁴.

...[pour] la phénoménologie des états maniaques, nous renvoyons spécialement aux études de DÉRON, J. ROUART et de BONNAFÉ et TOSQUELLES...

Les *états fantasmiques anxieux* correspondent à une organisation mélancolique de la conscience qui secrète une fiction noire, macabre, faite de larmes et de sang. C'est une conscience catastrophique, une « conscience malheureuse », partagée comme celle de HEGEL et de KIERKEGAARD par le dramatique conflit qui déchire l'humanité. Ici le drame latent devient actuel et dispose pour se dérouler des images à la fois les plus sombres et les plus tragiques : la damnation, la mort, le crime. Elles s'organisent dans la conscience troublée du mélancolique comme le plus authentique « cauchemar ⁵ ».

4. — *Les évolutions typiques de psychoses aiguës.*

Quand nous avons affaire à de brusques dissolutions plus ou moins profondes et souvent très profondes d'emblée, sous formes d'accès uniques ou séparées par de longs intervalles, et se produisant à l'occasion de circonstances diverses, nous sommes en présence de *psychoses paroxystiques isolées*. C'est le cas des *états confusionnels*, des *bouffées délirantes*, des délires *d'emblée* ou *dégénérés*. La structure « fantasmique » de la psychose dépend du niveau de dissolution qui la caractérise. Il peut être de type

1. Cf. nos études sur la Manie et la Mélancolie. Tome III.

2. DÉRON, *Le syndrome maniaque*, Thèse, Paris, 1928.

3. J. ROUART, *Les états oniriques dans la Psychose maniaque dépressive et la Paranoïa*, « Évolution Psychiatrique », 1936.

4. BONNAFÉ et TOSQUELLES, *Expérience onirique, début d'un accès maniaque*, « Annales Médico-Psycho. », 1944.

5. L'étude récente d'Emil A. GUTHEIL (*Dream and Suicide*, « Amer. J. of Psychotherapy », avril 1948) souligne la continuité de la production onirique et du désir de la mort chez les mélancoliques.

confuso-onirique, comme de type oniroïde ou anxieux ou expansif. *Plus la dissolution est brusque et profonde, plus elle ressemble au sommeil, et plus la restauration est probable et complète.*

L'épilepsie réalise un type de *dissolution comateuse*, c'est-à-dire très profonde et très brève, mais l'épileptique peut passer par tous les degrés et toutes les formes de la conscience fantasmique. Si les accès confuso-oniriques sont bien connus, les états crépusculaires ne le sont pas moins, ni les états d'excitation ou d'anxiété oniroïdes. C'est dire que la structure même de la psychose implique un passage obligatoire à travers toutes les couches et tous les niveaux de la pensée onirique. On trouvera dans nos *Études Psychiatriques*¹ un magnifique exemple d'état oniroïde comitial.

Les *psychoses maniaco-dépressives* sont des types de psychoses périodiques caractérisées généralement par des accès maniaques ou mélancoliques. Ces accès comportent, comme nous l'avons vu, plus qu'on ne l'imagine généralement une structure fantasmique. ROUART, dans son travail *Du rôle de l'onirisme dans les psychoses de type paranoïaque et maniaque dépressif*², l'a très bien mis en évidence. Et nos revues et ouvrages abondent, comme nos services, en exemples cliniques typiques. Il suffit de vouloir les observer. Les psychoses périodiques provoquent parfois des dissolutions plus « atypiques » de niveau plus profond allant jusqu'à des états confuso-oniriques. Cela aussi est une vérité d'expérience constante que seule empêche de voir et d'utiliser l'idée que, « si c'est un périodique, ce n'est pas un confus ».

— Tel est le rapide inventaire que nous pouvons dresser de tous ces accès, de toutes ces bouffées paroxystiques, de ces crises à structure constamment mais plus ou moins oniriques. Toutes comportent dans leur structure éventuelle une dissolution de la conscience et par conséquent son organisation fantasmique. Mais ce par quoi elles sont identiques à la dissolution hypnique et à son aspect positif, le rêve, ce n'est pas leurs traits de similitude phénoménologique, ce qui les identifie au rêve de l'homme qui dort, *c'est le mécanisme même de leur constitution et de leur organisation.*

D'accord-nous dira-t-on, pour les psychoses « aiguës », mais pour les formes chroniques et lucides ? C'est ce que nous allons envisager.

B. — PSYCHOSES A ÉVOLUTION CHRONIQUE.

Lorsque BOUSQUET reprochait à MOREAU (de Tours), en 1855, d'établir une identité entre le rêve et la folie, il lui faisait grief effectivement de confondre le délire (état aigu) avec la « folie » lucide et chronique. Le point le plus délicat des relations entre

1. Dans le tome III.

2. ROUART, *Évolution Psychiatrique*, 1936, n° 4. Cf. également le travail de BONNAFÉ et TOSQUELLES, *Annales Médico-Psycho.*, 1944.

Tel est le rapide inventaire que nous pouvons dresser de tous ces accès, (...) ce qui les identifie au rêve de l'homme qui dort, c'est le mécanisme même de leur constitution et de leur organisation...

rêve et psychoses est, en effet, celui des relations du rêve et des formes chroniques et lucides de la folie que, après un curieux « chassé-croisé », nous appelons maintenant les « délires » chroniques. C'est donc à cette difficulté que nous entendons maintenant nous attaquer, réservant pour un autre paragraphe de surmonter un dernier obstacle : celui des psycho-névroses.

1. — *Les psychoses délirantes chroniques.*

Disons d'emblée que, pour donner tout son relief et toute sa force à l'objection à laquelle se heurte toute théorie des relations de rêve et des psychoses, nous envisageons d'abord les organisations délirantes chroniques en dehors des états de dissociation ou de démence, celles qui se manifestent cliniquement, « avec ordre et clarté », dans une conscience « lucide », et où se manifeste un violent contraste entre le délire et une « parfaite intégrité des fonctions intellectuelles » (KRAEPELIN).

Lorsque nous avons étudié le rêve, nous avons souligné sa fonction et sa valeur d'événement dans certaines conditions. Ce fait a toujours frappé tous les auteurs, même les moins avertis. Le rêve est, d'une part, en continuité avec la personnalité et, d'autre part, peut représenter « un événement de l'histoire de la personnalité ». Les « rêves pathologiques », c'est-à-dire ces rêves vécus dès que le seuil de « l'imaginaire » s'est abaissé et que la conscience est trop facilement et abondamment envahie de fiction, ont à cet égard une influence plus active et constante que les rêves du sommeil. C'est que si, comme nous venons de le voir, l'onirisme même suppose une activité encore intense de la vie psychique, à plus forte raison en est-il de même au cours des états oniroïdes, expansifs ou anxieux.

La structure *fantasmique* de ces états aigus constitue une trame, non seulement d'événements actuellement vécus, mais qui peuvent même *survivre* à leur formation, se continuer, s'intégrer à la biographie et au programme vital du délirant. *Le délire d'un moment pourra devenir le délire d'une existence.* C'est ce point capital de la psychopathologie des délires qui avait attiré notre attention, il y a quelque vingt ans, lors de nos premières études¹. C'est celui-là même qui fit l'objet de la thèse de CHASLIN (1886), des travaux de SANTE DE SANCTIS, de RÉGIS, de l'École de KLIPPEL et que C. BERTHIER² a réexaminé plus récemment. On trouvera dans tous ces travaux des observations intéressantes par le fait qu'elles montrent la continuité chronologique du délire et du rêve. Nous ne nous attarderons pas ici sur les délires *post-oniriques*, et nous renvoyons spécialement au rapport de A. DELMAS (1920) sur ce sujet, mais nous devons en faire état.

...nous envisagerons d'abord les organisations délirantes chroniques en dehors des états de dissociation ou de démence, celles qui se manifestent cliniquement, « avec ordre et clarté »...

1. Nous avons rédigé en 1929, pour être publié avec CLAUDE et MORLAAS, un mémoire sur les « États oniroïdes et les syndromes délirants d'action extérieure », qui n'a jamais vu le jour et ne le verra jamais...

2. C. BERTHIER, Thèse, Lyon, 1937.

DELASIAUVE ¹ avait remarqué que « certaines impressions délirantes survivent à l'amélioration cérébrale et deviennent la base d'un véritable délire partiel ». MAGNAN et SÉRIEUX, dans leur fameux ouvrage sur « le Délire chronique », rapportent une observation fameuse, où le délire de forme hallucinatoire avait succédé à un accès d'onirisme. CHASLIN rappelle l'observation du malade de LEURET (monomanie ambi-teuse, survenue après un délire typhique) et cite un cas de SÉGLAS (psychose systé-matique secondaire à prédominance hypocondriaque). RÉGIS ² distingue à ce sujet « les délires systématisés secondaires nettement vésaniques, succédant chez les prédisposés à un accès de confusion et les cas où il s'agit d'une confusion mentale qui, en dispa-raisant a laissé chez le sujet des reliquats souvent tenaces et systématiques, tout comme les états seconds laissent après eux des idées fixes post-hypnotiques ». Mais c'est surtout en 1911 que le même auteur ³ a étudié la « phase de réveil du délire oni-rique » et les séquelles délirantes qu'elle peut déterminer. A cette même époque plu-sieurs observations furent publiées, celles de la thèse d'ALLAMAGNY ⁴, celles de DELMAS et GALLAIS ⁵, de VALLON et BESSIÈRE ⁶, de MARCHAND et USSE ⁷. Le rapport de DELMAS constitue une excellente mise au point de ce mouvement psychopatholo-gique dont la source remonte à la meilleure tradition psychiatrique française. Cet auteur définit la *psychose post-onirique* par ces deux caractères : elle est consécutive directement et immédiatement à l'accès onirique, — elle emprunte tout ou partie des éléments au rêve onirique. Ces psychoses post-oniriques peuvent être, elles-mêmes, transitoires ou durables. Parmi les transitoires figurent les « idées fixes post oni-riques ». Parmi les formes durables, délirantes et hallucinatoires, il y a lieu de distin-guer les délires permanents post-oniriques et les psychoses hallucinatoires post-oni-riques. Ces reliquats oniriques délirants représentent un véritable *délire d'évocation* : « Ce sont, précise-t-il, des convictions délirantes posthumes par rapport au délire », le trouble morbide n'ayant d'existence actuelle que par l'évolution de l'état délirant passé. Les formes hallucinatoires de ces délires d'évocation paraissent liées à des accès sub-aigus. DELMAS analyse très bien la structure de tous ces délires et les apparente aux phénomènes d'hypnose ⁸ et il ne manque pas de se référer aux travaux de LEGRAIN et de KLIPPEL, et TRENAUNAY sur les « délires de reviviscence », « délires à éclipse », « délires de rêve à rêve », etc...

Depuis cette époque peu d'observations ont été publiées ou se trouvent épar-ses

1. DELASIAUVE, *Journal de Médecine Mentale*, IX, p. 68, 1864.

2. RÉGIS, Congrès de Marseille, 1899.

3. *Encéphale*, p. 409.

4. ALLAMAGNY, *Les séquelles de l'onirisme alcoolique*, Thèse, Paris.

5. DELMAS et GALLAIS, *Encéphale*, 1911.

6. VALLON et BESSIÈRE, *Encéphale*, 1912.

7. MARCHAND et USSE, *Encéphale*, 1913.

8. p. 43-44.

... le rapport de DELMAS (1911) sur la psychose post-onirique constitue une excellente mise au point de ce mouvement psychopathologique dont la source remonte à la meilleure tradition psy-chiatrique française...

dans des travaux ne traitant pas directement du sujet. On pourrait, en raison du soin que nous apportons à citer tous ces travaux et ces observations, penser qu'il s'agit là d'une éventualité exceptionnelle. Mais nous devons faire appel, ici encore, à l'expérience clinique quotidienne que nous pouvons, tous, avoir. N'est-il pas vrai que l'organisation délirante consécutive aux états aigus est le grand problème pratique et théorique de la pathologie des délires ? Les anciennes discussions, dont le fracas est à peine assourdi par le temps, sur la nature « primitive » ou « secondaire » des délires chroniques en France et de la paranoïa en Allemagne, seraient-elles donc oubliées ? Et faut-il rappeler que la notion de « Délires secondaires » aux accès maniaco-dépressifs est une des plus classiques ?

Ainsi la clinique de tous les jours établit le pont entre « psychoses délirantes aiguës » et « psychoses délirantes chroniques ». MOREAU (de Tours), avec sa perspicacité géniale, nous a donné la raison profonde de la « scotomisation » des phases aiguës des délires, et par le malade lui-même et, par voie de conséquence, par le médecin :

« Étudié à l'époque où son évolution est complète, le délire est et demeure toujours incompréhensible. A cette époque le malade est tout entier sous l'influence de ses idées... ; il est devenu incapable, le plus souvent, de les distinguer des actes les plus réguliers de son intelligence, presque aussitôt après que l'excitation physique et morale qui les a accompagnés, à leur origine, a cessé, il a été forcément dupe de ses illusions dès qu'il ne lui a plus été possible d'en apercevoir le mécanisme. Cela est vrai, tout aussi bien de celui qui, en dehors de l'état aigu ou d'excitation aiguë dont je parlais à l'instant, croit pouvoir et paraît être en mesure de rendre compte de son état, que des autres malades en général. La preuve de ce que j'avance, c'est que si l'on demande à ce même individu des renseignements sur ce qu'il a éprouvé lors de l'invasion de ses conceptions délirantes ou même lorsque le cours de la maladie, l'état aigu, s'est reproduit, comme cela a lieu fréquemment, on remarquera, tout d'abord, que sa manière d'expliquer l'idée qu'il s'en fait lui-même diffère considérablement de la manière dont il s'en rend compte plus tard. Dans l'état aigu... la plupart des malades ne croient jamais pouvoir mieux caractériser leur idée délirante qu'en se servant du mot rêve... ; ils s'y abandonnent sans réserve ; l'erreur est absolue, irrémédiable... De là, l'erreur où l'on tombe concernant la matière vraie des pensées délirantes, erreur d'autant plus répandue et d'autant plus accréditée, qu'elle se fonde sur le dire même des malades. »¹

Ainsi se trouve par avance décrit le mécanisme de l'élaboration secondaire des expériences délirantes primaires, élaboration qui efface la trace de ce que ces « expériences » ont eu d'original, comme pour les volatiliser dans un système « d'événements » qui en étant pourtant nés, effacent le rêve.

1. *Mémoire sur l'identité de l'état de rêve et de la folie* (A.M.P., 1855, p. 315). Tout le mémoire serait à citer. De même les profondes analyses de J. P. FALRET à ce sujet (*Maladies Mentales*, 1864, notamment la fameuse « Introduction » et ce qu'il écrit sur la « non-existence de la monomanie » (p. 424 à 448).

...Ainsi la clinique de tous les jours établit le pont entre « psychoses délirantes aiguës » et « psychoses délirantes chroniques ». MOREAU (de Tours), avec sa perspicacité géniale, nous a donné la raison profonde de la « scotomisation » des phases aiguës des délires...

Les DÉLIRES SYSTÉMATISÉS (ou PARANOÏAQUES) comprennent une foule de variétés « de mécanismes » que la psychiatrie atomistique s'est plu à séparer : délires « d'interprétation », « d'imagination », « hallucinatoires ». Ils correspondent aux concepts anciens de « délires lucides », de « monomanies ». Nos propres analyses structurales que nous ne publierons que plus tard..., nous ont montré, une fois encore, le bien-fondé des conceptions de MOREAU (de Tours). Ces délires ne sont pas produits par des mécanismes actuels élémentaires et morbides, ils sont le *résultat* psychologique et actualisé, comme les séquelles et les cicatrices, d'expériences délirantes passées ou intermittentes. SÉRIEUX et CAPGRAS ¹ avaient signalé, avec leur intuition clinique si sûre, l'importance de ces états subaigus, voisins du rêve dans l'édification de pareils systèmes délirants. Toute l'histoire clinique du caractère « secondaire » de ces constructions délirantes, à partir de *crises matricielles*, de « moments féconds » (LACAN), d'états d'excitation ou d'anxiété (infiltrés, comme nous l'avons vu, de fantasmes oniriques), constitue donc une base empirique solide de notre théorie. Nous ne pouvons, sans entrer ici dans l'analyse structurale de la paranoïa, ce qui nous entraînerait trop loin, développer cette idée comme l'exigerait l'intérêt qui s'y attache. Qu'il nous suffise de renvoyer encore au travail de ROUART ² sur « Le rôle de l'onirisme dans les psychoses paranoïaques et maniaco-dépressives », et dans lequel il souligne que « les expériences oniriques, qu'elles apparaissent fugitives en pleine veille ou qu'elles appartiennent selon les dires du malade lui-même au sommeil habituel, sont en continuité avec les croyances du sujet : elles font partie de son activité psychique qu'elles influencent ». Que l'on veuille aussi se rapporter pour se convaincre de ce fait à des observations comme celle de « Madeleine » ³, ou celles qui figurent dans la thèse de CHASLIN, dans les travaux de KLIPPEL et TRENAUNAY, de BERTHIER que nous avons signalés ou encore dans le travail de M^{lle} PETIT ⁴. Qu'il nous suffise surtout de rappeler, si c'est nécessaire, l'abondance des « expériences délirantes nocturnes » auxquelles les malades se réfèrent avec une si remarquable constance. Qu'il nous suffise de suggérer enfin ici, que les délires « systématisés » ne sont que des délires résiduels, comme cristallisés autour de quelques « événements » cruciaux, dont le déroulement dure encore et s'inscrit sur le registre « normal » du psychisme des malades de telle sorte qu'ils ne restent malades que du fait de cette *fixation* inébranlable.

La structure même de ces psychoses se révèle à l'observateur le moins prévenu, dès qu'il veut l'approfondir, comme étant constituée par un jeu de fantasmes *fixés*, comme par un rêve à la fois sous-jacent et antécédent, mais agissant et si intégré, qu'il gou-

1. SÉRIEUX et CAPGRAS, *Les folies raisonnantes*, p. 147 et 148, vol. 1, Paris, 1909.

2. ROUART, *Évolution Psychiatrique*, 1936.

3. *De l'angoisse à l'extase* de P. JANET.

4. Paule PETIT, *Les délires de persécution curables*, Thèse, Paris, 1937.

...Toute l'histoire clinique du caractère « secondaire » de ces constructions délirantes, à partir de crises matricielles, de « moments féconds » (LACAN), d'états d'excitation ou d'anxiété (infiltrés, comme nous l'avons vu, de fantasmes oniriques), constitue donc une base empirique solide de notre théorie...

verne l'existence et constitue le centre du rayonnement de la personnalité.

Pour illustrer ce que cette brève analyse pourrait avoir d'abstrait, voici une des lettres quotidiennes prises au hasard, parmi des centaines de semblables qu'une malade nous remet régulièrement depuis des années (c'est une paranoïaque typique avec érotomanie et délire d'influence, qui mêle intimement son délire et ses rêves tout au moins dans ses écrits, car dans son comportement habituel elle est très « lucide », très « sthénique »).

« Mardi 16 novembre, 7 h. 1/2 matin, M^r le Docteur, — « Il faut venir ici, ma sœur, pour voir qui nous vole la littérature française. » — Voilà ce que je viens de dire pendant qu'elle sert le déjeuner ! Pas de réponse ! la sœur se contente de tenir les deux anses de la soupière de métal. Quelle nuit révélatrice ! Au dortoir, j'avais dit à Désirée (infirmière), que j'avais eu un mauvais sommeil : « Attendez, répond-elle, vous irez dans la cellule, cela vous fera du bien », je lui répons : « Croyez-vous que je vais me laisser voler comme cela toujours ? » J'ai eu un sommeil de songes et cependant j'ai reposé, car l'autre nuit d'avant je n'avais que peu dormi. Que je vous dise d'abord, M. le Dr, que je trouve que vous ne me défendez pas ni personne. — Je trouve en ce moment que l'on me piétine à un degré dérisoire et que vous ne dites rien pour réprimer cela. — Je suis très à bout de courage et d'assurance morale, et je pense pourtant que cette bataille avec l'homme de la littérature française, qui s'est révélé cette nuit est signe de la fin. Voici mes songes : Le plus important, c'est que j'ai vu M^r F.¹, l'homme de lettres que je connais et dont je vous ai parlé, il me paraissait bafoué, ridiculisé ; il jouait du piano et on le montrait comme une loque. Dans la salle, hier soir, M^{lle} L. (autre malade) s'était amusé à jouer du piano sur la table, et cette femme qui prêche avait tant de plaisir à retourner ses mains sur ses genoux, et M^{me} G... avec ses mains encore faisait des tours. Voilà donc Léontine (autre malade) qui crie dans l'escalier et chante une chanson populaire, elle aussi je l'ai vue en songe, sous l'apparence de ma sœur, Léontine, habillée en femme séculière et elle disait que sa Supérieure la rappelle à St-Malo et qu'elle part malgré mon étonnement. Ensuite je vois l'idiote N... (autre malade) qui se promène vers moi, je dis que je ne veux pas être près d'elle. Dans la chambre de ma nièce, Thérèse B. à X., on installe trois bougies du côté du lit. Puis, une garde met mes lunettes et rit de moi, en les regardant. Marie B. (autre malade) est à câliner la sœur ², et elle parle de quelque chose disant : cela coule bien moins. Puis, j'explique à Sœur Agnès les efforts de volonté à faire pour acquérir de la force, de la volonté en parlant de Thérèse B., mais elle ne veut pas m'écouter. Ensuite, M^r F... sentant qu'il est attaqué me serre contre lui, appuyant sa tête et moi, je suis ennuyée d'être devant tout le monde. Il dit que cela ne fait rien au contraire. Dans un corridor au loin, arrive, en surplis, un prêtre avec sa barrette sur la tête, il y a une femme près de lui qui arrive ³. Je dis cela à M^r F. Il regarde et répond que cela ne le dérange pas de prier celle qui doit le sauver. Ensuite arrive dans la salle un jeune moine en blanc ; il me regarde avec M^r F... me serrer et passe un autre curé, qui va se laver les mains ; il ressemble à B.⁴ Je regardais un crucifix et je deman-

...Lettre d'une paranoïaque typique avec érotomanie et délire d'influence, qui mêle intimement son délire et ses rêves tout au moins dans ses écrits...

1. Un homme avec qui elle a eu une furtive idylle et qui s'occupait de littérature.

2. La fixation homosexuelle est constante dans l'analyse du comportement du délire et des rêves de cette malade.

3. Le rêve identifie ici le personnage « travesti » prêtre et la femme, qui constituent dans le délire l'objet érotomaniaque (cf. à ce sujet les études de FRETET sur l'érotomanie homosexuelle travestie, *Évolution Psychiatrique*, 1937).

4. Prêtre objet initial de l'érotomanie et devenu ensuite le persécuteur principal.

dais du courage devant les folles et les malades qui me regardent ; il y a surtout Thérèse R. et une autre qui me remarquent. Pendant que j'écris, je me sens vraiment très inquiète. Je n'ai pas de forces dans l'esprit ; je n'ai que des idées décourageantes qui accablent complètement ma foi, et mes relations avec un autre esprit. Où êtes-vous, M^r le Docteur, que dites-vous et de moi, vraiment, qu'allez-vous faire ; ce sont des combats insoutenables ; je me demande ce que cela va devenir à la fin de lutter comme cela sans arriver à gagner de la force et de la paix. Que de voix qui crient contre la vie mystique, que de voix qui crient contre la pensée, la vie intellectuelle en attaquant la vraie vie qui en est la base. Ah ! quelle lutte intellectuelle en ce moment entre ceux qui dans le désordre traînent les lettres, la littérature, le génie de l'intelligence. Qu'allons-nous devenir ? surtout moi, qui suis tellement trafiquée, tellement poursuivie, tellement harcelée. On abuse honteusement de moi. Ici toutes les malades ont des attaches coupables et se soutiennent pour me faire sombrer ¹. Que c'est grave en ce moment, jamais je n'ai été attaquée à ce degré-là et tellement épuisée à fond. Voyons, qu'y a-t-il et qu'allez-vous faire ? Je voyais en songe mes sœurs qui sont mécontentes avec M^r F... Je me rappelle avoir été au cinéma *Le Royal* avec lui, pendant mon stage à Rennes, chez les L... et qu'il était représenté un film, où il y avait un chanoine et un général (tourné en homme bizarre, un peu « gaga » et j'avais pensé que c'était de M^r F... dont on se moquait). C'était pendant un repas très mondain et le chanoine, plutôt c'était un évêque, avait beaucoup ri des marques de respect et d'amabilité. Le titre du film était celui-ci : *Il faut réparer Sophie*. J'en déduis qu'en ce moment, L... est au combat avec M^r F... Ensuite en songe, on me fait changer de chemise de façon que les malades et jeunes filles ne me voient pas. On me donne des leçons d'infirmière pour me faire une situation dans un hôpital. Puis la sœur Agnès me montre quelque chose à regarder, une broderie, je crois. Après tous ces songes, mentalement je chantais : « il en est temps pécheur, revenez au seigneur ». Ah ! en ce moment quel combat, entre les gens de mauvaise vie et les gens honnêtes dans la littérature, et dire que nous y voyons des idiots, des vicieux, des folles, qui sont là-dedans à patauger avec la pureté, avec les âmes si dégagées, quel désordre, quel mélange infect. C'est la mêlée de la bataille. Quand ce sont des guerres de corps à corps, il y a les deux parties en vis-à-vis, en lutte — il y a alors contact et mélange de tous les corps de chaque classe ; les ouvriers, les riches, les pauvres, les intelligents, les brutes, etc... dans cette guerre spirituelle, tout est en jeu aussi ; on se sert de toutes les activités, même des idiots comme la N... d'ici et des femmes ivrognes. « Vous jouez à la balle avec les yeux bandés », me dit la femme qui prêche, pendant que Désirée M. vient chercher sur le fil de fer les toiles d'emballage qui séchaient près de moi. Ah ! comment vais-je tenir bon, dans cet acharnement extérieur, puisqu'on me jette par terre, en me donnant des coups de pied et en me tracassant dans les facultés de la pensée comme on ne cesse de le faire. Dans ce trouble, je suis à me répéter, que oui, c'est dans la vie sacrifiée que tout est basé, que c'est dans le Don intime de la vie ² que tout repose, si je ne soutiens pas cette réalité tout croule. De grâce, du repos ! De grâce, arrêtez les discussions, les influences contraires qui me chavirent. Je ne peux plus me soutenir, vous m'accablez tous. Vous n'avez pas le courage de montrer que je travaille pour vous tous. — Sortez-moi de cet enfer, la guerre spirituelle se termine tout de même avec ce chaos

...« si je ne soutiens pas
cette réalité tout croule.
De grâce, du repos ! »...

1. Tous les liens qui l'unissent aux autres (compagnes ou infirmières) sont dans la veille comme dans le rêve des liens affectifs à forte charge sexuelle.

2. Le don intime c'est la masturbation, procédé par lequel elle s'unit à divers personnages (Sa Mère — l'objet de son érotomanie, etc.).

de cette nuit qui en ce moment se dégage. Je suis dans l'attente de l'heure de la visite ; il est presque 9 heures et j'attends la cloche qui va sonner pour annoncer que vous allez enfin remettre de l'ordre et m'appeler à la confiance. On attend que tout soit réglé pour me faire sortir, car la vérité et la réalité des choses, il faut qu'elles s'opèrent sans les amis qui doivent donner des preuves de leur fidélité au programme. Je sentais, en dormant, vraiment être portée par M^r F..., mais de grâce, il faut maintenant que tout se règle, que vous m'entouriez tous pour me consolider ma pauvre tête et alimenter le cœur qui a besoin de contact et de vie. Ah ! quelle existence de dangers on me fait endurer ! Ce sont des dangers perpétuels, prête à sombrer dans l'écroulement, et en cessant le contact et l'adaptation avec une âme, avec la vôtre qui me portez ici mais pour me faire cribler de toutes façons. Assez, assez et finissons et que ce soit la dernière bataille et la victoire sur la reprise de l'âme littéraire, le latin, le grec, la pensée que nous volent les mauvaises religieuses, les mauvais prêtres et les femmes et hommes séculiers qui pataugent sans droit. — 9 heures — la cloche tinte seulement aujourd'hui et faiblement. Ah ! pauvre M^r F., lui aussi, il a enduré de terribles assauts ! et sa femme est professeur je crois ; il a une de ses filles (petite sœur des pauvres) et une autre fille qui, m'avait-il dit, était dans le même esprit que sa femme. Il me fait bien pitié et puisqu'il me montre franchement qu'il m'approche je l'en aime que davantage, et forcément il m'encourage. On entend des avions ce matin. »

Toutes les lettres remises chaque jour par cette malade font état de l'intime élaboration onirique du délire. Tout ce qui est vécu dans la vie diurne l'est à travers les fantasmes des rêves. L'activité hallucinatoire constante qui réalise cliniquement un syndrome d'influence à thème d'érotomanie et d'homosexualité se réfère au noyau inconscient et ses rêves constituent la trame des événements de son délire.

LES DÉLIRES PARAPHRÉNIQUES ont une histoire différente, mais non sans que puisse s'y découvrir bien plus aisément encore la même et plus luxuriante structure *fantasmique*, puisque justement celle-ci s'y trouve projetée au premier plan. Il s'agit, en effet, d'une variété de délires que nous croyons bien être à peu près les seuls à étudier, depuis que, décrits par KRAEPELIN et rapprochés par STORCH de la pensée archaïque¹, ils ont été absorbés par le concept tentaculaire de schizophrénie en Allemagne, et la notion trop générale et vague de délire d'imagination en France. Comme nous nous réservons de publier seulement plus tard leur étude approfondie, nous nous bornerons à indiquer, ici, sommairement ce qui éclate d'ailleurs aux yeux, à savoir que leur fantasmagorie obéit aux lois mêmes du rêve, mais d'un rêve élargi par l'intensité d'une pensée vigile, appliquée à enrichir la fiction, et parfois par des dons exceptionnels, porté jusqu'à la splendeur d'une véritable floraison esthétique. En contraste avec l'intégrité du fond mental, superposée à une adaptation raisonnable à la réalité, la *fiction* se déploie en une merveilleuse féerie qui obéit aux lois de la production onirique (dramatisation, symbolisation, structure para-logique). Sa richesse, son lyrisme, ses intuitions bouleversantes, sa

...L'activité hallucinatoire constante qui réalise cliniquement un syndrome d'influence à thème d'érotomanie et d'homosexualité se réfère au noyau inconscient et ses rêves constituent la trame des événements de son délire...

...Les délires paraphréniques : il s'agit, en effet, d'une variété de délires que nous croyons bien être à peu près les seuls à étudier [...] nous nous réservons de publier seulement plus tard leur étude approfondie...

1. STORCH, *Das archaisch primitiven Erleben und Denken der Schizophrenen*, Springer éd., Berlin, 1922.

fantastique « surréalité » l'apparentent à un travail d'épanouissement noétique de rêve, comme soudée seulement par sa base aux expériences délirantes vécues dont elle jaillit. Elle ne se détache pas du sujet, comme un poème se sépare de son auteur, par l'acte même de sa création, elle constitue au contraire un plan, une dimension, un pôle, auquel adhère toute la vie psychique. C'est qu'elle est née dans une « expérience délirante », dans un état aigu qui a engendré non pas seulement une métaphore, mais une métamorphose. La coexistence du rêve et de la veille n'est jamais et nulle part, et de manière plus éclatante, réalisée. Que l'on veuille bien consacrer seulement une heure à écouter un paraphrène, et nous ne doutons pas que l'on soit alors et pour toujours convaincu que la structure *fantasmique* de la paraphrénie, non seulement permet, mais *exige* qu'intervienne dans son explication la notion d'identité de mécanisme de rêve et du délire. On pourrait, à cet égard, dire que ce délire est un rêve qui a survécu à sa condition première et s'enrichit sans cesse de toute la puissance d'une pensée vigile tendue dans un effort lyrique de création. Nous n'avons pas besoin de chercher loin un exemple de fiction paraphrénique. Il nous suffit de placer sous les yeux du lecteur la lettre, que le jour même où nous écrivons ce paragraphe, une malade nous remet, comme un de ces documents que l'on peut collectionner par milliers en quelques mois dans n'importe quel service.

...ce délire (paraphrénique) est un rêve qui a survécu à sa condition première et s'enrichit sans cesse de toute la puissance d'une pensée vigile tendue dans un effort lyrique de création...

« Bonneval, ce 28 novembre 1946 — Monsieur le Docteur, après vérification j'ai à demander l'interdiction de la guillotine et de la condamnation à mort sur la chaise électrique. Nous sommes tous dupes de cette atrocité, vu que nos Nourritures sont mangées par les condamnées à qui, elles, servent de généalogies. Veuillez, Monsieur, avoir la bonté de faire circuler parmi les Docteurs et dans les Palais de Justice. Nos courants de Vies passent depuis très longs Temps dans des plaques électrisées sur les Terrains d'Amérique, et cela sans mon Autorisation. Les cieus sont envahis. Les Terrains Rochers et Coquillages renfermant énormément de Richesses selon les Formations des Races ne sont pas les mêmes. Nous avons des quantités de Parents qui meurent de faim transformés en pelotes de gomme à jouer fabriquées avec de l'Eau de Mer composée. J'ai été par la Puissance de l'Esprit au plus loin où les flots s'arrêtent et durcissent c'est un horrible abîme d'où il y a beaucoup de mal à s'en dégager à cet endroit plus loin que Philadelphie. Beaucoup de prudence est nécessaire dans cette affaire. Veuillez agréer Monsieur et croire à l'assurance de ma haute considération. L'Épousée ? Née le XIV novembre MDCCCXXXV, signature. — Je ne veux pas que des Tramways ni Buffalos ni autres Fabriques renfermant des mauvais métaux cuivres ou autres dont les poudres en usant se dégagent dans l'air soient faits sur mon compte ni sur le compte de ma Race. Il va falloir l'interdiction de toutes mauvaises fabrications sans qu'il y ait de répliques ou si non nous allons tous tomber sous le terrible joug de tuberculose. Les Pays qui tolèrent des mauvaises fabriques n'ont pas le Droit de déclarer de guerres pour déplacer des créations en bonnes Santé. Des mauvaises arithmétiques ont été mises en circulations pour faire croire que des alliages de mauvais métaux étaient nécessaires avec des bons métaux. C'est affreux ce qui s'est passé à Rome il y a quelques années les chambres en Métaux Précieux et ceux qui étaient dedans ont été projetées dans du métal impur et les mauvais esprits qui ont été retirés par des impositions de Mains et Oraisons ont pénétré dans ceux qui les ont retirés qui ne sont plus reconnaissables j'ai vu ce que je dis et je suis prévenue pour faire savoir voilà ce qui s'est passé après avoir entendu dire : « faites du bien à

ceux qui vous font du mal. Plusieurs créations de bontés étant restées endormies ont été influencées à croire que des malfaisants seraient devenus meilleurs. » —

Voici encore un extrait pris au hasard dans la masse des écrits (plus de 10 kilos !) de cette malade :

« Dans un pays où les rues sont très étroites et où les boucheries sont carrelées, les parquets en carrelage rouge, les murs en carrelage blanc, j'ai été coupée vivante, n'importe laquelle de mes Créations sont coupées ou brûlées et je sens leur supplice. Ce sont mes vies, mes courants de vie. C'est nuit et jour sans arrêt. De mes ventres d'énormes blocs ont été retirés des Terrains qui avaient été nommés Iles Britanniques et Londres pour en faire des pneus d'auto. C'était facile à faire sauter des bateaux remplis de cuivre et de ferrailles dans de bons Océans. » Voici la lettre du jour où nous mettons au point notre texte : « J'ai une nouvelle à vous annoncer. Je me suis vue dans un coin de mer et nous étions tous deux avec le D^r Lacan, votre ami et nous étions tous deux en forme de pieuvres, nous avons nos photographies sur le corps des pieuvres d'un seul coup j'ai vu Jean Timothée (*son Père*) apparaître et couper presque entièrement le bout d'une des membranes de la pieuvre représentant ce Docteur. J'ai senti la douleur en même temps car mon métal passait à l'intérieur. J'ai vu aussi à l'intérieur de mes organes un corps mesurant environ six ou sept centimètres de Métal précieux vivant... »

Il est facile de parler à propos de cette malade d'imagination, d'hallucinations visuelles (voire « héauto-scopiques ») ou de réminiscences de rêve, mais en quoi, présenté sous cette forme, son délire est-il saisi dans sa substance ? En fait cette humble Bretonne est devenue un rêve vivant. Comme du sommeil monte la marée de toutes les « images » qui forment et déforment la sourde, monstreuse et luxuriante végétation du rêve, le délire, soudé aux pulsations vitales des instincts et remontant aux sources même de la création de l'être, éclate en images privilégiées, en thèmes de l'éternelle condition humaine, en mythes millénaires où se mêlent, comme dans un tableau d'Hieronymus Bosch, les corps sexués et les corps célestes, le monde minéral et la chaleur des organes, la vie profonde des océans et le fantastique baroque des machines. Et comme des points d'orgue de cette étrange symphonie du monde, les complexes majeurs — celui de la castration et de l'Edipe — coups de buttoirs de la vie, s'élancent en tourbillons ou s'épanouissent dans la magique efflorescence du Délire.

Pourtant la plupart des auteurs, qui depuis cent ans ont traité cette question du rêve et de la folie, l'ont à la suite de BAILLARGER circonscrite abusivement aux rapports de l'hallucination et du rêve, envisageant l'hallucination comme le « dénominateur commun » du rêve et du délire. Nous ne saurions entrer dans une perspective qui nous est totalement étrangère, car l'hallucination du délirant c'est son délire ¹, comme l'hallucination du rêveur c'est son rêve, et réduire le problème des rapports du rêve et du délire à un dénominateur commun, qui n'est qu'un phénomène artificiellement isolé de l'un comme de l'autre, c'est le fausser entièrement.

1. C'est le thème de notre livre *Hallucination et Délire*, Alcan, 1934. [NdÉ: Préface SÉGLAS. rééd. 1999, Paris, L'Harmattan (avt prop. R.M. PALEM).]

...Voici la lettre du jour où nous mettons au point notre texte [28 nov. 1946]: « J'ai une nouvelle à vous annoncer. Je me suis vue dans un coin de mer et nous étions tous deux avec le Dr LACAN, votre ami et nous étions tous deux en forme de pieuvres...

... le délire, soudé aux pulsations vitales des instincts [...] éclate en images privilégiées, en thèmes de l'éternelle condition humaine, en mythes millénaires où se mêlent, comme dans un tableau d'Hieronymus BOSCH, les corps sexués et les corps célestes, le monde minéral et la chaleur des organes, la vie profonde des océans et le fantastique baroque des machines...

Au vrai, nous pouvons mieux le saisir maintenant, *tous les délires ont une structure « fantasmique »* et nous nous acheminons progressivement ainsi vers notre conclusion que LA STRUCTURE « FANTASMIQUE » DES PSYCHOSES, C'EST PRÉCISÉMENT LEUR ASPECT DÉLIRANT. Mais parmi tous les délires, ceux qui sont le plus immédiatement vécus, c'est-à-dire les plus hallucinatoires, sont ceux qui, séméiologiquement parlant, se rapprochent le plus du rêve. Si jusqu'ici ceux-là seuls ont été considérés dans cette perspective, on ne saurait abusivement considérer que les autres en doivent être exclus.

2. — *Les psychoses schizophréniques.*

Tous les délires chroniques qui n'entrent pas dans les formes que nous venons d'envisager (paranoïa et paraphrénie), entrent dans le cadre des délires schizophréniques et c'est leur évolution vers la désagrégation psychique qui les définit. Ils ne constituent que des aspects, des reflets du travail de dissociation qui aboutit à l'incohérence idéo-verbale, à cette « paradémence » (Verblödung), caractérisée par la fragmentation, la dislocation de la personnalité et sa régression jusqu'aux limites de la démence et parfois au-delà. Nous allons maintenant retrouver ici, à propos de ces psychoses chroniques à évolution démentielle ou quasi-démentielle, l'ombre portée de la condition négative, qui était si peu sensible dans les structures délirantes systématisées ou paraphréniques. Et ceci nous rapprochera d'autant de la dissolution hypnique. C'est naturellement à propos des états catatoniques que la plupart des auteurs ont observé la structure onirique des troubles présentés par ces malades. Nous renvoyons sur ce point au travail d'ELLENBERGER ¹ et surtout de BARUK ². Nous avons publié ³ une observation intéressante à cet égard. C'est celle d'une grande catatonique de notre service, que nous observons depuis quinze ans :

« ... Les troubles de la série catatonique deviennent progressivement très marqués. La malade prenait un aspect cachectique. Inconscience apparente complète. Refus d'aliments. Catalepsie. Grimaces. Mutisme. Impulsions. Durant les visites de ses parents indifférence totale. Le 10 avril 1936 brusque *rémission* des troubles. Amenée au bain a parlé, a mangé, n'est plus contracturée. Son abord est facile. Elle est contente. Elle va bien manger pour engraisser. Le 12 avril elle écrit un billet à sa famille : « Très pressée de rentrer chez nous, bien que soignée parfaitement par les Sœurs. Je vous envoie mes plus affectueux baisers. » Les jours suivants elle fait sa toilette toute seule, est gaie, reçoit sa famille avec joie. Tout le temps que ses parents étaient auprès d'elle, elle n'a pas quitté sa mère des yeux. Voici ce qu'elle nous dit de la période de catatonie qu'elle vient de traverser : « Je me sens mieux... Mon cerveau est mieux. Je rêvais quand j'étais malade. Je rêvais de l'Armée du Salut. Il me semblait que vous étiez un faux Docteur. Maintenant c'est mieux. Mais ça revient quand je m'endors, ça me fait comme quand j'étais malade mais alors je *rêvais éveillée*. Je voyais beaucoup

1. ELLENBERGER H. , *Le syndrome psychologique de la Catatonie* (Thèse, Paris, 1934).

2. BARUK, A. M. P., mars 1934.

3. Henri EY, *Quelques aspects de la pensée paranoïde*, «L'Évolution Psychiatrique», 1936, 4.

...le travail de dissociation qui aboutit à l'incohérence idéo-verbale, à cette « paradémence » (Verblödung), caractérisée par la fragmentation, la dislocation de la personnalité et sa régression jusqu'aux limites de la démence et parfois au-delà...

d'images de personnes que je ne connaissais pas, que je me figurais connaître. Toutes les personnes de la salle avaient des expressions de personnes de ma famille... Je me rappelle tout ça... Mais quand j'y pense, ça a tendance à revenir. Ça me fait peur surtout le soir... Je croyais que ma grand-mère, qui est morte, était vivante. Il me semblait qu'elle était ressuscitée. Quand j'avais le goût du chocolat, je croyais que je ne devais pas en manger, parce que je croyais que c'était l'odeur du chocolat que j'avais mangé chez elle... J'étais sûre que c'était vrai. C'était un mélange de choses de rêve et des choses que je me rappelais. Je croyais que ma voisine était ma grand-mère et qu'on lui faisait du mal en mangeant. Quand on me lavait les dents, je pensais que c'était ma grand-mère à cause d'une amie. Il me semblait que ce n'était pas mes dents. J'avais peur qu'on me lave dans la baignoire, il me semblait qu'on allait m'étouffer... Je ne parlais pas parce que j'avais peur aussi qu'on me donne un bain. J'avais peur aussi qu'on me mette sur une balance... Je me rappelle que plusieurs médecins m'ont examinée et que j'avais très peur de bouger, il me semblait que s'ils me touchaient je faisais un péché mortel. J'avais très peur. Je me raidissais. Ce qui me faisait peur, c'était la balance et le bain. Je pensais que maman ne voulait pas que je me pèse et que ma sœur ne le savait pas. Je vivais dans la terreur. Je ne me rendais pas compte du temps. Je pensais qu'on était à la Noël. Je n'ai jamais eu l'impression d'entendre des voix. Ah ! oui, pourtant, il me semblait que j'entendais ma famille dans la salle, j'ai eu l'impression de transmissions de pensées toutes les fois que je rêvais d'eux. Ça me disait qu'il fallait essayer de rentrer. Je me tenais en équilibre sur le bout des pieds... Oui, c'était parce que j'avais un oncle qui avait un ami qui s'appelait Talon, alors je pensais qu'il ne fallait pas que je marche sur les talons... Je ne sais pas pourquoi, c'était par respect peut-être pour le nom. J'avais peur que ça le réveille. Ah ! oui, c'est ça... Je crois qu'il est mort, alors j'avais peur que ça le ressuscite. Je ne me sentais pas raide ni gênée dans mes mouvements. J'ai l'impression de ne pas avoir assez dormi. Tout me fatigue... J'étais tout le temps dans une rêverie éveillée qui ne me reposait pas, comme un demi-sommeil. Tout l'hiver je n'ai pas dormi. Actuellement j'ai peu d'idées. Quand j'étais si troublée j'en avais beaucoup. Maintenant j'ai l'impression d'être apaisée. J'avais très faim et si je ne mangeais pas c'est qu'il me semblait que c'était un péché, qu'il allait arriver des malheurs ». A ce moment cependant des troubles moteurs persistaient ainsi qu'une attitude d'ensemble bizarre, maniérée, lointaine. Voici ce que nous avons noté : Parle volontiers. Mange énormément. Assez bonne adaptation à l'ambiance. Inactivité foncière. Vellétés, puis refus d'action. Reste couchée ; trouve mille prétextes pour ne pas lire, ne pas faire de tricot. Langage bref. Longues pauses. Coq à l'âne. Retours de thèmes paradoxaux. Propos vagues, lointains. Débit brusque, précipité. Bégaiement. Blepharospasme. Mimique atone et rigide. Démarche sautillante « d'oiseau ». *Attitudes cataleptiques*. — *Fixation* des postures spontanées et provoquées. Interrogée sur ce point déclare que c'est par un acte de volonté qu'elle maintenait ses attitudes. Minutieusement observée, elle paraît être absente de ces phénomènes cataleptiques. Sa distraction est manifeste. Elle paraît distraite et pour ainsi dire « agnosique » à l'égard des mouvements passifs qui lui sont imposés. A l'épreuve de la « roue dentée » elle continue indéfiniment le rythme flexion-extension, comme si elle « ne s'en apercevait pas ». Les mouvements sont pauvres mais assez vifs. Le comportement, les gestes, les attitudes sont stéréotypés. La musculature est atrophiée dans son ensemble. Les réflexes cutanés sont normaux. Hyporéflexie tendineuse. Tremblement des extrémités et notamment des mains avec ébauche d'« endettement ». Pas de troubles de la sensibilité. Équilibre correcte. Marche sautillante, bizarre. Postures privilégiées. Pas d'exagération du tonus de posture. Pas de troubles de la convergence. Pas de troubles de la

...J'étais sûre que c'était vrai. C'était un mélange de choses de rêve et des choses que je me rappelais. Je croyais que ma voisine était ma grand-mère et qu'on lui faisait du mal en mangeant...

roue dentée. Depuis qu'elle s'alimente elle a repris en deux semaines plus de cinq kilos. Le 26 avril elle écrit une lettre qui traduit le retour des troubles par son incohérence terminale. Voici cette lettre qu'elle écrit à un ami de sa famille : « Cher Monsieur, je vous envoie de mes nouvelles de cette maison... Je suis ici depuis septembre dernier. Je suis restée tout l'hiver à rêver éveillée de toutes les personnes de ma famille mortes et vivantes en me figurant que c'était vrai et aussi que je ne devais pas manger jusqu'au jour où j'ai rêvé que je tombais d'un grand mur sans être perdue et où l'on m'a persuadée qu'il fallait manger. J'ai perdu 50 livres en 18 mois. J'en ai déjà repris 11, et le moral est excellent, mes parents sont fous de joie et c'est pour jusqu'à mon dernier jour que j'ai pris la résolution de mettre tous mes efforts à garder ma santé, premièrement c'est le plus grand service que l'on peut rendre à l'humanité, la chose la plus importante du monde. Je suis bien contente de pouvoir me soigner puisque je reste ici jusqu'en septembre et même après ce n'est que dans le ménage avec maman que je m'occuperai. Nous sommes une famille très nombreuse. C'est tout aussi utile qu'autre chose de ne rien faire, je veux dire vivre sans travailler pour moi, ce ne doit pas être cela, perdre l'unique talent que l'on a reçu, mais plutôt un *état d'esprit à regarder la vie*, et il est toujours possible d'en espérer un deuxième dans l'autre vie, quand bien même il ne soit pas du tout question de ce cas dans l'évangile. Car si on le désire sérieusement on ne peut manquer, à mon avis, de s'endormir en bon état d'esprit et de se réveiller de même pour la venue du Seigneur et il me semble que qui aura gardé sa santé (*même par intérêt*) en tâchant de gagner deux talents, ne pourra pas dire une semblable parole. La chose qui me tourmente encore c'est la robe blanche (l'habit de noce) exigée par le maître de maison mais peut-être à mon avis que cela est la même chose (?) et qu'une fois les portes fermées il n'y aura plus à trembler qu'on vous mette dehors, d'ailleurs cela doit être en cela que consiste l'habit de noce. Bien des choses je vous prie à chère Madame B..., et recevez je vous prie l'expression de mes sentiments très respectueux et reconnaissants... L'apocalypse place dans le livre peut-être un mystère de vie, un nombre tout à fait limité de personnes, mais il ne doit pas falloir se laisser impressionner par cela qui est. » Peu à peu les infiltrations autistiques reprennent le dessus, l'opposition se fait plus violente, la parole plus rare, les attitudes plus négativistes et la malade chavire de nouveau dans l'état catatonique » (p. 46 à 49).

...La pensée schizophrénique, si admirablement analysée par BLEULER (1911), MINKOWSKI (1927), CLAUDE et ses élèves BOREL et ROBIN (1924 à 1927), BERZE, GRUEHLE (1929), MAYER-GROSS (1932), C. SCHNEIDER (1930), Otto KANT (1940)...

La pensée schizophrénique, si admirablement analysée par BLEULER (1911), MINKOWSKI (1927), CLAUDE et ses élèves BOREL et ROBIN (1924 à 1927), BERZE, GRUEHLE (1929), MAYER-GROSS (1932), C. SCHNEIDER (1930), Otto KANT (1940), n'est elle-même qu'une pensée infiltrée de rêve, et l'autisme, comme nous y avons fait allusion plus haut, ne peut-être conçu que comme un type de pensée *fantasmique*. BLEULER a souligné dans un passage que nous avons déjà cité, que la structure de la vie psychique est analogue dans le rêve et l'autisme. Ramassée, condensée en masse, agglutinée dans le rêve, et comme soudée au puissant flux affectif, jaillie aux sources inconscientes complexes, elle est au contraire, dans la schizophrénie, éparpillée, scindée, anarchique, sans pour cela que les mécanismes de symbolisation soient essentiellement différents. C'est naturellement dans les états aigus, les poussées schizophréniques, les états crépusculaires, que le dément précoce glisse le plus près du sommeil et du rêve. Mais la dissociation, la discordance de ses fonctions psychiques produit une

efflorescence constante de « rêveries » et de constructions fantasmiques, telle qu'on peut dire qu'il n'existe dans nos services aucune observation, ni dans la littérature aucune étude des délires, du comportement ou de la désagrégation de ces malades, qui ne soient nécessairement remplies de rêves, de fabulations, de fantasmes, d'images et de modes de pensée oniriques...

Un autre aspect de la pensée schizophrénique, l'aspect négatif, a été admirablement analysé par Carl SCHNEIDER ¹ qui, en conclusion de son travail très approfondi, le déclare identique dans son aspect formel (Flüchtigkeit, Uneindrücklichkeit, Unabgegrenztheit) à la structure de la conscience dans l'endormissement. Il y a chez le schizophrène une sorte de relâchement de l'activité synthétique formative, liant la signification à ses constituants formels, qui impose aux opérations et au rythme psychique ces caractères d'incohérence, de bizarrerie, de mélange, et de dissociations classiques. La pensée perd sa cohésion et sa clarté significative, et se déroule selon les lois propres d'une emprise des éléments formels sur les contenus intuitifs. La phénoménologie des expériences intuitives révèle leur teneur imageante : les données réelles de la perception sont modifiées dans le sens d'une volatilité superficielle, d'un déroulement kaléidoscopique — la richesse et la vivacité des représentations est accrue — la vie affective s'affaiblit dans ses expressions vives et nuancées ; elle est terne, émoussée, perplexe — l'appareil pulsionnel psycho-moteur est déréglé, ataxique, fragmentaire, raide et impulsif. Tous ces traits de la régression schizophrénique rappellent évidemment cette phase de glissement vers le sommeil, qu'est l'état hypnagogique, le « vécu » de l'endormissement. C'est au fond dans le même sens que BERZE a étudié l'hypotonie de la conscience du schizophrène, malgré les critiques qu'il a adressées à C. SCHNEIDER, car, pour lui, l'engourdissement (Erstarrung) du dément précoce ressort, comme pour DIDE et GUIRAUD, d'un épuisement, d'une atonie des forces vitales et affectives. Que l'on se rapporte aux travaux de CLAUDE et de son École ², à ceux de BERZE ³, de GRUHLE ⁴, de MAYER-GROSS ⁵, de MINKOWSKI ⁶, de BERLUCCHI ⁷. A chaque page de tous ces travaux, chaque analyse, chaque symptôme, chaque cas particulier nous renvoie nécessairement à la psychologie du rêve, dont l'autisme est le

...l'aspect négatif, a été admirablement analysé par Carl SCHNEIDER qui, en conclusion de son travail très approfondi, le déclare identique dans son aspect formel à la structure de la conscience dans l'endormissement...

1. Carl SCHNEIDER, *Die Psychologie der Schizophrenen*, 1930.

2. CLAUDE, et ses élèves Adrien BOREL et Gilbert ROBIN ont publié toute une série de travaux entre 1924 et 1926 dans *l'Encéphale*, *Les Annales Psychologiques* et le premier numéro de *L'Évolution Psychiatrique* (1925).

3. C. BERZE, *Psychologie der Schizophrenie*, éd. Springer, Berlin, 1929, 128 pages.

4. H. W. GRUHLE. Même volume que celui de Berze (1929). On trouvera un écho en langue française de sa conception dans le livre d'ENGELSON, *Évolution et structure de la Schizophrénie*, Lausanne, 1934.

5. MAYER-GROSS, *Traité de Bumke*, tome IX, 1932.

6. E. MINKOWSKI, *La Schizophrénie*, éd. Payot, Paris, 1927. [NdÉ: Nouvelle édition revue et augmentée: Bibliothèque Neuro-psychiatrique de Langue Française, Paris: Desclée de Brouwer; 1953.]

7. BERLUCCHI, *Rivista di Neurologia*, 1933. *Psicologia dello schizofrenico*.

reflet¹. Malgré leurs discussions de détail, on peut dire que s'impose aux yeux de tous les auteurs l'idée que la conscience schizophrénique est un premier degré de la conscience imageante, telle qu'elle se constitue dans les premières phases de la dissolution hypnotique². Ainsi, ce qui est éclatant pour la structure positive de la schizophrénie, devient également plausible pour sa structure négative.

La tendance des processus schizophréniques à s'approfondir, à vider la conscience de ses contenus vivants et harmonisés, à rompre les synthèses de la personnalité et des activités idéo-verbales, va, on le sait, jusqu'à une destruction démentielle dans certains cas. Et la pensée schizophrénique apparaît ainsi comme une forme de transition, malgré sa structure propre, entre la fantasmagorie délirante et la démence.

3. — *Les Démences.*

Dans ces formes de régression continue et profonde de la vie mentale le trouble négatif domine. L'ombre du sommeil s'étend encore davantage sur un rêve progressivement réduit à n'être plus qu'une simple marge, une étroite bande fantasmique. Cette « part subsistante » ne manque cependant presque jamais, même dans les états de stupeur et d'inconscience les plus « démentiels » : les faux souvenirs, la fabulation, les idées délirantes absurdes, les conduites extravagantes ou désordonnées témoignent régulièrement du travail positif, du délire sous-jacent à l'état crépusculaire de la « conscience démentielle ».

Nous n'envisagerons ici que deux aspects particulièrement typiques de ces états : la *paralyse générale* et la *démence presbyophrénique*.

— Il n'est pas rare, chacun le sait, que la *paralyse générale* débute par des états confuso-oniriques, ou des fictions absurdes mégalomaniaques et expansives qui méritent le qualificatif de « paranoïdes³ ». Parfois l'énorme production psychique anormale (type « *Ecce homo* » de NIETZSCHE ou « le Horla » de Guy de MAUPASSANT) est caractérisée par une création imaginative, où s'épuise dans la formation d'un monde bouleversé et bouleversant d'images, une soif inextinguible de drame et de lyrisme, qui s'apparente au bouillonnement de certains rêves. — Les délires des paralysies géné-

...Parfois l'énorme production psychique anormale [de la P.G.] (type « *Ecce homo* » de NIETZSCHE ou « *Le Horla* » de Guy de MAUPASSANT) est caractérisée par une création imaginative, où s'épuise dans la formation d'un monde bouleversé et bouleversant d'images, une soif inextinguible de drame et de lyrisme, qui s'apparente au bouillonnement de certains rêves...

1. On trouvera dans mon article : *Quelques aspects de la pensée paranoïde et catatonique*, « Évolution Psychiatrique », 1936, une analyse clinique qui impose nécessairement l'idée de ce rapprochement. — O. KANT, (*Dreams of schizophrenic patients*, « Jour. of Nerv. Ment. Diseases », 1942) et DOUGLAS NOBLE (*Amer. Journal of Psych.* 1951), ont étudié les rêves des schizophrènes dans une perspective différente mais qui recoupe nécessairement la nôtre.

2. Le D^r BURCKARD a bien voulu nous signaler un Travail de PROTOPOPOV (Bases physiopathologiques d'un traitement rationnel de la schizophrénie. Édition d'État (Kiew, 1946) où cet auteur, utilisant la technique de PAVLOV, a mis en évidence chez ces malades des « phases hypnoïdes » qui lui paraissent constituer le processus cérébral fondamental.

3. M^{lle} SERIN, *Les Psychoses paranoïdes des P. G.*, Thèse, Paris, 1926.

rales, caractérisés par un ensemble « d'idées délirantes, multiples, mobiles, obscures et contradictoires » selon la formule de J. FALRET sont tout infiltrés de la pensée du rêve. On sait qu'ils naissent parfois dans le rêve. Il est classique de rappeler l'observation rapportée par FAURE ¹. C'est celle d'un banquier espagnol qui avait toutes les nuits des rêves, dans lesquels il faisait de grandes affaires : « ces rêves continuèrent, chaque fois avec une augmentation merveilleuse dans les bénéfices, jusqu'au moment où l'on s'aperçut qu'il était paralytique général ». On ne saurait oublier non plus l'observation jumelle de MAUDSLEY. Il s'agissait cette fois d'un marchand grec, paralytique général également, « qui rêva pendant quinze nuits qu'il était à la tête d'immenses richesses, avant que le délire ne s'établisse dans la veille ». Les très belles études de P. BOREL ² sur les relations de la pensée onirique et de l'idée de grandeur doivent être mentionnées à ce propos. S'il notait assez paradoxalement la rareté de l'idée de grandeur dans le rêve, il a mis en évidence le rôle que jouaient les « états imaginatifs » dans l'élaboration de ces délires, et en donne des exemples très intéressants.

Tous les cliniciens connaissent, au demeurant, les relations que soutiennent les *formes hallucinatoires* paranoïdes de la paralysie générale (les délires sensoriels de SÉRIEX et MIGNOT) avec l'onirisme. Il suffit de se rapporter, par exemple, aux observations de KLIPPEL, MIGNOT et SÉRIEX, DUCOSTE et M^{lle} PASCAL, LEROY et MEDAKOVITCH, TARGOWLA, etc...³ M^{lle} SERIN ⁴ estime que dans ces cas « il peut s'agir d'un délire onirique se développant sur la méningo-encéphalite et qui devient le point de départ d'un délire systématisé post-onirique ».

Un autre aspect « onirique » de la paralysie générale est constitué par les fameux « délires secondaires à la malarithérapie ». L'action de la malaria, en entraînant une régression de l'évolution démentielle, révèle la structure *fantasmique* de la pensée délirante du paralytique général. C'est seulement dans cette perspective que peuvent être comprises ces floraisons oniro-paranoïdes « libérées » par la pyrétothérapie ⁵.

La clinique banale révèle constamment que la démence paralytique est moins vide qu'on ne le suppose, quand on est victime d'un usage trop restrictif du terme de démence : l'état démentiel plus ou moins euphorique où sombre le paralytique général reste peuplé de fantasmes et de fabulations, et ce n'est pas parce que ces malades sont des « déments », qu'ils ne sont pas aussi des « délirants oniriques ». Leur « onirisme » n'est pas « associé » à la démence, ne constitue pas une contingente et fortuite juxtaposition, comme certains « primaires » de la psychiatrie se le représentent

...tous les cliniciens connaissent...les relations que soutiennent les formes hallucinatoires paranoïdes de la paralysie générale ... avec l'onirisme...

1. FAURE, *Étude sur les rêves morbides*, « Arch. gén. de Médecine », mai 1876.

2. P. BOREL, *Journal de Psychologie*, 1914.

3. Le livre si important de PLAUT sur l'*Hallucinoïse des Syphilitiques* (1 vol., Berlin, 1913) doit être spécialement signalé à ce propos.

4. M^{lle} SERIN : *Les Psychoses paranoïdes des P. G.* (Thèse, Paris, 1926).

5. BARISON, *Rivista di Freniatria*, 1936.

aisément, mais il fait partie intégrante de leur démence. Ce phénomène est peut-être encore plus évident dans la presbyophrénie.

La *structure presbyophrénique de la démence sénile* (nous l'analyserons ailleurs, à propos des psychoses d'involution) est caractérisée, au point de vue positif, par une fabulation onirique intégrée dans une « organisation » démentielle de la vie psychique ¹. On sait que par le grand spécialiste, en France, de la « pathologie de l'imagination », DUPRÉ, elle a été rapprochée des psychoses de KORSAKOFF. Rien de plus vivant à cet égard que la magistrale description que RÉGIS consacre dans son *Traité* ² de la *fabulation onirique* du presbyophrène. Rappelons justement que ses premières études sur l'onirisme ont été faites sur les vieillards. Tout le monde sait d'ailleurs combien l'onirisme et l'activité hallucinatoire visuelle sont fréquents chez ceux-ci. Qu'il s'agisse de grands délires oniriques ou de phénomènes présentés comme de simples faits d'hallucinations visuelles (souvent discutables), la fabulation onirique est extrêmement riche dans la sénilité. Nous renvoyons, pour illustrer ce point, à la fameuse auto-observation de FLOURNOY, rapportée intégralement à la fin du livre de MOURGUE ³ : on suivra avec un intérêt émerveillé le cocasse et poétique déroulement d'une fantasmagorie visuelle qui n'est rien d'autre qu'un rêve méticuleusement perçu dans tous ses détails sensoriels, comme un film.

C'est par ce caractère « onirique » spécialement frappant du délire des vieillards que se révèle la structure propre de la « conscience presbyophrénique ». Son identité avec la conscience du rêveur est manifeste et la vie de ces sujets est évidemment un songe, dont ils ne peuvent jamais complètement sortir. Dans le crépuscule de leurs perspectives vitales, c'est avec une modification structurale du temps qu'est en relation l'extraordinaire fabulation de ces malades. M. MINKOWSKI ⁴ a parfaitement pénétré cette structure temporelle de la fabulation. Le sénile se situe constamment dans le temps et dans le temps passé : « C'est le passé qui exerce ici, avant tout, son emprise. La fréquence des fabulations en est par elle-même déjà une preuve suffisante. Certes, l'avenir n'est pas entièrement exclu..., mais à y regarder de plus près, il est entièrement subordonné ici au passé ; la malade établit un raccord entre le passé et l'avenir, en projetant dans celui-ci sa fabulation (son fils vient de revenir et reviendra encore demain : il lui a pris de l'argent et a dit, en partant, qu'il fallait qu'elle lui en donne encore), ou alors il escompte un retour prochain d'un passé éloigné et durable (elle retournera prochainement dans un appartement qu'elle a occupé pendant longtemps ; elle y retrouvera sa bonne, son mobilier, sa concierge), exprimant ainsi, dirait-on, un certain souci

1. Car la démence est bien naturellement et essentiellement une *désorganisation* du psychisme, mais dans la mesure où elle admet encore un trouble positif, elle est aussi et encore une certaine forme d'*organisation*.

2. RÉGIS, *Traité*, 6^e édition.

3. MOURGUE, *Neurobiologie de l'Hallucination*, 1932, p. 216 à 235.

4. M. MINKOWSKI, *Le temps vécu*, 1933. [NdÉ: Nouvelle édition Paris: P.U.F.; 1995.]

...Rien de plus vivant à cet égard que la magistrale description que RÉGIS consacre dans son *Traité de la fabulation onirique du presbyophrène*...

de la stabilité des « choses. » De telle sorte que la pensée presbyophrénique est ici un rêve intégré à une certaine structure conservée, mais altérée du temps. Il double constamment la pensée de la veille, s'y infiltre et toujours tend sous forme de fabulation à le dominer. Il figure, comme le délire lui-même avec lequel il s'identifie, comme la forme d'organisation d'une pensée qui, assoupie, n'est pas entièrement endormie ou, si l'on veut, qui déjà à l'agonie, n'est pas encore morte.

C. — LES PSYCHONÉVROSES.

Nous allons maintenant aborder une autre difficulté, qui ne paraît insurmontable que dans la mesure où on se représente les structures névrotiques comme radicalement différentes des psychoses. Le fait que ces formes morbides se présentent avec une intégrité remarquable des fonctions intellectuelles, que les malades « sont normaux, sauf sur un point », et que « ce point » est généralement un foyer affectif (anxiété, impulsion, idée fixe, obsession, troubles fonctionnels isolés, etc.) accrédite assez facilement cette erreur. Mais c'est une erreur, car tout cela peut être dit aussi bien de certains « délires » de certaines psychoses « affectives », de certaines formes de schizophrénie, et inversement, l'évolution d'une psychonévrose chez un individu ou dans sa lignée apprend à qui veut simplement voir, qu'il y a non pas une différence radicale, mais au contraire une profonde unité entre les névroses et les psychoses ¹.

En fait, tout se comprend et se résout dans ce débat, si on veut envisager l'hypothèse d'une série de niveaux de dissolution, laissant intactes des formes d'organisation psychique plus ou moins grandes. Les psychonévroses ne représentent alors que la forme la plus élevée de ces dissolutions conditionnant des formes psychopathiques, où la personnalité presque intacte se trouve engagée de telle sorte que les psychonévroses « se jouent » sur le plan du déséquilibre interne ou de l'édification constituante d'une personnalité ; tandis que les psychoses constituent des altérations plus ou moins profondes et durables de l'édifice constitué de la personnalité. A condition de ne voir entre ce déséquilibre et ces altérations que des formes d'un même travail de dissolution (ou de non-évolution), il est aisé alors de se faire une idée exacte de ce qui les distingue et de ce qui les unit.

Les rapports de ces formes de déséquilibre avec les psychoses et, par-delà les psychoses avec la dissolution hypnique risquent évidemment, de par leur structure même, d'être moins apparents que dans la plupart des cas de psychoses, que nous venons d'envisager. Mais en examinant même très sommairement cette question, nous ne tarderons pas à nous apercevoir que si le « noyau onirique » reste plus profond dans l'hystérie ou

...Nous allons aborder une autre difficulté, qui ne paraît insurmontable que dans la mesure où on se représente les structures névrotiques comme radicalement différentes des psychoses...

1. Ainsi lorsque VON GEBSATTEL (Archiv. f. Psych. 1938) étudie la phénoménologie de la pensée compulsive il conclut qu'elle est une modalité de « Spaltung » sans doute différente de celle de la Schizophrénie... mais assez analogue pour être désignée du même mot.

la névrose obsessionnelle que dans les délires ou les schizophrénies, il est immanent aux troubles et se laisse apercevoir dans leurs structures comme l'agent de leur organisation. Il nous suffira de retrouver quelques vérités premières et de rappeler les études les plus connues sur ces variétés de troubles, pour qu'éclate avec évidence la profonde identité du travail des rêves et des névroses. Ce travail d'analyse de la production fantasmatique de névroses destinée à le rapprocher du rêve n'est pas autre chose que ce que le psychanalyste fait à longueur de journée. Rien d'étonnant dès lors que cette idée de voir dans la névrose un mécanisme identique au processus du rêve soit largement et systématiquement exploitée dans un livre comme celui de Paul BJERRE ¹. Pour lui ces diverses manifestations névrotiques constituent des formes anormales du processus même du rêve tel que nous l'avons exposé, selon lui, précédemment.

1. — *Hystérie.*

Les relations de l'hystérie et de l'hypnose, les états crépusculaires cataleptiques ou seconds, l'onirisme hystérique, les attaques de délires somnambuliques, les états hypnoïdes, tous ces faits observés par RICHEL, JANET, CHARCOT, SOLLIER, FREUD et BREUER (pour ne parler que des psychopathologistes du siècle dernier) ne font-ils pas nécessairement penser au problème qui nous occupe. Qu'avec Ch. FERÉ ², on observe une paralysie hystérique, consécutive à un rêve, qu'avec CHARCOT on « cultive » par l'hypnose une floraison d'accidents hystériques, qu'avec AZAM, on fasse passer Felida de la condition cataleptique à la condition seconde sous l'influence de l'hypnose, qu'avec JANET on suive (chez sa fameuse malade Justine) le développement dramatique d'une « idée fixe » se métamorphosant en formes successives, comme les scènes d'un rêve plastique ³, qu'avec FREUD, on plonge dans le travail du rêve pour comprendre celui de la névrose, qu'avec BABINSKI même, on rattache le trouble fonctionnel à une auto-suggestion, à une sorte d'ensorcellement par le miroir de ses propres images, qu'avec L. S. KUBIE et S. MARGOLIN ⁴ on rapproche l'état d'hypnose et l'état hypnagogique, *c'est toujours au rêve que nous renvoie l'hystérie.* Ceci sera rendu plus évident encore par notre étude sur l'hystérie. Il sera alors aisé de comprendre que cette névrose, en tant qu'expressive d'un système d'images inconscientes, est absolument impensable, si on ne situe pas le rêve dans ses mouvements, le rêve dans ses inhibitions, le rêve dans ses crises, le rêve dans ses troubles fonctionnels, car ces troubles fonctionnels, ces crises, ces inhibitions, ces mouvements *expriment* un rêve. Et ce rêve névrotique, ces fantasmes, cette imagination, ce *travail projectif de l'Inconscient*, c'est le mécanisme

1. PAUL BJERRE, *Das Träumen als Heilungsweg der Seele*, éd. Rascher, Zurich et Leipzig, 1936.

2. CH. FERÉ, *Société de Biologie*, 1886.

3. *Névroses et Idées fixes*, tome I.

4. LAWRENCE S. KUBIE et S. MARGOLIN, *The process of hypnotism and the hypnotic State*, « Amer. J. of Psych. », 1944, 100, p. 611.

même de la névrose. Toute la psychothérapie ne pourra consister à autre chose qu'à faire coïncider l'évolution de la maladie avec « l'évolution de la vie nocturne », comme disait SANTE DE SANCTIS, à confronter le conscient avec l'Inconscient. Ainsi, non seulement les accidents hystériques sont dans leur symptomatologie la plus pittoresque, la plus théâtrale, la plus scénique, analogues à la formation des images du rêve, mais le mécanisme même de la névrose est celui d'une *expression onirique*. L'hystérie est la névrose qui réalise, qui transfère les images du rêve sur le plan des formes sensibles. Elle transforme, comme le rêve lui-même, un complexe de pulsions en un système de formes. Ainsi nous est livré, comme le voulait MOREAU (de Tours), non seulement l'analogie de l'hystérie et du rêve, mais l'identité de mécanisme de l'hystérie et du rêve.

2. — *La névrose obsessionnelle.*

Le déplacement opéré par le travail névrotique sur les fantasmes est tel, qu'ici plus encore que dans l'hystérie, le mécanisme de projection onirique sera profond et caché. L'hystérie a été, sinon pour JANET, du moins pour FREUD, « la voie royale » qui mène au rêve et à l'Inconscient. Si ses études sur l'obsession ont entraîné JANET loin du rêve, FREUD s'y est trouvé, lui, ramené par un détour : celui d'une structure fantasmique propre sous-jacente à la pensée compulsive. Cet être qui se punit, qui s'enlève, s'engage dans le labyrinthe d'actions et de pensées sans fin, sans cesse ni repos ; il n'exprime pas, lui, par son corps, un système d'images inconscientes, un rêve, comme dans l'hystérie, mais bien plutôt il transpose sur le plan d'actions insignifiantes ou tragiques un conflit. Mais le foyer de cette lutte est bien un système d'images inconscientes, un rêve, mais un rêve refoulé, qui ne parvient pas à s'exprimer, qui est d'autant plus impératif qu'il reste inconscient, et que seuls transparaissent à la conscience sa poussée, ses reflets et ses substituts. Le mécanisme de la projection onirique et de la symbolisation reste le même, mais ici il est à plusieurs degrés. C'est par quoi l'obsession touche au délire, est un délire. Seulement, elle est un délire qui n'est que « posé », « appuyé », pour ainsi dire « virtuel » devant la conscience. Il ne la submerge pas, il la presse. Son reflet suffit à la troubler, à l'angoisser, à l'épouvanter. Elle s'y mire avec terreur. Elle se laisse prendre et fasciner, mais non point comme dans la conscience imageante du rêve dont nous sommes partis, mais plutôt comme attirée par un vertige qui la sollicite et la fait reculer d'effroi. Le mécanisme névrotique de l'obsession est plus complexe, moins direct que celui de la psychose et de l'hystérie. Il suppose des dimensions psychiques, une complexité, une superposition de structures à des plans qui n'appartiennent qu'à la conscience normale ou « presque normale ». Aussi représente-t-elle la forme de névrose la plus proche de l'activité normale ¹

...C'est par quoi l'obsession touche au délire, est un délire. Seulement, elle est un délire qui n'est que « posé », « appuyé », pour ainsi dire « virtuel » devant la conscience. Il ne la submerge pas, il la presse...

1. L'hystérique dans son état habituel est d'un niveau sensiblement égal, mais la névrose hystérique est paroxystique par essence, et c'est dans les crises ou les accidents « aigus » que le mécanisme névrotique d'expression onirique se forme et se cristallise.

...c'est dans le mécanisme même de la PROJECTION INCONSCIENTE que nous trouvons l'unité du travail du rêve et du travail délirant...

Maintenant qu'au terme de cette étude nous avons élargi les rapports du rêve et des psychoses à un point tel que c'est dans le mécanisme même de la PROJECTION INCONSCIENTE que nous trouvons l'unité du travail du rêve et du travail délirant, qu'il soit psychotique ou névrotique, c'est, parvenus à ce degré de profondeur, que nous trouvons entre l'obsession et le rêve, entre la formation des images du rêve et la structure fantasmatique inconsciente, la véritable et décisive identité. Nous comprenons alors que les observations du clinicien soient généralement incomplètes et artificielles à cet égard. Certes, nous nous rappelons l'observation de M^{me} B., cette malade observée par MOREL ¹, dont le délire du toucher prit son origine dans un rêve, et tant d'autres cas épars dans la littérature ; nous n'oublions pas non plus, ce passage du fameux livre de PITRES et RÉGIS ² : « D'une façon générale, les obsédés sont pris le matin, dès leur réveil, et ce passage de la vie onirique, accompagné le plus souvent de l'oubli momentané de leur torture morale, à la vie réelle, qui la fait reparaître instantanément, est le plus mauvais moment de la journée... Le sommeil est plus ou moins bon. Tantôt l'obsession n'a aucune répercussion sur lui ; d'autres fois, elle a également lieu dans le rêve, soit qu'elle en tire origine, soit qu'elle s'alimente et se renforce simplement en lui ». Mais tout ce que nous pourrions citer d'observations ou de réflexions du même genre resterait dans l'ordre des rapports superficiels et simplement cliniques. Nous avons appris, en avançant jusqu'au terme de cet exposé, à être plus exigeants, et c'est seulement à la psychanalyse que nous pourrions demander des faits et des explications, car elle seule a approfondi assez la structure de l'obsession pour découvrir sa structure « fantasmique ». Toutefois, comme nous aurions à citer presque tous les travaux de FREUD et de son école sur les névroses obsessionnelles, on nous excusera de ne pas recourir à de si abondantes et de si vivifiantes sources. Cela nous suffit pour conclure, comme pour l'hystérie, que l'élaboration de la névrose obsessionnelle passe par le plan d'une organisation, d'une structure psychique plus complexe, plus normale, qui ne laisse filtrer le rêve de l'Inconscient qu'au travers de plans successifs, et ne l'accueille que pour lui résister.

*

* * *

Ainsi avons-nous parcouru tout le chemin qui peut séparer l'IMAGO inconsciente de l'IMAGE vécue à travers les péripéties de la conscience qui *s'endort*, et celles de la conscience qui *s'aliène*. C'est-à-dire que nous avons aperçu, à travers tous les niveaux, le même identique travail de PROJECTION dans la germination des formes du *Rêve*, et dans la floraison des formes de la *Folie*.

1. MOREL, *Arch. Gén. de Méd.*, 1862.

2. PITRES et RÉGIS, *Les obsessions*, 1902.

TROISIÈME PARTIE

L'INCONSCIENT, FOYER DE L'IMAGINAIRE

1. Folie et valeurs.
2. Rythme de la médecine.
3. Mécanicisme et psychiatrie.
4. La notion de « maladie mentale ».
5. La doctrine de G.de Clérambault.
6. Freud et la psychanalyse.
7. Conception Organo-dynamiste.
8. *Rêve et psychopathologie.*

THÉORIE ORGANO-DYNAMISTE DE L'IDENTITÉ DU RÊVE ET DU DÉLIRE AU COURS DES DISSOLUTIONS DU PSYCHISME.

Dans la perspective qui est celle où la psychiatrie s'est classiquement située et enlissée, celle où elle se place encore le plus généralement, les rapports du rêve et de la folie sont simplement analogiques et contingents. Savoir : le rêve est un assemblage d'images visuelles et un assemblage accidentel et insignifiant. — Seules certaines formes « oniriques » des psychoses lui sont semblables. Et c'est tout. On ne va pas plus loin. A une théorie mécaniciste et atomiste du rêve correspond une théorie mécaniciste des psychoses formée de pièces et de morceaux, dont certains — les hallucinations — sont analogues aux images du rêve. L'idée d'envisager le rêve comme un *travail* significatif est aussi scandaleuse que la conception du délire considéré comme un *travail* significatif. Quant à la tentative pour reconnaître à ce travail commun une condition identique, elle paraît proprement insensée.

...L'idée d'envisager le rêve comme un travail significatif était aussi scandaleuse que la conception du délire considéré comme un travail significatif...

...Quant à la tentative pour reconnaître à ce travail commun une condition identique, elle paraît [encore de nos jours] proprement insensée...

Pourtant...

Si nos observations et analyses sont exactes, il faut bien pourtant nous placer au regard de ce problème dans une position radicalement différente. Nous avons établi par ce qui précède, 1° que le rêve n'est qu'une forme dégradée de la vie psychique, en profonde mais réelle continuité avec la pensée de la veille et la personnalité du dormeur ; 2° que toutes les formes délirantes, c'est-à-dire sous des formes ou à des degrés divers, toutes les psychoses et psychonévroses ont une structure « fantasmique » identique au travail du rêve. Reste donc à nous représenter, à l'aide d'une hypothèse qui en coordonnera la diversité, quel est le caractère commun au processus de la dissolution du sommeil et aux processus générateurs des psychoses. On ne nous en voudra peut-être pas de présenter ici seulement un simple schéma, un plan, puisqu'aussi bien, si nous pouvions dès maintenant exposer une théorie complète, c'est que notre travail n'en serait pas à ses prémisses, mais à ses conclusions...

Mais avant d'esquisser, de présenter les linéaments de cette théorie générale, théorie qui ne saurait être rien d'autre qu'une théorie psychiatrique, destinée à embrasser

toute l'étendue des formes et des mécanismes des psychoses et des psychonévroses, précisons quelles en doivent être nécessairement les caractéristiques essentielles.

Le rêve, pas plus que le délire, n'est jamais le produit « direct », « mécanique » et en quelque sorte « extrapsychique » du processus, dont ils sont l'un et l'autre l'effet. La maladie ni le sommeil ne créent pas, ils libèrent. Et c'est en quoi notre thèse sera résolument *anti-mécaniciste*. Elle arrache jusqu'à la racine cette idée fausse que l'image (comme l'hallucination ou l'idée délirante) est le produit d'une néo-formation idéique ou éidétique, capable de se présenter comme un « élément » générateur de rêve et de délire.

Mais si notre théorie est résolument anti-mécaniciste, elle sera aussi nettement *anti-psychogénétiste*. Le *fait primordial*, comme disait MOREAU (de Tours), des rêves comme des délires, est constitué par une modification perturbatrice de l'activité psychique. Ils sont les uns et les autres conditionnés par une dissolution, une métamorphose régressive du champ de la conscience, dont la structure négative et déficitaire est absolument caractéristique. De même qu'aucune analyse psychogénétique ne pourra (sans tenir compte du sommeil nécessairement hétérogène à sa « compréhension ») *expliquer* à elle seule le rêve, aucune psychogénèse n'atteindra la structure négative de la dissolution psychotique elle-même.

C'est dire que notre théorie garantira à la fois *l'organogénèse* du processus générateur et le *dynamisme* psychique de la formation du symptôme onirique ou délirant : elle sera ORGANO-DYNAMISTE. Elle s'inspirera tout naturellement des principes de JACKSON, qui requièrent une théorie de l'évolution, de la dissolution et de l'activité restante des fonctions psychiques.

I. — ÉVOLUTION ET ORGANISATION DE LA VIE PSYCHIQUE

A. – STRUCTURE DYNAMIQUE ET GÉNÉTIQUE DE L'APPAREIL PSYCHIQUE.

Le « psychisme », la « Psyché » constituent un système de forces qui intègrent les fonctions nerveuses et non-nerveuses dans une activité au maximum *personnelle*. C'est dans le sens d'un rapport de subordination des parties à la totalité que se définit son activité. C'est dire que l'activité psychique est, par essence, constituée et se définit par un mouvement original de « mise en forme », de « mise en ordre » de l'infrastructure de l'organisme. Vue en coupe, dans l'instant présent, la conscience est l'opération par

...aucune analyse psychogénétique ne pourra (sans tenir compte du sommeil nécessairement hétérogène à sa « compréhension ») expliquer à elle seule le rêve...

...aucune psychogénèse n'atteindra la structure négative de la dissolution psychotique elle-même...

laquelle je prends possession de moi-même et du monde, et qui règle mes réactions au monde, *contre une partie de moi-même*. Vue dans son développement, la personnalité est l'histoire de la formation de mon personnage qui s'est dégagé de ma condition spécifique et constitutionnelle, pour s'ériger en maître de ma nature et, en un certain *sens*, *contre ma nature*. Ainsi la nature humaine (c'est-à-dire le psychisme humain, en tant qu'il en est la plus haute expression) est, en elle-même, essentiellement conflictuelle. Et c'est en pénétrant dans ce système de forces que doit se dérouler toute psychologie concrète, toute phénoménologie réelle de l'esprit.

En termes plus spécifiquement psychologiques, la conscience suppose l'inconscient, la pensée suppose l'automatisme, la personnalité suppose l'organisation spécifique, la pensée vigile suppose le rêve. Ou mieux, chacun de ces premiers termes s'érige, naturellement, en instance « supérieure », *implique* le terme inférieur par opposition auquel il se définit. Étant bien entendu que ces « termes » ne constituent pas un système logique, mais la structure fonctionnelle vivante de notre organisme, en tant qu'il est précisément esprit.

C'est dans cette perspective génétique qu'il faut envisager l'évolution des fonctions psychiques, c'est-à-dire la formation d'une causalité psychique, d'une personnalité et d'une structure de conscience. Chacune de ces forces intimement mêlées impliquent une infrastructure. C'est du déterminisme spécifique sensori-moteur que *se dégage* l'indétermination libre de l'activité. C'est d'un biotype « physique » et spécifique de notre individu que *se dégage* la personne. C'est d'une forme engluée dans l'obscur, le présent et l'immédiat que *se dégage* la conscience déployée dans le temps et le jugement. Mais quelque chose reste des phases du passé dans le présent : *l'antécédent est sous-jacent*. Quelque chose reste de l'inférieur dans le supérieur : *le sous-jacent demeure en puissance*.

...C'est d'une forme engluée dans l'obscur, le présent et l'immédiat que se dégage la conscience déployée dans le temps et le jugement...

...Mais quelque chose reste des phases du passé dans le présent : l'antécédent est sous-jacent...

...Quelque chose reste de l'inférieur dans le supérieur : le sous-jacent demeure en puissance...

B. – LE « NOYAU LYRIQUE », LE « FOYER IMAGINAIRE », L'INCONSCIENT.

Le miracle de notre vie psychique, c'est précisément que portant en nous, au fond de nous-mêmes, immanente à notre nature, la folie, nous ne nous abandonnions pas à elle, que nous puissions lui résister et ne lui consentir qu'une infiltration calculée dans la rêverie, ou des irruptions aisément et rapidement « contrôlées » dans nos émotions ou passions. C'est en quoi consiste l'exercice même de ce que l'on peut appeler ou ne pas appeler, comme on voudra, la « faculté raisonnante », mais qui se confond avec les actes mêmes de notre conscience, de notre existence.

En moi, au sein de mon être, gît et vit un foyer ardent, le monde des images. Images, non point seulement reflets des choses vues, mais miroirs de ce que j'ai vécu, formes virtuelles de ce que je veux être et vivre, étincelles de mes désirs, formes où se

...Images, non point seulement reflets des choses vues, mais miroirs de ce que j'ai vécu, formes virtuelles de ce que je veux être et vivre, étincelles de mes désirs...

rappelle, mais aussi se dessine mon « être dans le monde », où se concentrent mes pulsions instinctives, les virtualités de mon destin, les intuitions qui nouent mon existence à ma connaissance en deçà et comme à l'orée de la réalité. Ce monde « imaginaire » est traversé de significations mystérieuses et puissantes, chargées d'une électricité affective, organisées en lignes de forces magnétiques. Mes fictions y circulent comme un sang nourricier. Soit qu'elles représentent dans leur germination tout ce que je n'ai pas pu « réaliser », soit qu'elles adhèrent au tendre monde merveilleux, magique et secret qui, comme un narcisse, fleurit en moi, pour autant que je me pose ou m'oppose au regard du monde de la légalité objective. C'est un passé, celui de mon enfance, et pour ainsi dire mort en même temps qu'il est né, mais survivant, c'est un avenir sans autre loi que celle de la puissance de mon intention, c'est un monde plastique et émouvant que je tiens à ma discrétion et qui, réfracté dans mon cœur, reste toujours prêt à me tendre, comme dans un miroir, l'image de moi-même. Il vit et m'anime d'une vie prodigieuse et secrète, qui ne cesse de solliciter mon adhésion, ma complaisance et d'exiger mon renoncement aux lignes géométriques et logiques d'une réalité dure et impersonnelle. Et pour si formé qu'il soit de ma propre substance, il est pourtant comme une fenêtre ouverte sur les autres, non point cette grande et transparente baie, que la raison ménage à la conscience et au travers de laquelle s'établissent les rapports les plus sûrs et les plus fermes avec les êtres et les choses, mais une voie de communication vitale plus « souterraine » et plus profonde avec l'âme d'autrui. C'est par là que s'établissent les contacts esthétiques, cette communion irrationnelle, qui est à l'égard de la raison comme un défi et une triche. Ainsi ce tourbillon d'images, en quoi se concentrent et mon pouvoir de me dresser contre le monde, et mon aspiration poétique, et mon adhérence aux formes de l'irréel, constitue « en moi » une partie de « mon moi », qui m'échappe et tend sans cesse à m'échapper. L'espèce de complicité que je trouve en moi-même, pour me laisser prendre à des images, n'est pas autre chose que l'attrait qu'exerce la première forme de mon moi sur sa constitution actuelle. Je me sens refluer vers mon passé, je me sens aimanté par ce travail sourd et obscur, qui tout autant que celui de mon cœur prolonge à chaque instant ma vie et qui est l'ombre de mon moi. Cette « ombre », cette production germinative, cette « sédimentation active » de ma vie psychique, cette implication nécessaire de mes actes de conscience, cet automatisme qui bouge en moi, c'est *l'Inconscient*, l'inconscient sous son triple aspect : implication sous-jacente de la vie psychique non entièrement engagée dans l'acte présent — foyer imaginaire — et noyau lyrique de l'humanité.

Aussi bien, il y a une égale naïveté à nier l'Inconscient et à en faire une personne dans la personne. Le nier, c'est abolir l'essentiel de la vie psychique qui est sa structure organique propre, son ordre composé et instable, c'est l'étaler sur un plan, alors qu'elle est organisée comme un monde. Le considérer comme un être dans l'être, un

...cette production germinative, cette « sédimentation active » de ma vie psychique, cette implication nécessaire de mes actes de conscience, cet automatisme qui bouge en moi, c'est l'Inconscient...

« double » du conscient, comme une marionnette (dotée de tous les attributs d'un personnage) dans la personne, c'est alors se faire l'idée spatiale d'une séparation absolue¹ entre le Conscient et l'Inconscient. Pour nous, l'Inconscient est l'efficiace concrète mais virtuelle du passé dans l'acte d'adaptation au présent. Il fait partie intégrée de la personnalité et de la conscience. Il en est une dimension, faute de laquelle il n'y a aucune perspective possible dans le déploiement de la vie psychique.

C. – LES FORMES SUPÉRIEURES DE L'ACTIVITÉ PSYCHIQUE.

Le psychisme est une mise en forme de l'être. Il assure l'accord profond entre l'existence du sujet et le monde, entre la première et les autres personnes de la conjugaison de l'action et de la réalité. En tant qu'opération d'intégration, il est la « conscience » à tous ses degrés, depuis les premières identifications de la connaissance jusqu'à la prise en charge d'une situation complexe, présente dans la conscience percevante, ou représentée dans la conscience réfléchissante. En tant que système autonome de valeurs, il est la personnalité. Il s'inscrit entre ces deux coordonnées : *le champ de la conscience* et *la trajectoire de la personnalité*, chacune étant fonction de l'autre et n'étant que fonction de l'autre. Par là, par cette causalité propre et par cette structure originale, se définissent à la fois le concept de « psychogénèse » et celui de réalité de l'esprit. L'esprit a une structure et une histoire, voilà ce qu'il ne faut pas perdre de vue et dont doit s'accommoder *ensuite* toute démarche philosophique de l'esprit sur l'esprit. L'imaginaire, le foyer imaginaire, l'inconscient nécessaire à cette organisation se trouve engagé dans ces structures supérieures ; il s'y trouve *utilisé*, et en quelque sorte volatilisé. Et nous n'avons pas peur de recourir à cette « notion » d'instrument, et à cette « comparaison » de l'instrument et de l'ouvrier, car il ne s'agit ici ni de métaphore, ni d'abstraction, ni d'illusion réaliste, mais de la réalité même de la structure de l'esprit, qui véritablement « animat molem ». Non point comme le bâton pousse la boule, à quoi il reste étranger, mais comme l'énergie même de cette masse qui en émane et la meut, car l'organisme est strictement et absolument « automobile », dans la mesure même « où il est psychisme ».

C'est dans les conditions où ce système énergétique, ce foyer de la conscience et cette trajectoire du moi ne se déploient plus librement, que transparaît alors l'infrastructure, que « se dépose » et « cristallise » la sédimentation normalement impliquée et emportée dans son mouvement. C'est ce qui se passe dans le sommeil, c'est ce qui se passe au cours des processus psychopathologiques.

...Pour nous, l'Inconscient est l'efficiace concrète mais virtuelle du passé dans l'acte d'adaptation au présent...

...L'esprit a une structure et une histoire, voilà ce qu'il ne faut pas perdre de vue et dont doit s'accommoder ensuite toute démarche philosophique de l'esprit sur l'esprit...

1. Cf. les « schémas » de FREUD.

II. — LA DISSOLUTION HYPNIQUE ET LE RÊVE

Nous avons assez étudié la structure, le dynamisme et la théorie du rêve, pour n'avoir point à y revenir.

Le sommeil¹ est, lui, quant à l'édifice fonctionnel du psychisme, un accident. Il est,

I. Principaux travaux sur le sommeil depuis 1930 : G. ENDRES et W. VONDREY, *Ueber-schlaf und Schlafmenge*, « Zeitschr. f. Biologie », 1930 — LHERMITTE, *Le Sommeil*, 1 vol., 1931, Paris. — A. SALMON, *Le Sommeil est-il déterminé par l'excitation d'un centre hypnique ou par la dépression fonctionnelle d'un centre de la veille* « Revue de Neurologie », 1932, 1, p. 714. — H. WINTERSTEIN, *Schlaf und Traum*, 1 vol., Berlin, 1932. — ZONDEK et BIER, *Hypophyse und Schlaf*, « Klinische Wochenschrift » 1932. — COLUCCI, *Il glutation delle encefalo nel sonno sperimental*, « Revista di Neurologia » 1933. — HESS, *der Schlaf*, « Klin. Wochenschr. » 1933. — JANICHEWSKI, *La conception biologique du sommeil*, « Encéphale » 1933. — KOCH, *Elektronarocose-versuch*, « Klin. Wochenschr. » 1933. — P. MEIGNANT, *Sommeil et réflectivité conditionnelle*, « Encéphale » 1933. — MULLIN, KLEITMAN et COOPERMAN, *Studies on the physiology of sleep*, « Amer. J. of Physiology » 1933. — STOECKMANN, *Versuche uber Verkürzung und Verlegung der Schlafzeit*, « Med. Wochenschr. München » 1933. — TOURNAY, *Séméiologie du Sommeil*, 1 vol., Paris, 1934. — CLAPARÈDE, *Le sommeil et la veille*, « Nouveau Traité de Psychologie » de G. DUMAS, 1934. — H. DOST, *Zur Physiologie des Schlafes*, « Arch. für exper. Patho und Pharmako. » 1934. — J. H. SCHULTZ, *Wachen und Schlafen*, « Deutsche Med. Wochenschr. » 1934. — F. BREMER, *Cerveau isolé et physiologie du sommeil*, « Société de Biologie » 1935. — STUART N. ROWE, *Localization of the Sleep Mechanism*, « Brain » 1935, 58. — F. BREMER, *Activité électrique du cortex cérébral dans les états de sommeil et de veille chez le chat*, « Société de Biologie » 1936. — FOSTER KENNEDY, *Sleep*, « State Journal of Médecine New-York », sept. 1936. — SCHEMINSKY, *Neuen Untersuchungen Uber elektrische Narkose*, « Wien. Klin. Wochenschr. » 1936. — E. D. ADRIAN, *The physiology of sleep*, « Irish J. of Med. Science », juin 1937. — H. BLAKE, *Brain potentials and depth of sleep*, « Amer. J. of Physiol. » 1937. — BLAKE (H) et GÉRARD (R. W.), *Brain potentials during sleep*, « Amer. J. of Physiol. » 1937. — M. F. BREMER, *L'activité cérébrale au cours du sommeil et de la narcose*, « Bul. Acad. Royale de Médecine de Belgique », février 1937. — A. C. IVY et J. G. SCHNEDORF, *On the hypnotoxin theory of sleep*, « Amer. Journ. of Physiology » 1937, n° 2. — R. KLANE, *Die bioelektrische Tätigkeit der Grosshirnrinde im normalem Schlaf*, « J. f. Psych. u. Neuro. » 1937. — KLEITMANN, MULLIN, COOPERMAN et TITELBAUM, *Sleep characteristics*, 1 vol., Chicago, 1937. — MARINESCO, SAGER et KREINDLER, *Études électroencéphalographiques*, « Bull. Acad. Méd. de Roumanie » 1937. — E. P. PICK, *Ueber Aenderung energetischer Vorgänge im Grosshirn durch Schlaf*, « Klin. Wochenschr. » 1937. — A. SALMON, *Corrélations cortico-diacéphaliques et diacéphale-hypophysaires dans la régulation de la veille et du sommeil*, « Presse Médicale », avril 1937. — F. BREMER, *L'activité électrique de l'écorce cérébrale et le problème physiologique du sommeil*, « Bolletino della Società italiana di Biologia sperimentale » 1938. — H. DABIS, P. A. DAVIS, A. LOOMIO, E. N. HARVEY et G. HOBART, *Human brain potentials during the inset of sleep*, « Journal of Neurophysiology of sleep, J. of Neuro-physiology » 1938. — A. SALMON, *Il problema del sonno*, « Revista di Biologia » 1938. — Carl D. CAMP, *The question of the existence of a separate of sleep in the Brain*, « J. of nervous and mental diseases » 1940. — Joseph H. GLOBUS, *Probable topographic Relations of the sleep regulating Centres*, « Archiv of Neuro and Psych. » 1940, 1. — R. GRUETTNER et A. BONKOLO, *Ueber Ermüdung und Schlaf auf Grund Hirnbioelektrischer Untersuch.*, « Archiv. f. Psych. u. Neuro. » 1940, 3.—P. CHAUCHARD, *Recherches sur le mécanisme normal*, « Revue Scientifique » 1942.— H. REGELSBERGER, *Ueber vegetative Korrelationen im Schlafe des Menschen*, « Zeitschr. f. die gesamte Neuro. u. Psychia. » 1942, 174. — P. CHAUCHARD, *Le résultat de l'analyse chronaximétrique des états du sommeil*, « Presse Médicale » 1944. — Ch. DAVIDSON, et E. L. DEMUTH, *Disturbances in Sleep Mechanism*, « Arch. of Neuro. and Psych. », 1946, 1. — M. GANS, *Sleep and third circulation*, « J. of nerv. and ment. Diseases », 1946, 103, p. 473. — DYNES, *Objective Method for distinguishing sleep from the hypnotic transe*, « Archiv. of Neuro. » 1947, 1. — CHAUCHARD, *Le sommeil et les états de sommeil*, 1 vol. Flammarion, 1947.— M. GANS, *Der Schlaf und der dritte Zirkulation*, « Archives suisse de Neuro », 1949, 64, p. 88. — W. HESS-Ch. KAYSER, *17^e réunion de ...*

Principaux travaux sur le sommeil depuis 1930...

en effet, relativement hétérogène à la vie psychique. Il n'en dépend pas directement. Si certaines conditions inhérentes au champ perceptif ou à l'histoire des événements le favorisent ou l'empêchent, il est un processus « en troisième personne », dépendant du corps, de sa fatigue, de son métabolisme et d'un dispositif nerveux d'encéphalique, somme toute assez bien connu et nous pouvons renvoyer au livre déjà ancien mais guère dépassé de LHERMITTE. Il s'inscrit dans le rythme de nos fonctions vitales végétatives. Il se caractérise par la dissolution rapide et profonde de la vie psychique, contractant en un temps très bref, l'échelle des niveaux de dissolution, que l'on a tant de peine à saisir dans le passage de la veille au sommeil, à travers « l'état hypnagogique », mais qui s'y trouvent représentés, comme nous l'avons souligné au début de cette étude.

Le rêve, c'est la forme même de ma pensée, la seule expérience que je vive dans mon sommeil. C'est un événement qui se déroule dans mon champ de conscience, comme une péripétie intégrée dans mon temps et mon espace, réduits à la mesure de ma propre activité, et comme devenu un miraculeux privilège de mon désir. C'est un « vécu » d'images qui reflètent ma personnalité, repliée et soudée à l'obscur végétation de sa couche archaïque. La trajectoire de ma personnalité se dissout dans le champ de ma conscience imageante pour lui fournir, certes, une trame, mais privée de sa perspective totale. Et je deviens uniquement champ de ma conscience, tout entier ramené au mouvement interne de son organisation, je vis une coalescence totale, celle de ma conscience et de la réalité, par quoi celle-ci n'est plus qu'un simulacre, se vide de sa référence aux autres et aux choses pour ne se remplir que de l'expansion même de ma spontanéité. Je m'enchanter et me berce, comme si, « dans les bras de Morphée », c'est dans l'onde ténébreuse du sommeil que, Narcisse, je me mire, sans savoir que la seule rencontre que j'y puisse faire, est celle de ma propre image.

Ainsi, ce qui caractérise le processus sommeil-rêve, c'est qu'il est à la fois un accident et un événement. Ce qui définit son action spécifique, c'est la dissolution du champ de la conscience et l'abolition de la trajectoire de la personnalité. Celle-ci étant absorbée par celle-là. La métamorphose de la structure psychique formelle représente ce que nous appelons le trouble négatif de la dissolution, celle qui garde à travers toutes nos observations et nos analyses quelque chose d'un accident survenu à notre être et qui est objet de connaissance, non pas du rêveur qui rêve, mais du rêveur qui est éveillé ou d'autrui. Le vécu du rêve, ce que nous appelons sa structure positive, c'est, au contraire, ce qui n'a été vécu et ne peut être raconté que par le réveillé, et la seule « réalité » que représente la totalité de son expérience du songe ; sa substance est fournie par le défolement plus ou moins total de l'inconscient. Ce qui est « libéré » par le sommeil est ce qui était naturellement dépassé et se trouvait seulement impliqué

...Le rêve, c'est la forme même de ma pensée, la seule expérience que je vive dans mon sommeil...

...La métamorphose de la structure psychique formelle représente ce que nous appelons le trouble négatif de la dissolution...

... physiologistes Montpellier, 1949. — A. RUBINO, *Il sonno*, 1 vol., Naples, 1949. — PASSOUANT, *Séméiologie électro-encéphalographique du sommeil*, « Revue Neurologique », 1950, 83, p. 545.

dans l'exercice normal et plein de l'activité psychique. La virtualité *fantasmique* sous-jacente au psychisme de la pensée vigile passe de la puissance à l'acte et devient constituante de la conscience.

Nous avons vu plus haut que le retour à la conscience vigile laissait subsister le souvenir du rêve, et qu'en un certain sens, il survivait au sommeil. Évadé du sortilège qui a envahi et troublé le champ de la conscience comme une émanation nécessaire de son obscure activité, le rêveur en se réveillant retrouve la possibilité d'accéder à un champ de conscience plus clair, plus net, plus raisonnable, point de convergence et d'articulation de son esprit et du monde, et l'événement onirique recule, s'amenuise et disparaît, à moins que, pénétrant dans la trajectoire de sa personnalité, il n'y soit incorporé, comme, par exemple, chez un individu « qui *croit* à la valeur divinatoire de ses songes », ou chez tel autre « qui *croit* à la réalité de l'événement rêvé ». Il ne suffit pas, par conséquent, pour épuiser l'histoire naturelle du phénomène sommeil-rêve, de le considérer comme une dissolution du champ de la conscience, mais il faut encore le situer dans la trajectoire de la personnalité, cette double perspective étant inhérente à la structure de tout phénomène psychique, de haute ou de basse tension.

...l'événement onirique recule, s'amenuise et disparaît, à moins que, pénétrant dans la trajectoire de sa personnalité, il n'y soit incorporé...

III. — DYNAMIQUE DES PROCESSUS PSYCHOTIQUES

Les accidents qui surviennent à l'édifice fonctionnel psychique sont de deux ordres. Tantôt, il s'agit de désintégrations du substratum d'automatismes impliqués dans l'exercice des fonctions supérieures d'intégration ; celles-ci demeurent intactes, et ces troubles, vécus comme *accidents*, restent structurellement limités : il s'agit alors de *troubles neurologiques* admettant naturellement une composante psychique, mais se présentant en contraste avec l'organisation de la conscience et la trajectoire de la personnalité, par quoi précisément ils se définissent. Tantôt ils altèrent la fonction énergétique correspondant à ce que JANET a appelé la « tension psychologique », et les dissolutions uniformes et « apicales ¹ » de l'activité psychique supérieure qu'ils entraînent constituent les *psychoses*.

Ce que le processus hypnique produit avec une vitesse considérable, c'est-à-dire une dissolution profonde qui brûle les étapes, c'est ce que les processus psychotiques entraînent plus lentement et moins complètement sous forme de *niveaux de dissolution*. Mais le processus psychotique n'agit pas seulement sur la régression de l'activité de la conscience, il peut aussi inscrire une modification plus ou moins profonde dans la trajectoire de la personnalité sous forme *d'altérations de la personnalité*. C'est ce

Les accidents qui surviennent à l'édifice fonctionnel psychique sont de deux ordres. Tantôt [...] ces troubles, vécus comme accidents, restent structurellement limités : il s'agit alors de troubles neurologiques...

...Tantôt les dissolutions uniformes et « apicales » de l'activité psychique supérieure qu'ils entraînent constituent les psychoses...

1. Nous les appelons « apicales », parce qu'elles suppriment le sommet de la pyramide fonctionnelle et s'opposent ainsi aux désintégrations basales.

double mouvement que nous devons rapidement rappeler ici et que nous avons déjà indiqué dans la structure fantasmique des psychoses.

A. – LES PSYCHOSES AIGUËS. L'ÉCHELLE DES NIVEAUX DE DISSOLUTION DE LA CONSCIENCE.

Elles se caractérisent par une régression de l'activité de la conscience, par la constitution d'une conscience amoindrie et organisée à un niveau inférieur d'intégration.

Au niveau le plus inférieur correspondent les *structures confuso-stuporeuses*, caractérisées par une torpeur, un engourdissement, une sorte de sommeil, sans rêve ou presque, pauvre et inerte. L'opacité de la conscience est très grande, elle est passive et comme vide. Ce qu'elle vit, s'inscrit mal ou pas du tout, de telle sorte qu'il est à peu près impossible de pénétrer dans son organisation interne, dans ses contenus intentionnels et significatifs qui échappent au patient lui-même et s'engloutissent à mesure dans le gouffre de l'oubli.

Les *structures confuso-oniriques* sont celles qui correspondent le plus à celle du rêve du sommeil. Nous l'avons, plus haut, longuement étudié.

Les *structures oniroïdes* se caractérisent par une organisation *fantasmique* de la conscience qui rappelle moins directement le rêve : nous avons décrit les *états oniroïdes de dépersonnalisation imaginatifs et interprétatifs*, selon qu'ils représentent un trouble de la conscience, de l'unité du moi, la projection d'une fiction ou l'infiltration de fantasmes dans la réalité objective ou sociale. Dans ces diverses éventualités, l'organisation de la conscience morbide est à peu près la même : état crépusculaire de la conscience et expériences délirantes primaires, où se mêlent en proportions diverses ce que la clinique classique nomme hallucinations, idées délirantes, illusions ou interprétations morbides.

Les *structures thymiques* correspondent à l'organisation maniaque ou mélancolique de la conscience (sans d'ailleurs que ce que l'on appelle manie ou mélancolie soient « simplement » des troubles thymiques primitifs). Les états d'excitation ou d'anxiété « purs » correspondent à ce niveau. La conscience s'est organisée relativement à un état thymique fondamental : gaîté, colère, anxiété, inquiétude, remords, etc... ; mais, nous y insistons, ces troubles de l'humeur ne sont jamais primitifs et générateurs.

— Ces divers niveaux correspondent donc à des dissolutions plus ou moins profondes du *champ de la conscience*. Ils réalisent des troubles de l'activité psychique, en tant que conscience du présent. Aussi se manifestent-ils par une inadéquation remarquable de la conduite à l'égard de la situation actuelle. Un voile s'interpose entre l'observateur et le malade « troublé ». Et pas plus que celui-ci ne peut dominer son trouble et en être pleinement conscient, le médecin ne peut le pénétrer entièrement. Une épaisseur irréductible de rêve, un « trouble » ternissant la conscience, comme un souffle de

...Ces divers niveaux correspondent donc à des dissolutions plus ou moins profondes du champ de la conscience...

sommeil, s'intercalent entre le malade et autrui. De même que le rêveur dans le processus sommeil-rêve, les malades soumis à la condition négative de leurs troubles sont inconscients ou seulement vaguement conscients de son action et vivent, sans prise possible de distance ou de critique, l'événement pathologique par excellence : leur délire. Tous ces états aigus constituent le type même des *expériences délirantes primaires*. Elles sont, répétons-le encore, au processus de dissolution ce que le rêve est au sommeil, et cela sous des formes et à des degrés divers. Dans la mesure où il s'agit de psychoses aiguës, elles disparaissent avec le processus de dissolution, comme le rêve cesse avec le sommeil et s'engloutit au réveil dans l'oubli. Cependant, ces « expériences délirantes », surtout quand elles s'éloignent de la rapidité et de la profondeur de la dissolution hypnotique, restent plus vivaces, plus « bouleversantes » qu'un simple rêve. C'est qu'elles ont formé une « réalité » trouble et troublante plus proche de la réalité que les images du rêve. Elles ont emprunté à ce qui subsistait encore de réalité objective, une force de conviction, une organisation structurale des significations telles que leur valeur d'événement s'impose plus aisément à la conscience, quand celle-ci recouvre son énergie et sa clarté, c'est-à-dire guérit ou, si l'on veut encore, se réveille.

B. – PSYCHOSES CHRONIQUES. NIVEAUX DE DISSOLUTION DE LA CONSCIENCE ET ALTÉRATIONS DE LA PERSONNALITÉ.

Certaines de ces psychoses sont caractérisées par une atteinte à la fois de l'organisation du champ de la conscience et de la trajectoire de la personnalité. — Un « état démentiel », c'est évidemment un certain « affaiblissement intellectuel », c'est-à-dire une incapacité pour la conscience de s'élever au niveau des opérations, dont nous avons dit, plus haut, qu'elles accordent l'existence du sujet à la réalité objective. Tout ce que l'on nomme troubles de la mémoire, troubles des associations, de l'orientation, etc., correspond à ce trouble négatif. Cette incapacité favorise la production *fantasmatique* à tel point qu'il n'y a guère de démences sans délires, sans une « teinte délirante » de la vie psychique. Mais il y a plus, c'est la trajectoire même de la personnalité qui se trouve profondément altérée. En tant que développement historique d'abord, puisque le dément « perd conscience » de lui-même, de sa situation, de la continuité et de l'unité de sa personne sous la multiplicité des événements. En tant qu'échelle de valeurs, déterminant un programme vital, puisque le dément est à la fois troublé dans « son jugement », dans ses sentiments moraux, c'est-à-dire a perdu la capacité de se placer dans une perspective logique et éthique. — Un « schizophrène », c'est-à-dire un malade frappé d'une évolution démentielle d'un niveau moins profond, est par la « dissociation » de son activité psychique placé dans une situation analogue. Le syndrome primaire ou négatif de cette dissociation altère son champ de conscience et provoque

...Tous ces états aigus constituent le type même des expériences délirantes primaires...

...Tout ce que l'on nomme troubles de la mémoire, troubles des associations, de l'orientation, etc., correspond à ce trouble négatif...

...Cette incapacité favorise la production fantasmatique à tel point qu'il n'y a guère de démences sans délires, sans une « teinte délirante » de la vie psychique...

une élaboration « autistique » de pensée délirante représentant la part positive ou secondaire de sa symptomatologie. Mais là aussi, il y a quelque chose de plus ; sa vie psychique, tout entière ou presque, vécue sur le registre d'une expérience délirante primaire, issue de la structure troublée de sa conscience schizophrénique, entraîne une modification profonde de sa personnalité. Celle-ci tend à se dissoudre, à se morceler, à se volatiliser dans le tissu inextricable et incohérent des événements délirants, et la désorganisation chaotique durable de la conscience. Sa trajectoire se détend et se disperse et cesse de soutenir l'unité de la personne et son histoire. Mais une autre éventualité doit être encore envisagée, celle à laquelle correspond l'évolution des *Délires chroniques*¹. Les niveaux de dissolution constituent sans doute au cours de leur développement les « moments féconds » de l'activité délirante : les expériences délirantes primaires, et fondamentales,—mais leur intégration au système de la personnalité présente ici une spécifique et décisive originalité. Tandis que les états chroniques dont nous venons de parler sont caractérisés par l'effondrement du système de la personnalité, corrélatif au travail régressif de dissolution du champ de la conscience, ici il y a transformation et non dissolution du système de la personnalité. C'est à ce système que s'incorporent les expériences délirantes primaires, soit pour constituer une personnalité délirante dans le sens d'une systématisation paranoïaque, soit pour bipolariser la personnalité dans le sens d'un remaniement paraphrénique des valeurs.

Tout se passe donc, dans le premier cas, dans les psychoses chroniques plus ou moins démentielles, comme si la personnalité sous l'ombre progressivement portée du trouble négatif de la conscience s'effaçait, comme si un sommeil graduellement plus profond entraînait un rêve toujours plus pauvre. Tandis que, dans la seconde éventualité, dans les psychoses chroniques délirantes, non démentielles, tout se passe comme si le travail positif du rêve, tirant son origine d'un « sommeil » passager ou intermittent, auquel il a survécu, s'infiltrait dans le système de la personnalité et l'animait d'une vie propre et exaltante. *Le rapport du trouble positif au trouble négatif est direct dans les psychoses démentielles et inverse dans les psychoses délirantes chroniques.*

...Dans les psychoses délirantes chroniques tout se passe comme si le travail positif du rêve, tirant son origine d'un « sommeil » passager ou intermittent, auquel il a survécu, s'infiltrait dans le système de la personnalité et l'animait d'une vie propre et exaltante...

1. Les rapports et discussions du récent *Congrès Mondial de Psychiatrie* (septembre 1950) se sont tenus très exactement à l'antipode de ce point de vue. Nous avons exposé notre propre opinion sur ce point (*Évolution Psychiatrique*, 1950, n° 4) et nous y reviendrons naturellement lorsque nous exposerons l'ensemble de notre conception sur les délires (dont une première ébauche a paru en espagnol : *Estudios sobre los delirios*, Madrid 1950). [NdÉ: *Estudios sobre los delirios*, seconde édition. Madrid : Triacastella ; 1998 ; 177p.]. Pour le moment nous désirons bien indiquer ici que, pour nous, le délire n'est jamais primaire. Il est toujours l'effet d'un trouble qui le conditionne. Que ce trouble constitue une immaturité de l'être psychique ou le processus de sa régression, il existe comme une condition nécessaire aussi bien pour l'organisation d'un délire systématisé ou paraphrénique que pour l'organisation d'une schizophrénie. Nous n'employons le terme d'« expériences délirantes primaires » de JASPERS que dans le sens où MOREAU (de Tours) parlait de *l'état primordial*.

...nous y reviendrons naturellement lorsque nous exposerons l'ensemble de notre conception sur les délires (dont une première ébauche a paru en espagnol : Estudios sobre los delirios, Madrid 1950)...

IV. — DYNAMIQUE DES PROCESSUS PSYCHONÉVROTIQUES

De même que les « délires lucides » paraissent à un examen sommaire, incompatibles avec la théorie organo-dynamiste que nous esquissons ici, les « névroses » se révèlent aux yeux d'observateurs, peut-être superficiels, rebelles à entrer dans le cadre psychopathologique que nous traçons. Nous avons, sans peine, montré précédemment que l'hystérie ou la névrose obsessionnelle communiquaient profondément et largement avec la pensée inconsciente, c'est-à-dire avec le rêve. Mais la constatation de cette osmose n'est pas suffisante pour dresser une théorie organo-dynamiste des névroses. Celle-ci exige, en effet, que l'hystérie et la névrose obsessionnelle soient envisagées dans leur double structure négative et positive, par quoi elles se présentent comme un cas particulier et spécial du même processus fondamental, du « fait primordial » de MOREAU (de Tours).

Disons d'abord que les deux névroses ont ceci de commun, qu'elles apparaissent comme une forme pathologique de la personnalité, soit que celle-ci ne parvienne pas à sa maturité et à son équilibre, soit qu'y étant parvenue, elle ne puisse plus s'y maintenir. Ce que la clinique nous apprend de la « mentalité » de l'hystérique ou de l'obsédé, n'est rien d'autre que les données tirées de l'analyse de leur personnalité. L'une, celle de l'hystérique, étant caractérisée par la plasticité de l'imagination, c'est-à-dire la domination de la vie psychique par la tendance à l'expression, à la réalisation des images ; l'autre, celle de l'obsédé, étant caractérisée par la stérilité des opérations psychiques, c'est-à-dire par une culture incessante de l'échec. Sous cette forme, rien ne permet de saisir les rapports qui unissent ces troubles au processus sommeil-rêve. Mais voyons les choses de plus près.

L'HYSTÉRIE a une structure *négative*. Celle-ci est très apparente dans les accidents psychopathiques qui marquent l'évolution de la névrose (états crépusculaires, états seconds, transes, catalepsie, crises névropathiques) et l'identité de ces « états » avec le rêve est si évidente que pas un auteur ne s'est occupé de la question sans manquer de la signaler. Mais en dehors de ces « accidents », l'hystérique est un malade frappé dans l'organisation même de sa vie mentale et notamment de sa personnalité comme nous venons de le rappeler. Ses tendances à vivre les images, à ne vivre que d'images, sa « mythomanie », ses fabulations qui l'apparentent aux types psychiques d'organisation relativement faibles, infantiles, expriment un déficit de son développement ou de son organisation. Le terme de « déséquilibre » a très exactement ce sens « négatif » et vise un caractère strictement fondamental. Ces sujets facilement hypnotisables, suggestibles, fantasques, hyperémotifs ont une structure psychopathique, par quoi se définit exactement et essentiellement leur psycho-névrose. Toutes les analyses de CHARCOT et

...L'HYSTÉRIE a une structure négative. Celle-ci est très apparente dans les accidents psychopathiques qui marquent l'évolution de la névrose (états crépusculaires, états seconds, transes, catalepsie, crises névropathiques)...

de JANET ont convergé vers l'approfondissement de cette structure négative. — La structure *positive* de l'hystérie par contre est réalisée par la forme complexuelle de l'affectivité, c'est-à-dire par le mécanisme psychogénétique des manifestations si variées et théâtrales de la grande névrose. Des systèmes énergétiques puissants cristallisent des attitudes, des images, des troubles fonctionnels caricaturalement significatifs. Tous les symptômes hystériques se développant sur le fond négatif de la « mentalité spéciale hystérique », comme disait BABINSKI, sont en effet caractérisés par la satisfaction d'un désir inconscient. Toutes les études de FREUD et des psychanalystes ont convergé vers l'approfondissement de cette structure positive.

La NÉVROSE OBSESSIONNELLE a également une structure *négative* qui correspond à ce que JANET a appelé le *syndrome psychasthénique*. La faiblesse de l'activité psychique se manifeste par l'impossibilité d'accéder aux actes et aux formes psychiques qui exigent une forte tension psychologique. L'obsédé ne peut pas parvenir à accomplir un effort suffisant pour se rendre maître de lui-même. Il se laisse envahir par les forces anarchiques qu'il ne domine pas. Ses idées s'éparpillent, des termes indéfiniment intermédiaires s'interposent à chaque phase de sa pensée et de son action. Il gaspille son énergie au lieu de l'utiliser. Ses tics, ses agitations forcées, ses conduites de dérivations, ses manies constituent les traits caractéristiques de ce déficit. — La structure *positive* de l'obsession, la signification du « siège » si paradoxal de l'obsédé par lui-même est celle d'un désir de punition, d'un martyr consenti et profondément satisfaisant, qui engage toute la vie inconsciente dans un drame factice et indéfiniment actualisé, ainsi que FREUD et son École l'ont encore admirablement démontré. Si bien que, comme l'écrivait déjà L. A. MURATORI en 1746¹ : « les peurs imaginaires, les phobies, les dégoûts, les timidités et les scrupules sont des maladies particulières de la fantaisie humaine ».

Dès lors, les névroses nous apparaissent maintenant dans leur structure comme des psychoses d'un niveau très élevé, comme des atteintes de ces formes d'activité psychique qui présentent les plus grandes difficultés et requièrent le plus d'énergie. L'être normal, dès qu'il se détend ou se fatigue, tombe assez facilement dans les pâmoisons, émotions, irritations, rêveries imaginatives, idées fixes ou obsédantes. Mais ce qui caractérise la structure névrotique, c'est que précisément les malades ne peuvent plus sortir de ce niveau. — Si les névroses sont des psychoses de niveau très élevé, elles sont aussi plus élevées dans la trajectoire de la personnalité. Celle-ci, et notamment la masse de l'Inconscient avec ses conflits, ses tendances, ses complexes pénètre entièrement dans l'organisation névrotique. — Enfin et surtout, les névroses seraient incom-

...La structure positive de l'hystérie est réalisée par la forme complexuelle de l'affectivité, c'est à dire par le mécanisme psychogénétique des manifestations si variées et théâtrales de la grande névrose...

...Dans la névrose obsessionnelle, la faiblesse de l'activité psychique se manifeste par l'impossibilité d'accéder aux actes et aux formes psychiques qui exigent une forte tension psychologique...

1. L. A. MURATORI, *Tratatto della Forza della Fantasia Umana*, Venise, 1746, — Cf. l'étude que le regretté Paul SCHIFF consacra peu avant sa mort à ce vieil ouvrage, in « L'Évolution Psychiatrique », 1947.

préhensibles, si nous ne discernions, dans leur structure même, l'identité du travail sommeil-rêve. Ce travail, nous l'avons vu, est caractérisé par la régression de la conscience qui tend dans sa chute à refluer vers le monde inconscient des images, vers le noyau *fantasmique*. N'est-ce pas là exactement le même « travail » que nous retrouvons dans le mécanisme de l'hystérie et de la névrose obsessionnelle ? Dans l'hystérie tend constamment à se réfléchir le monde des images, l'hystérique tend à *s'hypnotiser* par elles, à les exprimer jusqu'à l'épuisement, et même quand elle revient de son niveau quasi-normal, le système de la personnalité hystérique toute infiltrée de rêve et d'imaginaire ne cesse de refléter ce substratum inconscient, ses déterminations, sans jamais pouvoir rompre totalement ses adhérences avec les fantasmes. Dans la névrose obsessionnelle, la faiblesse de l'appareil énergétique psychique permet la *poussée* du noyau « fantasmique » inconscient, qui travestit la signification de ses lignes de force sans affaiblir leur puissance. C'est dans une structure aboulique et hésitante qu'est vécu le conflit sous formes d'images obsédantes, reflets de la dialectique des images instinctives. *L'hystérie est un rêve morcelé. L'obsession est un rêve contenu.* Tout ce que JANET et FREUD ont écrit de meilleur sur ces névroses, s'applique rigoureusement dans cette perspective à refermer le cercle de toutes les explications possibles. Ils se complètent, car ainsi que les deux moitiés de la sphère de Magdebourg sont hermétiquement closes par le vide, la structure négative et la structure positive des névroses sont intimement coaptées par le travail « néantissant » du rêve qu'elles contiennent, qui les unit et qui les engendre en une indissoluble unité.

...ainsi que les deux moitiés de la sphère de Magdebourg sont hermétiquement closes par le vide, la structure négative et la structure positive des névroses sont intimement coaptées par le travail « néantissant » du rêve qu'elles contiennent, qui les unit et qui les engendre en une indissoluble unité...

V. — LE PHÉNOMÈNE SOMMEIL-RÊVE ET LA THÉORIE GÉNÉRALE DES TROUBLES NÉGATIFS ET POSITIFS EN PSYCHIATRIE

La vie psychique, avons-nous dit, s'inscrit entre deux coordonnées, le champ de la conscience et la trajectoire de la personnalité. La trajectoire de la personnalité se construit à partir de l'organisation successive des champs de la conscience à chaque moment du temps, et elle constitue cette forme organisée et pulsionnelle de la durée qu'est le personnage, en tant que fragment de l'histoire. Le champ de la conscience s'organise comme mode de connaissance du personnage et prise de vue sur la réalité, la visualisation de ses contenus étant assez démonstrative de sa structure essentiellement spatiale. Aussi *la forme* première de notre vie psychique est-elle la conscience en tant que système de coordonnées de l'espace, en tant qu'activité intellectuelle opérant une synthèse du monde dans l'immobilisation relative de l'instant présent. La *matière* de la vie psychique c'est le flux même de la durée organisée en trajectoire de la personnalité.

Le sommeil est une dissolution de la forme psychique : un accident ; le rêve, une phase de la matière psychique : un événement. Si nous disons que le sommeil est la condition *négative* du rêve, c'est pour entendre que le bouleversement, sinon l'évanouissement du champ de la conscience, constitue une éclipse des valeurs de réalité, qui « libère la matière psychique » de telle sorte que la trajectoire de la personnalité se brise dans son élan et se résorbe dans la production *positive* d'un événement interne, essentiellement subjectif, caractéristique de la conscience imageante. La structure de l'appareil psychique comporte nécessairement, implique ce double phénomène. Il transparait dans la rêverie, c'est-à-dire toutes les fois que l'hypotension de la conscience engage davantage dans son organisation le système propre des valeurs subjectives.

C'est dans cette perspective qui s'implante solidement dans une conception de la vie psychologique résolument dynamiste que doit être envisagée la théorie des troubles négatifs (sommeil) et des troubles positifs (rêve) des psychoses¹. Une vue assez superficielle des choses risquerait, en effet, de voir dans la structure positive et négative des troubles une sorte de juxtaposition de « partes extra partes », réintroduisant la vieille dichotomie paralléliste « psychique-organique ».

Le *trouble négatif* est intimement lié au trouble générateur (le processus nerveux pathogène et le sommeil), dans et par la notion de dissolution. C'est lui qui confère sa structure originale au tableau clinique, c'est-à-dire à l'ensemble symptomatique qui se présente au travers de la désorganisation du champ de la conscience à tel ou tel moment du temps... La cinétique de la dissolution joue un rôle déterminant. Sa vitesse, son rythme, la courbe de son évolution constituent des caractères primordiaux de la forme de dissolution. La *profondeur* de dissolution conditionne le niveau structural auquel s'organise la vie psychique, le degré de la régression que subit l'activité psychique. Ces caractères s'impriment directement dans la forme même du tableau clinique. Toute phénoménologie de l'obsession, d'une crise de manie, de la pensée schizophrénique vise à atteindre cette structure formelle de la psychose, par quoi elle se caractérise essentiellement.

Le *trouble positif*, c'est comme dans le cas du rêve libéré par le sommeil, l'émergence du monde des images et de l'inconscient contenu en puissance dans la trajectoire de la personnalité. Cet engagement plus ou moins exubérant, de ce qui était normalement réprimé dans la constitution même du vécu, anime le matériel psychotique et l'investit de valeurs humaines profondes, d'un réseau vivant de significations.

L'erreur, la terrible illusion à éviter consisterait à se figurer un cadre vide, un « négatif », une forme, un néant « rempli » par un contenu positif, l'être. Une telle conception des choses, qui réduirait soit le trouble négatif au trouble positif (thèse psy-

...Toute phénoménologie de l'obsession, d'une crise de manie, de la pensée schizophrénique vise à atteindre cette structure formelle de la psychose, par quoi elle se caractérise essentiellement...

...L'erreur, la terrible illusion à éviter consisterait à se figurer un cadre vide, un « négatif », une forme, un néant « rempli » par un contenu positif, l'être...

1. La langue espagnole exprime la profonde unité du « sommeil » (trouble négatif) et du « rêve » (trouble positif) par un seul mot « sueño ».

chogénéiste), soit le contenu à n'être qu'une contingence à l'égard du contenant (thèse mécaniciste) est naturellement à proscrire radicalement. Il n'y a pas une sorte d'axe immuable autour duquel glisserait un anneau dont il remplirait la forme de sa matière toujours identique à elle-même ! Nous retomberions ainsi dans une sorte de mécanique naïve et absurde.

Pour bien saisir le sens à donner à tous les concepts dont nous nous servons, il faut revenir à ce que nous avons déjà exposé et à notre schéma fondamental de l'évolution de fonction psychique.

Le trouble négatif n'est qu'une modalité inférieure, une anomalie de l'intégration. Et celle-ci n'est pas une instance hétérogène transcendant les fonctions intégrées ! Elle est l'activité même de la conscience, qui est toujours et nécessairement conscience de quelque chose. De telle sorte qu'une certaine dissolution de la conscience ne se caractérise pas par une forme négative vide dont le « contenu » serait *contingent*, mais par une certaine manière d'être de la conscience, qui dans sa totalité structurale n'admet aucune partie hétérogène à sa signification et est constituante génératrice et, en un certain sens, créatrice de son vécu. Le trouble négatif n'est pas une partie des symptômes, il constitue la forme générale qu'affecte la vie psychique en voie de régression.

Le trouble positif n'est pas davantage constitué par une juxtaposition de parties, de choses. La « part subsistante » de l'être est l'être subsistant dans l'entier de son reste. C'est ce qui subsiste de la trajectoire de la personnalité, quand le champ de la conscience, qui a pour mission de l'engager, de l'ériger, de le mettre en forme, se dissout. Or la différenciation du champ de la conscience et celle du développement de la personnalité, les processus d'identification et le système de l'idéal du moi, sont absolument corrélatifs. De telle sorte que l'image sanglante que nous trouvons au centre de tel état oniroïde, par exemple, n'est pas autre chose que la forme d'agressivité de l'être à quoi est réduite sa personnalité. Cette corrélation du monde des images, reflets à la fois du monde et de l'instinct, et de la structure de la conscience est la loi même de la constitution et de l'unité de l'activité psychique.

Dans l'activité psychique normale, nous pouvons faire monter telle image prise dans le filet de notre imagination ou de notre attention, jusqu'à la surface de notre conscience vigile ou réfléchie, mais elle ne se présentera que comme une partie du champ, un élément à partir duquel nous pourrions travailler... ou nous réjouir. Elle gardera son caractère artificiel et anachronique que lui confère précisément l'actualité de sa « représentation ». Si nous nous abandonnons à la rêverie, déjà nous nous livrons à une forme de conscience qui rejoindra l'image à mi-chemin de son assumption et se l'incorporera dans la mesure même où notre esprit s'identifiera déjà à elle.

Dans le sommeil et le rêve, la négativité de notre conscience coïncide avec la positivité de l'imaginaire, par la métamorphose régressive qui nous fait passer d'une

...Le trouble négatif n'est pas une partie des symptômes, il constitue la forme générale qu'affecte la vie psychique en voie de régression...

...Le trouble positif n'est pas davantage constitué par une juxtaposition de parties, de choses. La « part subsistante » de l'être est l'être subsistant dans l'entier de son reste...

conscience qui pense sur l'image à une conscience qui s'engloutit dans l'image.

Dans les psychoses qui « décontractent » dans le temps, et à des profondeurs intermédiaires, la dissolution hypnique, nous observons ce même mouvement complexe plus ou moins durable, régulier ou progressif d'un travail DE PROJECTION qui est, à des degrés divers et sous diverses formes, celui-là même du rêve. C'est pourquoi, comme nous l'avons dit, *toute psychose et toute névrose est délirante*. La forme du délire dépend du niveau de dissolution et des modalités de son intégration dans la personnalité comme nous l'avons vu. En ce sens les images, qui le constituent, la structure *fantasmique* de chaque psychose font partie intégrée d'un certain mode de pensée. Le délire ne se réduit pas au thème qu'il exprime, le délire n'est ce thème que parce que le thème correspond à une certaine organisation de la conscience. Le délire n'est pas seulement « contenu » de la conscience, mais reflète également la « forme » anormale de la conscience. Dans la psychonévrose obsessionnelle, pour prendre un autre exemple, au terme de l'analyse formelle de la pensée compulsive et de l'analyse compréhensive du mécanisme de l'autopunition, ne se trouvent pas deux parties du trouble obsessionnel, mais l'envers et l'endroit d'une même forme de régression de la conscience et de la personnalité.

Ainsi sont également exclues les naïvetés du mécanisme et de la psychogénèse dans une théorie *psychoplastique* du trouble psychique, (c'est-à-dire une théorie de la formation de ses symptômes). Et il n'a fallu rien de moins que pénétrer dans l'intimité de la structure de la vie psychique, pour qu'elle nous livre alors le secret de la psychose et de la névrose *immanentes à sa nature*, comme le rêve que nous portons, par le mouvement même de notre vie, en nous.

Et c'est le dernier mot auquel nous conduisent ces analyses et ces réflexions : la considération du rêve est tellement essentielle pour le psychiatre ¹ qui cherche un fil d'Ariane dans le labyrinthe psychiatrique, que l'on peut dire que la seule explication concevable des « troubles mentaux », c'est justement la référence constante et systématique aux divers aspects d'un même fait. Ce « fait primordial », c'est tour à tour celui d'une structuration *hiérarchisée* de notre psychisme, celui d'un monde imaginaire *immanent* à notre pensée, celui d'un Inconscient *contenu* par et dans notre pleine conscience, celui d'un éventail de psycho-névroses et de psychoses qui déploie à des *niveaux* divers le monde des images, c'est-à-dire, en fin de compte : la POSSIBILITÉ DE RÊVER.

* *
*

...Dans les psychoses [...] nous observons ce même mouvement complexe plus ou moins durable, régulier ou progressif d'un travail de PROJECTION... C'est pourquoi, toute psychose et toute névrose est délirante...

1. Et surtout pour le thérapeute pour qui elle justifie toutes les thérapeutiques biologiques qui agissent sur la condition négative, comme les chocs — et les traitements agissant sur la part positive, comme la psychanalyse et aussi l'hypnose qui, née en France, ne connaîtra désormais sans doute un regain d'actualité chez nous que lorsqu'elle nous reviendra d'Amérique...

BIBLIOGRAPHIE

I. PRINCIPAUX OUVRAGES A CONSULTER SUR LE RÊVE

- R. MACNISH, *The Philosophy of sleep*, I vol., Glasgow, 1845.
- HARVEY DE SAINT-DENIS, *Les rêves et les moyens de les diriger*, I vol., Paris, 1867,
[NdE :ouvrage à peu près introuvable et qui se trouve à la Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris].
- A. MAURY, *Le sommeil et les rêves*, Paris, 1878, I vol.
- RADESTOCK, *Schlaf und Traum*, I vol., Leipzig, 1878.
- DELBEUF, *Le sommeil et les rêves*, I vol., Paris, 1885.
- Max SIMON, *Le monde des rêves*, I vol., Paris, 1888.
- Ph. TISSIE, *Les rêves. Physiologie et pathologie*, Paris, 1898, I vol.
- SANTE DE SANCTIS, *I sogni*, I vol., Turin, 1899, 2^{ème} édit. 1920.
- S. FREUD, *Traumdeutung*, 1^{ère} édit., 1900 — trad. fr. de la 7^{ème} édit., 1926.
- VASCHIDE et PIERON, *La psychologie du rêve du point de vue médical*, I vol., Paris, 1902.
- M. FOUCAULT, *Le rêve*, I vol., Paris, 1906.
- MEUNIER et MASSELOU, *Les rêves et leur interprétation*, I vol., Paris, 1910.
- Mourly VOLD, *Ueber den Traum*, I vol., Éd. Klemm, 1910.
- VASCHIDE, *Le sommeil et les rêves*, I vol., Paris, 1911.
- Havelock ELLIS, *Die Welt der Träume*, I vol., Wurzburg, 1911.
- M. NICOLL, *Dream Psychology*, I vol., Oxford, 1917.
- H. SILBERER, *Der Traum, Einführung in die Traumpsychologie*, I vol., Stuttgart, 1919.
- KAPLOUN, *Psychologie générale tirée de l'étude du rêve*, I vol., Lausanne, 1919.
- V. DELAGE, *Le rêve*, I vol., Paris, 1920.
- W. H. RIVERS, *Conflict and Dream*, I vol., New-York et Londres, 1928.
- L. BINSWANGER, *Wandlungen in der Auffassung und Deutung der Traumes von den
Grischen bis zur Gegenwart*, I vol., Berlin, 1928.
- W. STEKEL, *Fortschritte und Technik der Traumdeutung*, I vol., Vienne, Leipzig et Berne, 1938.
- R. ALLENDY, *Rêves expliqués*, Gallimard, Paris, 1938.
- A. BÉGUIN, *Le rêve chez les romantiques allemands*, 2 vol., Cahiers du Sud, Marseille,
1936.
- E. AEPPLI, *Der Traum und seine Deutung*, I vol., Zurich, 1943.
- A. GARMA, *Psicoanalisis de los sueños*, 2^{ème} éd. (très augmentée), I vol., Buenos-Aires,
1948.
- C. JUNG, *Ueber psychische Energetik und das Wesen der Traum*, 2^{ème} édit., I vol., Éd.
Rascher, Zurich, 1948.
- R. BOSSARD, *Psychologie des Traumbewusstsein*, Éd. Rascher, Zurich, 1951.

II. PRINCIPAUX TRAVAUX SUR LE RÊVE DEPUIS 1930

- ALLENDY, *Les rêves et leur interprétation psychanalytique*, I vol., 1930.
- FREUD, *Délire et rêve dans la « Gradiva » de Jensen*, I vol., 1931.
- KRETSCHMER, *Das Ressentiment im Traum*, *Zeitsch. f. Neuro. und. Psychiat.*, 1931, Band
136, p. 329.
- J. ZUTT, *Sobre el sonar despierto*, *Archivos de Neurobiologia*, 1931, T. XI, p. 5.

BIBLIOGRAPHIE

- J.J. BARCIA GOYANES, El sueño normal y sus alteraciones, *Cronicos Medica*, p. 197.
- E JONES, *Nightmare, witches and devils*, 1 vol, New-York, 1931.
- F. PIERCE, *Dreams and personality*, 1 vol., New-York, 1931.
- BOLLI, Le rêve et les aveugles — I. Le rêve et les aveugles nés, *Journ. de Psych.*, 1932, p. 20. — II. De la survivance des images visuelles, *Journal de Psych.*, 1932, p. 258.
- BROEK, Dreams folklore and Neurasthenia, *Med. Press a Circ.* n° 2877, 1932, p. 340.
- GARMA A., El sueño, Consideraciones psicoanalíticas, *Arch. de Med. Cir. y Especial*, 1932, T. XXV, p. 1007.
- GROTHAHN, Ueber Selbstbeobachtungen beim Erwachen, *Zeitsch., f. die gesamte Neuro. und Psych.*, 1932, Buch 139, p. 75.
- KOURETAS et SEOURAS, Un trouble particulier du sommeil, *L'Encéphale*, 1932, p. 622.
- PERES, Le rêve de la veille dans le roman proustien, *Journ. de psych.*, 1932, p. 105.
- WINTERSTEIN, *Schlaf und Traum*, 1 vol., 1932.
- WOMELA, Cont. à l'exploration subjective de l'action au rêve, *Casofia. lek. castg.*, 1932, T. 71, p. 1593.
- DUGAS, De la méthode à suivre dans l'étude du rêve, *Journ. de Psych.*, 1933, p. 955.
- GARMA, LOS restos diurnos en el trabajo del sueño., *Archivos de Neurobiologia*, 1933, T. XIII, p. 769.
- A. A. BRILL, *The interpretation of dreams*, 1 vol., New-York, 1933.
- P. N. TIRESIAS, *Il libro dei Sogni. Dottrine oniriche dai Babilonesi a Freud*, 1 vol., Milan, 1933.
- LE MAÎTRE, Cont. à l'Étude des rêves normaux, *Thèse Paris*, 1934.
- PAILHAS, Rêves périodiques, *Arch. Int. de Neur.*, 1933, T. X, p. 209.
- SANZ IBANEZ, Estudio experimental sobre el sueño, *Archivos de Neurologia*, 1933, T. XIII, p. 793.
- VOMELA, Cont. à l'étude subjective des rêves, *Casofios lek. caskych.*, 1933, p. 171-262-366.
- EPSTEIN, Studie über das onirische Bewusstsein vom Standpunkte der pathologischen Psychologie und Physiologie der Psychosen, *Arch. Suisses de Neur. et de Psych.*, 1934, T. XXXIV, p. 219.
- HAGENTONE, Narkose, Hypnose, Traum, Wachtraum, *Wien. Med. Wochenschr.*, 1934, T. LXXXIV, p. 1009.
- MALAMUD W., Dream analysis : its application in Therapy and Research in Mental Diseases, *Arch. of Neuro. Psych.*, 1934, p. 356.
- FRANQUET, Réflexions sur nos rêves, *Union Méd. du Nord-Est*, 1935, p. 1.
- W. ARCHER, *On dreams*, 1 vol., Londres, 1935. SCHMID G., Die Gesetzmässigkeit des Traumlebens — Das emotionale Gedächtnis als Grundtatsache des Traumlebens, *Zeit. f. Psych.*, 1935, p. 71.
- STEKEL W., *Fortschritte und Technik der Traumdeutung*, Wien. Leipzig, 1935, 80 p.
- C. G. JUNG, *Traumsymbole des Individuation prozesses*, Rhein éd., Zurich, 1937.
- SCHNEERSOHN, Traum und Spiel, *Arch Suisses de Neuro. et de Psych.*, 1936, T. XXXI, p. 125 et 303
- P. BJERRE, *Das Traumen als Heilungsweg der Seele*, Rascher éd., Zurich et Leipzig, 1936.
- CURTIUS, Grundsätzliche Fragen zur Traumassoziation mit Lichtbildern, *Zeitsch. f. die gesamte Neuro. u. Psych.*, 1937, Band 161, p. 55.
- E. SHARPE, *Dream analysis*, Hogarth Press, Londres 1937.

BIBLIOGRAPHIE

- GALANT, Beitrag zur Psychopathologie des Traumlebens, *Neuropsychiat.*, vol. 3, 1937, p.1.
- T. FRENCH, Reality testing in dreams, *Psychan. quater.*, 1937, 1.
- HOFF et POTZL, Ueber die labyrinthären Beziehungen von Flugsensationen und Flugträumen, *Monatsch. f. Psychiat. u. Neurol.*, 1937, p. 193.
- M. STEINER, The dream-symbolism of the analytical situation, *I. J. of Psychan.*, 1937.
- G. SCHMID, *Die seelische Innenwelt im Spiegel des Traumlebens*, 1 vol., Leipzig, 1937.
- H. LUNGWITZ, *Das Traumen als geistigseelische Nacharbeit*, 1 vol., Halle, 1938.
- CRIARA, Il sogno como alimento diagnostico del tipo caratterologico, *Archivio generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi*, 1938, T. XIX, p. 5.
- GUTHEIL Emil A. *The language of the Dream*. Macmillan, 1939.
- R. DESOILLE, *Exploration de l'affectivité subconsciente par la méthode du rêve éveillé. Sublimation et acquisition psychologiques*, 1 vol., Paris, d'Artrey, 1938.
- LEVIN, Reconstruction Dreams, *The Am. Journ. of Psych.*, 1939, T. XCVI, p. 705.
- FONTANIER et STOKVIS, Psychologie und Psychophysiologie des Wecktraumes, *Acta Psychiatria et Neurologia*, 1940, T. XV, p. 59.
- KLIMES K., Ueber Wachträume, *Arch. f. Psych. und Nervenkrank.*, 1941, p. 132.
- LHERMITTE et HECAEN, L'héautoscopie onirique. Le double dans le rêve et le songe. *Sté. de Neur.* 2 juin 1942, *R. N. T. LXXIV*, p. 226.
- LHERMITTE, HECAEN, COULONJOU, Héautoscopie et onirisme. — Le problème du double dans le rêve et le songe, *A. M. P.*, 25 mai 1942, p. 180.
- SCHMID G., Die Psychopathologie des Alpdrucks. *Zeitsch. f. die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, T. CLXXVII, 1944, p. 84.
- DESOILLE R., *Le rêve éveillé en psychothérapie. Essai sur la fonction de régulation de l'inconscient collectif*, 1 vol., 1945.
- A. STOCKER, *Les rêves et les songes*, 1 vol., Paris, 1945.
- C. G. JUNG, *L'Homme à la découverte de son âme*, Genève, 1946.
- HALBWACHS, Le rêve et le langage inconscient dans le sommeil, *J. de Psycho.*, 1946, p. II.
- H. HEDIGER, Los sueños de los animales, " *Actas Ciba* ", 10, 1946.
- R. WOODS, *The world of dreams : an anthology*, 1 vol., New-York, 1947.
- LHERMITTE, PASTOUREAU, BERNY, DESOILLE etc., *Arts et Lettres*, 11, 1948.
- E. SOLOWICZ, Consciousness in dreams, *Amer. J. of Psychotherapy*, janvier 1947.
- M. BRENNAN, Dreams and Hypnosis, *Psychanalytic Quarterly*, 1949, t. XVIII, p. 455-465.
- K. DELIUS, Ein kaum beachtete Bedeutung der Träume, *Nervenarzt*, 1949.
- H. GOFFERT, Der Traum als Ausdruck, *Nervenarzt*, 1949, p. 174-181.
- A. GROSS, Sense of time in dreams, *Psychanalytic Quarterly*, 1949, t. XVIII, p. 466.
- B. MITTELMAN, Ego functions in Dreams, *Psychanalytic Quarterly*, 1949, t. XVIII, p. 434.
- R. BILZ, Die Vertikaltendenz in hypnagogisches Erleben, *Arch. Suisses de Neuro. et de Psych.*, 1950, t. LXVI, p. 23-39.
- R. BOSSARD, Die Stufen der Traumdeutung, *Psyché*, 1950, t. IV, p. 241.

III. PRINCIPAUX TRAVAUX SUR LES RAPPORTS DU RÊVE ET DE LA FOLIE ET LES ÉTATS ONIRIQUES

- CABANIS, Dixième Mémoire, *Rapports du Physique et du Moral*, 1824.
- MACARIO, DU sommeil, des rêves et du somnambulisme, etc., *A. M. P.*, 1846 et 1858.
- BAILLARGER, *De l'état intermédiaire à la veille et au sommeil*, 1842.
- MOREAU (de Tours), *Du haschich et de l'aliénation mentale*, 1845. — *Discussion de 1845 à la Société Médico-Psychologique*. — *Discussion de 1855 à l'Académie Impériale de Médecine*. — De l'identité de l'état de rêve et de la folie, *A. M. P.*, 1855, I. p. 360 à 408.
- LELUT, Le sommeil, les songes et le somnambulisme, *A. M. P.*, 1852.
- A. KRAUSS, Der Sinn im Wahnsinn, *Allg. Zeitschr. für Psychologie*, 1858-59.
- IDELER, Die Entstehung des Wahnsinnes aus den Träumen, *Charité Annalen*, 1862, II.
- CHASLIN, *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire*, Thèse Paris, 1887.
- RÉGIS, *Hallucinations oniriques des dégénérés mystiques*, Congrès des Médecins Aliénistes, 1894.
- PICHON, *Contr. à l'étude des délires oniriques*, Thèse Bordeaux, 1896.
- SANTE DE SANCTIS, *I sogni*, 1899.
- KLIPPEL, *Revue de Psychiatrie*, 1897.
- TRENAUNAY, *Le rêve prolongé*, Thèse Paris, 1901.
- VIGOUROUX, *Archives Générales de Médecine*, 1903.
- KOZODOWSKI, Zusammenhang von Träumen und Wahnvorstellungen, *Neurol. Zentralblatt*, 1901.
- R. CHARPENTIER, L'onirisme hallucinatoire, *Revue Neurologique*, 1919.
- S. FREUD, *Traumdeutung*, chap. 1 à 8. (Trad française).
- A. DELMAS, *Les Délires post-oniriques*, Congrès de Strasbourg, 1920.
- MAYER-GROSS, *Die oneiroïden Erlebnisformen*, Berlin, 1924.
- SANTE DE SANCTIS, La coscienza onirica. *Scientia*, 43, 1928.
- F. P. MULLER, Traum und Delirium, *Psych. N. Bl. Amsterdam*, 1928.
- E. DE GREEF, Etude sur le rêve, la perception et l'hallucination dans leurs rapports avec la personnalité, « *Journal de Neurologie et de Psychiatrie* », 1928.
- CARL SCHNEIDER, *Die Psychologie der Schizophrenen*, Berlin, 1930.
- O. KANT, Dreams of schizophrenic patients, *J. of nervous and mental diseases*, 1942.
- DOUGLAS NOBLE. A study of dreams in schizophrenia and allied states, *Amer. Journal of Psych.* 1951, 107, p. 612.

IV. PRINCIPAUX TRAVAUX SUR LES ÉTATS ONIRIQUES ET ONIROIDES DEPUIS 1930

- BARUK, TRUBERT, Psychose colibacillaire à forme onirique puis maniaque, au cours d'une pyélonéphrite post-puerpérale, *A. M. P.*, séance du 27 nov. 1933, T. II, p. 105.
- BARUK, DEVAUX, Catatonie Grand colibacillaire. Délire onirique intriqué avec la catatonie. Guérison clinique après sérothérapie, *A. M. P.*, séance du 27 nov. 1933, T. II, p. 109.
- BENON A., L'onirisme : syndrome et maladie, *Bul. Méd.*, 1933, I, 47, p. 247.
- CLAUDE, EY, Troubles psycho-sensoriels et états oniriques dans l'encéphalite épidémique chronique, *Presse Méd.*, vol. 41, 1933, p. 1281.

BIBLIOGRAPHIE

- MASPES, Sindroma narcolenica-onirica d'origine diencefalica, *Riv. di Path. Neur. e Ment.* vol., 41, 1933, p. 137.
- BARUK, L'état mental au cours de l'accès catatonique. Rôle de l'onirisme et des idées post-oniriques dans le négativisme, les délires et les hallucinations des catatoniques. Faux aspect de simulation. Étiologie toxique, *A. M. P.*, 1934, T. I, p. 317.
- H. EY, Brèves remarques sur les rapports des états psychopathiques avec le rêve, *A. M. P.*, 1934.
- BENON, Confusion mentale et onirisme. Présentation clinique. *Gazette des Hôp.*, T. CVII, 1934, p. 1261.
- CLAUDE, DUBLINEAU, EY, RUBENOVITCH, État schizomane, crises délirantes par poussées à caractère oniroïde. — Éléments intuitifs et compensateurs. *A. M. P.*, séance du 23 avril 1934, T. I, p. 557.
- CLAUDE, DUBLINEAU, RUBENOVITCH, Troubles psychiques du type mystique. État oniroïde et confusionnel avec pouvoir de résurrection. Crises nerveuses avec émission d'urine. Possibilité d'un état comitial, *A. M. P.*, séance du 11 janv. 1934, T. I, p. 103.
- EPSTEIN, Studie über das onirische Bewusstsein vom Standpunkte der pathologischen Psychologie und Physiologie der Psychosen, *Arch. Suisses de Neuro. et de Psychia.*, 1934, T. XXXIV, p. 219.
- SOCCO E. G., Pseudo allucinazione ed allucinazioni oniriche, *Ospedale magg. di Novara*, T. XI, 1934, p. 40.
- BARISON, Classificazione de analisi degli onirismi e descrizione degli stati oniroide nella paralisi progressiva malarizzata, *Riv. di Freniatria*, 1936, p. 217.
- J. ROUART, L'onirisme dans les psychoses paranoïaque et maniaque dépressive, *Évolution Psychiatrique*, 1935.
- KALCHTEIN (BAROUK), *Syndrome de Gelineau avec hallucinations oniriques*. 1 vol. Thèse Paris, 1936.
- BERTHIER, *Du rêve au délire*, Thèse Lyon, 1937.
- GIROLANO Di GREGORIO, Sindrome onirica da malaria (Cont. clinico con analisi del delirio onirico) *Riv. de Patol. neur. e ment.*, 1937, p. 557.
- LHERMITTE et SIGWALD, Hypnagogisme, hallucinose et hallucinations, *R. N.*, 1941, p. 225.
- BESSIÈRE et GRAVEJAL, Onirisme lilliputien et gastronomique par carence alimentaire. *A. M. P.*, séance du 9 nov. 1942, T. II, p. 351.
- LHERMITTE, HÉCAEN, COULONJOU, Héautoscopie et onirisme. Le problème du double dans le rêve et le songe. *A. M. P.*, séance du 26 mai 1942, T. II, p. 180.
- DUBLINEAU et DIGO, Essai d'interprétation typologique d'un délire alcoolique secondaire, *A. M. P.*, 1943, T. I, p. 506.
- BONNAFÉ et TOSQUELLES, Expérience onirique : début d'un accès maniaque, *A. M. P.*, séance du 24 janv. 1944, T. I, p. 168.
- FERDIÈRE, Onirisme isolé du vieillard, manifestation d'inanition, *A. M. P.*, séance du 11 mars 1946, T. I, p. 253.
- S. FOLLIN, Une psychose oniroïde de culpabilité, *Évolution Psychiatrique*, 1947, t. II, p. 61.
- W. WINKLER, Das Oneiroïd (Zur Psychose Alfred Kubins), *Archives f. Psych. (Zeitschr.)*, 1948, t. CLXXXI, p. 136-167.
- J. N. de ALMEIDA PRADO, *Psychoses onirogènes*. 1^{er} Congrès Mondial de Psychiatrie C. R. 1^{er} section), 1950.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS DU TOME I

A

Abely (P.), 53.
Abraham (K.), 104, 136, 146, 147.
Achard (Ch.), 29.
Adler, 69, 105.
Agathon (de Sparte), 27.
Ajuriaguerra, 78, 165.
Alexander (F.), 47, 104, 105, 108, 127, 132, 134, 143.
Allamagny, 242.
Allendy, 28, 33, 106, 109, 196.
Archigène (d'Apennée), 27.
Aretée (de Capadoce), 27, 68.
Aristote, 27, 74, 218.
Arlow (J.), 144.
Artémidor, 199.
Artigues, 198.
Aschner (B.), 33.
Asclépiade, 27, 32.
Ashby, 42.
Aubrey (Lewis), 66.
Avicenne, 218.
Azam, 258.

B

Babinski, 69, 70, 258, 273.
Baglivi, 27.
Baillarger, 54, 55, 57, 68, 214, 219, 222-226, 249.
Baissette, 23, 25.
Barahona-Fernandes, 159, 178.
Barthez, 27, 32.
Baruk, 250.
Bateson, 35.

Baudouin (Charles), 104, 108, 109, 115, 125, 134.
Bayle, 62.
Beley, 55.
Belli (Lucien), 214.
Bercy, 41.
Berg, 48.
Bergson, 35, 44, 45, 74, 160, 164, 198, 216.
Béringer, 231.
Berlioz, 198.
Berlucchi, 253.
Bernard (Claude), 19, 28, 32, 38, 72.
Bernheim, 103.
Bersot, 52.
Berthelot, 33.
Berthier (C.), 227, 241, 244.
Berze, 227, 252, 253.
Besredka, 37.
Bessière, 242.
Bibring, 132.
Bichat, 28, 33, 34.
Binswanger, 19, 65, 105.
Binz, 216.
Birnbaum, 52, 55, 170.
Bjerre (P.), 132, 200, 210, 258.
Bleuler (E.), 19, 57, 65, 68, 104, 148, 161, 162, 178, 185, 186, 207, 227, 232, 252.
Bleuler (M.), 39.
Blondel, 106, 109.
Boerhave, 82.
Bohr (Niels), 35, 36.
Bogaert, 39.
Bonaparte (Marie), 106, 117, 139.
Bonin, 42.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

Bonnafé, 19, 55, 85, 239.
 Bonnier, 28.
 Borel (A.), 106, 253.
 Borrel (P.), 255.
 Borelli, 27.
 Bosch (Hieronymus), 208, 249.
 Bottex, 54.
 Bourneville, 39.
 Bousquet, 222, 223, 224, 240.
 Boutonier (Mlle), 117.
 Boutroux, 36.
 Bovet (Th.), 34.
 Braun (L.), 143.
 Breuer, 142, 150, 233, 258.
 Brill, 104.
 Broca, 33.
 Broglie (L. de), 36.
 Bromberg, 52
 Brosseau, 231.
 Broussais, 25, 54.
 Browne (Thomas), 199.
 Brugsch (T.), 143.
 Bumke, 52, 55, 105.
 Burdach, 28, 198, 199, 200.
 Buytendisk, 43.

C

Cabanis, 51, 65, 218.
 Calderón, 211.
 Calmeil, 54, 219, 226.
 Camus, 176.
 Capgras, 233, 244.
 Carnot, 33.
 Carrel (A.), 43.
 Cartan (Élie), 35.
 Caruso (Igor A.), 191, 192.
 Caughey, 48.
 Cavé (Mme), 148.
 Celse, 27, 218.
 Cerise, 54.
 Charcot, 258, 272.
 Charpentier (R.), 233.
 Chaslin, 225, 226, 229, 241, 242, 244.
 Chiarugi, 52.
 Chrysippe, 27.
 Cicéron, 198.
 Claparède, 196, 211.

Claude, 57, 106, 231, 235, 238, 241,
 252, 253.
 Clausius, 33.
 Clérambault (G.-G. de), 15, 57, 61,
 84, 86, 88-102, 114, 170, 230, 231.
 Cobb, 79.
 Codet (Mme), 106.
 Codet, 132, 134.
 Collineau, 222.
 Comte (Auguste), 28, 33.
 Condorcet, 28.
 Corman, 38.
 Cossa, 42.
 Courchet, 55.
 Cournot, 36.
 Cramer, 55.
 Cruveilhier, 32.
 Ctésias, 27.
 Cullen, 218.
 Curt Else, 143.
 Cushing, 232.

D

Dalbiez (Roland), 106, 107, 109, 113,
 116, 125, 135, 136, 149, 151, 208, 209.
 Daquin, 52.
 Darcy Menduça Uchoa, 136.
 Daumezon, 19.
 Dejerine, 46.
 Delais Jean, 178
 Delage, 191, 196, 198, 199, 216.
 Delasiauve, 222, 225, 229, 242.
 Delbœuf, 199, 200.
 Delgado (H.), 30, 104, 143.
 Delmas (A.), 225, 242.
 Delore, 28, 29, 33, 43.
 Démocrite, 27.
 Déron, 239.
 Descartes, 27, 197, 198, 204, 211, 214.
 Désoille (R.), 130.
 Desruelles, 52.
 Destouches Février (P.), 36.
 Deutsch (Hélène), 139, 147.
 Diatkine, 136.
 Dide, 253.
 Diodes (de Caryste), 27.
 Disertori (B.), 34.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

Dognon (A.), 34.
Double, 197.
Douglas Noble, 254.
Dragon, 27.
Draper, 48.
Driesch (Hans), 35.
Dubal (G.), 195.
Dublineau, 235.
Dubois (d'Amiens), 222, 226.
Dubos, 38.
Duchène (de Boulogne), 33.
Ducoste, 255.
Dumbar (F.), 28, 30, 48, 79, 104, 143, 144.
Dupertis, 48.
Dupouy (A.), 139, 231.
Dupré, 89, 232, 233, 238, 256.
Durand (Ch.), 193.

E

Eberth, 32.
Egger, 196.
Ellenberger, 250.
Éluard (Paul), 212.
Engelten, 233.
English, 47, 79, 143.
Épicure, 27, 32, 214.
Epstein (A. L.), 40, 194..
Érasistrate, 27.
Eschenmayer 55
Esquirol 54, 65, 68, 226.
Essen Müller (E.), 77
Eury pion, 27.

F

Falret (J. P.), 60, 65, 68, 219, 243,
Falret J. (Père) 56.
Fechner, 35, 200
Fenichel (Otto), 104.
Fere (Ch.), 258.
Férenczi (S.), 104, 119, 125, 131, 134, 149.
Ferrus, 222, 223, 224.
Fevers (Carl), 30.
Fichte, 198.

Fiessinger (Noël), 29.
Fleming, 37.
Flournoy, 104, 256.
Fodéré, 54.
Follin (S.), 55, 85.
Forel, 233.
Foucault Marcel, 196, 197.
Fouquet, 19.
Fournier, 62.
Foville, 54.
Frankl (Victor E.), 124.
Friedreich, 55, 68.
French (Thomas M.), 47, 211.
Freud (Anna), 104, 120, 121.
Freud, 33, 46, 47, 48, 57, 65, 69, 103-118, 121-128, 131-150, 152, 153, 155, 156, 178, 180, 185, 186, 187, 196-200, 208, 209, 212-217, 225, 227, 233, 258, 259, 260, 273,
Frey, 55.

G

Galien, 27, 68, 218.
Gallais, 242.
Gramper, 232.
Garma (A.), 104, 146, 213.
Garnier, 89, 231.
Gastaud, 42.
Gaucher, 40.
Gay Lussac, 33.
Gebtsattel (von), 65, 257.
Gelma (M.), 72.
Genil-Perrin, 106, 109
Georget, 54.
Gerö, 147.
Glaucker, 46.
Glover (Ed.), 120.
Glover (M.), 136.
Goblot, 196.
Goldstein, 34, 43, 59.
Grasset, 176.
Griesinger, 55, 65, 68.
Grote (L. R.), 143.
Grotiahn (Martin), 189.
Grey (Walter), 42.
Grühle (H. W.), 60, 227, 252, 253.
Guiraud (P.), 23, 66, 89, 168, 253.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

Gutheil (Emil A.), 194, 239.

H

Haberlin (P.), 77.
Hagen, 57.
Halbwachs, 194.
Haller, 28.
Halliday, 48, 143.
Harris (N.), 67.
Hartenberg, 72.
Hartmann (H.), 103, 126, 135.
Harvey, 27.
Havelock (Ellis), 211.
Hayper, 52.
Hécaen (H.), 78, 165, 203.
Hegel, 36, 44, 46, 55, 74, 239.
Heidegger, 45, 65.
Heinroth, 55, 61, 68, 105, 223.
Heisenberg, 36.
Helmholtz, 33, 35.
Helmont, 27, 32.

Helpach, 47.
Helvetius, 32.

Henry (G. W.), 52, 79-
Héraclite, 27, 32, 36.
Herbart, 216.
Hérophile, 27.
Hervey de Saint-Denis, 191, 196, 197,
199, 200, 212.
Hesnard (A.), 105, 106, 109, 126, 231.
Heyer (G. R.), 47, 143.
Hippocrate, 23, 25, 26, 68, 218.
Hodgkin, 45.
Hoffmann (F.), 27, 32, 159.
Hoop (Van Der), 177.
Horney (Karen), 105, 151.
Huntington, 39.
Husserl, 45.

I

Ideler, 55, 68, 226.
Ijehlinger, 40
Isaacs (S.), 120.

J

Jackson (Hughlings), 9, 34, 37, 65,
92, 159-162, 165, 178-181, 183, 186,
216, 227, 229, 231, 232, 262.
Jacobi, 55, 68.
Jacquelin, 28.
James, 143.
Janet (P.), 65, 68, 103, 114, 153, 161,
164, 169, 178-186, 227, 258, 259,
268, 272, 273, 274.
Jaspers, 30, 45, 65, 69, 76, 105, 167,
171, 172, 271.
Jelliffe (Smith Ely), 104, 159, 178.
Jergelsma, 149.
Jollos, 149.
Jones, 113, 114, 119, 135.
Jones (E.), 104, 109, 122.
Jung (C. G.), 103, 104, 105, 112, 115,
134, 136, 200, 210.

K

Kafka, 140.
Kahlbaum, 55, 56, 57, 68.
Kandinski, 57.
Kant (E.), 34, 55, 200, 218.
Kant (Otto), 159, 170, 252, 254.
Kantor, 43.
Kaploun, 199, 205, 216.
Kennedy, 143, 232.
Kierkegaard, 45, 239.
Klages, 159.
Klein (Mélanie), 104, 105, 120, 136,
146, 147.
Kleist, 61, 232.
Klippel, 226, 241, 242, 244, 255.
Knight, 54.
Koch, 32.
Kocim (F.), 52.
Koffka, 43.
Kohler, 43.
Kopp, 51.
Korsakoff, 231.
Kouretas, 195.
Kraepelin, 52, 65, 68, 193, 206, 241,
247.
Krafft-Ebing, 68, 139.
Krapf, 51.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

Kraus (F.), 43-
Krauss (A.), 198, 214.
Krehl (Ludolf von), 33.
Kretschmer, 38, 65, 161, 170, 178.
Kubie (L. S.), 189, 258.
Kuhnel, 177.

L

La Mettrie, 32.
Lacan (J.), 55, 106, 145, 223, 244.
Laforgue, 106, 109, 123, 124.
Laehr (H.), 52.
Laignel-Lavastine, 52, 226.
Lain Entralgo (P.), 34.
Laënnec, 32.
Lamarck, 35.
Lambercier (Mlle), 139.
Lampl De Groot (Jeanne), 139.
Laroque, 55.
Lasègue, 68, 208, 225, 229, 231.
Lavoisier, 33.
Lawrence, 32.
Lebovici (S.), 120, 136.
Legrain, 231, 242.
Legrand du Saule, 89.
Lelut, 54.
Leriche, 79.
Leroy (B.), 191, 193, 255.
Leubucher, 56.
Leuret, 242.
Levin (Max), 159.
Lhermitte, 42, 191, 193, 203, 232, 267.
Lie-Tsiu, 199.
Lieck (E.), 143.
Llopis (B.), 174.
Locke, 32.
Lœwenstein (R.), 106, 126, 127, 138, 139.
Logre, 231.
Londe, 222, 223.
Lopez y Ruiz, 226.
Lopez-Ibor, 103.
Lorand (S.), 132.
Lorente de No, 41.
Lucrèce, 214.
Lumière, 28.
Luys, 54.

M

MacCulloch, 42.
Macario, 197, 219, 226.
Maeder, 103, 112.
Magendie, 32.
Magnan, 15, 65, 68, 229, 231, 242.
Maine de Biran, 164, 216.
Mâle, 106.
Marcel, 45.
Marchand, 242.
Margolin (S.), 189, 258.
Marx (K.), 44.
Masoch (Sacher), 139.
Masselon (R.), 197, 225, 226.
Maudsley, 255.
Maupassant (Guy de), 254.
Mauriac (P.), 28.
Maury, 191, 193, 196, 197, 216, 219.
Mayer, 231, 233.
Mayer-Gross, 143, 227, 231, 233, 234, 252, 253.
Medakovitch, 255.
Mendel, 35.
Merleau-Ponty, 35, 45, 66.
Meunier (P.), 196, 197, 225, 226.
Meyer (Adolf), 65, 69, 81, 107, 143, 160, 170, 178.
Meyerson, 199.
Meynert, 225, 233, 234.
Michaels (J. J.), 152.
Michea, 56, 57.
Migault, 238.
Mignard, 216, 226.
Mignot (H.), 60, 178, 227, 255.
Minkowski (E.), 65, 227, 252, 253.
Mitchourine, 35.
Miyagi (O.), 194.
Monakow, 43, 76, 159, 160, 161, 178.
Montaigne, 211.
Moreau de Tours, 54, 60, 65, 68, 161, 178, 187, 218, 219, 222-227, 229, 240, 243, 259, 262, 271, 272.
Morel, 65, 68, 260.
Moreno, 132.
Morgagni, 32, 35, 52.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

Morgan, 35.
Morlaas, 241.
Morsier (M. de), 85.
Mourgue, 56, 59, 76, 159, 160, 161,
178, 186, 256.
Mourly-Vold, 196, 198.
Müller, 32, 35, 52.
Muratori (L. A.), 273.

N

Nacht, 79, 106, 109, 127, 133, 134,
138, 139, 143 146, 147, 156.
Newton, 198.
Nicolle (Ch.), 28, 29, 37.
Niemann-Pick, 40.
Nietzsche, 103, 254.
Nodet (H.), 55.
Nodier (Charles), 211.
Noguchi, 62.

O

Odiar (M.), 104, 126, 135, 140, 154.
Ophuijsen, 146.
Ors (Eugenio d), 213.
Otoya Miyagi, 234.

P

Pagniez, 176.
Pälaggi, 35.
Palagyi, 160.
Paracelse, 32.
Parchappe, 54.
Parcheminey, 79, 106, 143, 153.
Pascal Blaise, 211, M^{lle} Pascal, 255.
Pasche, 136.
Pasteur, 32.
Pastoureau (H.), 212.
Pavlov, 61, 189, 254.
Peisse, 64.
Pende, 38.
Petit (G.), 57.
Petit (M^{lle} Paule), 244.
Philinus, 27.
Pichon Rivière, 104, 106, 149.

Pinel, 52, 54, 68, 226.
Piorry, 222, 223.
Pitres, 260.
Pittaluca, 40.
Pizarro Crespo, 104, 143.
Planck, 36.
Platon, 27, 32.
Platter (Félix), 68.
Plaut, 231, 255.
Polybe, 27, 32.
Porrot, 231.
Pötzl, (O.), 197.
Praxagonas (de Cos), 27.
Protopopov, 254.
Purkinje, 200, 214.

R

Radestok 197, 233.
Rado (S.), 136, 147.
Ramos (Arthur), 104.
Rancoule, 231.
Rank (O.), 104, 119, 132, 134, 211.
Rappin, 28.
Rascovsky (A.), 48, 104, 146, 149.
Reede (Ed H.), 149
Régis, 15, 68 ,105, 109, 225, 229, 231,
233, 241, 242, 256, 260.
Reich, 104, 105, 139.
Reid (J.), 80.
Reil (T.), 104, 124.
Renan, 33.
Richet, 258.
Riemann, 35.
Ritter, 43.
Ritti, 56.
Rivière, 120.
Robert, 200.
Robin (G.), 27, 252, 253.
Rorschach, 227.
Rouart (J.), 55, 159, 161, 179, 216,
239, 240, 244.
Rouhier, 231.
Rousseau J.J., 139.
Rouques, 191, 193.
Rubénovitch, 235.
Rumke, 19, 154, 165, 176.
Rutherford, 35.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

S

Sanctorius, 27.
Sante de Sanctis, 196, 216, 226, 233, 241, 259.
Sartre (J. P.), 45, 189, 190, 191, 202, 203, 238.
Saussure (R. de), 104, 113, 124.
Schatzmann, 210.
Scheid (W.), H9.
Scheldon, 38.
Schenk (P.), 201.
Scherner, 200.
Schiff, 145, 234.
Schleiermacher, 200.
Schlichtegroll, 139.
Schmidt (G.), 195, 205.
Schneersohn (F.), 211.
Schneider (Carl), 35, 227, 252, 253.
Schneider (Kurt), 159.
Schopenhauer, 103, 198, 218.
Schroeder, 145.
Schuller-Cristian, 40.
Schulter (W.), 19.
Schultz (J. H.), 177.
Schulz-Henckle, 105, 143.
Schutzenberger, 42.
Schwarz, 30, 46, 143.
Scouras, 195.
Séglas, 15, 56, 57, 65, 68, 242.
Selye, 40, 41.
Sennert (Daniel), 68.
Sérapion, 27.
Sérieux, 52, 233, 242, 244, 255.
Serin (Mlle), 254, 255.
Sévigné (Mme de), 125.
Sezary, 40.
Sharpe (E.), 199.

Siebeck (R.), 39, 43, 143.
Sigaud, 38.
Sigwald, 191.
Silberer (H.), 103, 112, 192.
Simon (Max), 197.
Sivadon, 19.
Skoda, 32.
Soesmann, 198.
Sokolnika (Mme), 106.

Sollier, 258.
Sommerfeld, 35.
Soranos (d'Éphèse), 27.
Spencer, 160, 211.
Spitta, 197.
Spinoza, 218.
Spranger, 178.
Spurzheim, 55.
Stahl, 27, 32, 34, 55.
Starcke, 119.
Steck, 231.
Steckel, 103, 105, 111, 131, 134, 143.
Stein, 35.
Stern (Léopold), 139.
Stircke, 146.
Stocker (A.), 187.
Storch, 247.
Strauss, 65.
Strausberg (G.), 143.
Sydenham, 27, 32.
Sylveire (J.), 212.

T

Taine, 33, 35, 214.
Tamburini, 56.
Targowla, 255.
Tartini, 198.
Taylor, 211.
Thémison, 27.
Thénatos, 27.
Théopompe, 27.
Thomas (saint), 74.
Timofeef-Ressovsky, 39.
Tissie, 197.
Tolman, 43.
Tosquelles, 239.
Toulouse, 216.
Tournay, 191, 193, 195.
Traube, 32.
Tzank, 28.
Trenaunay P., 226, 242, 244.

U

Uexkull (von), 30.
Usse, 242.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

V

Valence, 238.
Vallon, 242.
Van der Berg, 19, 177.
Vaschide, 195, 211.
Vigouroux, 225.
Vinchon, 52.
Virchow, 28, 32.
Vives (Luis), 199
Voisin, 54.
Vulpian, 33.

W

Waksman, 38.
Weiss, 28, 30, 47, 79, 104, 116, 143.
Weissmann, 35.
Weizsacker, 30, 43, 47, 143.
Wernicke, 33, 55, 56, 57, 61, 81, 88,
91, 95.

Wertheimer, 192.
Westphal, 55.
Wetzel, 235.
White (W.), 104, 159.
Wiener, 42.
Willis (Thomas), 68.
Wittels (F.), 103, 107.
Woelder (C.F.R.), 120.
Wolberg (Lewis R.), 177.
Wyss (W. H. von), 47, 143.

Z

Zacchias (Paul), 51, 68.
Zador, 231.
Zénon, 27.
Ziehen, 233.
Zilboorg (G), 52, 79.
Zucker, 231.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

AVERTISSEMENT.	7
<i>Préface à la deuxième édition.</i>	9
Argument.	13

ÉTUDE N° 1

LA « FOLIE » ET LES VALEURS HUMAINES.	15-22
--	--------------

ÉTUDE N° 2

LE RYTHME MÉCANO-DYNAMISTE DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.	23-49
---	--------------

<i>Les tendances actuelles de la philosophie et l'évolution de la médecine.</i>	31
---	----

ÉTUDE N° 3

LE DÉVELOPPEMENT « MÉCANICISTE » DE LA PSYCHIATRIE à l'abri du dualisme « cartésien ».	51-66
---	--------------

Pulvérisation atomistique de la séméiologie.	56
Genèse mécanique des troubles psychiques.	58
Le développement de la nosographie des « entités cliniques ».	61

ÉTUDE N° 4

LA POSITION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE CADRE DES SCIENCES MÉDICALES.	
--	--

(La notion de « maladie mentale »).	67-82
--	--------------

Médecine et psychiatrie dans l'évolution historique des sciences médicales.	67
Le dilemme psychiatrique.	69
La position de la psychiatrie dans le cadre des sciences médicales dépend d'une saine conception des rapports du physique et du moral.	73
La maladie mentale.	75
Neurologie et psychiatrie.	78
Psychiatrie et pathologie organique.	78
Psychiatrie, psychologie et sociologie.	80
Conclusions.	81

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

ÉTUDE N° 5

UNE THÉORIE MÉCANICISTE

La doctrine de G. de Clérambault . 83-102

Les éléments primordiaux, nucléaires et basaux.	90
La genèse mécanique des psychoses.	92
L'auto-construction du délire.	97
La nosographie et la conception de G. de Clérambault.	99

ÉTUDE N° 6

UNE CONCEPTION PSYCHOGÉNÉTISTE

Freud et l'école psychanalytique. . 103-156

La psychologie freudienne.	108
Les manifestations normales de l'inconscient.	109
L'inconscient.	112
L'évolution et l'organisation de la vie instinctivo-affective : Les pulsions (Triebe).	115
Le développement de la libido.	117
L'infrastructure pulsionnelle fondamentale. Les tendances sado-masochistes.	119
La superstructure pulsionnelle.	122
La structure de la personnalité.	124
L'activité symbolique de l'esprit.	127
Technique psychanalytique.	128
L'analyse.	129
La dynamique du défolement ou catharsis. Le transfert.	132
La psychopathologie freudienne.	136
Les mécanismes inconscients des états psychopathologiques.	137
Les caractères et comportements psycho-sexuels.	137
Les névroses d'angoisse.	140
La névrose obsessionnelle	141
La névrose hystérique.	142
Les délires systématisés.	144
Les états maniaco-dépressifs.	146
Les états schizophréniques.	148
La théorie psychogénétique des états psychopathologiques.	149
Théorie du traumatisme psychique pathogène.	150
Théorie de la régression libidinale.	150
La distinction entre névroses et psychoses.	152

ÉTUDE N° 7

PRINCIPES D'UNE CONCEPTION ORGANO-DYNAMISTE

DE LA PSYCHIATRIE. 157-186

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

Psychoses aiguës. Accès, crises, bouffées de délire transitoires.	229
Confusions oniriques. États oniriques.	229
Les états oniroïdes, bouffées délirantes, états crépusculaires.	233
<i>Syndrome oniroïde de dépersonnalisation.</i>	237
<i>Syndromes oniroïdes interprétatifs.</i>	238
<i>Syndromes oniroïdes Imaginatifs.</i>	238
Les états fantasmiques de type maniaco-dépressif.	239
Les évolutions typiques de psychoses aiguës.	239
Psychoses à évolution chronique.	240
<i>Les psychoses délirantes chroniques.</i>	241
<i>Les psychoses schizophréniques.</i>	250
<i>Les démences.</i>	254
Les psychonévroses.	257
<i>Hystérie.</i>	258
<i>La névrose obsessionnelle.</i>	259
L'Inconscient, foyer de l'imaginaire.	261
Théorie organo-dynamiste de l'identité du rêve et du délire au cours des dissolutions du psychisme.	262
Évolution et organisation de la vie psychique.	262
Structure dynamique et génétique de l'appareil psychique.	262
Le « noyau lyrique », le « foyer imaginaire », l'inconscient.	263
Les formes supérieures de l'activité psychique.	265
La dissolution hypnique et le rêve.	266
Dynamique des processus psychotiques.	268
Les psychoses aiguës. L'échelle des niveaux de dissolution de la conscience.	269
Psychoses chroniques. Niveaux de dissolution de la conscience et altérations de la personnalité.	270
Dynamique des processus psychonévrotiques.	272
Le phénomène sommeil-rêve et la théorie générale des troubles négatifs et positifs en psychiatrie.	274
Bibliographie	
Principaux ouvrages à consulter sur le rêve.	279
Principaux travaux sur le rêve depuis 1930.	279
Principaux travaux sur les rapports du rêve et de la folie et les états oniriques.	282
Principaux travaux sur les états oniriques et oniroïdes depuis 1930.	282
<i>Table alphabétique des auteurs.</i>	285
<i>Table analytique des matières.</i>	293

ÉTUDES PSYCHIATRIQUES

ASPECTS SÉMÉIOLOGIQUES

ÉTUDES PSYCHIATRIQUES

TOME I

Étude N° 1 : *Folie et Valeurs humaines.* – N° 2 : *Le rythme mécanodynamique de l'histoire de la Médecine.* – N° 3 : *Le développement mécaniciste de la Psychiatrie.* – N° 4 : *La Psychiatrie dans le cadre des sciences médicales.* – N° 5 : *Une théorie mécaniciste : G. de Clérambault.* – N° 6 : *Une conception psychogénétiste : Freud.* – N° 7 : *Principes d'une conception organo-dynamiste.* – N° 8 . *Le rêve, « fait primordial » de la psychopathologie.*

TOME III

Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience

Étude N° 20 : *La classification des maladies mentales et le problème des psychoses aiguës.* – N° 21 : *Manie.* – N° 22 : *Mélancolie.* – N° 23 : *Bouffées délirantes et psychoses hallucinatoires aiguës.* – N° 24 : *Confusion et délire confuso-onirique.* – N° 15 : *Les psychoses périodiques maniaco-dépressives.* – N° 26 : *Épilepsie.* – N° 27 : *Structure et déstructuration de la conscience.*

TOME IV (à paraître)

Les processus somatiques générateurs

[NdÉ : conforme à l'édition de 1950 par DESCLÉE DE BROUWER & CIE, PARIS]

[BIBLIOTHÈQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE DE LANGUE FRANÇAISE]

ÉTUDES
PSYCHIATRIQUES

ASPECTS SÉMÉIOLOGIQUES

PAR

Henri EY

* *

[NdÉ : 1^{ère} édition parue en 1950 chez Desclée de Brouwer, Paris]

DEUXIÈME PARTIE

ASPECTS SÉMÉIOLOGIQUES

ARGUMENT

Les divers troubles du comportement et de la pensée qui forment le « tableau clinique » des « maladies mentales » ne sont pas des « symptômes » constants et simples. Chacun d'eux représente un « monde » et constitue un des aspects de l'immaturation ou de la décomposition de la vie psychique qui varient de signification et de nature avec les divers niveaux de la conscience morbide et leurs formes d'organisation et d'évolution. Soit qu'il s'agisse de troubles négatifs (comme les « troubles de la mémoire »), soit qu'il s'agisse de troubles positifs (catatonie, impulsions, perversité, anxiété, délires, hallucinations, etc ...) l'objet de la séméiologie psychiatrique n'est ni un symptôme, ni une série de « troubles élémentaires », artificiellement isolés. L'unité clinique psychiatrique est la structure névrotique ou psychotique dans son mouvement évolutif¹.

1. Le choix qui a présidé à la présentation de ces aspects séméiologiques nous a été inspiré par le souci d'offrir les images les plus variées de l'éventail clinique.

Étude n° 9

LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE

9. Les troubles de la mémoire.
10. La catatonie.
11. Impulsions.
12. Exhibitionnisme.
13. Perversité et perversions.
14. Le suicide pathologique.
15. Anxiété morbide.
16. Délire des négations.
17. Hypochondrie.
18. Jalousie morbide.
19. Mégalomanie.

La « Mémoire » est cet aspect de l'activité psychique qui assure le *rappel du passé*. Formulée de la sorte, la définition de la mémoire laisse assez clairement entendre qu'elle comprend un grand nombre d'opérations, les unes conscientes, les autres inconscientes. C'est ce qui explique la difficulté d'appréhender ce problème. Si, de plus, on veut convenir que la mémoire pose au premier chef la question des rapports du cerveau en tant que condition des « fonctions » fondamentales de mémoration, on conçoit que ce chapitre de la psychopathologie – impliqué dans tous les autres – est un des plus difficiles.

...la mémoire pose au premier chef la question des rapports du cerveau en tant que condition des « fonctions » fondamentales de mémoration...

Disons de suite que dans cette étude nous répudierons la psychologie atomiste et la pathologie mécaniciste qui se représentent la mémoire comme une « simple » machinerie. Après les puissantes analyses bergsoniennes de « *Matière et Mémoire* », il a paru définitivement impossible d'adhérer à cette manière de voir simpliste dont s'inspire pourtant encore trop la pathologie « traditionnelle » des troubles de la mémoire. Nous retrouverons ces questions plus loin.

Ce danger est d'ailleurs sans cesse renaissant et il est à craindre que les magnifiques réalisations anglo-saxonnes dans le domaine des automates et des « homéostat » (ASHBY) ne saisisse, une fois de plus, psychologues et psychiatres du vertige mécaniciste. Avec les puissants pionniers de la « Cybernétique » (N. WIENER, Mc. CULLOCH, etc.) la tentation sera grande de comparer la mémoire à des machines si perfectionnées et le cerveau à des dispositifs « feed-back »... Naturellement nous pouvons prévoir à l'avance que le problème se heurtera, avec la considération de machines plus compliquées, aux mêmes difficultés que des machines plus simples avaient dressées devant DESCARTES...

Pour l'instant, avant d'exposer dans ses grandes lignes l'étude clinique des troubles de la mémoire et afin d'en fournir une classification aussi systématique et naturelle que possible, disons comment nous concevons l'ensemble des actes internes qui assurent le rappel des souvenirs.

Tantôt – et « classiquement » – la mémoire se définit comme un simple jeu méca-

...l'activité mnésique suppose en effet une hiérarchie de fonctions qu'elle intègre dans les actes propres à son activité...

nique et automatique d'images et on met l'accent sur le caractère « basal », « inférieur » de cette capacité « biologique » et même « physique ». Tantôt la mémoire apparaît comme un *acte synthétique*, un des aspects les plus dynamiques et supérieurs de la vie psychique et c'est en ce sens que JANET a pu dire que les opérations de mémoire étaient parmi les fonctions les plus élevées. C'est que l'activité mnésique suppose en effet une hiérarchie de fonctions qu'elle intègre dans les actes propres à son activité. Quelle image pouvons-nous donner de cette hiérarchie ?

Sous son aspect le plus « élémentaire », le plus « neurologique », la mémoire se confond sur le plan des réflexes conditionnels (mémoire associative ou sensori-motrice), avec les activités automatiques et inconscientes qui intègrent l'expérience passée dans les actes et perceptions présentes sous forme de structures « gnosiques » ou d'identification qui forment l'acte perceptif, l'acte habituel, etc. et constituent généralement des actes de basse tension : c'est le niveau des fonctions gnosiques, praxiques et, en un certain sens, celui du langage (en tant que celui-ci peut être considéré comme un « moyen »). De telles « fonctions » paraissent s'identifier avec le fonctionnement d'appareils nerveux, de dispositifs tels que les analyseurs perceptifs, les centres de coordination praxique, les centres du langage. C'est le plan du dressage, des habitudes, de la répétition des « opérations machinales », automatiques ou automatisées.

...Car qui dit mémoire dit reconnaissance du passé comme tel...

Mais cette mémoire automatique et inconsciente est intégrée dans une série de cycles fonctionnels qui engagent l'activité psychique dans son ensemble (au point de ne pas être nettement isolables de son exercice) dans des opérations de « conscience mnésique » proprement dites. Car qui dit mémoire dit reconnaissance du passé comme tel, c'est-à-dire que la mémoire associative inconsciente dont nous venons de parler nous apparaît non pas comme la forme la plus typique mais au contraire comme le degré inférieur, sommaire et à peine reconnaissable, de la véritable activité mnésique. Celle-ci se déploie en une série de niveaux que nous pouvons ainsi schématiser :

I° FIXATION DES SOUVENIRS DANS L'INCONSCIENT, par les opérations dites de « fixation », mémoration, etc... En fait il s'agit d'une activité complexe à laquelle, pour chaque phase du développement psychique et dans chaque instant, collabore le psychisme tout entier, de telle sorte que ce qu'on appelle mémoire de fixation se confond avec toutes les opérations psychiques requises pour l'assurer et l'intérêt, les sentiments, les événements vécus entrent nécessairement dans cette forme d'intégration.

2° ORGANISATION INCONSCIENTE (stock de souvenirs, refoulements affectifs). Un travail sourd qui est à la fois la condition nécessaire mais insuffisante de l'acte de mémoire constitue la réserve des souvenirs, le potentiel mnésique, la « mémoire constituée » (DELAY).

3° EXTRACTION DE L'INCONSCIENT (éducation). C'est l'acte de mémoire le plus authentique. Il suppose l'intégration des souvenirs dans un cadre temporo-spatial et une exacte valeur attribuée aux souvenirs comme tels. A cet égard l'acte suprême de mémoire, l'évocation, requiert non seulement la « mise en place » dans l'ordre temporo-spatial mais aussi des conduites (JANET) qui distribuent exactement les contenus de conscience dans la série des valeurs de réalité (réel présent, réel passé, imaginaire, etc...) Cet acte de mémoire, « le souvenir pur » de BERGSON, est essentiellement une conduite sociale, c'est, selon JANET, la *conduite du récit*. Se souvenir c'est évidemment revivre du passé, être capable de ramener le passé au bord du présent, de le mêler au présent, le confronter avec lui dans l'organisation du champ de la conscience, du « monde » actuellement présent. Il est évident que cette opération de mémoire suppose précisément l'oubli, c'est-à-dire la fixation du souvenir dans l'inconscient à titre de virtualité. On ne se souvient que de l'oublié. La mémoration implique donc un immense travail d'organisation de la personnalité et ce que l'on appelle l'acte de mémoire n'est que l'effet, l'émergence à la surface de la conscience d'un profond, antécédent et sous-jacent effort de préparation inconsciente à vivre le présent en continuité avec le passé. La « Mémoire » assume la continuité de notre *histoire* comme série d'événements de notre existence et comme implication du « rappel » dans l'appel du monde que constitue chacun de nos instants.

...l'acte de mémoire n'est que l'effet, l'émergence à la surface de la conscience d'un profond, antécédent et sous-jacent effort de préparation inconsciente à vivre le présent en continuité avec le passé...

Les troubles de la mémoire sont donc avant tout des troubles de l'évocation, du « rappel » et en un certain sens ils ne sont, phénoménologiquement, sous leur forme la plus « purement » mnésique, que cela.

Nous pouvons maintenant classer par une première approximation ces « troubles de la mémoire » selon nos principes habituels :

I. – Il existe des dissolutions partielles de fonctions mnésiques élémentaires (agnosies, apraxies, aphasies). Ce sont des oublis de technique, des disparitions de fonctions automatiques. Elles font l'objet de la Neurologie en tant que celle-ci s'applique aux désintégrations « instrumentales » de ces « fonctions ». Il y a des dissolutions globales des instances supérieures de l'activité mnésique qui constituent ces troubles de la mémoire que nous étudierons seulement ici.

II. – Les troubles de la mémoire doivent être envisagés au double point de vue *néгатif* et *positif*, car le déficit n'est pas tout, même dans ces états, isolés par la Psychiatrie classique, comme de purs et simples déficits.

Aussi nous proposons-nous d'étudier successivement les troubles où prédominent les *troubles négatifs* : les amnésies et les dysmnésies, puis ceux où prédominent les *troubles positifs* : les hypermnésies, les illusions de la mémoire et les paramnésies.

J. DELAY ¹ a introduit, de son côté, une classification qui se rapproche de celle-ci mais ne vise que les amnésies. Il étudie les « *amnésies démentielles* » caractérisées par les déficits de la mémoire spéciale et les *libérations de la mémoire* « autistique » qui délivrent le délire en effaçant les distinctions du présent et du passé et du réel et de l'imaginaire (le terme d'autisme étant assez curieusement détourné de son sens pour être substitué à celui de délire).

I. – ÉTUDE CLINIQUE.

L'EXPLORATION ET LA MESURE DES FONCTIONS MNESIQUES.

...L'étude des fonctions mnésiques a intérêt à utiliser des épreuves, des « tests », des examens systématiques et analytiques...

L'étude des fonctions mnésiques a intérêt à utiliser des épreuves, des « tests », des examens systématiques et analytiques. Nous renvoyons au livre déjà ancien de TOULOUSE et PIERON ², au travail de M. SOSSET ³, à la thèse de LIBER ⁴, à l'étude de André REY ⁵ où est exposée la technique du labyrinthe manuel et surtout à celles de P. PICHOT ⁶, où l'on trouvera très clairement exposés les travaux anglo-saxons. Il est certain que la « psychométrie » contemporaine qui s'était éloignée depuis SPEARMAN ⁷ de l'étude des capacités mnésiques particulières, objet de son analyse factorielle, tend à y revenir. SPEARMAN avait admis trois « facteurs de groupe » mnésiques : mémoire sensorielle, mémoire verbale et mémoire symbolique, et les travaux les plus récents reviennent avec THURSTONE à ces « facteurs spécifiques », au facteur M.

Voici, d'après PICHOT, les données les plus importantes sur les « tests » de mémoire que nous devons aux travaux contemporains.

1° « TESTS DE MÉMOIRE » CONTENUS DANS LES ÉCHELLES COMPOSITES D'EFFICIENCE. L'échelle de BINET et SIMON comprend des épreuves que certains auteurs ont voulu grouper pour constituer des « sous-échelles » de mémoire. Pour la Stanford revision, ROE et SHAKOW ⁸ ont dans leur « Scatter » psychologique distingué les tests de « lear-

1. Le livre de J. DELAY, *Les Dissolutions de la Mémoire* (1942) adopte la classification exposée dans nos Conférences depuis 1936 et conforme, comme nous l'avons montré avec ROUART, à l'esprit sinon à la lettre de la théorie de JACKSON. Une telle distinction est assez controversée pour que nous ayons apprécié l'adhésion de J. DELAY à cette manière personnelle de comprendre les rapports de la Neurologie et de la Psychiatrie malgré les réserves qu'il croit devoir faire en ce qui concerne l'aphasie.

2. TOULOUSE et PIERON, 1911, tome II, pp. 66 à 127.

3. SOSSET, *Ann. Medico-Psycho.*, 1935, II, pp. 17 et 18.

4. LIBER, Thèse de Paris, 1933, pp. 43 à 96.

5. André REY, *Arch. de Psychologie*, 1934 > P- 297.

6. P. PICHOT, *La mesure de la détérioration mentale*, Thèse, Paris, 1948; et son livre *Les tests mentaux en psychiatrie*, I vol., 1949. Tome I. p. 46 à 52.

7. SPEARMAN, *The abilities of man*, I vol., 416 pages, Paris, 1928, trad. fr., Edit. Cons. Nat. Arts et Métiers, Paris, 1936.

8. ROE et SHAKOW, Intelligence in mental Disorders, *Ann. N. Y. Acad. Sc.*, 1942.

ning » verbal (savoir verbal) – les tests de « learning » confondant les acquisitions d'autre type que verbal – et les tests de « learning » immédiat. – L'échelle de BABCOCK¹ présente également une sous-échelle d'une série de dix tests mnésiques. Ainsi dans la version 1941 (BABCOCK-LÉVY) on étudie séparément « learning », « répétition » et « mémoire immédiate ».

2° LES BATTERIES DE TESTS DE MÉMOIRE. Le rassemblement d'un certain nombre de tests destinés à calculer le « score » mémoire constitue les batteries de tests de mémoire.

L'échelle de mémoire de WELLS (1923) a servi de modèle à la sous-échelle de BABCOCK et à l'échelle de WECHSLER. Elle comporte vingt-six tests classés sous onze rubriques : informations personnelles – informations générales – acquisitions scolaires élémentaires – alphabet – compter de 20 à 1 – test de substitution (code WOODWORTH WELLS) – mémoire de phrases – mémoire des chiffres – tests d'association – mémoire des objets – reconnaissance. Cette échelle comprend deux sortes d'épreuves, celles de savoir acquis (test 1 à 6) et d'acquisition (test 6 à 11), ce qui revient, comme le fait remarquer PICHOT, tout bonnement à « rationaliser » l'examen clinique traditionnel. Quoi qu'il en soit, on calcule d'après cette échelle un *coefficient de mémoire* (M-Q), mais il est évident qu'il y a une « corrélation » étroite entre les deux séries. Ainsi SHAKOW, DOLKART et GOLDMAN ont montré que chez des sujets normaux la moyenne baissait avec l'âge rapidement pour les tests d'acquisition et beaucoup moins pour les connaissances antérieures.

...chez des sujets normaux la moyenne baisse avec l'âge rapidement pour les tests d'acquisition et beaucoup moins pour les connaissances antérieures... (SHAKOW, DOLKART et GOLDMAN).

L'échelle de mémoire de WECHSLER (1945). Elle a amélioré celle de WELLS MARTIN. D'abord par son étalonnage sur des adultes selon l'âge et ensuite par l'élimination du « niveau intellectuel » dans le score total, en recourant dans le calcul du quotient de mémoire à la division du score mémoire par le score obtenu par la sous-échelle non verbale de l'échelle WECHSLER-BELLEVUE.

*L'échelle de « retentivité » de CATTELL*³. Elle comprend les tests : dessins d'objets – syllabes dépourvues de sens – figures géométriques – liste de mots. On fait un ou deux rappels successifs.

3° LES « TESTS DE MÉMOIRE » ISOLÉS. Ils sont, écrit PICHOT « sans aucune validation et leur étalonnage est rarement même ébauché ». Ce sont ceux, au fond, auxquels on recourt pour ainsi dire d'« instinct » dans la clinique quotidienne. On peut les classer en : *tests de mémoire des faits anciens* (informations générales, acqui-

1. BABCOCK, An experiment in the measurement of ment. det., *Arch. of Psycho.*, 1930.

2. SHAKOW, DOLKART et GOLDMAN, The memory functioning *Psych. Dis. Nerv. Syst.*, 1941.

3. R. B. CATTELL, *A guide to mental testing*, 1948.

tions scolaires, informations personnelles) – tests de *mémoire immédiate* qui sont les plus « homogènes » (mémorisation des chiffres, de cubes de KNOX, etc). Mais dit PICHOT « ces tests ont une certaine corrélation avec les tests d'intelligence dans la mesure où les éléments ont une certaine élaboration intellectuelle¹ ». *Tests de mémoire proprement dit* que l'on trouvera, répétons-le, dans le livre ancien de TOULOUSE et PIERON. Il s'agit de tout un arsenal d'objets, tableaux, images dont on varie les conditions de temps et de répétition dans la présentation, le rappel, l'association etc...

Analyse factorielle...

4° ANALYSE FACTORIELLE. L'École bifactorielle, issue des travaux de SPEARMAN, a isolé un facteur « M ». Tous les tests de mémoire conduisent à discerner un « facteur de groupe » (SPEARMAN, CAREY, HARGREAVES, HOLZINGER et SWINEFORD). Il y a également un facteur de groupe dans la mémoire sensorielle (CAREY), dans la mémoire verbale et dans la mémoire symbolique non verbale. Par contre, il n'existerait pas de facteurs de groupe pour le rappel immédiat, le rappel différé, la reconnaissance et l'évocation. Avec l'analyse multifactorielle de THURSTONE² on admet également le facteur « M ». Il paraît en effet remarquable que les tests fortement « saturés » par ce facteur admettent une saturation moindre du facteur « G » (facteur général d'intelligence).

Pour l'école bifactorielle il y a lieu de citer spécialement (selon PICHOT) le travail d'ANASTASI (1930). Cet auteur a montré que le « facteur de groupe mémoire immédiate » pouvait être mesuré par une batterie de tests comprenant des couples de mots, des couples dessin-nombre, des couples forme-nombre, des couples couleur-mot, etc... On peut obtenir une saturation de .90 pour l'ensemble de la batterie. De son côté SIEMINS a montré qu'il importait d'éliminer la saturation du facteur « G » pour obtenir une mesure « absolue » du facteur « M » utilisant deux « tests de mémoire » (couple de mots et de nombres) et un test perceptif de « G », la connaissance des *corrélations* entre les tests de mémoire et le test de facteur « G » permet d'éliminer mathématiquement ce facteur.

Quant à l'école multifactorielle elle est représentée par THURSTONE. Dans ses batteries d'aptitudes mentales primaires il a utilisé deux tests permettant d'obtenir un score « M » (couples prénom-nom et mot-nombre – la présentation est unique et le rappel se fait par reconnaissance). Cette batterie a une saturation .79 en facteur « M », tandis que les facteurs « Gf » (général de second ordre) n'interviennent que pour .47.

Nous n'insistons pas ici sur ce point que nous retrouverons plus loin et qui est fondamental : tous ces « tests » ont pour but d'éviter la « confusion » des mesures d'un facteur « proprement » mnésique et des facteurs « intellectuels »¹. Ils y parviennent

1. Cela est frappant lorsque, par exemple, il faut retenir une longue série de chiffres. Leur « découpage en nombres » est un « procédé mnémotechnique » où le « facteur » intelligence favorise le « facteur » mémoire.

2. THURSTONE, Primary mental abilities, *Psykometrika Monogr.* 1938.

...Ce point est fondamental : tous ces « tests » ont pour but d'éviter la « confusion » des mesures d'un facteur « proprement » mnésique et des facteurs « intellectuels »...

plus ou moins mais il semble que les derniers travaux représentent un progrès considérable dans ce sens.

De sorte qu'il paraît évident que sous le nom générique de mémoire on range des phénomènes assez hétérogènes que les méthodes de test peuvent, jusqu'à un certain point, dissocier mais pour autant seulement qu'il s'agit d'aptitudes fondamentales.

A. – LES SYNDROMES AMNÉSIIQUES

Ces diverses épreuves permettent de mesurer le déficit amnésique mais *elles ne doivent toutefois pas nous faire perdre de vue la totalité de sa structure propre*. A cet égard, nous distinguerons les *Amnésies progressives*, les *Dysmnésies*, les *Amnésies « partielles »* et les *Amnésies périodiques*. Tous ces troubles jadis étudiés, tour à tour, chez les hystériques, les déments, les traumatisés du crâne nous sont quotidiennement offerts par la pratique des « chocs » thérapeutiques.

I. – LES AMNÉSIES GÉNÉRALES A FORME PROGRESSIVE (RIBOT).

Sous ce nom il faut entendre les états où le déficit mnésique plus ou moins diffus porte sur l'ensemble des souvenirs d'une longue période de l'existence des malades. Nous éliminerons de cette catégorie les amnésies localisées à une période bien limitée de la vie du sujet, ou à un certain nombre de souvenirs (amnésies partielles). On distingue classiquement deux grandes formes d'amnésie : *l'amnésie de fixation* ou *antérograde* et *l'amnésie d'évocation* ou *rétrograde*.

1° L'AMNÉSIE ANTÉROGRADE (de « FIXATION »).

Elle est caractérisée par l'impossibilité d'acquérir de nouveaux souvenirs, de telle façon qu'à partir du moment où elle s'installe, l'esprit cesse d'enregistrer le vécu. C'est « l'oubli à mesure » (DELACROIX). C'est ce que l'on appelle généralement une *amnésie de fixation* (RICHET).

« L'oubli à mesure »...
(DELACROIX).

Tout se passe dans ces cas comme si les perceptions avaient perdu le pouvoir de s'inscrire et, en effet, une condition presque constante de ces amnésies est un trouble général de la conscience (état confusionnel, délirant, etc..) qui en troublant le « présent » le rend moins apte à s'organiser comme « passé ».

L'amnésie de fixation frappe la « mémoire » et l'« intelligence » dans ce qu'elles ont de plus « élémentaire ». C'est le trouble de la mémoire le plus radical, le plus simple, il atteint la « retentivity » mnésique, fait particulièrement souligné dans la thèse de LIBER

1. Sans doute SPEARMAN et tous les auteurs qui utilisent la notion de « facteur G » se défendent-ils de l'assimiler à « l'intelligence », mais en tant qu'ils lui attribuent une fonction de régulation générale de fonctions psychiques particulières ils font bien appel à cette « faculté »...

(1933). Aussi rencontre-t-on cette forme précisément au cours des profondes dissolutions psychiques (Psychoses de Korsakoff, Presbyophrénie, Paralyse générale).

Ces troubles amnésiques frappent plus ou moins électivement les opérations d'acquisivité de la mémoire, mais ils ont un retentissement sur les autres activités mnésiques dans la mesure même où l'amnésie de fixation entraîne ou suppose une perturbation de la construction du réel, du présent. C'est dans ce sens que M^{lle} SOSSET ¹ a fort bien souligné que le trouble de fixation n'est pas aussi purement mnésique que celui de l'évocation. Ce genre d'amnésie s'accompagne parfois de phénomènes de paramnésie que nous étudierons plus loin : la *fabulation ou substitution de faux souvenirs aux souvenirs impossibles*. Les troubles de la reconnaissance, de l'identification, de l'orientation, l'obnubilation, l'affaiblissement intellectuel sont, en effet, intimement liés à ce défaut de fixation et constituent une sorte de « frange » ou « d'aura » à ce trouble mnésique.

SOLLIER (1892) distinguait déjà deux sortes d'amnésies antérogrades : 1° *L'amnésie antérograde de reproduction* « en tous points » dit-il, « comparable à l'amnésie rétrograde ». Dans ce cas il existe comme un étourdissement de l'activité psychique, ce que TROUSSEAU appelait « l'étonnement cérébral » et le sujet n'a qu'une conscience très relative de ce qui se passe autour de lui. Après cette phase de sidération il se produit une impossibilité de fixer des impressions nouvelles et la vie de l'amnésique n'est plus qu'une succession de moments, d'impressions isolées, le lien évocateur qui devait les unir étant rompu. « Toute sa vie, écrivait SOLLIER, se résume dans le moment actuel », et il attribuait ce trouble à l'épuisement du système nerveux et à la faiblesse de l'attention ; 2° *L'amnésie antérograde de conservation* : les images ne s'intègrent plus dans les synthèses psychiques, elles restent hors du circuit, ne pénètrent pas dans la vie psychique. Cette forme réalise la véritable amnésie de fixation ; elle est appelée aussi « amnésie continue » et caractérisée par le défaut de fixation du présent ; c'est, selon le mot de DELAY, une « amnésie de mémoration ». Les auteurs allemands ont beaucoup étudié cet aspect des troubles de la mémoire sous le nom de « *Merkfähigkeitstörungen* » proposé par WERNICKE. BLEULER a reproché à ce terme de viser une propriété trop simple, alors que la « *Merkfähigkeit* » dépend d'un trouble plus complexe où interviennent notamment les troubles de l'attention, éternel problème que nous retrouverons plus loin. ZIEHEN (1908) distinguait dans cette pathologie de la fixation des troubles du « dépôt » et des troubles de la « rétention » des souvenirs. En Angleterre et en Amérique du Nord les troubles de la « retentivity » ont été spécialement étudiés par THORNDIKE ², BURT ³, WOODROW ⁴,

1. M^{lle} SOSSET, *Ann. Medico-Psycho.*, 1933.

2. THORNDIKE, *Archiv. of Psych.*, 1907.

3. BURT, *British J. Psych.*, 1916.

4. WOODROW, *J. exp. Psych.*, 1916.

...Les troubles de la reconnaissance, de l'identification, de l'orientation, l'obnubilation, l'affaiblissement intellectuel sont, en effet, intimement liés à ce défaut de fixation et constituent une sorte de « frange » ou « d'aura » à ce trouble mnésique...

MAC CRAE ¹, T. V. MOORE ², PERERA ³, C. SPEARMAN ⁴ et P. FRAISSE ⁵ ont repris récemment les études des Anglo-Saxons sur la « *memory-span* » ou champ d'appréhension immédiate des rythmes. La plupart des auteurs qui se sont occupés de la mémoire et qui se situent presque tous au temps de la psychophysiologie style TAINÉ ou EBBINGHAUS n'ont cessé de broder sur ces thèmes (cf. par exemple la thèse de SLEPIAN ⁶, l'article de MAIRET et PIERON ⁷ et, en allemand, les livres de NEUMANN ⁸ et de OFFNER ⁹). C'est tout de même le petit livre de RIBOT ¹⁰ qui reste malgré son ancienneté le plus intéressant. Pour avoir des exemples de ces troubles amnésiques si immédiatement liés aux troubles de la conscience il faut se rapporter à l'étude des confusions ou des démences ¹¹.

2° AMNÉSIE RÉTROGRADE (ou d'évocation).

Elle consiste dans l'incapacité d'évoquer dans l'instant présent les souvenirs du passé, c'est-à-dire qu'il s'agit là de la forme la plus « pure » d'amnésie.

L'essentiel du trouble réside dans l'impossibilité de faire émerger à la conscience tout ou partie du passé correctement organisé. C'est l'acte de mémoration, « d'extraction » qui se trouve décapité. Comme y insiste P. JANET, le malade ne peut plus faire pour les autres ni pour lui-même un récit de son passé. Naturellement cette incapacité peut être la conséquence de troubles bien différents. Tantôt il n'y a pas évocation parce qu'il n'y a pas eu fixation et c'est le cas des amnésies consécutives aux accidents comitiaux, aux psychoses confusionnelles ou de KORSAKOFF, et même, point qui a été souvent négligé, aux crises de manie ou de mélancolie. Tantôt il n'y a pas évocation parce que la conscience troublée, l'activité psychique détendue est incapable de se rappeler autre chose que les souvenirs les plus solides et parfois les plus anciens (Loi de RIBOT). Tantôt enfin l'oubli recouvre dans une conscience claire tout ou partie des souvenirs normalement constitués mais impossibles à « rappeler » ; c'est une éventualité bien rare dans sa forme typique et on réserve souvent le qualificatif d'hystérique à ces amnésies électives d'évocation qui posent des problèmes médico-légaux particulièrement délicats. Le plus souvent, il faut bien le dire, il s'agit de l'une ou l'autre des éventualités, que nous venons d'envisager et pour le reste

*...Amnésie rétrograde:
l'incapacité d'évoquer
dans l'instant présent les
souvenirs du passé...*

1. MAC CRAE, Thèse de Londres (cité par SPEARMAN).

2. T. V. MOORE, *J. educ. Psych.*, 1917.

3- PERERA, *The qualitative analysis of intelligence.*, I vol., Londres., 1922.

4. C. SPEARMAN, pp. 270 à 290 de son livre : *The abilities of Man.*, Londres, 1927.

5. P. FRAISSE, Étude sur la mémoire immédiate, *Année Psychologique*, 1942-1943, pp. 103 à 143.

6. SLEPIAN, Paris, 1911.

7. MAIRET et PIERON. *J. de Psycho.*, 1915.

8. NEUMANN, Leipzig, 1912.

9. OFFNER, Berlin, 1924.

10. RIBOT, *Les maladies de la Mémoire*, 1881.

11. Cf. spécialement les études de MAIRET et PIERON (1915) et le travail de LIBER (1933).

l'origine hystérique, « psychogène » ou la nature purement simulatrice de ces amnésies revient sans cesse en discussion. C'est ainsi que, il y a quelques années, des faits de « pseudo-amnésie rétrograde » présentés par X. ABELY, BOUVET et CARRERE ¹ ont suscité des protestations intéressantes de GUIRAUD, HESNARD et BARUK.

Rappelons à titre d'exemple le cas du malade présenté par Achille DELMAS et DOITEAU ².

Des gendarmes trouvèrent un homme inconnu sur la route. Il demeura en état de stupeur et d'inconscience pendant trois jours. Il demanda alors où il était. L'idéation paraissait encore très lente, la compréhension et l'élocution très difficiles, la lecture et l'écriture impossibles. Mais peu à peu le sujet récupérait dès les premiers jours un assez grand nombre de mots, mais il paraît frappé d'une amnésie rétrograde totale, abolissant tout son passé. Par des conversations répétées il réacquiescissait avec une rapidité remarquable un vocabulaire de plus en plus complet et grâce à des journaux illustrés et aux explications qu'on lui donnait il récupérait la faculté de lire et de comprendre de plus en plus de mots. Il était très inquiet de son état. Il passait de longues heures à contempler des photographies trouvées sur lui, cherchant à retrouver quelques souvenirs s'y rattachant, mais en vain. Tout ce qui s'était passé depuis son réveil à l'hôpital était admirablement conservé mais ce qui précédait était totalement et complètement effacé. La seule trace des souvenirs anciens se révélait seulement par la rapidité de sa rééducation et chaque étape de cette réacquisition entraînait le souvenir des conditions de la première acquisition perdue (entourage, livres, etc.). Au bout de sept à huit jours l'inconnu fut amené en auto là où il avait été trouvé et en présence des lieux il lui revint un flot de souvenirs et ceux de son entrée à l'hôpital. Le huitième jour, dans la phase du réveil il lui « revint » une adresse (69, rue S^t-Sauveur). On enquêta à cette adresse et la concierge reconnut dans cette photographie qu'on lui présenta le fils d'un de ses locataires. Sa mère et sa femme vinrent alors le voir : il les reconnut pour être les deux personnages représentés par les photographies, mais cette rencontre n'éveilla rien d'autre en lui. Il les suivit cependant à Paris et ne reconnut pas son logement. Il s'efforça à l'aide de livres et de renseignements de reconstituer ses souvenirs. Un mois après le début de son amnésie, en se réveillant encore, « il se vit » en militaire dans les rues d'Angers et aussitôt tout un bloc de souvenirs s'est reformé, notamment de son passé militaire. L'observation s'arrête là. Elle a naturellement donné lieu à des discussions quant à l'origine hystérique et simulatrice des troubles.

Il faut rapprocher de ces observations celles si célèbres du D^r MORTIMER, GRANVILLE, de WINSLOW, de SHARPEY, etc., cas où la phase de réveil et de rééducation est particulièrement intéressante et même émouvante. L'observation de WEIR MITCHELL (1889) concernant la fameuse Mary Reynolds qui avait perdu avec tous ses souvenirs sa véritable personnalité a été le point de départ de toute une littérature que certains cas d'amnésie « autopsychique » complète n'ont cessé d'alimenter (voir note 1 p. 19).

1. Société Médico-Psychologique de Paris, 9 mars 1939.

2. Un cas d'amnésie rétrograde totale, *Soc. Médico-Psych. de Paris*, 10 novembre 1932.

3° AMNÉSIE ANTÉRO-RÉTROGRADE.

Le plus souvent l'amnésie se caractérise par un trouble mixte à type antéro-rétrograde. Si, en effet, la mémoire de fixation ou celle d'évocation paraissent l'une plus atteinte que l'autre, elles le sont toutes deux. Nous nous dispenserons d'une étude analytique de cette forme commune d'amnésie en reproduisant à titre d'exemple une observation tout à fait typique publiée par MAIRET et PIERON (amnésie post-commotionnelle) :

« Lorsqu'il est entré dans le service le 5 mai 1915, Oue... voyait et entendait, mais avait une anesthésie cutanée, une anosmie et une agueusie complètes ; il était muet, et, avec une mimique vive, une capacité d'attention momentanée incontestable, il n'arrivait à vivre que dans l'instant présent. Tout, de sa vie antérieure, était aboli, et il ne fixait rien. Il était capable de s'habiller, de manger, de se servir d'une fourchette, d'une cuillère et d'un verre, il comprenait les mots du langage usuel, mais la totalité de ses connaissances était abolie. Les termes de « homme », « femme », « jour », « nuit » n'avaient pas de sens pour lui.

Observé pendant quinze mois il a présenté quatre phases.

Dans la première, malgré un oubli très rapide, on parvient à le rééduquer un peu ; il arrive à reconnaître quelques personnes, à retrouver son lit, à nommer des objets usuels. On lui apprend à copier l'écriture, on lui fait reconnaître des mots écrits ; il arrive à savoir l'alphabet, il peut chuchoter quelques mots. On n'obtient pas cependant l'écriture sous dictée ; la présence du modèle est nécessaire : moins de deux secondes après avoir regardé un a, Oue... l'a oublié et ne peut le retracer².

Dans cette période qui dure environ deux mois, les progrès sont continus. Oue... fait un effort intense, continu, il veut lire, écrire. Mais, à un moment donné, il se produit de la fatigue, les céphalées sont plus vives, plus continues, le découragement arrive, et l'on note une régression. Les acquisitions obtenues s'effacent en grande partie, et l'amnésie continue devient étrangement complète. On donne à Oue... une commission ; il court pour la faire avant d'oublier (porter un objet à quelqu'un par exemple), mais, si le trajet exige plus de quatre à cinq secondes, c'est fini, et l'on voit s'arrêter le malade, ahuri, cherchant ce qu'il doit faire, à quoi répond l'objet qu'il trouve dans ses mains. On lui montre une personne et on le fait se retourner ; au bout de deux secondes, il reconnaît encore, au bout de trois secondes c'est fini. On lui fait tous les jours une injection d'oxygène qui l'étonne et l'émotionne, mais chaque jour c'est un événement absolument nouveau pour lui. Dans cette période, Oue... continue à reconnaître quatre ou cinq personnes qu'il a toujours et constamment vues, mais le cercle ne peut s'élargir, et l'une des personnes qu'il connaissait s'étant absentée une quinzaine de jours, il ne la reconnaît plus au retour. On doit le chercher aux heures des repas, car il ne sait jamais à

*Amnésie antéro-rétrograde:
...observation tout à fait
typique publiée par MAIRET
et PIERON (amnésie post-
commotionnelle)...*

1. Il est à peine besoin de rappeler le roman « *Siegfried et le Limousin* » de GIRAUDOUX et le fameux « amnésique de Rodez » qui défraya la chronique il y a quelque dix ans. On trouvera dans le livre de JONES (pp. 585 à 605) une observation intéressante. Nous retrouverons ce problème pp. 22 à 24.

2. Ce retour à la mémoire est aussi pathétique que la découverte de la lumière chez l'aveugle qui guérit, découverte dont A. GIDE a si admirablement retracé les péripéties dans la *Symphonie pastorale*.

quel moment de la journée il se trouve.

Puis un changement se fait, une amélioration paraît se marquer et, un jour après des vomissements, la parole revient brusquement, avec une voix très faible, chuchotée, le 16 novembre 1915, onze mois après la commotion. Dès lors des acquisitions s'effectuent, la mémoire de fixation se manifeste assez bonne même au début, et l'on entreprend à nouveau une rééducation. Au cours de promenades et de leçons Oue... apprend des quantités de choses, tout ce bagage que l'on porte aisément sans en sentir le poids, mais qui est bien lourd quand il faut en charger les épaules d'un adulte ; il ouvre ses yeux à la nature, apprend à connaître le soleil et la lune, les arbres et les fleurs, les routes et les rivières, il sait ce qu'est un cheval et une voiture, s'étonne et admire en voyant les bateaux et la mer, s'effraie de la locomotive et du train. On lui explique ce que c'est que l'ombre, on lui apprend comment poussent les plantes et comment naissent les bêtes. Il entend les autres parler de leur maison, de leurs parents, de leur femme, et il lui vient la curiosité de connaître aussi sa maison. Sa femme, qui est venue le voir, revient le chercher et l'emmène chez lui pour quelques jours. Expérience néfaste. Dans son village il n'a rien reconnu, ni sa maison, ni sa mère, ni sa sœur, il s'est senti dépaysé ; peut-être s'est-on moqué de lui. Il n'a eu qu'une hâte, revenir à son vrai « chez lui », à l'hôpital où il a vécu toute sa vie, où il est né au point de vue psychique.

A partir de ce moment, au début d'avril 1916, un nouveau déclin se produit ; une grande partie de ses dernières acquisitions se perdent encore, et la fixation devient de plus en plus difficile, de plus en plus fragile. Il retombe jusqu'au point où il en était à la deuxième période. On lui montre un livre ; moins de cinq secondes après, il ne se souvient plus qu'on le lui ait montré. Mais s'il sait qu'on va faire l'expérience, il répète sans s'arrêter dans l'intervalle « un livre, un livre, un livre... », et cela seul l'empêche d'oublier. Qu'il s'arrête deux secondes et tout s'évanouit (août 1916).

Dans cette observation on voit l'amnésie d'abord manifestement rétrograde se révéler ensuite comme un trouble de la fixation, un grand nombre d'événements ne parvenant pas à se constituer en « souvenirs ».

D'autres fois, c'est à partir du moment où la mémoire se trouve abolie ou profondément perturbée que l'oubli à mesure, caractéristique de l'amnésie de fixation, ne permet plus aux souvenirs de se fixer (amnésie rétrograde) en même temps que les souvenirs contemporains du désordre mental s'abolissent et que des périodes antérieures jusque-là très bien conservées s'éclipsent également. Cette forme d'amnésie est très fréquente.

II. — LES AMNÉSIES PARTIELLES.

Ce sont des amnésies qui n'intéressent qu'un lot particulier de souvenirs. Il faut distinguer celles qui abolissent une tranche du temps (amnésies lacunaires), celles qui portent sur un secteur de souvenirs particuliers (amnésies électives) et celles qui n'altèrent que certaines fonctions spécialisées (amnésies élémentaires systématisées). Notons que la plupart de ces amnésies, celles notamment des deux premiers groupes, ne sont « partielles » qu'en tant que symptômes mais que leur mécanisme patho-

LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE

génique reste global comme l'indique et le démontre le fait qu'elles succèdent à un trouble général de la conscience.

1° AMNÉSIES LACUNAIRES. La célèbre observation publiée par KOEMPFEN (1835) et rapportée par RIBOT (p. 96) est très intéressante parce qu'elle montre comment s'établit la lacune de mémoire, séquelle, ici irrémédiable, d'une amnésie antéro-rétrograde, d'abord globale :

Un officier ayant fait une chute de cheval présente après un temps de latence de 3 /4 d'heure des troubles de la conscience et de la mémoire : il croyait voir toujours pour la première fois le médecin qui le soignait et ne se rappelait aucune des prescriptions médicales (bains, frictions) qu'il venait de suivre. Quelques jours après le malade n'oublie plus rien, cesse de vivre dans l'instant présent, se rappelle un peu plus chaque fois ce qu'il a fait la veille de l'accident et qu'il avait oublié, mais une période lacunaire remontant à plusieurs heures avant l'accident jusqu'à l'accident reste inébranlablement « muette ». Cette perte de la mémoire, dit l'auteur, « a été, comme disent les mathématiciens, en raison inverse du temps qui s'est écoulé entre les actions et la chute et le retour de la mémoire a été dans un ordre déterminé du plus loin au plus proche... ».

Cette forme d'amnésie lacunaire est tout à fait caractéristique des amnésies qui recouvrent les états psycholeptiques plus ou moins paroxystiques (épilepsie, états confusionnels, états confuso-anxieux...). La lacune « mord » généralement sur la période précédant la crise elle-même ou survit à sa durée, ce qui nous ramène au mécanisme profond des amnésies globales de type antéro-rétrograde.

...Cette forme d'amnésie lacunaire est tout à fait caractéristique des amnésies qui recouvrent les états psycholeptiques plus ou moins paroxystiques (épilepsie, états confusionnels, états confuso-anxieux...)...

2° AMNÉSIES ÉLECTIVES. Certaines constellations de souvenirs (scènes, ou enchaînement d'événements particuliers, souvenirs relatifs à une personne donnée, à un lieu, à une situation physique ou morale déterminée, etc...) disparaissent. Ainsi une femme après l'accouchement oublie non seulement la naissance de son enfant mais encore les faits qui s'y rattachent, le nom de son mari et même son mariage (JANET). Une autre malade de JANET, Célestine, oubliait tout ce qui se rapportait à son médecin. Irène, également étudiée par JANET, « avait oublié sa mère d'une façon invraisemblable ». On trouvera dans la « *Psychopathologie de la vie quotidienne* » de FREUD, des exemples, à vrai dire sur un registre mineur de simples oublis, de ces amnésies systématiques. Naturellement c'est JANET et FREUD qui ont le plus étudié ces troubles qui se présentent comme des symptômes névrotiques au premier chef, le mécanisme d'élection supposant presque nécessairement celui d'une action inconsciente de refoulement des souvenirs (FREUD) ou une impuissance à évoquer certains systèmes particulièrement difficiles ou fragiles de souvenirs (JANET).

3° AMNÉSIES ÉLÉMENTAIRES SYSTÉMATISÉES. On a toujours remarqué qu'après les traumatismes se produisent des oublis touchant spécialement le vocabulaire ou les

langues étrangères par exemple. Félix PLATER (d'après CALMEIL), avait curieusement observé après une blessure du crâne, une amnésie portant sur le grec et le latin. ABERCOMBRIE avait noté aussi la perte de l'usage de la langue anglaise dans un cas et de l'allemand dans un autre cas. Un fait fréquemment observé est l'amnésie spécialisée aux noms propres (cas de LARREY). WINSLOW (cité par RIBOT, p. 31) avait observé chez un traumatisé du crâne une amnésie si spécialisée qu'elle ne portait que sur les chiffres 5 et 7. Ceci naturellement nous conduit jusqu'aux formes d'amnésies aphasiques ou agnosiques, c'est-à-dire aux désintégrations partielles des fonctions gnoso-phaso-praxiques qui sortent du cadre que nous nous sommes tracés. Le petit livre de RIBOT (p. 106 à 138) ne craint pas de considérer tous les phénomènes de ce genre et spécialement les troubles aphasiques comme de simples formes d'amnésie qu'il nomme amnésies des signes. L'aphasie amnésique de PITRES (l'oubli du vocabulaire, rappelons-le) constitue purement et simplement une forme clinique des aphasies.

III. – LES AMNÉSIES PÉRIODIQUES ET LES « PERSONNALITÉS MULTIPLES ».

Comme pour les amnésies électives c'est dans le domaine de l'Hystérie qu'il faut aller chercher des exemples de ces formes bizarres, pittoresques et déconcertantes des troubles de la mémoire. L'inconscient qui à l'état normal est refoulé ou n'émerge que dans le sommeil (ce qui constitue chez chacun de nous deux plans de personnalité), se manifeste sous forme d'une personnalité *alternant* avec la personnalité vigile dans l'hypnose, les accès somnambuliques, les trances hystériques, etc..., tous *états d'automatisme psychologique* qui ont été si admirablement étudiés par Pierre JANET et MORTON PRINCE. Tout se passe comme si les états de même niveau inférieur se liaient ensemble pour former une personnalité distincte de celle qui correspond à la synthèse mnésique du niveau supérieur. Ainsi se constitueraient les « doubles personnalités » ou « personnalités alternantes » qu'il a été de mode de décrire et d'étudier comme il est aujourd'hui de mode de les ignorer et de les dédaigner. Le point de départ de ces observations est la constatation que certains souvenirs ne survivent pas à une crise mais sont capables d'être rappelés au cours d'une crise semblable et ceci est un fait qui a été vérifié notamment à propos de la mémoire des états de rêve par l'École psychanalytique. MACARIO (d'après RIBOT) a rapporté l'histoire d'une fille violée pendant un accès qui n'avait gardé aucun souvenir, mais révéla la chose à sa mère au cours d'un nouvel accès. Mais c'est le fameux cas de MAC NISCH (1830) qui paraît inaugurer la série des observations célèbres. Elle est reproduite dans le livre d'AZAM (1887)¹ et dans le livre de PITRES (1891)². Cette dame américaine

...Tout se passe comme si les états de même niveau inférieur se liaient ensemble pour former une personnalité distincte de celle qui correspond à la synthèse mnésique du niveau supérieur. Ainsi se constitueraient les « doubles personnalités »...

1. AZAM, p. 270 de son livre.

2. PITRES, (1891) tome II, p. 218.

perdit après une crise de léthargie tous ses souvenirs et il fallut tout lui rapprendre. Quelques mois après elle fut reprise d'un profond sommeil et quand elle s'éveilla elle retrouva tout ce qu'elle avait oublié après son premier accès de sommeil mais elle avait perdu tous les souvenirs de la période intercalaire. Pendant quatre ans elle passa d'un « état de mémoire » à l'autre. Elle avait, paraît-il, « aussi peu conscience de son double personnage que deux personnes distinctes en ont de leurs natures respectives ».

Le Dr AZAM (1876) ¹ publia le cas désormais illustre de Felida. Vers treize ans cette jeune fille, née en 1843, présenta des accidents nerveux, variés, douleurs, hémoptysies, catalepsie. Elle présentait des attaques de sommeil cataleptique d'une durée d'une dizaine de minutes à la suite desquelles elle entraînait dans sa « condition seconde » qui durait environ une heure et demie. Ces accès se reproduisaient tous les 5 ou 6 jours. De 1858 à 1859 elle fut étudiée une première fois par le Dr AZAM qui constata que tandis qu'elle était généralement triste, hypocondriaque, elle se montrait au cours de ces états seconds gaie et insouciant, oubliant tous les tracés de son état premier. Ainsi s'établirent chez elle deux états de la mémoire qui alternaient, la « condition seconde » représentant environ un dixième de son existence. Chose curieuse, elle appelait toujours son « état normal » celui dans lequel elle se trouvait. Ainsi, étant dans son état premier, elle se plaignait de troubles digestifs, d'angoisses, etc. et durant son état second elle était ravie de dire que ces troubles étaient des symptômes de grossesse (elle était devenue enceinte au cours de son état second). De 1859 à 1876 elle mena une vie à peu près normale. Mariée elle eut onze grossesses (dont deux enfants vivants seulement) mais progressivement la durée des états seconds était devenue égale à celle des états premiers et finalement elle vécut plus longtemps dans l'état second que dans l'état premier, posant un bien curieux problème : quelle était alors sa « véritable personnalité » ?

Une autre observation, relatée depuis cette époque dans la plupart des Manuels et Traités, est celle que MORTON PRINCE publia dans son ouvrage ². Il s'agit de Miss Beauchamp. Au cours d'une séance d'hypnose, en avril 1898, cette malade parla d'elle à la troisième personne, ce qui intrigua beaucoup l'auteur. Et, effectivement, celui-ci s'aperçut qu'évoluait, juxtaposé à la personnalité B de Miss Beauchamp, un autre personnage B2, puis un troisième B3, (nommé par elle même Sally). Chacune de ces personnalités évoluait pour son propre compte et avait son système de souvenirs. Les péri-

...Le Dr AZAM (1876)
publia le cas désormais
illustre de Felida...

...Le cas de Miss
Beauchamp, publié par
Morton PRINCE...

1. AZAM, *Revue scientifique*, 1876. Ce cas « d'amnésie périodique ou doublement de la vie » figure comme premier chapitre du livre d'AZAM : *Hypnotisme et Double conscience*, Paris, 1893.

2. M. PRINCE, *La dissociation d'une personnalité*. C'est un ouvrage qui a été traduit en français en 1911 et qui est d'une vive actualité au point de vue des mécanismes inconscients de projection. On trouvera dans le livre de DERMOT-M. CASEY (trad. fr., 1940) toute la bibliographie des travaux de l'illustre psychiatre et psychologue américain de Boston.

péties enchevêtrées et burlesques de cette dissociation sont longuement narrées. Qu'il nous suffise ici de mentionner simplement les têtes de chapitre de cette étrange histoire d'ailleurs pleine d'intérêt. Jugez-en : Comment Sally (B3) ouvrit les yeux et comment la personnalité subconsciente devint une personnalité alternante. – Sally au « sommet du tas ». Bataille subconsciente, aboulie, impulsions, obsessions. – Sally tourmente Miss Beauchamp et lui joue des tours. – Naissance de « B4 l'idiote » en juin 1899. – Conflits domestiques. – B4 n'est-elle pas la véritable Miss Beauchamp ? – Une importante découverte, B1 et B4 deviennent la même personne quand elles sont endormies. – Psychologie d'une conversion soudaine, Miss Beauchamp tombe dans un état d'extase et se croit guérie. – Sally réussit à prendre conscience des pensées de B4 et elle est stupéfaite de ce qu'elle apprend – La vraie Miss Beauchamp est enfin découverte !

Cette « observation-feuilleton » qui tient du roman policier et de la biographie des « médiums » a constitué une des bases de l'étude que MORTON PRINCE a consacrée à l'automatisme psychologique et au subconscient. DERMOT M. CASEY a récemment publié une analyse critique de cette psychologie ¹ et tout en reprochant à l'auteur son associationnisme, il montre l'intérêt de ses observations comparables à celles, contemporaines, de Boris SIDIS et Simon GOODHART ². Les aventures de ces personnalités qui se cherchent, qui se dédoublent, se multiplient, s'évanouissent derrière l'écran d'une amnésie plus proche de la méconnaissance systématique que du trouble de la mémoire, ces spectacles à transformations de la conscience, ces feintes, ces duperies font parfois sourire. Mais pourquoi ? Certes nous sentons bien qu'ici le trouble est plus « imaginaire » que « réel » et les « supercheries » des hystériques ne peuvent plus surprendre la « bonne foi » de l'observateur, mais tout cela doit-il être rejeté dans le domaine des fariboles et de « l'irréalité » ? N'est-il pas plus juste et convenable de considérer que ces dédoublements de la personnalité ³, ces illusions de pluralité font partie intégrante des délires d'influence, des psychoses hallucinatoires, des transformations délirantes de la personnalité (thèmes de possession, d'influence, de médiumnité, etc.), et ne sommes-nous pas conduits, dès lors, à voir dans ces « troubles de la mémoire », des troubles d'un niveau très élevé de la synthèse personnelle ? Par là, perdant sa naïveté réaliste, notre observation ne définit-elle pas mieux son objet : le délire ? C'est dire que ce qu'on peut envisager comme un trouble de la mémoire est avant tout ici un trouble de la personnalité mais aussi, et inversement, que les métamorphoses et duplications délirantes de la personnalité représentent un certain « trouble de la mémoire ». Combien de malades de nos services, délirants ou schizophrènes, hallucinés, dépersonnalisés,

...Les aventures de ces personnalités qui se cherchent, qui se dédoublent, se multiplient, s'évanouissent derrière l'écran d'une amnésie[...] font parfois sourire...

...N'est-il pas plus juste et convenable de considérer que ces dédoublements de la personnalité, ces illusions de pluralité font partie intégrante des délires d'influence...

1. *La théorie du Subconscient de Morton Prince*, Presses Universitaires, 1940.

2. Simon GOODHART, *Multiple personality*, Apleton 1905.

3. G. COLEMAN, The dual personality of Philip Heselntine, *J. of ment. Sc.*, 1949, 95, pp.456 à 466.

« mécanisés » gagneraient à être vus dans cette perspective plutôt que, exonérés de tout délire, d'être réduits à un agrégat de « phénomènes hallucinatoires ? »

B. – LES SYNDROMES D'HYPERMnésIE

Il existe deux grandes classes d'hypermnésies ; les « visions panoramiques de l'existence » et les « capacités mnésiques prodigieuses ».

1° LES « VISIONS PANORAMIQUES DE L'EXISTENCE » sont constituées par le retour incoercible des souvenirs soit de la totalité (?) de l'existence, soit des scènes passées (ecmnésie) qui prennent parfois une valeur d'objectivation hallucinatoire. Ce phénomène a surtout été observé chez les mourants. FÉRÉ¹ s'était intéressé à ce problème. On connaît l'observation de MACARIO qui se baignait dans la Seine et pensa se noyer : « Dans cet instant suprême, dit-il, se montrèrent comme par enchantement les événements de ma vie aux regards effrayés de mon esprit ». – WINSLOW et MUNK (cités par EGGER) ont rapporté des faits analogues. Ce dernier (un peu suspect aux yeux d'EGGER) aurait observé un noyé qui vit, à l'instant suprême, « toute sa vie antérieure se déroulant en succession rétrograde avec des détails très précis : chaque événement était accompagné d'un sentiment de bien ou de mal ». EGGER (1896)², rapporte les expériences (recueillies par un suisse HEIM, qui lui-même se trouva dans ce cas) d'alpinistes qui font des chutes en montagne : « ce que j'éprouvais, dit HEIM, durant les quelques secondes d'une chute il me faudrait une heure pour le raconter, toutes les pensées et toutes les images s'offraient à moi avec une précision et une clarté extraordinaires... J'aperçus tous les faits de ma vie passée se déroulant devant moi en d'innombrables images. EGGER signalait dans ces états comme caractères à peu près constants un sentiment de béatitude, l'anesthésie du toucher et du sens de la douleur, une extrême rapidité de la pensée et de l'imagination. – SOLLIER, MOUTON et KELLER, ont tenté de rassembler ces divers éléments, dont la remémoration n'est qu'un aspect, en un aspect global de l'expérience vécue par la conscience du mourant qui se tourne vers son passé – Ch. FÉRÉ (1889, 1892, 1898) a rapporté quatre observations intéressantes mais il s'est livré à des interprétations hasardeuses de leur condition physiologique (hyperexcitabilité momentanée du système nerveux dans ces états d'hypermnésie). – Depuis cette époque et la description de la « crise de l'uncus » par JACKSON, certains auteurs (WILSON) ont étudié des états crépusculaires épileptiques de type « dreamy state » avec déroulement de la mémoire panoramique notamment dans les tumeurs temporo-sphénoïdales. Martin REICHARDT⁴ (1928), a observé le cas d'un malade qui, après une piqûre du bulbe par ponction sous-occipitale, eut à la fois un sentiment de béatitude et une vision panoramique de

...retour incoercible des souvenirs soit de la totalité (?) de l'existence, soit des scènes passées (ecmnésie) [...]. Ce phénomène a surtout été observé chez les mourants...

1. Ch. FÉRÉ, *Pathologie des émotions*, 1892, p. 17.

2. *Revue Philosophique*, 1896.

3. *Revue Philosophique*, 1896, également.

4. REICHARDT M. : Hirnstamm und Psychiatrie, *Monatschr. f. Psych.*, 1928.

son existence. Nous avons observé, au cours de l'intoxication par la mescaline, des phénomènes du même genre et DELAY rappelle les reviviscences de mémoire que provoque l'opium, sous forme d'hypermnésies oniriques ¹.

Naturellement ces « réminiscences » par leur côté pittoresque et aussi par la valeur esthétique du souvenir ressuscité qui s'y attache, ont tenté l'imagination des romanciers. Rappelons particulièrement Marcel PROUST, dont l'illusion du passé restitué « par le parfum d'une madeleine trempée dans une tasse de thé » constitue la trame même de la prodigieuse recomposition du « Temps perdu »... Les psychologues sont généralement friands de ses rapprochements (BENICHOU) ².

Parfois il s'agit seulement de « tranches de la vie passée » qui « se représentent » et sont à nouveau vécues. C'est ce qu'on a appelé le phénomène d'*ecmnésie* ou d'*hallucination de la mémoire* ». Nous en reparlerons plus loin.

2° LES « CAPACITÉS MNÉSIQUES PRODIGIEUSES ». Une tout autre variété d'hypermnésie est constituée par les capacités mnésiques prodigieuses parmi lesquelles les performances de calcul, la mémoire des chiffres, des dates, etc... sont les plus étonnantes et les plus connues. Les principales études sur ces « artistes de la mémoire » (Gedächtnisskünstler disent les Allemands) sont le mémoire de SCRIPTURE ³, le livre de A. BINET ⁴, celui de J. VAN DER KOLK et JANSSENS ⁵, celui de MOBIUS ⁶, l'article de Franck D. MITCHELL ⁷, celui de JOTEYKO ⁸, le volume de Ev. E. MUELLER ⁹, la thèse de Paul HINTZIGER ¹⁰, le travail de DESRUELLES ¹¹, celui de BLIN ¹², celui de LAHY ¹³, d'AMELINE ¹⁴, de LOTTE ¹⁵, de KLYSSEN ¹⁶ de HEUYER et M^{lle} BADONNEL ¹⁷, l'important mémoire de LAFORA ¹⁸, celui de A. BRILL ¹⁹, les récentes observations de HEUYER, DAUPHIN et LEOVICI ²⁰, de DELAY, STEVENIN et PICHOT ²¹ et de B. STOKVIS ²².

1. J. DELAY : *Dissolution de la mémoire*, p. 106.

2. BENICHOU, *Revue Philosophique*, 1932.

3. SCRIPTURE, *Arithmetical prodigies*, *Amer. J. of Psychol.*, avril 1891.

4. A. BINET, *Psychologie des grands calculateurs et des joueurs d'échecs*, I volume, Paris, 1894.

5. J. VAN DER KOLK et JANSSENS, *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, 1905.

6. MOBIUS, *Anlage zur Mathematik*, 1900.

7. Franck D. MITCHELL, *Mathematical Prodigies*, *Amer. J. of Psychol.*, 1907.

8. JOTEYKO, *Les calculateurs prodiges*, *Amer. J. of Psychol.*, 1910.

9. Ev. E. MUELLER, *Zur Analyse der Gedächtnissfähigkeit*, 1911.

10. Paul HINTZIGER, *De la disposition congénitale au calcul mental*, 1913.

11. DESRUELLES, *Encéphale*, 1912.

12. BLIN, *Soc. Méd. Ment.*, 1910.

13. LAHY, *Archives suisses de Psychologie*, 1913.

14. AMELINE, *Journal de Psychologie*, 1913.

15. LOTTE, *Encéphale*, 1920.

16. KLYSSEN, *Arch. de Psychol*, 1927.

17. HEUYER et M^{lle} BADONNEL, *Encéphale*, 1928, II.

18. LAFORA, *Encéphale*, 1935, 1, pp. 309 à 337.

19. A. BRILL, *J. of neur. and mental Diseases*, 1940.

20. HEUYER, DAUPHIN et LEOVICI, *Annales Médico-Psychol.*, 1946.

21. DELAY, STEVENIN et PICHOT, *Annales Médico-Psychol.*, 1947.

22. B. STOKVIS, *Exper. psychol. Untersuch. sog. Rechenw.*, *Archives suisses de Neuro. et Psych.* 1948, 62, p. 371

...Rappelons particulièrement Marcel PROUST dont l'illusion du passé restitué [...] constitue la trame même de la prodigieuse recomposition du « Temps perdu »...

...Une tout autre variété d'hypermnésie est constituée par les capacités mnésiques prodigieuses parmi lesquelles les performances de calcul, la mémoire des chiffres, des dates, etc...

Il convient d'abord de se référer aux cas de prodigieuse mémoire des chiffres et des nombres d'individus simplement normaux ou parfois très intelligents : le Dr VERROL (étudié par MOBIUS), RAMBONI (étudié par GUICCIARDI et FERRARO), HEIMANS (étudié par BURCHAN), INAUDI (étudié notamment par BINET), DIAMANDI (étudié notamment par LAHY) et le plus extraordinaire de tous le Dr RUCKLE (étudié par G. E. MULLER). Ce dernier était, à vrai dire, mathématicien. Il lui suffisait d'une seule audition pour pouvoir répéter une série de 60 nombres et de 72 nombres après un « apprentissage » de 137 secondes... Il apprenait une série de 46 nombres en 44 secondes et pouvait en retenir 204 après 13 minutes d'effort de fixation ; il lui suffisait d'une seule audition pour répéter une série de 60 nombres et il put retenir en ordre inverse une série de 72 nombres après 137 secondes de réflexion. DIAMANDI, moins fort, avait besoin de 165 secondes (alors que de 44 à 70 suffisaient à RUCKLE) pour en apprendre 48 et demandait 75 minutes pour retenir une série de 20 nombres (alors que 13 à 19 minutes suffisaient à RUCKLE pour en retenir 204 qu'il répétait en 140 secondes en moyenne !). Ces « mnémotechniciens » effarants utilisent généralement des « aides », ou « appuis » de forme purement arithmétique. Ainsi RUCKLE se rappelait le nombre 86.219 parce que $219 = 3 \times 73$ et que le logarithme de $13 = 1,86\dots$, autre exemple : le nombre 535 est égal au côté du dodécaèdre circonscrit qui est de 0,535. Parfois des « appuis » historiques interviennent (dates de grands événements) ou encore des nombres liés à des souvenirs personnels. MULLER a montré que ces aptitudes extraordinaires à « retenir des nombres » ne dépendaient pas d'une mémoire naturelle des « nombres, mais du développement d'un complexe de facultés générales comme une compréhension rapide, une faible fatigabilité et la capacité à apprendre et de retenir facilement, ce à quoi s'ajoute un *intérêt spécial* pour la chose qui incite aux exercices répétés, c'est-à-dire à l'entraînement » (LAFORA). Autant dire qu'il s'agirait dans ces actes de virtuosité, non pas d'un don simple mais d'une organisation spéciale de l'activité intellectuelle soutenue par un intérêt affectif. Cependant B. STOKVIS croit devoir rapporter cette prodigieuse faculté dans son cas W. à une aptitude mnésique acoustico-rythmo-motrice exceptionnelle et dans son cas L. à une capacité extraordinaire de visualisation¹. Parfois il s'agit d'enfants prodiges d'intelligence moyenne comme dans le cas d'A. BRILL².

Mais si ces prodiges de mémoire sont déjà stupéfiants chez des sujets normaux, ils deviennent presque inimaginables chez les calculateurs, à la fois virtuoses et arriérés. On trouvera de bons exemples de cette monstruosité psychologique dans l'histoire de la petite Zarah Colburn dans les observations de BLIN (1910), HEUYER et BADONNEL

...prodigieuse mémoire des chiffres et des nombres d'individus simplement normaux ou parfois très intelligents: [...] le plus extraordinaire de tous le Dr RUCKLE (étudié par G. E. MULLER)...

...ces prodiges de mémoire [...] deviennent presque inimaginables chez les calculateurs, à la fois virtuoses et arriérés....

1. Le travail de STOKVIS est intéressant par ses recherches pharmacodynamiques et l'étude de l'influence de l'hypnose sur l'activité mnésique.

2- A. BRILL, Some peculiar manifestation of Memory, *J. of neur. and mental Diseases* 1940, 92.

(1928), de LAFORA (1935), HEUYER, DAUPHIN, LEOVICI (1946) ou encore de DELAY, STEVENIN et PICHOT (1947). Le malade de BLIN, garçon de 12 ans « à la limite des imbéciles et des débiles », ne possédait aucune notion de calcul. Il était incapable d'effectuer les opérations les plus simples comme de retrancher 3 de 12 ou de dire combien font 7×3 ; or il répondait sans hésitation que telle date de 1907 à 1911 correspondait à tel jour de la semaine ; avant 1907 et après 1911 les réponses étaient parfois inexactes. – Le débile d'HEUYER et M^{lle} BADONNEL était également « à la limite de l'imbécillité », il ne s'exprimait que par monosyllabes, lisait de façon distraite en sautant des mots et sans rien retenir de sa lecture ; ses notions mathématiques étaient extrêmement pauvres, il faisait une addition (13+12) simple mais n'y réussissait pas si elle était un peu plus compliquée (7 +6 +3) ; il ne savait ni soustraire ni multiplier ; il connaissait tous les jours de la semaine mais ne pouvait énumérer les mois quand on le lui demandait ; il savait qu'il existe des années bissextiles mais ne pouvait énumérer que partiellement leurs caractéristiques, « Il y a le 29 février, disait-il, sans pouvoir dire le nombre d'années au bout desquelles elles reviennent. A la question, combien il y a de jours dans l'année il répondait 1922, 1923, etc... Et cependant il pouvait pour des années éloignées de plus de 20 ans dire quel jour de la semaine correspondait à une date quelconque. S'il s'agissait d'années bissextiles il disait par exemple « 27 novembre 1903 pas samedi dimanche ». En ce qui concernait l'avenir il ne pouvait donner le jour correspondant à la date que jusqu'en 1941 (les investigations n'ayant pu être vérifiées, à l'époque, plus loin). – Le sujet de LAFORA était une jeune fille de 15 ans (âge mental de 10 ans 3 mois, quotient intellectuel de 0,65). Elle résolvait en 2 à 5 secondes la plupart des questions sur le calendrier. Dès l'âge de 9 ans elle commença à manier des calendriers de poche correspondant à 3 années. La « méthode » qu'elle employait consistait à avoir appris par coeur le jour de la semaine par lequel commencent chaque mois ou quelques mois dans les diverses années normales et bissextiles. A l'analyse il semble qu'elle utilisait des données, des repères ou « natürliche Hälfte » (points d'appui), comme dit MUELLER, elle y ajoutait une opération simple de soustraction et d'addition. Les erreurs étaient peu nombreuses (2 sur 12) et elle les corrigeait rapidement. Le temps de réaction oscillait de 2 à 5 secondes, De l'étude du procédé employé, LAFORA conclut qu'il s'agit dans ces cas au contraire des calculateurs prodiges normaux, non point de calcul mais d'une « opération de mémoire mécanique ». Le débile d'HEUYER, DAUPHIN et LEOVICI semblait utiliser aussi des repères concrets. Le sujet de DELAY, STEVENIN et PICHOT, âgé de 16 ans, avait aux tests d'intelligence générale, d'intelligence verbale et de performance (sauf pour le Porteus) un niveau mental compris entre 8 et 9 ans, mais ses aptitudes mnésiques correspondaient à son âge réel, il paraissait cultiver des aptitudes mnésiques élémentaires par son intérêt électif pour sa propre virtuosité.

Certes il est exact que la représentation mentale de séries de nombres, les « sché-

...Le débile d'HEUYER et Mlle BADONNEL était également « à la limite de l'imbécillité » [...] et cependant il pouvait pour des années éloignées de plus de 20 ans dire quel jour de la semaine correspondait à une date quelconque...

mas numéraux » (cf. par exemple ceux reproduits dans le travail de BINET et de LAHY) de l'ordre chronologique des années, des mois et des jours, constitue le « matériel » spécial sur lequel travaillent ces arriérés. Mais un problème reste cependant ouvert qui n'est pas seulement celui de la mémoire, comme le soutient AMELINE, mais aussi de l'intelligence de ces sujets. Le paradoxe ne vient pas en effet de cette vision mentale élective des séries mais de l'application à ces images de procédés de calcul qui, pour si simples qu'ils soient, représentent des attitudes solutionnelles intellectuelles contrastant (notamment dans les cas de BLIN et d'HEUYER et BADONNEL) avec le défaut de « savoir » arithmétique et l'incapacité de calcul. Tout se passe comme si un dressage spécialisé et systématique était seul possible dans ces esprits qui restent enchaînés au travail en série, à une technique, à une gymnastique stéréotypées, qui gagne en performance ce que perd leur activité psychique en étendue et en profondeur. Nous pensons malgré l'avis de STOKVIS que, comme le remarquait MUELLER (1910), ces aptitudes ne dépendent pas d'une « propriété élémentaire » mais du développement d'un complexe de facultés générales à quoi s'ajoute un intérêt spécial ».

...Nous pensons [...] que, comme le remarquait MUELLER (1910), ces aptitudes ne dépendent pas d'une « propriété élémentaire » mais du développement d'un complexe de facultés générales à quoi s'ajoute un intérêt spécial »...

C. – LES PARAMNÉSIES OU ILLUSIONS DE LA MÉMOIRE

Comme les hypermnésies, les paramnésies ¹ représentent des troubles mnésiques où prédominent les troubles positifs.

Les fonctions mnésiques assurent, avons-nous dit, un équilibre constant entre le passé et le présent, l'ordre chronologique et la distinction du passé réel et du passé imaginaire. Lorsque la « mémoire » fléchit, des troubles s'en suivent qui constituent les paramnésies ou illusions de la mémoire.

...Comme les hypermnésies, les paramnésies représentent des troubles mnésiques où prédominent les troubles positifs...

1. On trouvera dans les travaux suivants des indications précieuses sur la psychopathologie des paramnésies :

KRAEPELIN, *Arch. f. Psych.*, 1886-87.

ARNAUD, *Soc. Méd. Psych.*, 1896.

DROUART et ALBES, L'illusion de fausse reconnaissance, *Journ. de Psychologie*, 1905.

ALBES, *La fausse reconnaissance*, Thèse, 1926.

JANET, A propos du déjà vu, *Journ. de Psych.*, 1905.

THIBAUT, *Essai sur le sentiment de déjà vu*, 1895.

GILLES, Le « déjà vu », *Journ. de Psychol.*, 1921, Thèse, Bordeaux.

CAPGRAS et REBOUL-LACHAUX, L'illusion de sosie, *Soc. Méd. ment.*, 1923.

HALBERSTADT, L'illusion de sosie, *Journ. de Psychol.*, 1923.

CAPGRAS et CARETTE, L'illusion de sosie, *Ann. Méd. Psycho.*, 1924.

CAPGRAS, SCHIFF, LUCCHINI, Sentiment d'étrangeté, L'illusion de sosie, *Soc. Méd. Ment.*, 1924.

HUBERT, *Le sens du réel*, 1930.

LEVY-VALENSI, Les illusions des sosies, *Gaz. des Hôpitaux*, 1929.

M^{lle} DESROMBIES, *L'illusion de sosie*, Thèse, Paris, 1935.

1° LES ERREURS DE LOCALISATION DANS LE TEMPS OU L'ESPACE se caractérisent par l'assignation défectueuse des souvenirs aux instants du temps ou du cadre spatial qui se trouvent ainsi chargés de souvenirs inadéquats.

2° CONFUSION DU PRÉSENT ET DU PASSÉ.

Ces troubles consistent en une perturbation des fonctions mnésiques caractérisée par un apport excessif ou insuffisant de souvenirs (ou mieux de « passé ») dans l'acte de perception du présent.

Nous les disposerons pour leur description séméiologique dans un ordre qui ira de l'excès au défaut d'intégration du passé dans la conscience du présent.

a) *Les ecmnésies*. Des « tranches » du passé se présentent à la conscience du sujet et acquièrent la valeur du présent. Ces phénomènes s'observent dans certains états paroxystiques. Les sujets revivent une scène du passé vécu. Dans ces troubles de la mémoire les souvenirs sont évoqués avec une vivacité hallucinatoire et ont perdu pour autant leur caractère de « souvenirs ». Il s'agit là d'une véritable hypermnésie hallucinatoire (hallucinations de la mémoire) et, comme dit excellemment DELAY, la mémoire *constituée* est prise pour la mémoire *constituante*. PITRES (d'après, dit-il, les indications d'ESPINAS) a donné le nom d'ecmnésie ¹ à des « phénomènes d'ecmnésie partielle rétrograde avec réversion de la personnalité. Dès 1882 il avait étudié un « délire de réminiscence » chez une hystérique et en 1886 il avait constaté qu'il pouvait provoquer ce délire ecmnésique par l'hypnose et même par l'excitation de certains points du corps agissant comme zones érogènes. Il inspira une thèse à son élève BLANC-FONTANILLE ² sur cette « forme particulière de délire hystérique ». BARUK ³ a montré depuis que ce phénomène pouvait se rencontrer chez des malades atteints de tumeurs cérébrales. Ainsi un de ces malades qui avait une tumeur du 4^{ème} ventricule, à certains moments se trouvait reporté à onze ans en arrière, à l'époque de ses fiançailles : il se croyait à l'hôpital militaire à Bordeaux et attendait chaque jour sa fiancée. Un autre malade de BARUK se trouvait transporté dans la batterie d'artillerie qu'il dirigeait pendant la guerre : il revivait exactement une attaque. Ces troubles, s'ils se présentent parfois sous une forme en effet assez saisissante et « pure » pour mériter une description particulière, s'apparentent manifestement à la reviviscence du passé dans le rêve et l'onirisme dont ils ne constituent qu'un aspect. Aussi nous suffit-il de les signaler ici.

b) *Les fausses reconnaissances* constituent un trouble analogue. Il s'agit là aussi d'une confusion entre le présent original et nouveau et un état antérieure-

1. PITRES, *Hystérie et Hypnotisme*, 1891, tome II, pp. 219-220.

2. BLANC-FONTANILLE, Thèse de Bordeaux, 1887.

3. BARUK, *Traité*, 1938, pp. 17-18.

...Les ecmnésies: il s'agit là d'une véritable hypermnésie hallucinatoire (hallucinations de la mémoire) et, comme dit excellemment DELAY, la mémoire constituée est prise pour la mémoire constituante...

ment vécu. STANDER avait décrit ce phénomène sous le nom de « fausse mémoire », « illusions de la mémoire ¹ ». L'illusion du *déjà vu* est de même ordre, là aussi « la mémoire constituante est prise pour la mémoire constituée ». On réserve parfois à ces fausses reconnaissances la dénomination de « paramnésies » (E. B. LEROY, DELAY). KRAEPELIN parlait à leur sujet d'illusions identifiantes de la mémoire. On trouvera dans la vieille mais remarquable thèse de E. B. LEROY ² une excellente étude de ce phénomène, de même que dans les travaux anciens qu'ALBES ³, DROMARD et ALBES ⁴ ont consacré, à la même époque, à l'étude de l'« illusion du déjà vécu ». Elle se rencontre dans les divers états confusionnels (confusion, psychose de Korsakoff, états crépusculaires et même mélancolie et manie). Parfois elle se présente comme un phénomène de premier plan dans le tableau clinique et « loin de surgir brusquement, elle n'éclôt qu'après une longue période d'incubation qui la prépare, et lui indique la direction vers laquelle elle doit tendre ; elle s'applique à un objet unique et bien précis ; elle apparaît alors en quelque sorte comme l'apothéose d'un délire systématisé d'une idée fixe ou d'une dépression » (ALBÈS). C'est dire que sous le même nom, là encore, on range des phénomènes de niveaux très différents. Parfois elle est inséparable d'un sentiment global de déjà vu. « S'agit-il, écrivait LALANDE ⁵, d'un paysage, on croira retrouver dans son souvenir la grande ligne mais encore chaque feuille, chaque arbre, chaque image, chaque rayon et même le plus souvent on se sentira soi-même dans le même état et les mêmes sentiments que le jour illusoire de la première perception ». Tant il est vrai que cette « reconnaissance » représente non pas seulement l'identification d'un contenu de la conscience présente par sa fusion avec un contenu de conscience passé (reconnaître, dit JANET, c'est avoir déjà vu autrefois), mais une coalescence de la conscience actuelle avec le passé, son investissement, son inflexion par la valeur de « passé ». JANET ⁶ cite l'observation d'une jeune fille qui, venue le voir pour la première fois à Paris, lui demande au bout de quelques minutes quelle était la date de sa « première visite », car elle avait dû venir le voir déjà mais ne se souvenait pas quand. Elle affirmait que lui, JANET, devait se tromper « car elle reconnaissait exactement et lui et l'appartement et les photographies suspendues au mur ». Ce « sentiment » (nous dirions cette expérience délirante primaire) peut devenir un délire élaboré, systématisé comme dans le cas de ce fameux malade de Jules FALRET. « Le vieux maître, dit encore JANET, avait la malice de l'inviter à sa table avec certains médecins et il ne manquait pas de leur tenir ce langage : « Est-ce que vous trouvez

...L'illusion du « déjà vu » est de même ordre [que « les illusions de la mémoire »], là aussi « la mémoire constituante est prise pour la mémoire constituée »...

1. STANDER, Ueber Erinnerungtäuschungen, *Archiv. f. Psych.*, 1874.

2. LEROY, Thèse, Paris, 1898.

3. ALBES, Thèse, Paris, 1906.

4. ALBES, *Journ. de Psycho.*, 1905.

5. LALANDE, *Revue philosophique*, 1893.

6. JANET, *Évolution de la mémoire*, p. 324.

amusante cette plaisanterie de M. FALRET ? Vraiment c'est assez drôle. Il la répète trop souvent. Il nous fait dîner l'un près de l'autre exactement dans la même position, avec les mêmes plats, les mêmes convives, le même éclairage, avec les mêmes paroles prononcées par les personnes qui nous entourent. Il s'amuse à répéter tous les événements. Est-ce qu'on vous a prévenu du rôle qu'on vous faisait jouer ¹ ? Ce phénomène qui se rencontre aussi chez les sujets normaux (les littérateurs s'en sont souvent emparés : WIGAN, JEANSEN, SHELLY, ZOLA, Paul BOURGET, etc.) se présente donc soit sous forme paroxystique et c'est le cas le plus fréquent, soit comme un délire durable comme dans le cas que nous venons de citer.

Mais la « *fausse reconnaissance* » intéresse particulièrement les personnes et parfois seulement certaines personnes, soit qu'elle soit seulement une erreur d'identification paroxystique soit qu'elle revête une forme délirante durable.

Ainsi dans tous ces cas (illusions de déjà vu) ces fausses reconnaissances sont l'expression d'une modification globale de la conscience dont le trouble de l'identification n'est qu'une conséquence et varie avec sa profondeur de dissolution.

c) *L'illusion de sosie* (CAPGRAS) est une reconnaissance incomplète suspecte et faite d'un mélange de « sentiment de déjà vu » et de celui de « jamais vu ». C'est un doute sur la réalité, un « identification incomplète », « c'est ça sans être ça ». On consultera avec profit la thèse de M^{lle} DESROMBIES ² sur ce sujet.

d) Avec le *sentiment de jamais vu* nous entrons dans les phénomènes inverses. Ce qui devrait être familier, ce qui devrait être reconnu ne l'est plus ou du moins l'est mal ou incomplètement. Tout est vécu sur le registre de l'étrange, de l'étonnement et du nouveau.

3° CONFUSION DES SOUVENIRS PASSÉS ET DES SOUVENIRS IMAGINAIRES.

La *fabulation* en est l'aspect le plus typique. Ce phénomène consiste à prendre pour des souvenirs authentiques, c'est-à-dire les événements effectivement passés, des fantaisies de l'imagination ou des *effets de la suggestion*.

A son degré le plus extrême la fantaisie se présente comme un souvenir effectif, c'est le *faux souvenir*. C'est dire que nous voyons ici « l'imagination suppléer à la mémoire ».

Mais n'est-ce pas une loi très générale de tous les troubles de la mémoire que nous venons de passer en revue ? Et si certains sont caractérisés essentiellement par des troubles négatifs, par un déficit (amnésies) nous avons vu qu'ils comportent aussi des

1. JANET, Évolution de la mémoire, Chapitre : l'illusion du déjà vu, p. 329.

2. M^{lle} DESROMBIES, Thèse, Paris, 1935.

...ces fausses reconnaissances sont l'expression d'une modification globale de la conscience dont le trouble de l'identification n'est qu'une conséquence et varie avec sa profondeur de dissolution...

faux souvenirs, des délires, des illusions, etc.. Quant à ceux qui paraissent purement « positifs » (hypermnésies, fausses reconnaissances, ecmnésie, fabulations), ne comportent-ils pas aussi des troubles négatifs ? Dès lors nous retrouvons au terme de cette analyse une certaine unité structurale des troubles mnésiques qui sont à la fois négatifs et positifs. Et cette part positive des troubles de la mémoire, c'est le délire. On comprend que JANET et DELAY dans leurs études sur les troubles de la mémoire aient insisté sur ce qu'ils appellent les « *délires de mémoire* », notion qui correspond spécialement aux paramnésies et notamment aux compensations de la mémoire défaillante.

...nous retrouvons au terme de cette analyse une certaine unité structurale des troubles mnésiques qui sont à la fois négatifs et positifs. Et cette part positive des troubles de la mémoire, c'est le délire...

Aussi pouvons-nous dire au terme de cette description clinique : 1° que les troubles de la mémoire s'intègrent généralement dans des structures psychopathologiques dont ils ne sont qu'un aspect ; 2° que tous les troubles de la mémoire comportent une proportion diverse, de troubles négatifs et de troubles positifs. L'amnésie n'est pas seulement un « trou ». Le « trouble de la mémoire » n'est qu'une forme de ces « trous » qui se présentent en clinique avec une grande diversité de contenus vécus et de profondeur de dissolution.

Sans doute, les « troubles de la mémoire » gardent-ils cependant une irréductible originalité du point de vue clinique. Et nous devons signaler à cet égard le travail le plus intéressant en langue française, celui de SOSSET¹, qui a pour but de montrer que les troubles mnésiques peuvent être électifs à l'égard des troubles de l'attention et de l'intelligence. Ses recherches ont été faites à l'aide de douze tests, attention perceptive – attention réactive – mémoire de fixation – mémoire d'évocation – mémoire de la reconnaissance – représentation mentale – compréhension d'histoire – raisonnement – imagination créatrice – mémoire associative et réactive à des situations occurrentes. Au moyen de ces dernières épreuves, l'auteur a mis en évidence une certaine dissociation entre le déficit mnésique (mémoire de fixation, de reconnaissance et d'évocation) et les troubles de l'attention. Depuis lors beaucoup d'autres travaux ont cherché soit à unir soit à séparer le facteur mémoire du facteur intelligence, sans parvenir à une conclusion bien solide². Mais pour si intéressantes que soient les études analytiques ou factorielles elles ne peuvent pas « dissocier » complètement ce que la clinique nous apprend, à savoir que *les troubles de la mémoire ne forment généralement qu'une partie d'un tout*, tout au moins à un certain niveau. Et c'est parce que la Psychiatrie moderne a mieux compris la phénoménologie des troubles de la mémoire que ceux-ci ne constituent plus ce chapitre initial spécial et privilégié qui lui était réservé dans les Traités anciens.

1. SOSSET, *Annales Médico-Psychol.*, 1933.

2. Il suffit de se rapporter aux hésitations et controverses des auteurs (SPEARMAN, THURSTONE, etc..) qui ont tenté de séparer le « facteur Mémoire » du « facteur G » et auxquelles nous avons fait allusion plus haut.

II - LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE DANS LES ÉTATS PSYCHOPATHOLOGIQUES.

Nous serons très brefs dans cette énumération un peu fastidieuse, car les troubles de la mémoire dans les diverses psychoses et névroses sont si artificiellement isolés qu'il vaudra mieux les étudier à propos de l'analyse structurale de chacune d'elles que nous ferons dans notre prochain volume.

A. – LES ANOMALIES DE LA MÉMOIRE ET LES ÉTATS D'ARRIÉRATION

Chez les idiots dont toutes les capacités de réflexion et de construction sont rudimentaires ou nulles il peut exister un défaut d'acquisivité tel que ces malheureux sont réduits à cet égard à une condition qui peut paraître même inférieure à celle de certaines espèces animales. Quant aux imbéciles et aux débiles ils présentent généralement un défaut de mémoire évident tant par la pauvreté de leurs acquisitions que par le peu de contrôle dont ils disposent sur leurs souvenirs et l'insuffisance des mécanismes d'identification impliqués dans la fonction mnésique ¹ D'après M. SOSSET (1933) l'état d'imbécillité même profonde atteint moins les fonctions de mémoire (4 observations) que les autres fonctions psychiques. Les 15 cas de débilité étudiés à cet égard ont montré à cet auteur que lorsque le niveau mental est situé entre 6 et 9 ans, attention et mémoire vont de pair, tandis que dans les degrés plus légers (9 et 10 ans) l'attention est supérieure à la mémoire. Tout se passerait donc comme si dans les formes profondes de l'arriération les fonctions mnésiques étaient relativement plus satisfaisantes que les autres, comme si le « facteur » de *retentivité* était indépendant de l'intelligence.

...Tout se passerait donc comme si dans les formes profondes de l'arriération les fonctions mnésiques étaient relativement plus satisfaisantes que les autres...

Exceptionnellement ces oligophrènes présentent même, comme nous l'avons noté, des hypermnésies systématisées tout à fait remarquables (imbéciles calculateurs – mémoire des nombres – des faits historiques – des dates).

Les tests de mémoire tels que le WELLS MARTIN ² montrent pourtant l'insuffisance des *corrélations* des capacités mnésiques avec les tests d'intelligence (.81 dans le cas de WELLS). Pour la « mémoire immédiate » P. FRAISSE, PICHOT et CLAIROIN ³ ont constaté qu'il existait une supériorité des enfants normaux sur les oligophrènes dans la fixation des chiffres alors que cette différence disparaît si l'on remplace ce matériel déjà relativement « intellectualisé » par des séries de coups. Dans le sens des mêmes

1. SOLLIER, *Psychologie de l'Idiot et de l'Imbécile*, 1891, pp. 216 à 230.

2. WELLS MARTIN, *A method for exam suitable for psychotic cases* 1923.

3. P. FRAISSE, PICHOT et CLAIROIN, Les aptitudes rythmiques. Étude comparée des oligophrènes, *Journ. de Psychologie*, 1949.

conclusions et constatations J. C. FÖRSTER ¹ avait montré que, si l'on égalisait débiles et enfants normaux à l'échelle de YERKES, les résultats aux tests de mémoration d'un dessin étaient identiques. Il semble donc que si les fonctions élémentaires mnésiques peuvent en tant que « retentivité » se montrer indépendantes de l'oligophrénie, celle-ci se manifeste surtout dans les tests fortement saturés en facteur « G ».

Quant au « learning » chez les débiles (courbe d'apprentissage) M. W. Mc PHERSON dans son étude récente aboutit à la conclusion que les résultats sont à l'heure actuelle trop discordants pour savoir s'il existe une corrélation entre le learning et le niveau intellectuel.

B. – LES ÉTATS D'EXCITATION INTELLECTUELLE

Dans les états d'excitation maniaque FALRET avait insisté sur les phénomènes d'hypermnésie. On y trouve en effet très souvent le mentisme et une reviviscence extrême des souvenirs. Mais il n'est pas exact que les états d'excitation maniaque soient toujours parfaitement mnésiques. L'amnésie plus ou moins totale et profonde est même assez fréquente à notre avis pour constituer une preuve de conditionnement déficitaire (négatif) de la manie. L'hypermnésie elle-même constitue d'ailleurs un *tumulte*, un *désordre* de la mémoire.

...Dans les états d'excitation maniaque FALRET avait insisté sur les phénomènes d'hypermnésie...

Dans la manie, d'après M. SOSSET, les troubles de l'attention et de la mémoire seraient parallèles. La différence moyenne des indices de fixation et d'évocation était de 3,3 (supériorité de la mémoire de fixation). Généralement (4 cas contre 1), il existe donc une certaine concordance entre les divers types de mémoire (fixation, évocation, reconnaissance et mémoire associative). On retrouve des faits analogues dans les états d'excitation intellectuelle due aux intoxications (opium – inanition) ou encore dans la phase dite de « dynamique fonctionnelle » de la paralysie générale.

C. – LES ÉTATS DE FLÉCHISSEMENT PAROXYSTIQUES DE LA CONSCIENCE

Les troubles paroxystiques de la conscience ² entraînent naturellement des troubles de la mémoire que nous pouvons rappeler succinctement. Nous rangeons dans ce groupe des états paroxystiques et psycholeptiques, les troubles hystériques et notamment les « états crépusculaires » qui ne nous paraissent pas foncièrement différents et qui ont toujours constitué un objet d'étude spécial et privilégié des troubles de la mémoire.

1. J. C. FÖRSTER, Significant responses in certain memory test, *Journ. appl. Psychol.*, 4, 1920, pp. 142 à 154.

2. A. PATERSON, Amnesia in altered states of consciousness, *Proc. Royal Society of Med.*, 1943, 36, n°11.

1° ÉPILEPSIE ET TROUBLERS MNÉSQUES.

Il faut envisager la crise et ses équivalents d'une part, et les accès d'automatisme plus ou moins complexes, d'autre part.

...La crise comitiale entraîne une amnésie lacunaire totale...

La *crise comitiale* entraîne une amnésie lacunaire totale. Les souvenirs ne se fixent pas : l'amnésie est complète et porte sur toute la durée de la crise à partir de l'aura jusqu'au réveil de la conscience. Cependant on a pu observer ¹ des accès convulsifs mnésiques (FOVILLE, CLARK, BOMBARDA, MARCHAND, etc..) ; FALRET avait noté également la possibilité des souvenirs de la crise mais seulement au cours d'accès crépusculaires ou délirants ultérieurs. Si l'amnésie peut être antérograde et porter sur des phases de temps qui ont suivi la crise, elle est le plus souvent rétrograde. (VOISIN, FÉRÉ, SÉGLAS, MAXWELS). Elle peut être encore « retardée » (MAXWELS) ². Les équivalents de la crise (absences, vertiges, automatisme ambuloire) comme la crise elle-même entraînent des amnésies partielles complètes. Les hypermnésies et les paramnésies sont fréquentes (ecmnésie – déjà vu – jamais vu) au cours des auras ou équivalents.

...dans les états crépusculaires [...] l'amnésie est généralement complète malgré la complexité du comportement du sujet...

Les accès d'automatisme épileptique ne s'accompagnent pas toujours de perte complète de la conscience, mais leur caractère amnésique est assez fréquent pour être typique... Comme le faisait remarquer RIBOT, l'amnésie s'explique dans ce cas par la faiblesse de la conscience qui caractérise de tels états, appelés par JACKSON « un rêve épileptique », et que l'on désigne souvent sous le nom « d'états crépusculaires ». L'amnésie est généralement complète malgré la complexité du comportement du sujet, fait sur lequel MAXWELS a insisté. Cependant si même dans les formes les plus « eupraxiques » de l'automatisme épileptique l'amnésie s'observe le plus souvent, on connaît la possibilité de certains accès d'automatisme épileptiques « mnésiques » (CLÉRAMBAULT ³, DUCOSTE ⁴, MARCHAND ET AJURIAGUERRA ⁵, etc.). Pendant ces crises d'automatisme conscient ou semi-conscient les souvenirs peuvent s'organiser de façon plus ou moins ordonnée et durable. Nous aurons l'occasion, dans le tome III, de décrire longuement un état crépusculaire épileptique avec troubles retardés de la mémoire.

La *mentalité épileptique* se caractérise également par un certain degré de dysmnésie. Ces malades ralentis, « visqueux », fixent mal leurs souvenirs ; on a noté chez eux (WALLON) le caractère « concret » des souvenirs.

Quant aux démences épileptiques elles seraient d'après SIMMINS des plus destruc-

1. On trouvera sur l'ensemble de ce problème de l'épilepsie consciente et mnésique une excellente étude dans le livre de MARCHAND et de AJURIAGUERRA, *Épilepsies*, 1948, pp. 191 à 219.

2. MAXWELS, Thèse, Bordeaux, 1903. — BRISSON, Thèse, Paris, 1942.

3. CLÉRAMBAULT, *Œuvre*, pp. 270 à 302.

4. DUCOSTE, *L'épilepsie consciente et mnésique*, Thèse, Paris, 1899.

5. MARCHAND et AJURIAGUERRA, *Annales Medico-Psycho.*, 1944, I, p.178 et *Épilepsies*, 1948, pp. 191 à 219 (avec énorme bibliographie).

trices de la mémoire. Le score moyen est de 6,5 contre 9 chez les normaux, détérioration supérieure à celle de la Paralyse générale.

Les troubles de la mémoire consécutifs à la convulsivothérapie.

C'est un chapitre considérable de l'actualité du problème qui nous occupe. PLATTNER ¹ avait rapporté 7 cas (3 cas de troubles légers avec troubles de l'attention et 4 syndromes amnésiques), de troubles de la mémoire au cours des cures d'insuline et de cardiazol associés. TOOTH et BLACKURN, ² P. WITTMAN ³ et ZISKIND, LOKEN et GINGERELLI ⁴ observèrent des faits analogues. K. SCHRÖDER ⁵ à propos de deux observations insistait sur le fait que ces troubles paraissent moins liés à l'agent qu'à la modalité convulsivante de la thérapeutique. Et effectivement avec l'électro-choc on ne tarda pas à s'apercevoir que l'on provoquait des désordres de la mémoire extrêmement fréquents mais généralement fugaces. G. FLESCHER ⁶ a étudié spécialement la forme rétrograde de ces amnésies ; SHERMAN, MERGENER et LEVITAN ⁷ ont mesuré les capacités mnésiques après électro-choc ou cardiazol à l'aide de tests de mémoire immédiate, de fixation récente, etc..

...effectivement avec l'électro-choc on ne tarda pas à s'apercevoir que l'on provoquait des désordres de la mémoire extrêmement fréquents mais généralement fugaces...

Chez nous, HEUYER, BONN et M^{lle} MOREAU ⁸ insistèrent sur l'amnésie de fixation consécutive au choc, les troubles rétrogrades étant plus rares et discrets. R. BINOIS ⁸ a rencontré ces troubles dans 50% des cas (20 sur 41). C'est entre la 3^e et la 6^e séance que les troubles sont les plus fréquents. Dans 7 cas il s'agissait d'amnésie rétrograde pure, dans 11 cas de troubles à type antéro-rétrograde et dans 2 cas seulement d'amnésie de fixation. Les malades n'étaient pas entièrement privés de leur passé immédiat mais en conservaient des souvenirs fragmentaires. Les souvenirs qui ont semblé les plus atteints portaient sur l'état anormal qui avait motivé le traitement. La régression est rapide, l'amnésie antérograde dure une quinzaine de jours au maximum mais les troubles d'évocation persistent plus longtemps. J. DELAY ⁹, sur un ensemble de 105 malades, a rencontré les troubles de la mémoire dans 70% des cas, soit à type d'amnésies rétrogrades (parcellaires, lacunaires ou thématiques) soit de type antérograde. Les deux types peuvent s'associer et s'accompagner de délire de mémoire. L'auto-observation de BERSOT ¹⁰ montre que dans ce cas l'amnésie resta définitive pour tout ce qui se passa pendant les 3

-
1. PLATTNER, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1938, 162, pp. 728 à 740.
 2. TOOTH et BLACKURN, *Lancet*, 1939.
 3. P. WITTMAN, *Elgin Papers*, 1939, 3.
 4. ZISKIND, LOKEN et GINGERELLI, *Proc. Soc. Exp. Biol.*, 1940.
 5. K. SCHRÖDER, *Nervenarzt*, 1940.
 6. G. FLESCHER, *Archives suisses de Neuro. et Psych.*, 1941.
 7. SHERMAN, MERGENER et LEVITAN, *Amer. J. of Psychol.*, 1941, 98 pp. 401.
 8. HEUYER, BONN et M^{lle} MOREAU, *Ann. Médico-Psychol.*, 1942, II.
 9. J. DELAY, *Société de Neurologie*, janvier 1943.
 10. BERSOT, Congrès de Montpellier, 1942.

ou 4 heures durant le choc. Il persista quelques troubles dysmnésiques dans les 3 semaines suivantes. J. DELAY ¹, analysant l'action de l'électro-choc, émet l'hypothèse d'une atteinte élective du diencéphale par le courant électrique et il rapproche les troubles de la mémoire de la pathologie mnésique en rapport avec celle du tronc cérébral. J. DELAY et R. BINOIS ² ont dissocié les troubles des fonctions de la mémoire de ceux de l'attention (épreuves de JACOB et EBBINGHAUS pour la fixation et de TOULOUSE-PIÉRON et MEILI pour l'attention) chez 30 sujets « si tant est, comme ils le disent eux-mêmes en conclusion, que l'attention puisse être isolée psychologiquement ».

Nous venons de citer quelques travaux qui remontent à 6 ou 7 ans. Depuis lors l'expérience clinique nous a, à tous, révélé quotidiennement la fréquence, sinon l'importance des troubles de la mémoire après électro-choc.

Cette « amnésie » porte électivement sur l'activité délirante, c'est-à-dire sur un ensemble de souvenirs d'images ou de pseudo-événements qui ont quelque chose de la fragilité du rêve. D'où, à nos yeux, l'importance psychothérapique de ces traitements dans la rupture des organisations délirantes. L'effacement de la « mémoire affective » du délire, l'impossibilité de tenir dans la conscience la trame des événements délirants, leur désactualisation jouent un grand rôle dans leur détachement de la pensée vigile et permettent éventuellement à la critique de s'exercer. Ce refoulement de l'imaginaire permet d'éventuellement à la critique de s'exercer. Ce refoulement de l'imaginaire amorcé par l'électro-choc doit être assuré dans ces cas par une psychothérapie très active qui doit transformer « l'oubli du délire » en « critique de délire ». Ceci est capital pour la compréhension même de toute amnésie psychopathologique à la constitution de laquelle collaborent à la fois et la faiblesse de la conscience et les mécanismes inconscients de refoulement. Les mêmes raisons qui expliquent l'ensevelissement du rêve dans l'inconscient, c'est-à-dire le sommeil et la censure, jouent ici à plein. C'est ce mécanisme complexe de l'amnésie due à l'électro-choc que la psychothérapie doit utiliser. Jusqu'ici une étude approfondie de ce dynamisme amnésique de la convulsivothérapie fait défaut, tout au moins à notre connaissance.

2° LES AMNÉSIES HYSTÉRIQUES. (AMNÉSIES « PSYCHOGÈNES »).

Nous avons déjà beaucoup insisté sur les doubles personnalités que réalisent ces étranges maladies de la mémoire et dont on trouve des descriptions très détaillées dans la littérature psychiatrique du XIX^e siècle (MORTON PRINCE, AZAM, RIBOT, JANET, BRIQUET, SOLLIÉ, etc.). Ces troubles sont généralement en relation avec des états somnambuliques, états seconds, états crépusculaires remplis de « délire », d'« idées fixes » comme on disait à cette époque. Ils sont paradoxaux, systématisés, spectaculaires et en étroite continuité avec les émotions et les traumatismes psychiques.

1. J. DELAY, *Société médicale des Hôpitaux*, juin 1943.

2. J. DELAY et BINOIS, *Ann. Médico-Psycho.*, 1944, I.

...Ce refoulement de l'imaginaire amorcé par l'électro-choc doit être assuré dans ces cas par une psychothérapie très active qui doit transformer « l'oubli du délire » en « critique de délire ». Ceci est capital pour la compréhension même de toute amnésie psychopathologique...

Les études des psychanalystes ont approfondi l'analyse des mécanismes du refoulement et éclairé le rôle de l'hypnose et de la suggestion dans le déterminisme de ces amnésies. Il suffit de se rapporter aux nombreuses observations de névroses publiées par FREUD et son école pour rencontrer de nombreux exemples de troubles de la mémoire par déplacement ou effacement des souvenirs sous l'action de courants affectifs inconscients. SCHILDER, sur un total de 25.260 entrées au *Bellevue Hospital*, avait noté 219 cas d'hystérie dont 78 manifestaient des troubles amnésiques ¹. Dans la statistique de M. KANZER ², l'auteur relève sur 71 cas de troubles de la mémoire (également observés au *Bellevue Hospital*) l'importance des amnésies psychogènes. L'école américaine s'est beaucoup occupée de cette question et nous renvoyons spécialement aux travaux de A. GORDON ³, WECHSLER ⁴, W. BROWN ⁵, ABELER et SCHILDER ⁶. En langue allemande les travaux de VERJAAL ⁷ s'inspirent des mêmes conceptions. Très souvent il s'agit dans les cas étudiés dans cette perspective, de *syndromes amnésiques traumatiques* (MICHALEWUSKAJA ⁸, FORTANIER et KANDOU ⁹, etc.). On comprend que dans ces cas de forte inhibition mnésique de « sidération » de la mémoire, l'hypnose et la suggestion ne puissent pas toujours rétablir les fonctions perturbées ou abolies. Aussi BRAILOVSKI ¹⁰ a-t-il eu recours à l'éthérisation et INGALLES ¹¹ à la convulsivothérapie et il est devenu de pratique courante depuis la récente expérience de guerre (1939-1945) d'utiliser les injections d'amytal sodium ou de Pentothal dans le même but. La psychiatrie de guerre aussi bien celle de 1914-18 que celle de 1939-45 a fourni en effet une abondante contribution à ce problème. L'hystérie de guerre, « l'hypnose des batailles » (MILIAN 1915), les névroses de combat ont donné aux médecins des formations de l'avant immédiatement et quelques jours après aux psychiatres des ambulances, des lazarets et hôpitaux militaires, de nombreuses occasions d'observer de pareils faits. En Allemagne BONHOEFFER, KEHRER, NONNE, KRETSCHMER, BINSWANGER, WILLMAN, BIRNBAUM, JAMPPS avaient insisté sur l'importance de facteurs psychogénétiques dans ces troubles. Chez nous on a mis l'accent sur le rôle de l'émotion, parfois véritable « ictus émotif » (G. BALLET et ROGUES DE FURSAC ¹², R. MALLET ¹³, DEVAUX et LOGRE ¹⁴, BROUSSEAU ¹⁵,

...Les études des psychanalystes ont approfondi l'analyse des mécanismes du refoulement et éclairé le rôle de l'hypnose et de la suggestion dans le déterminisme de ces amnésies...

1. SCHILDER, *Amer. J. of Psych.*, 1939, 95, 2.

1. KANZER, *Amer. J. of Psych.*, 1939.

2. A. GORDON, *Arch. Neuro. Psych.*, 1926.

4. WECHSLER, *The nevroses*, I vol., p. 200, Philadelphie, 1929.

5. W. BROWN, *Psychology and Psychotherapy*, I vol., p. 197, Baltimore, 1934.

6. ABELER et SCHILDER, *Archiv. of Neuro. and Psych.*, 1935, II.

7. VERJAAL, *Zeitsch. f. Neuro.*, 1938 et 1939.

8. MICHALEWUSKAJA, *Zeitsch. f. Neuro.*, 1929.

9. FORTANIER et KANDOU, *Zeitsch. f. Neuro.*, 1936.

10. BRAILOVSKI, *Encéphale*, 1927.

11. INGALLES, *J. of nervous and mental diseases*, 1939.

12. G. BALLET et ROGUES de FURSAC, *Paris médical*, 1916. 13. R. MALLET, *Presse médicale*, 1916.

14. DEVAUX et LOGRE, *Les anxieux*, I vol., 1917.

15. BROUSSEAU, *La peur aux armées*, Thèse, Paris, 1919-20.

DUMAS et DELMAS ¹ ou sur les mécanismes pithiatiques (ROUSSY et LHERMITTE ²). Dans l'armée britannique RIVERS et BROWN ³ utilisaient l'hypnose en pareil cas. Dans l'armée américaine des efforts semblables furent réalisés ⁴. Malgré l'importance de ces efforts thérapeutiques ainsi employés en 1914-18 (isolement, obscurité, sédatifs, « torpillages ») c'est surtout la dernière guerre (1939-1945) qui spécialement dans les pays anglo-saxons a montré l'importance des mécanismes hystériques et « psychogènes » dans les névroses amnésiques. Le mécanisme de l'émotion « réprimée » et de son « abréaction » a constitué la base de la thérapeutique du corps médical de l'armée britannique et américaine ⁵ et on sait quel rôle décisif a joué « l'hypnose-analyse » individuelle ou complétée par la psychothérapie de groupe dans les armées anglo-saxonnes dans le traitement de ces « sidérations », de ces paralysies émotionnelles de la mémoire.

...Le mécanisme de l'émotion « réprimée » et de son « abréaction » a constitué la base de la thérapeutique du corps médical de l'armée britannique et américaine...

Le chapitre des *amnésies émotionnelles* se confond nécessairement avec ces études des troubles hystériques et « psychogènes » de la mémoire. SOLLIER (1892) avait décrit des phénomènes amnésiques, qui surviennent à la suite d'une émotion morale vive. Pour lui cette amnésie consistait essentiellement en une amnésie de fixation : la conscience débordée par l'émotion serait incapable de fixer les souvenirs. Rappelons qu'il existe aussi à côté de la forme amnésique du choc émotionnel des cas d'hypermnésie rétroactive (STRATTON).

Certains états d'anxiété paroxystiques réalisent de véritables « états seconds » plus ou moins conscients et amnésiques et nous renvoyons aux observations de CLAUDE et MASQUIN ⁶ ; de FRIBOURG-BLANC et MASQUIN ⁷ et de Henri EY et BERNARD ⁸ à ce sujet.

3° LES AMNÉSIES DES ÉTATS SYNCOPAUX, DES ICTUS ET DES COMAS.

Il est banal d'observer dans les conditions de chute verticale et profonde de la conscience une amnésie qui coïncide avec la durée de la perte de conscience. Il arrive parfois que l'amnésie déborde cependant la durée du coma. BROWN SEQUART avait signalé par exemple le cas d'une amnésie recouvrant les cinq années de la vie du sujet qui avaient précédé son attaque. L'ictus amnésique peut donc non seulement entraîner

1. DUMAS et DELMAS, *Arch. méd. et Pharmacie* 1917. DUMAS, *Troubles mentaux de guerre*, 1919.

2. ROUSSY et LHERMITTE, *Les psychonévroses de guerre*, I vol., 1917.

3. RIVERS et BROWN, *Lancet*, 1917.

4. BROWN, *Lancet*, 1918. Volume X. du volume édité par le L. S. Government Sunting office Washington, 1929.

5. Nous renvoyons spécialement au livre de REES, *The shaping of Psychiatry by the war*; aux travaux de DERMY BROWN, *New-Engl. J. med.* 1942, de GUTTMANN, (*Lancet*, 1943), de SYMONDS (*Proc. Royal Soc. méd.* 1942), de PATERSON (*Lancet* 1942), de PATERSON et ZANGWILL (*Brain* 1944), etc.

6. CLAUDE et MASQUIN., *Ann. Médico-Psych.*, 1932, I.

7. FRIBOURG-BLANC et MASQUIN, *Ann. Médico-Psych.*, 1932, I.

8. Henri EY et BERNARD, *Ann. Médico-Psych.*, 1941, II.

une amnésie lacunaire de fixation mais encore une amnésie rétrograde. Elle « s'emplit » parfois de fabulation mégalomaniaque comme un des cas que nous avons observé ces derniers temps. – Le syndrome d'amnésie post-apoplectique a été spécialement étudié par BEDUSCHI ¹ à propos d'observations personnelles et des cas classiques de MABILLE et PITRES ². Il se caractérise par une atteinte considérable de la fixation.

4° LES ÉTATS CONFUSIONNELS.

Le déficit de l'activité psychique au cours du syndrome confusionnel est extrêmement favorable aux troubles amnésiques.

Dans les états confusionnels profonds on sait que la désorientation est la règle. Elle représente une incapacité de se situer dans la série chronologique et dans l'ordre spatial. Elle est liée aux altérations de la mémoire qui assume la fonction d'intégration des phénomènes psychiques dans le temps : Dans de tels états il y a *amnésie de fixation* et il reste après guérison « un trou » dans la mémoire des sujets. L'onirisme ou les représentations post-oniriques jouent souvent un rôle de suppléance non seulement à l'égard des souvenirs engloutis mais encore des perceptions hésitantes.

Dans les *états confusionnels* plus légers, la fixation peut s'opérer, comme en témoignent les réminiscences ultérieures. Ce sont les phénomènes paramnésiques qui prédominent et en particulier les *fausses reconnaissances*, les sentiments de déjà vu, de jamais vu, etc...

Nous rappellerons simplement ici deux types d'états confusionnels : la « psychose de KORSAKOFF » et les Confusions toxiques.

– La « Psychose de KORSAKOFF ». Elle représente une forme grave et tout à fait typique de troubles amnésiques, où le syndrome d'amnésie *antérograde* ou de *fixation*, associée souvent à une *amnésie rétrograde* est complet. Le malade dépouillé, vidé de ses souvenirs, incapable d'une pensée correctement dirigée, présente une *fabulation compensatrice* sensible le plus généralement aux suggestions (fabulation provoquée plus fréquente que la fabulation spontanée). Nous parlerons plus loin du problème qu'a posé le syndrome amnésique du syndrome de KORSAKOFF quant à la localisation des lésions au diencéphale et particulièrement aux corps mamillaires (GAMPER). Contentons-nous pour l'instant de rappeler que D. WECHSLER ³ a insisté sur les troubles de la fixation, tandis que CURRAN et SCHILDER ⁴ ont souligné (d'après PICHOT) « l'importance des processus d'élaboration secondaire amenant une distorsion considérable

...Dans la psychose de KORSAKOFF, [...] le malade dépouillé, vidé de ses souvenirs, incapable d'une pensée correctement dirigée, présente une fabulation compensatrice...

1. BEDUSCHI, *Il Cervello* (1922), et *Rivista di Freniatria*, 1930.

2. MABILLE et PITRES, *Revue de Médecine*, 1913.

3. WECHSLER, *The measurement of adult intelligence*, Baltimore, I vol., 1944.

4. CURRAN et SCHILDER, *J. genet. Psychol.*, 1937.

de matériel ». W. H. GANTT¹ a étudié la labilité du conditionnement et L. BENDER² a insisté sur l'importance et la rapidité de l'oubli dans l'état confusionnel.

...Divers poisons touchent électivement la mémoire. Citons ici rapidement les troubles mnésiques qui accompagnent les ivresses (alcool, opium, peyotl, haschich, belladone, saturnisme)...

– *Les confusions toxiques.* Divers poisons touchent électivement la mémoire. Citons ici rapidement les troubles mnésiques qui accompagnent les ivresses (alcool, opium, peyotl, haschich) où s'intriquent les éléments hypermnésiques et paramnésiques et qui généralement sont suivis d'une amnésie lacunaire plus ou moins complète. Rappelons à ce sujet l'histoire de 150 soldats intoxiqués par des baies de belladone, rapporté par ORFILA : aucun d'eux n'avait gardé le souvenir de sa période d'ivresse. L'intoxication saturnine dans sa forme encéphalopathique est bien connue pour engendrer une atteinte élective de la mémoire. Naturellement l'importance de l'intoxication alcoolique est considérable : ivresses amnésiques – amnésies post-confusionnelles – dysmnésies et amnésies antéro-rétrogrades de la démence alcoolique, tous les cliniciens connaissent bien ces relations constantes qui lient l'alcoolisme aux « troubles de la mémoire ».

...et surtout le toxique de la mémoire: l'oxyde de carbone...

Mais c'est l'oxyde de carbone qui représente par excellence le toxique de la mémoire et nous renvoyons à la thèse récente de ROUAULT DE LA VIGNE³ consacrée aux troubles psychiques de l'intoxication oxycarbonée aiguë. La forme amnésique la plus typique est à type lacunaire (observations de BRIAND 1889, TRENEL 1895, TRUELLE 1913, LEROY 1905). Les sujets intoxiqués perdent le souvenir d'une période variable de quelques heures à quelques jours mais généralement assez brève, l'amnésie n'embrasse que les instants qui ont précédé l'intoxication et ceux qui correspondent à la perte de conscience. Cette amnésie lacunaire est à rapprocher de celle de l'asphyxie par pendaison. Elle peut s'accompagner d'une légère fabulation qui réalise un syndrome semblable à celui de KORSAKOFF apparaissant quelques jours après l'accident (LE DOSSEUR 1901- DAUMEZON 1936). Des amnésies secondaires plus tardives peuvent se rencontrer (un an, d'après BARTHÉLÉMY et MAGNAN, 2 ans d'après HEISSEN). Une autre éventualité est celle d'une *amnésie de fixation de type antérograde*. Un médecin, cité par BROUARDEL, oubliait les noms de ses clients et celui des médicaments à prescrire. Le cas de LAVERAN (cité par DESOILLE) et les observations 8 et 15 de ROUAULT DE LA VIGNE sont intéressants à cet égard. Des amnésies rétrogrades d'évocation ont été décrites, mais à vrai dire presque toutes à type rétro-antérograde (cas d'HENDERSON et GILLEPSIE, de CORNU, DEVIC et POROT, TRUELLE et PETIT, etc.). ROUAULT DE LA VIGNE a tenté d'isoler un syndrome qui lui paraît caractéristique des troubles mnésiques de l'oxyde de carbone : c'est la *forme bradypsyp-*

1. W. H. GANTT, A method of testing cortical fonction, *Archiv. Neuro-Psych.* 1938, 40.

2. L. BENDER, A visuo motor Gestalt test. *Res. Monogr. Amer. Orthopsychiatr. Associa.* n° 3, 1938.

3. ROUAULT DE LA VIGNE, Thèse de Paris, 1945. On se rapportera également à la thèse un peu plus ancienne de H. DESOILLE (*Les troubles nerveux dus aux asphyxies aiguës*, Paris, 1932).

chokinétique avec amnésie. Il semble que le facteur toxique ne soit pas le seul à déterminer ces troubles et que le mécanisme de *l'asphyxie* joue un rôle considérable (ROUAULT DE LA VIGNE).

5° LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE DANS LA MÉLANCOLIE.

La stupeur, l'obnubilation de la conscience, l'inhibition, la concentration émotionnelle, l'anxiété sont autant de traits caractéristiques de la conscience mélancolique qui gênent la fixation et le rappel de souvenirs. Sans doute le passé pèse-t-il de tout son poids, s'engage-t-il massivement dans la mélancolie au point de capter à son profit l'immobilité de la conscience catastrophique et angoissée mais la mémoire en tant qu'elle implique précisément un mouvement de flux et de reflux se trouve ici paralysée et sidérée. Rien d'étonnant à ce qu'après les travaux anciens de G. DUMAS ¹, de TOULOUSE et ROUBINOVITCH ², etc... plus récemment WELLS et MARTIN ³ aient pu montrer que le quotient mnésique (M. Q.) moyen de ces malades était abaissé atteignant seulement 74. Quelques années après, SIMMINS ⁴, après élimination du « G », a pu montrer qu'il y existait un déficit indiscutable (score moyen de 7,33 contre 9 chez les normaux).

...[dans la mélancolie] la mémoire en tant qu'elle implique précisément un mouvement de flux et de reflux se trouve ici paralysée et sidérée...

D. – ÉTATS DE DÉTÉRIORATION CHRONIQUE

1° LES ÉTATS SCHIZOPHRÉNIQUES.

Au cours des bouffées schizophréniques aiguës, des crises de catatonie, des états crépusculaires de la conscience qui inaugurent ou rythment l'évolution des psychoses schizophréniques on constate des troubles plus ou moins profonds de la fixation et de l'évocation. Dans les phases d'organisation autistique ou dans certains états de comportement catatonique avec forte introversion la mémoire de ces malades se présente avec tous les caractères de paradoxe, de bizarrerie, de jeu et d'énigme qui sont si bien connus de tous les cliniciens. Mais le caractère *systématique* de certains refoulements de souvenirs est ici un des traits les plus frappants : nous avons eu l'occasion d'observer deux jeunes malades qui avaient l'un et l'autre oublié leur mariage. Cet oubli était véritablement fabuleux chez l'un d'eux qui, mis en présence de la photographie qui le représentait le jour de son mariage en vêtement de noce avec sa propre épouse, n'en pouvait croire ses yeux ! L'oubli allait de pair dans ces cas avec une indifférence affective très forte et de forts complexes affectifs et sexuels. Dans les deux cas se posait la question de divorce, le mariage paraissant avoir été célébré alors que les malades étaient incapables

1. G. DUMAS, *L'état intellectuel de la Mélancolie*, Thèse Paris, 1884.

2. RUBINOVITCH et TOULOUSE, *La mélancolie*, 1897.

3. WELLS et MARTIN, *A method for memory*, etc... 1923.

4. SIMMINS, *Studies in exper. psychiatry*, IV. Détermination of "G" in psychotic patients *J. mental Sci.*, 1933.

de donner leur libre consentement ¹.

Le plus souvent il s'agit de « délires de mémoire » où se mêlent la confabulation, les méconnaissances systématiques, les faux souvenirs, les sentiments de déjà vu, ou de jamais vu. Le bouleversement des souvenirs se réfracte dans la vie autistique qui, altérant la réalité, trouble l'ordre chronologique et mélange « pêle-mêle » le présent, le passé et l'avenir, le réel et l'imaginaire, le rêve et la réalité. WELLS et MARTIN ont trouvé un M. Q. inférieur à la normale. JOHNSON et LASNER ont noté également un déficit mnésique. J. C. FÖRSTER ² avait également remarqué chez les « déments précoces » des résultats inférieurs aux normaux en ce qui concernait les dessins de mémoire et la mémoire d'un paragraphe et outre ce déficit quantitatif une « distorsion » du matériel, phénomène retrouvé par CURRAN et SCHILDER ³ et RAPAPORT (1945). Le travail de ce dernier auteur est particulièrement important. Pour lui tous les types de schizophrénie ont un score aux tests d'informations correspondant au score vocabulaire. La mémoire immédiate lui a paru remarquablement conservée, tant dans le WECHSLER BELLEVUE que dans le BABCOCK. Par contre SIMMINS a mis en évidence une altération du facteur M indépendant du facteur « G ». Il semble bien qu'il existe une détérioration mnésique qui va de pair avec la désagrégation de la personnalité au cours des évolutions schizophréniques. Dans les formes terminales, la réduction autistique, l'appauvrissement affectif, le rétrécissement de l'horizon psychique entraînent un véritable chaos de la mémoire et on ne peut pas séparer des troubles de la mémoire (quelle que soit l'interprétation que l'on en donne) cette impossibilité fondamentale de reconstituer son existence et le monde qui caractérise la « Verblödung » schizophrénique.

2° LES ÉTATS DÉMENTIELS.

A) PARALYSIE GÉNÉRALE.

Dans la forme *démentielle simple* (la forme « hospitalière » de BERTIN) il est classique d'observer des déficits mnésiques à forme de simples dysmnésies, ou d'oublis, ou bien d'amnésie de fixation et d'évocation. C'est généralement dans la *vie professionnelle* que les troubles de la mémoire apparaissent le plus nettement sous forme de « faux pas de la mémoire » (BALL signalait les oublis brusques, quelquefois énormes formant de véritables « trous de la mémoire »). Tel malade oublie de rendre la monnaie, le nom de ses clients, les commandes qui lui sont faites, etc.. Il se perd dans les rues où « il ne se reconnaît plus ». Van WERKOM a attribué à un trouble essen-

1. Dans un de ces cas il s'agissait d'une expertise pour l'autorité ecclésiastique qui a admis le point de vue de l'expert concluant à la cessation de mariage.

2. J. C. FÖRSTER. *J. appl. Psychol.*, 1920.

3. F. J. CURRAN et SCHILDER, *J. genet. Psychol.*, 1937.

...[Dans les états schizophréniques] le bouleversement des souvenirs se réfracte dans la vie autistique...

...Dans les formes terminales, la réduction autistique, l'appauvrissement affectif, le rétrécissement de l'horizon psychique entraînent un véritable chaos de la mémoire...

...[Dans la P.G.]...c'est généralement dans la vie professionnelle que les troubles de la mémoire apparaissent le plus nettement sous forme de « faux pas de la mémoire »

tiel de la mémoire la désorientation du paralytique général et ses erreurs de calcul. – Il existe parfois chez ces malades une amnésie rétrograde à note mégalomaniaque : le monde est rajeuni, ils se croient à plusieurs années en arrière. – Dans la vie familiale les troubles de la mémoire se manifestent soit sous une forme légère (oubli des comptes ménagers, des achats, de négligences professionnelles), soit sous forme grave. BOURDON (1894) a observé un paralytique général qui avait oublié lui aussi qu'il était marié. STANOJEVIE ¹ a insisté sur le mécanisme inverse de la loi de RIBOT dans certains cas de paralysie générale où ce sont les souvenirs les plus anciens qui paraissent les plus altérés. Quoi qu'il en soit, ces troubles mnésiques se trouvent intimement associés à la déchéance intellectuelle du paralytique général et progressent avec lui jusqu'à aboutir à une disparition complète des souvenirs, à une incapacité de fixation des souvenirs nouveaux, à des troubles importants de l'orientation et de l'utilisation des souvenirs dans l'adaptation au présent. Il s'agit alors, et surtout dans les formes graves ou séniles, d'amnésie complète.

...ces troubles mnésiques se trouvent intimement associés à la déchéance intellectuelle du paralytique général...

D'après les recherches de M. SOSSET (portant sur 15 cas de paralysie générale) la méningo-encéphalite atteint parmi les fonctions intellectuelles la mémoire d'une façon toute spéciale, soit que la déficience de la mémoire constitue un des premiers symptômes de la désintégration psychique, soit qu'au terme de cette désagrégation elle paraisse plus particulièrement atteinte que les autres fonctions. La mémoire de conservation des faits anciens reste souvent bonne et cela même quand il existe un profond déficit de la fixation, de l'évocation et de la reconnaissance, il arrive que les malades conservent des souvenirs très précis des faits passés.

FÖRSTER ² a noté que le « test de mémoire d'un paragraphe » chez les paralytiques généraux manifestait une distorsion considérable du matériel évoqué, surtout en lui infligeant des additions fabulatoires. Ce supplément imaginaire se trouvait dans 70% des cas de paralysie générale alors qu'on ne l'observait que dans 27% dans les cas de manie. Quant à l'abaissement du M. Q. au test de WELLS ³ il n'aurait que peu de valeur (PICHOT). L'étude de SIMMINS ⁴ rejoint les conclusions du travail de M^{lle} SOSSET puisqu'il montre une détérioration élective de facteur M relativement à l'affaiblissement du « G » : le score moyen est en effet de 7,3 seulement contre 9 chez les normaux.

Quant à la « *Forme amnésique de la paralysie générale* » (GISCARD ⁵), elle a été anciennement décrite par VIGOUROUX, PRINCE, MARCHAND. Elle débute parfois bruta-

1. STANOJEVIE, *Arch. f. Psych.*, 1926.

2. FÖRSTER (cité par PICHOT dans sa thèse).

3. WELLS et MARTIN, *Amer. J. Psych.* (1923).

4. SIMMINS, *J. Ment. Sc.*, 1933, pp. 704 à 734.

5. GISCARD, Thèse de Toulouse, 1930.

lement par un « ictus amnésique » (FOURNIER) qui réalise une sidération de la mémoire (BREGER) ¹. Elle se développe comme une *amnésie totale antéro-rétrograde*. Parfois il s'agit d'une amnésie à *type korsakovoïde* avec confabulation vague. Cette forme amnésique de méningo-encéphalite est une forme généralement grave.

En dehors de la paralysie générale dans la *syphilis cérébrale*, on a noté depuis longtemps les troubles amnésiques. FOURNIER en avait rapporté un cas très remarquable et il insistait sur les troubles amnésiques de la « syphilis cérébrale à forme mentale ». Il s'agit dans ces cas soit de syndrome de KORSAKOFF (CHASLIN, CLAUDE, LEVY-VALENSI), soit de formes confusionnelles (TALOT ²) mais le plus souvent de dysmnésie (faux-pas ou lacunes de mémoire verbale ou de calcul).

b) DÉMENCE SÉNILE ET DÉMENCE ARTÉRIOPATHIQUE.

Nous grouperons ici dans le même paragraphe les troubles mnésiques dans la démence sénile et dans la démence artériopathique. Les fonctions mnésiques subissent certaines modifications bien connues corrélativement à l'âge. BOURDON (1894) avait signalé qu'après un « démarrage » assez sensible de 8 à 14 ans la capacité de la mémoire se stabilise. Avec la vieillesse elle décline comme tout le monde le sait. Les travaux de KUBO ³, SNODDY ⁴, RUCH ⁵, JONES ⁶, G. MEYRAT ⁷, etc. ont récemment montré cette perte graduelle de la faculté mnésique. WELLS et MARTIN, utilisant à vrai dire une échelle basée sur des adultes jeunes, constatèrent une diminution du M. Q. (53). CAMERON a insisté sur le double caractère, certes bien connu, de persévération et de confabulation de la mémoire sénile. Il a souligné également (1938) un point fort important, c'est que les malades ont conscience de leur trouble, ce qui les distingue nettement des schizophrènes par exemple. Appliquant à 12 déments séniles un test de mémoire de séries de nombres de trois chiffres, il a constaté que ces malades ne pouvaient « retenir » la série de nombres que pour quelques minutes ; quand l'intervalle entre le rappel et la présentation était rempli par l'épellation le rappel devenait impossible. Il semblerait donc que la rétention chez ces malades est caractérisée par une susceptibilité marquée à « l'inhibition rétroactive ». Dans son travail de 1940 l'auteur avait constaté que, dans la rétention, l'élaboration secondaire amenait des « distorsions » dans la moitié des cas. En définitive le trouble essentiel lui paraît être l'interférence de la persévération au stade de la fixation et de la tendance accélérée à l'élaboration

...CAMERON a insisté sur le double caractère, de persévération et de confabulation de la mémoire sénile. Il a souligné également (1938) un point fort important, c'est que les malades ont conscience de leur trouble, ce qui les distingue nettement des schizophrènes...

1. BREGER, Thèse, Paris, 1908.

2. TALOT, Thèse, 1923.

3. Y. KUBO, *J. genet. Psycho.*, 1938.

4. G. S. SNODDY, Learning and stability, *J. appl. Psycho.*, 1926.

5. F. L. RUCH, *J. soc. Psychol.*, 1934.

6. JONES et CONRAD, *The growth and déclin of intelligence*, Genet. Psychol. Mono., 1928.

7. G. MEYRAT, *Monatschr. f. Psych. und Neuro.*, 1944, pp. 36 à 48.

secondaire au stade de rétention (PICHOT).

L'amnésie rétrograde est un trait fondamental de la *Démence sénile*. C'est chez le vieillard qu'on observe, presque à l'état de pureté, cette forme d'amnésie qui obéit dans son extension à la loi de régression des souvenirs de RIBOT : le *nouveau meurt avant l'ancien*. Les souvenirs personnels s'effacent en descendant vers le passé. Mais les souvenirs affectifs restent cependant les plus tenaces. La destruction progressive de la mémoire s'étend de l'instable au stable, de l'inorganisé à l'organique, du récent à l'ancien, du fragile au solide. SHAKOW, DOEKART et GOLDMAN ¹ ont montré que dans l'échelle de WELLS MARTIN on pouvait vérifier psychométriquement cette vieille loi : les tests d'information donnent les résultats les meilleurs.

M. SOSSET avait souligné que l'affaiblissement intellectuel sénile se comporte différemment de ce qui se passe dans la paralysie générale. – Les troubles de la mémoire ne sont pas électifs. L'attention et la mémoire sont également atteints, parfois celle-là davantage que celle-ci. Même dans les périodes initiales les troubles amnésiques font partie d'un certain degré d'affaiblissement intellectuel généralisé. La loi de RIBOT, pour l'auteur, serait loin de se vérifier d'une manière constante. Cette amnésie s'accompagne naturellement de phénomènes paramnésiques (jamais vu – fausses reconnaissances, désorientation). Parfois à l'amnésie rétrograde se mêlent des éléments d'amnésie de fixation antérograde.

Une forme de démence sénile est très remarquable à ce point de vue, c'est la *presbyophrénie* avec amnésie de fixation et fabulation. Dans cette forme les souvenirs acquis n'ont pas tous disparu, ce qui laisse croire à l'entourage que l'intégrité intellectuelle est complète, alors que depuis le début des troubles il n'y a plus de fixation : les faux souvenirs, la fabulation compensatrice, les rêveries, les reliquats post-oniriques jouent un rôle important de suppléance, ce qui masque souvent aux familiers le déficit réel. Il s'agit d'un véritable « délire de mémoire » imaginaire et parfois même (REGIS) onirique. Les fausses reconnaissances, la désorientation, le bouleversement du « Temps vécu » (MINKOWSKI ²), constituent le cadre habituel de ce chaos de la mémoire et de l'ordre temporo-spatial ³.

Les formes amnésiques de la *démence artériopathique* se présentent comme des amnésies non systématisées soit dans le sens rétrograde (démence sénile classique) – soit dans le sens antérograde (presbyophrénie) : il s'agit de troubles globaux de la mémoire allant de la dysmnésie simple à l'amnésie totale. Mais sur ce fond se détachent fréquem-

...[dans la démence sénile] la destruction progressive de la mémoire s'étend de l'instable au stable, de l'inorganisé à l'organique, du récent à l'ancien, du fragile au solide...

1. SHAKOW, DOEKART et GOLDMAN, *Dis. Nerv. System*, 1941.

2. MINKOWSKI, *Le temps vécu*, 1933, p. 343.

3. Cf. l'étude de R. BESSIÈRE (*Encéphale*, 1948) que cet auteur vient de consacrer à la presbyophrénie et qui est presque entièrement axée sur les troubles profonds de la mémoire tels que DEVAUX et LOGRE (1911), REGIS (1913), MINKOWSKI (1933) et J. DELAY les ont étudiés.

ment des troubles gnosiques, apraxiques et asphasiques, c'est-à-dire des désintégrations mnésiques partielles plus ou moins masquées par la dissolution globale démentielle du jugement et de l'intelligence. Le travail de SHAKOW, DOEKART et GOLDMAN a confirmé cette manière de voir traditionnelle. A l'échelle de WELLS-MARTIN les déments artéro-scléreux se comportent d'une manière supérieure aux déments séniles, les coefficients de corrélation des deux groupes de tests (mémoire et faits anciens et tests d'apprentissages) avec le test de vocabulaire sont beaucoup moins élevés également que chez les déments séniles. Les auteurs pensent qu'il s'agit de troubles plus près de l'aphasie que de la rétention mnésique, les atteintes verbales y paraissent essentielles sans que les relations avec le facteur « G » soient définitivement établies.

3° LES TROUBLES MNÉSQUES POST-TRAUMATIQUES.

L'importance de cette question, la difficulté de distribuer les troubles post-traumatiques dans les divers paragraphes puisqu'ils se trouvent liés à des troubles psychopathiques très différents, nous font ranger ici sous cette rubrique un des plus gros chapitres de l'étude des amnésies.

Nous renvoyons d'abord à d'anciens travaux comme l'article de BENON ¹, la thèse de MARTIMOR ², l'article de MAIRET et PIERON ³, au rapport de P. ABELY ⁴, à la fameuse « *Gehirnpathologie* » de KLEIST ⁵ – mais aussi aux travaux de REY ⁶ et de CONKEY ⁷ et surtout à tous les travaux récents sur les psychonévroses de guerre que nous avons cités plus haut ⁸ à propos des amnésies psychogènes et émotionnelles.

L'observation de phénomènes amnésiques à la suite de traumatismes est fort ancienne ou plus probablement de tous les temps... (SAUVAGE). Rappelons encore les deux auto-observations de MONTAIGNE et de ROUSSEAU pour nous conformer à la tradition...

Le traumatisme peut selon le cas agir soit en lésant le crâne, le cerveau et ses enveloppes, – soit en produisant un choc émotionnel. Tandis que pour SOLLIER l'émotion

... un des plus gros chapitres de l'étude des amnésies...

...Le traumatisme peut selon le cas agir soit en lésant le crâne, le cerveau et ses enveloppes, – soit en produisant un choc émotionnel...

1. BENON, *Gazette des Hôpitaux*, juillet 1923.

2. MARTIMOR, Thèse, Toulouse, 1916-1917.

3. MAIRET et PIERON, *J. de psycho.*, 1915.

4. P. ABELY, Rapport au congrès de Rabat, 1933.

5. KLEIST. Il est assez remarquable de constater que le gros ouvrage de KLEIST n'étudie pas spécialement les troubles de la mémoire post-traumatique. Ils font partie de ses études spéciales sur les agnosies, les aphasies, les troubles de la conscience et de la pensée, de l'attention, etc.. ce qui est conforme à ce que nous dirons en conclusion de ce travail à savoir que les troubles de la mémoire se distribuent tout au long et sous toutes les formes de troubles psycho-pathologiques. Nous verrons plus loin quels faits il a utilisés pour sa conception des localisations des processus d'intégration de la vie psychique dans la série du temps, qui constitue à ses yeux l'aspect le plus caractéristique de l'acte de mémoire.

6. A. REY, L'examen psychologique dans l'encéphalite traumatique, *Archiv. de Psych.*, 1941.

7. R. C. CONKEY, Psychol. changes assoc. with head injures, *Archiv. de Psych.*, 1938,

8. pp. 38 à 40.

était à peu près tout, la pathologie de guerre en 1914-1918 avait paru montrer à certains (PIERON-MAIRET) qu'il s'agissait avant tout de syndromes commotionnels. Certes DUMAS et DELMAS¹, BROUSSEAU² et nombre de psychiatres austro-allemands³ avaient bien vu le rôle de l'ébranlement émotionnel. Mais l'accent fut placé à ce moment-là et dans les années qui suivirent sur les troubles cérébraux confusionnels. Ceci naturellement a provoqué une réaction et l'étude des troubles de la mémoire s'est orientée, depuis 15 ou 20 ans, vers une conception moins mécaniciste de l'amnésie traumatique dont on a souligné le caractère cliniquement hystérique⁴. Il appartenait à la guerre 1939-45 de faire faire un grand pas dans ce sens. Si le premier conflit mondial avait mis à jour la *commotion*, le second devait définitivement mettre l'accent sur l'importance de la *réaction affective*.

Il y a lieu de décrire plusieurs formes de troubles de la mémoire post-traumatique :

a) L'AMNÉSIE BRÈVE DE FIXATION DU CHOC ÉMOTIONNEL entraîne un état sub-comateux ou tout au moins, comme disait TROUSSEAU, d'« étonnement cérébral ». Ce que l'on observe alors, c'est une *amnésie de fixation* soudaine et transitoire qui commence après le traumatisme ou parfois est légèrement retardée (« delayed amnésie » des Anglo-Saxons). Tantôt cette amnésie de fixation cesse avec l'état comateux. Tantôt elle se prolonge comme partie du syndrome commotionnel.

b) L'AMNÉSIE DE FIXATION PERSISTANTE. Elle dure parfois pendant plusieurs semaines, quelquefois pendant des mois. Parfois il s'agit de formes extrêmement graves où le sujet ne fixe absolument aucun souvenir. Parfois ce défaut de fixation contraste avec l'état satisfaisant de la mémoire d'évocation (PIERON).

c) LES AMNÉSIES ANTÉRO-RÉTROGRADES RETARDÉES. En dehors de la période de choc l'amnésie porte alors sur une période plus ou moins longue de ses antécédents. Rappelons encore la célèbre observation de KOEMPFEN : un officier de cavalerie est commotionné, il remonte à cheval, reste dans un état d'étourdissement pendant une heure, continuant cependant sa leçon d'équitation. Il revient à lui, ne se rappelle plus l'accident, ne fixe pas le souvenir nouveau et ne se rappelle plus pendant trois jours qu'il avait une femme et des enfants.

Il peut exister après le traumatisme un temps de latence rempli soit par un simple état d'« étonnement » ou d'obtusion, soit par une période confusionnelle souvent oni-

...Si le premier conflit mondial avait mis à jour la commotion, le second devait définitivement mettre l'accent sur l'importance de la réaction affective...

...Il y a lieu de décrire plusieurs formes de troubles de la mémoire post-traumatique...

1. DUMAS et DELMAS, *Archiv. Méd. Phar. militaires*, 1917.

2. BROUSSEAU, *La peur aux armées*, Thèse, Paris, 1920.

3. BIRNBAUM, *Psych. und nervenärztl. Sachver. im Kriege*, Berlin, 1917 (cf. le livre de DUMAS et AIMÉ, *Névroses et psychoses de guerre chez les Austro-allemands*, Paris, 1918).

4. Cf. le travail de FORTANIER et KANDOU par exemple et tous les travaux anglo-saxons sur les amnésies traumatiques de guerre.

5. P. SCHRÖDER, *Neue. deutsch. Chir.*, 1916 ; R. KLEIN et A. KRAL (Zur Frage der Pathogenese und Psychopathologie der amnestischen Symptomen Komplexes nach Schädeltrauma...).

rique. C'est seulement ensuite que s'installe l'amnésie. P. SCHRODER ⁵ a décrit, lors de la guerre 1914-1918, une évolution qui lui paraît très fréquente : coma-confusion-amnésie-régression de l'amnésie.

...Il a l'impression d'être
« né de nouveau »...

d) LES AMNÉSIES COMPLÈTES. Il s'agit de disparition complète des souvenirs antérieurs. Le malade a perdu sa personnalité. Il a l'impression d'être « né de nouveau ». On sait combien la littérature, le théâtre et la presse ont exploité le pittoresque parfois tragique de semblables observations. – PIERON fait remarquer que ces amnésies ne sont pas à proprement parler rétrogrades et qu'elles n'observent pas la loi de RIBOT ni dans l'ordre de l'épanouissement et de réapparition des souvenirs dans le temps. Le retour en effet des souvenirs se fait quelquefois d'un seul coup, d'autres fois à l'aide d'une longue rééducation et par émergence successive d'îlots de souvenirs.

e) LES AMNÉSIES PARTIELLES. Celles-ci consistent en troubles mnésiques de type neurologique (amnésies, apraxies, etc.) Mais elles peuvent être lacunaires, rétroactives ou systématisées. Ces amnésies systématisées portent parfois sur des techniques apprises (piano, sténographie), parfois sur des langues étrangères et même présenter un caractère électif et « psychogène ».

f) LES DYSMNÉSIES SECONDAIRES sont des troubles de la mémoire que l'on observe dans le syndrome subjectif des blessés du crâne.

g) LES TROUBLES MNÉSQUES DE L'ÉPILEPSIE POST-TRAUMATIQUE.

h) LES TROUBLES MNÉSQUES DES DÉMENCES ET CONFUSIONS TRAUMATIQUES.

Il faut enfin mentionner ici l'existence du *syndrome de KORSAKOFF post-traumatique* (KALBERLAH-KRAEPELIN-BENON).

D'après REY certains traumatisés peuvent (traumatismes cérébraux fermés) accuser une mémoire immédiate presque normale mais sont incapables d'acquérir (courbes d'apprentissages) – CONKEY a établi dans l'échelle de BABCOCK, une sous-échelle de mémoire et les sujets testés deux semaines après le traumatisme paraissent, d'abord, affaiblis au point de vue de l'acte mnésique ; les résultats s'améliorent rapidement cependant entre le 2^{ème} et le 8^{ème} jour, plus lentement du 8^{ème} au 34^{ème}, puis restaient stationnaires. Ils constituent, chacun le sait, un élément fondamental du syndrome post-commotionnel.

Nous ne pouvons songer à donner ici même un bref aperçu des « troubles de la mémoire » observés dans les traumatismes de la guerre 1939-1945. Nous retrouvons ce problème ailleurs à propos des psychoses et névroses traumatiques. Nous nous référerons simplement à un des derniers travaux parus, celui de W. L. RUSSELL et

.../. Zettsch. f. Neuro., 1933, 149) ont beaucoup utilisé et approfondi les études cliniques de P. SCHRÖDER.

1. W. L. RUSSELL et O.W. NATHAN, Traumatic amnesia, *Brain*, 1946, 69, pp. 280 à 300. Ce travail contient, d'ailleurs, les principales références bibliographiques des travaux anglo-saxons de 1941 à 1944.

de O. W. NATHAN ¹. La durée de l'amnésie traumatique (antérograde dans 276 cas) a été nulle dans 29 cas, d'une durée d'une heure, dans 22 cas, de moins de 24 heures dans 73 cas, de 1 à 7 jours dans 39 cas et de 7 jours dans 41 cas. Tandis qu'aux troubles mnésiques déterminés par des traumatismes crâniens « accidentels » (1022 observations où dans 20 % l'amnésie dura une heure, dans 31 % de 1 à 24 heures, dans 23 % de 1 à 7 jours) les amnésies rencontrées dans les blessures du crâne par projectile (200 cas) sont de moindre durée et de moindre fréquence. Par contre, l'amnésie retardée (delayed amnésie) a été plus importante et fréquente après les blessures craniocérébrales par projectile. Quant aux amnésies rétrogrades elles se manifestèrent sous forme d'une perte de souvenir très brève, dans les traumatismes par projectiles alors que dans les traumatismes « accidentels » elle a porté sur une durée de moins d'une heure dans 313 cas, de 1 à 7 jours dans 231 cas, de plus de 7 jours dans 168 cas. Enfin, les auteurs rapportent qu'ils ont 40 fois utilisé l'hypnose barbiturique sans obtenir la réduction de l'amnésie dans la majorité des cas¹.

III. — LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Les problèmes médico-légaux liés aux troubles de la mémoire sont considérables : responsabilité pénale des amnésiques, simulation des troubles de la mémoire et la valeur du témoignage des amnésiques. Nous ne pouvons ici que les effleurer.

A. — RESPONSABILITÉ DES AMNÉSQUES.

L'amnésie est la preuve de l'inconscience. Tel est le postulat général de l'expertise psychiatrique en cette matière. Toute la difficulté vient de ce fait que l'amnésie et l'inconscience ne sont pas nécessairement, exactement et surtout manifestation proportionnelles. Des actes peuvent être impulsifs sans cesser d'être fixés et évocables à la mémoire. C'est le cas, auquel nous avons fait allusion plus haut, de l'épilepsie consciente et mnésique. Cependant pour schématiser les choses nous pouvons grouper

...L'amnésie est la preuve de l'inconscience. Tel est le postulat général de l'expertise psychiatrique en cette matière...[Mais], la difficulté vient de ce fait que l'amnésie et l'inconscience ne sont pas nécessairement, exactement et surtout manifestation proportionnelles...

1. Les lobotomies produisent-elles des troubles mnésiques importants ? TALLMAN (1936) n'a pas trouvé de troubles de la mémoire des faits anciens après lobotomie frontale. RYLANDER (1939) a constaté que la mémoire immédiate n'est pas atteinte — HALSTEADT (1940) a cependant noté un déficit — RYLANDER utilisant un groupe de cinq tests (mémoire immédiate, mémoire d'un paragraphe, rappel immédiat de couples de mots, rappel de couples de mots après trois heures, apprentissage d'une liste de syllabes dépourvues de sens) a trouvé que par l'application des trois premiers (plus saturés en facteur " G " qu'en facteur " M ") peu d'altérations. Par contre les deux derniers indiquent qu'il existe " une diminution de la plasticité du processus de mémoire " d'après PICHOT. RYLANDER souligne que dans les autres lobotomies (pariétales temporales ou occipitales) on ne rencontre pas ce déficit mnésique.

sous deux rubriques principales les deux éventualités où les troubles de la mémoire se présentent en relations les plus étroites avec des actes médico-légaux.

1° *Il y a des actions criminelles et délictueuses accomplies à cause de l'amnésie.*

Le trouble de la mémoire conditionne alors le caractère anormal du comportement, tel le cas de ce paralytique général, qui était devenu bigame pour avoir oublié qu'il était marié et cet autre qui oubliait de payer son taxi. Toute la question se pose alors de savoir jusqu'à quel point l'amnésie alléguée est authentique ou simulée.

2° *Il y a des actes accomplis en état de trouble de la conscience qui entraînent l'amnésie.* C'est le cas de tous les troubles paroxystiques de la conscience (épilepsie, hystérie, traumatisme). Mais tous ces actes automatiques constituent l'essentiel des problèmes médico-légaux liés aux diverses affections dont ils dépendent. – Signalons cependant ici la difficulté dont nous parlions plus haut, à savoir que certains actes entraînent l'amnésie et n'abolissent pas entièrement la conscience (amnésie de fixation dans des états seconds crépusculaires, semi-conscients), – inversement certains états d'inconscience peuvent être remémorés (épilepsie mnésique de DUCOSTE.)

B. — LA SIMULATION DES TROUBLES DE LA MÉMOIRE.

C'est le plus difficile problème posé par la responsabilité des « amnésiques ». Les modalités curieuses des amnésies (amnésies retardées de MAXWELL, – amnésies systématisées) peuvent être interprétées par les magistrats comme des manifestations de simulation ; inversement des amnésies simulées peuvent passer pour authentiques.

On ne saurait fournir de règles et de procédés de diagnostic. Tout dépend de la connaissance précise de la séméiologie des troubles de la mémoire. Aussi tout essai de codification de conseils, techniques ou régies doctrinales échoue et qui tente une pareille entreprise se condamne à ne dire que des banalités ¹.

On recherchera naturellement les mobiles de la simulation possible (désir d'échapper à la justice, d'obtenir une pension, et même de se faire interner). On se méfiera des dénégations systématiques totales et par conséquent faciles ; – des états où le malade apparaît entièrement lucide, – des récits fantaisistes de la période des troubles de la conscience, – du « découpage » utilitaire de l'amnésie. De longues observations sont généralement nécessaires quand on se trouve en présence de sujets avertis comme chez les fameux simulateurs Valroia et Dumolier expertisés par BROUARDEL, MAGNAN et Paul GARNIER chez lesquels il s'agissait bien « *d'amnésie de réflexion* » (DUMAS) et non « *d'amnésie retardée* ¹ ». Récemment encore Rudolf HESS a posé à la sagacité des experts au Procès de Nuremberg bien des problèmes difficiles...

1. Cf. COSTBDOAT, *La simulation des maladies*, 1933, pp. 403 à 406.

...La simulation des troubles de la mémoire est le plus difficile problème posé par la responsabilité des « amnésiques »...

C.— LE TÉMOIGNAGE ET LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE.

Ce sont ici les paramnésies et les illusions de la mémoire qui interviennent pour faire affirmer de fausses reconnaissances, des fabulations, des faux souvenirs.

Le problème de la critique du témoignage est lié à celui de l'oubli, des déformations, les utilisations défectueuses des souvenirs dont les troubles paramnésiques sont des exemples des plus frappants.

Rappelons à ce sujet quelles controverses² ont ces temps derniers pris pour objet l'exploration pharmacodynamique (amytal sodique, penthotal, etc.) des délinquants.

...Rappelons quelles controverses ont, ces temps derniers, pris pour objet l'exploration pharmacodynamique (amytal sodique, penthotal, etc.) des délinquants...

IV. — THÉRAPEUTIQUE ET RÉÉDUCATION

Malgré que nous nous soyons imposé dans ces « Études » l'obligation pour ne pas les charger démesurément, de ne pas toucher aux questions de thérapeutique, nous désirons dire un mot ici des tentatives de traitement des amnésies qui ont connu ces dernières années une grande vogue.

Une des premières tentatives systématiques de rééducation fut entreprise par LORDAT (1845) sur lui-même. Mais le cas le plus connu est celui de SHARPEY (1879). Il s'agissait d'une jeune femme présentant une amnésie totale. Elle se comportait en enfant et on lui réapprit à parler comme à un enfant mais ses progrès furent infiniment rapides. La rééducation par le nouvel apprentissage des mots amène généralement brusquement un retour des souvenirs anciens. Tel fut le cas d'une malade de WINSLOW. Parfois le retour de la mémoire ancienne anihile la mémoire récente (DUNE 1847). SOLLIER avait essayé de poursuivre méthodiquement la rééducation des amnésiques. Le principe général de la rééducation qu'il préconisait consistait à essayer de réveiller les associations d'idées, liées aux quelques souvenirs intacts. Pour la marche, dit SOLLIER, il faut réveiller les images motrices d'abord par des mouvements passifs. L'utilisation des images visuelles associées à des émotions (la lecture du mot Jeudi est accompagnée par exemple de l'idée de la visite prochaine de la famille) est un excellent procédé. L'exploitation des points de repère des souvenirs anciens qui persistent se fait par tâton-

...Une des premières tentatives systématiques de rééducation fut entreprise par LORDAT (1845) sur lui-même...

1. *Annales d'Hygiène et Médecine Légale*, 1902.

2. DELAY et DESCLAUX, *Soc. Méd. Légale*, 1945 ; DESOILLE, *Médecin français*, 1946 ; MONCEAUX et SUTTER, La subnarcoïse chimique dans l'expertise médico-légale, *Congrès de Marseille*, 1948 ; P. B. SCHNEIDER, Quelques remarques sur l'emploi de la narcoanalyse en psychiatrie médico-légale, *Congrès de Marseille*, 1948 et *Archives suisses de Neuro.*, 1948 ; A. CHARLIN, Le problème de la narcoanalyse chimique en médecine légale, *24^{me} Congrès Médecine légale Lausanne*, 1948 ; TRILLOT, La narcoïse habituelle en médecine légale, *24^{me} Congrès Médecine légale Lausanne*, 1948 ; Henry EY, L'emploi des substances narcotiques dans l'expertise psychiatrique, *Presse Médicale*, décembre 1948 ; DELMAS-MARSALET, *Ann. Médico-Psycho.*, 1948 ; HEUYER, *Narcodiagnostic et narcoanalyse*, 1 vol., Paris, 1949, etc. La revue " *Esprit* " vient (sous la direction du regretté E. MOUNIER) de consacrer une très intéressante enquête à ce sujet.

nement en essayant d'y associer un grand nombre d'images et de sentiments. Il s'agit en tous cas toujours d'une œuvre de longue haleine et de patience dont on a pu cependant constater les bons et quelquefois les rapides résultats sur les amnésiques de guerre.

L'hypnose par suggestion simple est un procédé qui avait été abandonné et que l'on reprend actuellement avec profit (FORTANIÈRE et KANDOU). On utilise dans ce but le *scopochloralose*, *l'évipan*, le *pentotal*, etc.. pour amorcer le déblocage du subconscient et l'action psychothérapique.

Les associations libres autour des images des rêves peuvent peut-être aussi aider à l'émancipation des souvenirs devenus inconscients. Les conceptions modernes plus dynamiques des troubles de la mémoire qui assimilent le trouble mnésique à l'inhibition du sommeil et à l'amnésie du rêve peut permettre, semble-t-il, de plus grands espoirs de rééducation de la mémoire en suggérant un travail de psychanalyse capable de restaurer non point des « engrammes effacés » mais des « souvenirs ensevelis ». – Sans que l'on puisse encore faire état de l'expérience de la guerre trop récente il semble que la *psychothérapie* s'y soit montrée très efficace dans ce domaine, notamment par l'emploi systématique de la narco-analyse, des cures de sommeil, et de la psychothérapie de groupe. M^{me} CAVÉ¹ a traité un malade hypocondriaque qui présentait des « troubles de la mémoire et qu'elle a eu la bonne fortune de guérir en 8 jours par défolement de ses fantasmes »¹.

...il semble que la psychothérapie s'y soit montrée très efficace, notamment par l'emploi systématique de la narco-analyse, des cures de sommeil, et de la psychothérapie de groupe...

V. – LES CONDITIONS NEURO-BIOLOGIQUES DE LA MÉMOIRE

PROBLÈME BIOLOGIQUE DE LA MÉMOIRE

La mémoire est généralement considérée par les psychophysicologues comme un fait biologique fondamental, une propriété du tissu nerveux. Comme telle elle a été rapprochée de ce que l'on a appelé, de ce fait, les « *rythmes mnémoniques* » (rythmes nyctéméraux – rythme des marées des végétaux – rythmes saisonniers ou des marées des animaux, notamment de *convaluta*, étudiés par L. MARTIN sur les plages de la Manche). HERING, A. von BUZAGH, PLANCK ont rapproché la propriété mnésique de la structure des colloïdes². On est allé plus loin encore. On a assimilé le phénomène de mémoire à un phénomène physique en « réalisant » la métaphore de DESCARTES « les plis qui sont dans un morceau de papier ou dans un linge font qu'il est plus propre à être plié derechef comme il a été auparavant ». C'est ainsi que l'activité mnésique a pu être interprété comme un cas particulier de la mécanique des liquides

...On a assimilé le phénomène de mémoire à un phénomène physique en « réalisant » la métaphore de DESCARTES...

1. Soc. Méd. Psycho., mars 1947.

2. R. ROSSEN, Zum Gedächtnisproblem, *Archiv. Suisses de Neuro.*, 1946.

ou des gaz qui « retiennent » (VAN BANLIET). Mais c'est naturellement à l'« *hysteresis* » que la mémoire a été identifiée sur le plan physique par les psychophysiologistes qui ne voient dans la capacité mnésique qu'une propriété passive de reproduction. Il y a 40 ou 50 ans, certains auteurs (d'après PIERON) ont tenté des explications quelque peu hasardeuses du processus mnémorique conçu comme un fait physiologique. Par exemple, en 1908 et 1914 EBBINGHAUS et SMITH ayant établi des courbes de vitesse d'acquisition de souvenirs, les courbes en S de ROBERTSON, ils rapprochèrent cette constatation du fait qu'une diminution de la teneur en oxygène de l'air inspiré entraîne comme phénomène précoce une incapacité de fixer des souvenirs nouveaux. – SPECK a pensé à la même époque que l'acquisition *mnémorique* devait impliquer une oxydation. On trouvera dans le livre de PIERON ¹ l'exposé de cette étrange théorie. Toujours au début du siècle, SCHUKAREN (1907) avait assimilé la fixation mnémorique à une réaction mono-moléculaire simple conforme à la loi de GULDBERG et WAAGE qui énonce que la vitesse de la réaction (fixation) est à chaque instant proportionnelle à la « masse à transformer » (matériel à acquérir). Enfin OSTWALD a pensé que l'influx nerveux nécessaire à la fixation d'un mouvement engendrerait la création d'une substance cataleptique accélératrice des réactions caractéristiques de l'acte mnésique. Cette substance déchaînerait l'acte à la moindre excitation qu'une influence rendrait donc latente et exigerait – comme les diastases – un complément : l'excitation.

Nul doute que des recherches plus récentes utilisant les travaux d'ADRIAN, de LORENTE de No, de MAC CULLOCH et PITTS, etc. sur le potentiel électrique du cerveau, la physiologie des synapses, l'électro-encéphalographie, la chimie ou la physique du tissu nerveux et surtout (comme nous y faisons allusion au début de cette Étude) de la *Cybernétique* ne puissent s'inscrire dans le cadre de ces recherches qui risquent toutefois de demeurer en deçà de leur objet...

...c'est naturellement à l'« hysteresis » que la mémoire a été identifiée sur le plan physique par les psychophysiologistes...

...Nul doute que des recherches plus récentes [...] sur le potentiel électrique du cerveau, la physiologie des synapses, [...] la cybernétique ne puissent s'inscrire dans le cadre de ces recherches qui risquent toutefois de demeurer en deçà de leur objet...

PROBLÈMES NEUROLOGIQUES DE LA MÉMOIRE ²

La mémoire a été considérée par ceux-là mêmes qui en donnaient ou en donnent une définition très générale, comme une fonction très particulière et facile à isoler. On sait que GALL avait été amené à sa conception de la « phrénologie » en remarquant, lorsqu'il était enfant, que ses camarades les mieux doués au point de vue de mémoire avaient les yeux exorbités comme s'ils avaient la partie antérieure du cerveau plus développée...

1. PIERON, *L'Évolution de la Mémoire*, pp. 37 à 44, et aussi l'article *Mémoire* qu'il a écrit pour les deux *Traité de Psychologie* de G. DUMAS.

2. Deux récents travaux italiens, celui de Fabio VISINTINI (*Fisiopatologia della Memoria, acta Neurologica*, Naples, 1948, pp. 707 à 733) et celui de CARDONA (*Rivista di Patonevrosa e mentale*) 1948, 69, p. 308) contiennent une excellente mise au point de ces questions.

...C'est, effectivement, au lobe frontal et surtout à sa portion préfrontale que la plupart des auteurs ont songé comme centre mnésique...

1° C'est, effectivement, au lobe frontal et surtout à sa portion préfrontale que la plupart des auteurs ont songé comme centre mnésique. Malgré les réserves de GOLTZ et de MUNK¹, HITZIG² le premier tenta des expériences pour vérifier cette hypothèse. Depuis ces premières recherches, toutes celles qui ont suivi ont été faites selon le même modèle ; elles consistent à opérer chez les animaux des « dressages », à faire fixer des « acquisitions » et à réaliser ensuite l'amputation totale ou subtotale des lobes préfrontaux. HITZIG avait opéré des chiens, BIANCHI³ utilisa des chiens et des singes, SHEPHERD, IVORY, FRANTZ⁴ des chats et des singes dressés à ouvrir la caisse de Thorndike, KALISCHER⁵ (1911) des chiens, LESHLEY et FRANTZ (1917) des rats, etc. Tous ces auteurs ont conclu que les acquisitions récentes disparaissent ainsi que la possibilité parfois d'en acquérir de nouvelles. Naturellement l'école réflexologique a effectué des expériences analogues dont on trouvera un exposé caractéristique dans le travail de CHOROHSKO⁶. Une des expériences les plus intéressantes est celle à laquelle a été soumise la chienne de G. P. ZELIONY⁷ : après ablation totale de l'écorce elle ne put plus former de nouveaux réflexes conditionnels. — Par contre, le chien de ROTHMANN⁸ dont les hémisphères avaient été complètement enlevés conserva certains « processus psychiques » de fixation, de rétentioin et la possibilité de « se rappeler » des réactions acquises. De même le chien de KALISCHER (1909), malgré la destruction de deux lobes temporaux et tubercules quadrijumeaux postérieurs, conserva des réflexes conditionnels auditifs. Plus troublante est encore l'expérience de LASHLEY qui parvint à reformer des habitudes motrices perdues depuis ablation de l'écorce frontale. Les conclusions de LASHLEY⁹ et les travaux de MAIER¹⁰ et de RYLANDER¹¹ semblent indiquer que le facteur « localisation » en surface joue peut-être moins que la proportion de tissu enlevé et de tissu intact.

1. G. GOLTZ, Der Hund ohne Grosshirn, *Archiv. f. ges. Phytiol*, 1898. — H. MUNK, *Ueber die Funktionen der Grosshirn*, Berlin, 1890.

2. HITZIG, *Untersuchungen über das Gehirn*, 1904.

3. BIANCHI, *La mécanique du cerveau*, trad. française, 1921.

4. FRANTZ, On the fonctions of the cerebrum, *Arch. of Psychol.*, 1907.

5. KALISCHER, Ergebnisse der Dressur, etc., *Arch. f. A. Met. u. Physiologie*, 1909.

6. CHOROHSKO, *Zeitsch. f. d. g. Neuro und Psych.*, 1926.

7. G. P. ZELIONY, *Observation sur des chiens, etc.*, Réunion biologique de St-Pétersbourg, 1913.

8. ROTHMANN, Zusammenfassender Ber. über Hund, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1923, 87.

9. K. S. LASHLEY, Plusieurs travaux notamment : in *Psychology*, 1920 ; *Arch. of Neuro. and Psych.*, 1924 ; *J. Comp. Neur.*, 1926. *Brain mechanisms and intelligence* de 1929 et *Arch. of N. and Psych.*, 1937.

10. MAIER, The effect of cérébral destruction on reasoning and learning in *J. Comp. Neuro.*, 1932.

11. G. RYLANDER, Mental changes after excision of cérébral tissue. Monographie des *Acta Psych. et Neurologica*, XXV, 1943.

Enfin les chiots de BLAGOVETCHCHENSKAYA ¹ pas plus que l'homme de DANDY ² qui furent amputés d'un hémisphère entier droit, ne présentèrent aucun trouble de l'apprentissage ou de l'acquisition mnémonique. Il semble donc que du point de vue expérimental le rôle des lobes frontaux et préfrontaux (et même peut-être de l'écorce) dans l'acte mnésique ne soit pas si expérimentalement démontré qu'on l'avait admis primitivement et que des phénomènes énergétiques de « masse » interviennent.

Du point de vue *neuropathologique* les faits sont mieux établis. On est parti des premières observations de ramollissements frontaux (ZACKER ³, MABILLE et PITRES ⁴) avec troubles prédominants de la mémoire. Mais c'est surtout l'étude des *tumeurs frontales* qui fit naître l'espoir de voir se vérifier l'importance du rôle des lobes frontaux dans l'activité mnésique. Parmi les observations les plus citées ou les plus typiques il convient de signaler celles de MULLER (1902), PFEIFFER (1910) MARCHAND et NOUET (1912) BONNET (1917), BERGER (1925), MARCUS (1927) et l'observation XII de la thèse de BARUK. Aussi HULTON et JACOBSEN (1935) concluent que « l'atteinte bilatérale des aires d'association frontale détermine un trouble grave de la mémoire des faits récents ». Cependant SACHS (1927) a pu observer un syndrome d'amnésie de fixation par atteinte d'un seul lobe préfrontal (15 à gauche, 10 à droite).

Il faut se rapporter à l'excellent travail de M. de MORSIER ⁵ dans lequel on trouvera des indications bibliographiques de tous ces cas. Il fournit des observations qui paraissent démontrer que des tumeurs frontales bilatérales, des tumeurs du lobe frontal gauche et des tumeurs du corps calleux dans ses portions postérieures (au niveau de l'entrecroisement des longues voies d'association fronto-occipitales) provoquent des troubles importants de la mémoire.

Naturellement les *lésions traumatiques frontales* de la guerre 1914-1918 (POPPELREUTER) ont fourni l'occasion d'observer des cas de syndromes frontaux avec amnésie. Signalons ici simplement l'observation que nous croyons être une des plus intéressantes chez nous, celle rapportée par BEAUSSART ⁶ d'un cas de transfixion traumatique des deux lobes frontaux. Il y a lieu cependant de noter que des travaux plus récents ⁷ paraissent moins affirmatifs en ce qui concerne le rôle du lobe frontal comme centre mnésique. Certains neurologues, FEUCHTWANGER ⁸, MONAKOW ⁹, CHATE-

...Il semble donc que [...] le rôle des lobes frontaux et préfrontaux [...] dans l'acte mnésique ne soit pas si expérimentalement démontré qu'on l'avait admis primitivement...

...Il faut se rapporter à l'excellent travail de M. de MORSIER...

-
1. BLAGOVETCHCHENSKAYA (en russe) 1929.
 2. DANDY, Rememoral of the right cerebi, etc., *Journal of Amer. Assoc.*, 1928.
 3. ZACHER, *Neuro. Zentralblatt.*, 1901, p. 257.
 4. MABILLE et PITRES, *Rev. de Méd.*, 1913, pp. 257.
 5. DE MORSIER, *Encéphale*, 1929.
 6. BEAUSSART, *Annales de Médecine légale*, mai 1937.
 7. Article de LHERMITTE, *Encéphale*, 1929 — les Rapports et Discussions du Congrès de Londres, 1935, sur la physiopathologie du lobe frontal.
 8. FEUCHTWANGER, *Die Funktion des Stirnhirn*, 1923.
 9. MONAKOW, *Die Lokalisation bei Grosshirnrind*, 1914, chap. 9.

LIN¹, GOLDSTEIN² ont nié même catégoriquement que l'on puisse tirer de l'étude des syndromes frontaux la conclusion que les troubles de la mémoire y seraient prévalents, constants ou même importants. Il est assez remarquable par exemple que le livre récent de J. de AJURIAGUERRA et HECAEN³ sur le Cortex cérébral ne consacre que quelques lignes à ce problème.

Quant à l'expérience *neuro- et psycho-chirurgicale* elle ne paraît pas avoir été jusqu'ici très concluante dans le sens de la localisation frontale de la capacité mnésique. On connaît le fameux malade de BRICKNER⁴, cet agent de change dont les deux lobes frontaux furent enlevés en 1930 (alors qu'il avait 40 ans). Durant les quatre années qui suivirent on remarqua des modifications « quantitatives » de son activité psychique comme s'il était minimisé dans la plénitude de ses moyens mais la mémoire n'était pas « spécialement » altérée. Si RYLANDER admet, comme nous l'avons vu (p. 51), un certain déficit mnésique après les lobotomies, il n'est pas encore possible d'affirmer que les troubles de la mémoire soient très importants à la suite de la section bilatérale des lobes frontaux⁵.

2° *Le lobe occipital* dont les lésions peuvent provoquer des phénomènes de désorientation spatiale différents du syndrome de désorientation frontale de P. MARIE et de ses élèves, a été naturellement étudié du point de vue de son importance pour la mémoire. C'est ainsi que FÖRSTER, WERNICKE, DIDE, SMITH, GORDON HOLMES, BARUK et HARMANN, etc., ont publié des observations intéressantes sur les troubles de la mémoire et de l'orientation dans les lésions occipitales.

3° *Tronc cérébral. Diencephale et troubles de la mémoire.* Comme nous l'avons fait souvent remarquer, à la conception ancienne des centres corticaux qui se réfère toujours et presque nécessairement aux notions de centres de projection et de centres d'images fonctionnant d'une manière plus ou moins isolée, des études plus récentes tendent à substituer le concept de « centres régulateurs ». A ces centres de régulation ne peuvent correspondre que des systèmes fonctionnels beaucoup plus vastes, des aspects de la vie psychique qui témoignent d'une orientation globale des processus mentaux conçus sur un modèle plus dynamique. C'est ainsi que K. KLEIST, par ses propres observations et celles de GAMPER, a d'une part « localisé » les fonctions mnésiques au tronc cérébral à

...l'expérience *neuro- et psycho-chirurgicale* ne paraît pas avoir été jusqu'ici très concluante dans le sens de la localisation frontale de la capacité mnésique...

...des études plus récentes tendent à substituer [aux centres de projection] le concept de « centres régulateurs ». A ces centres de régulation ne peuvent correspondre que des systèmes fonctionnels beaucoup plus vastes...

1. CHATELIN, *Les blessures du cerveau*, 1918.

2. K. GOLDSTEIN et REICHMANK, Ueber die praktischen und theoretischen Ergebnis an den Empfänge an Hirnverletzungen, *Ergeb. der innere Medizin*, 1920.

3. AJURIAGUERRA et HECAEN, *Le cortex cérébral*, I vol., Paris, 1948.

4. BRICKNER, A case of partial bilatéral frontal lobectomy, *Research nerv. and mental diseases Proc*, 1934, 13, pp. 259 à 351.

5. Nous avons fait lobotomiser une jeune oligophrène de 10 ans en raison de son extrême turbulence. Un mois après la double lésion préfrontale elle devint capable d'apprendre à manger seule, technique qui avait toujours dépassé jusque là ses faibles possibilités de « dressage ».

l'hypothalamus et d'autre part les a assimilées à la régulation des processus psychiques dans le temps. Tous les travaux allemands sur ce point¹ partent presque exclusivement de l'étude des syndromes de KORSAKOFF et confusionnels, soit alcooliques, soit traumatiques et parfois de syndromes vasculaires ou infectieux. RANSCHBURG a observé un cas démonstratif de tumeur du 3^{ème} ventricule.

Voici comment KLEIST se représente les choses : Les processus mnésiques sont essentiellement des fonctions qui règlent le déroulement temporel. Dans l'amnésie il n'y a pas tellement perte des souvenirs que troubles dynamiques du temps, où se confondent, d'après GAMPER, troubles de la mémoire, de l'imagination et de l'attention. C'est tout d'abord l'enregistrement qui est *perturbé*. Or si l'on se réfère à l'étude des 11 cas qu'il a examinés (Lésions de la face supérieure du cerveau : 1 ; – du centre pariétal : 1 ; de la région fronto-orbitaire : 5 ; – de la région frontale mentale : 2 ; – de la région fronto-orbitaire : 2), il est important de remarquer qu'il s'agit de blessures profondes atteignant le cerveau intermédiaire. – GAMPER a montré que dans la psychose de KORSAKOFF les lésions mésencéphaliques du type de l'encéphalite de WERNICKE avec atteinte des *corps mamillaires* altèrent spécialement les fonctions mnésiques. Certaines observations (celles de SOUQUES, BARUK, BERTRAND) confirment cette manière de voir. *L'hypothalamus* est, aux yeux de KLEIST, la région du cerveau qui paraît jouer un rôle prépondérant dans l'intégration de la vie psychique dans le temps. Les relations du sens temporel et l'incorporation des souvenirs du moi dans une série chronologique paraissent en rapport avec les centres neurovégétatifs qui président aux rythmes de l'activité psychique de la vie organique. Les illusions paramnésiques de la durée peuvent être rapprochées de ce mécanisme. Quant à la qualité du temps, à la forme du temps (*Zeitgestalt*), intégrées à ces processus « intellectuels » (avec BERGSON on pourrait dire spatiaux), elles correspondent aux intégrations des *facteurs corticaux* dans les fonctions mnémiques du temps comme cela se voit dans des syndromes tels que apraxies et aphasies. Ainsi se trouve constituée une neurophysiologie de la mémoire basée sur l'intégration du flux des souvenirs à l'aperception, aux « *Erlebnisse* » de la durée en continuité elle-même avec la vie organique. Le fait rapporté par Martin REICHARDT (1928) et que nous avons déjà cité à propos des hypermnésies doit être rappelé. Il est difficile cependant de l'interpréter au point de vue anatomique si on le rapproche des déroulements panoramiques qui fascinent la conscience dans les « *dreamy states* » de la crise temporelle de l'uncus.

...*L'hypothalamus* est, aux yeux de KLEIST, la région du cerveau qui paraît jouer un rôle prépondérant dans l'intégration de la vie psychique dans le temps...

1. Parmi les travaux allemands sur ce problème nous devons citer spécialement GAMPER : *Zeitsch.f. Nerv.*, 102, p. 154 (1926) et 104, p. 49 (1926) ; *Deutsch. Zeitsch.f. Ner-venheil.*, 102, p. 122 (1928) ; *Zentralblatt Neuro.*, 51, p. 236 (1929) ; KLEIST : *Gehirmpathologit.*, 1934 ; BURGER-PRINZ et KAILA : *Zeitsch.f.N.*, 124, p. 553 (1930) ; KRAL et GAMPER : *Monatschrift Psych.*, p.509 (1935) ; GAMPER et KRAL : *Zeitsch.f. Neuro.*, 146, p. 567 (1933) ; RANDCHBURG : *Les bases somatiques de la Mémoire*, Livre du Centenaire de RIBOT, 1939.

...l'amnésie ce n'est pas seulement un déficit et comme une abolition mécanique d'images ou de « traces », c'est un mouvement de dissolution où se mêlent étroitement l'impuissance, la faiblesse des opérations psychiques et le processus affectif et en quelque sorte « économique » ou hédonique du « refoulement »...

Ce que le clinicien soigneux et compréhensif rencontre dans l'analyse de l'amnésie, ce n'est pas seulement un déficit et comme une abolition mécanique d'images ou de « traces », c'est un mouvement de dissolution où se mêlent étroitement l'impuissance, la faiblesse, des opérations psychiques et le processus affectif et en quelque sorte « économique » ou hédonique du « refoulement ». Les derniers travaux anglo-saxons sur les amnésies ¹ ont montré à l'évidence ce double aspect de la régression de la mémoire. Nous revenons ainsi au rôle que les anciens auteurs (P. JANET spécialement) faisaient jouer à l'inconscient dans les troubles de la mémoire. Ce mouvement complexe d'ensevelissement des souvenirs avait été très bien étudié également, sous l'influence de l'école psychanalytique par un certain nombre d'auteurs de langue allemande entre les deux guerres à propos des amnésies par lésions cranio-cérébrales ².

Ainsi le problème de la mémoire du point de vue neurologique s'est largement modifié depuis 50 ans. Il n'est plus question de centre d'images et à peine de « centres mnésiques ». Les plus récentes acquisitions de la neurologie expérimentale et clinique mettent en évidence dans le déficit mnésique, un « phénomène de masse », une perte d'énergie soit par détérioration corticale soit par altération des formations du tronc cérébral qui paraissent jouer un rôle énergétique considérable. Le problème de la pathologie de la mémoire sort donc du cadre de la neurologie pour rentrer dans son cadre naturel, celui de la psychiatrie en tant que celle-ci étudie les dissolutions énergétiques globales et « atopiques » de l'activité psychique. Le problème cérébral de la mémoire se confond avec celui de l'énergie nerveuse et non avec celui des fonctions localisées. C'est au fond ce qu'avait bien vu BERGSON lorsqu'il avait voulu mettre en garde contre l'explication de la mémoire par ses effets ou ses instruments : les mouvements ou les images qu'elle anime.

...Le problème de la pathologie de la mémoire sort donc du cadre de la neurologie pour rentrer dans son cadre naturel, celui de la psychiatrie...

VI. — APERÇU PSYCHOPATHOLOGIQUE SUR LA MÉMOIRE ET SES TROUBLES

L'ancienne conception psychophysiologique de la mémoire la réduisait à n'être qu'une « rétention » physique d'« engrammes », une habitude ou une répétition mécanique d'idées ou d'images. Pour ceux qui lui restent fidèle, c'est sur le plan de « réflexe

1. Cf. notamment les travaux de D. E. CAMERON (*Remembering*, 1947) et par exemple l'article de E. LEWY et D. RAPAPORT (The psychoanalytic concept of Memory and the relations to recent memory theories, *Psychoanalytic clinaterley*, 1944).

2. Nous pouvons rappeler à ce sujet les travaux de P. SCHILDER naturellement et aussi un certain nombre de travaux conçus dans le même sens, ceux de R. KLEIN et A. KKAL (Zur Frage der Pathogenese und Psychopathologie des amnestischen Symptomenkomplexes nach Schadeltraumen, *Zeitsch.f. Neuro.*, 149, 1933, pp. 134 à 175), de FORTANIER et KANDOU (Aufklärung von Amnésie nach Kopftrauma, *Zeitsch. f. Neuro.*, 156, 1936, p. 265), de A. VERJAAL (Amnésie nach Trauma capitis, *Zeitsch. f. Neuro.*, 166, 1939, p. 221), etc.

conditionnel », de la « acquisition des habitudes » de la « mémoire associative » ou encore des « *feed-back* » que l'activité mnésique doit être envisagée ¹. De telle sorte qu'il n'y aurait entre l'association des images, leur fixation et leur évocation (on dit aussi les « mnèmes » et l'« ecphorie des mnèmes » avec SEMON et BLEULER) et les actes intellectuels qui les supposent ou les enveloppent, qu'une différence de degré et de complexité. Presque tous les grands ouvrages écrits sur la mémoire à la fin du XIX^e siècle et au commencement de celui-ci témoignent de cette manière de voir. C'est pourquoi, soit pour les psychophysologistes comme RIBOT et PIERON ou des biologistes comme G. BOHNN, soit même peut-être à certains égards pour BLEULER ², la mémoire est conçue comme une *propriété biologique* relativement simple (rythmes et réactions d'adaptation), comme « une fonction générale de la matière organisée » selon le titre ³ même de l'ouvrage de HERING et dans le sens de la théorie de SEMON ⁴. L'article de Rudolf ROSSEN ⁵ et le livre de RIGNANO ⁶ exposent parfaitement cette manière de voir, somme toute traditionnelle. Naturellement entraînés par l'exigence même de leurs tendances doctrinales à réduire les fonctions supérieures à des phénomènes de mémoire le plus près possible des phénomènes matériels, certains de ces auteurs sont allés parfois, comme nous l'avons déjà mentionné, jusqu'à décrire ce que l'on a appelé la « mémoire physique ».

On sait quelle révolution la psychologie de BERGSON ⁷ a constituée dans ce domaine, point d'articulation des rapports de la matière et de l'esprit. Ses analyses affectent (ainsi que les travaux de E. MINKOWSKI l'illustrent) une profonde parenté avec les descriptions phénoménologistes, même quand ceux-ci le nient. Leur sens est de restituer son autonomie à l'acte de mémoire ou souvenir non seulement comme donnée immédiate de la conscience du temps mais comme intégration dans la durée, dans le flux de la vie psychique. La fameuse distinction entre l'habitude motrice et le souvenir pur reste fondamentale et, si elle ne peut certes pas être acceptée purement et simplement à cause du dualisme qu'elle réintroduit et maintient entre la vie et l'esprit, elle marque la voie qu'il convient de suivre pour restaurer dans toute sa dignité l'acte de mémoire et distinguer dans l'activité mnésique des niveaux. Il a bien fallu en effet se faire de la mémoire et de ses troubles une idée différente de celle de la psychologie et de la psychiatrie

...On sait quelle révolution la psychologie de BERGSON a constituée dans ce domaine, point d'articulation des rapports de la matière et de l'esprit...

1. Il est assez remarquable que F. MOREL n'entrevoit par exemple de progrès capable de nous faire sortir de la « stagnation immémorable » où se trouve le problème de la Mémoire que dans la voie où il s'est précisément enlisé (cf. *Introduction à la Psychiatrie Neurologique*, I vol., Paris, Lausanne, 1947, pp. 205 à 229).

2. E. BLEULER, *Notiongeschichte der Seele*, 1921, *Die Psychoïde*, 1925, et surtout *Mecanismus - Vitalismus - Mnemismus*, 1931.

3. HERING, *Das Gedächtniss als allgemeine Funktion der organischen Materie*, 1870.

4. SEMON, *Die Mnème*, 1920, 4^e et 5^e édition.

5. Rudolf ROSSEN, *Archives suisses de Neuro. et Psychiatrie*, 1940-41, pp. 35 à 40.

6. RIGNANO, *La mémoire biologique*, 1923.

7. BERGSON : *Les données immédiates de la conscience. - Matière et Mémoire. - L'Évolution créatrice.*

classiques du XIX^e siècle, toutes deux filles du sensationnisme et de l'associationnisme.

Le seul moyen qui s'est offert alors pour sortir de cette impasse a consisté et consistera toujours à recourir à la notion d'une hiérarchie de niveaux structuraux de l'activité mnésique ¹.

Au sens large, la mémoire est la *fonction d'intégration du passé dans le présent* et, à ce titre, elle se confond avec la plus grande partie des opérations de la vie psychique. Mais comme l'a très bien vu P. JANET, ni le présent, ni le passé ne sont simples : ils admettent une infinité de degrés et supposent une série des *conduites* d'adaptation au réel. Ces conduites sont essentiellement sociales, et ceci rapproche le point de vue de JANET, de celui de HALBWACHS. Dans cette perspective, l'acte de mémoire n'est que la partie d'un tout, et ce tout est variable selon la qualité qu'affecte la conscience par rapport à ses caractères de concentration, de clarté et de réflexion dans la *hiérarchie des formes de l'activité mnésique*.

D'abord il existe une couche d'activités *mnésiques inférieures, automatiques et inconscientes*. Ce sont des « mécanismes » qui assurent l'intégration du passé, des acquisitions antérieures dans les opérations psychiques présentes. Ces « fonctions » font partie du jeu de l'activité automatique et habituelle, condition basale de toute activité psychique. Elles correspondent sur le versant de l'acquisition à la « mémoire immédiate », à la « retentivité ».

Quant à l'activité mnésique proprement dite elle ne se divise pas en opérations distinctes (fixation, évocation, etc.), mais elle se présente comme la forme même de l'organisation de notre existence relativement à la durée ². Ce que l'on envisage comme la fixation c'est précisément l'oubli, c'est la décharge, le délestage de chaque instant présent, du passé inutile. Vivre une succession d'instant, c'est former une discontinuité de consciences dont chacune est, relativement à la précédente, neuve mais jamais vierge. Car ce flux de « vécu » qui tombe du présent dans le passé est toujours lié au reflux du vécu qui émerge du passé dans le présent. Ainsi comme le rythme même de mon existence, la mémoire n'est pas autre chose que cette respiration profonde qui vivifie au point qualitativement indivisible de l'instant présent, ce que je suis par ce que j'ai été.

Dès lors la mémoire ne nous apparaît plus que comme un aspect de la vie psychique inséparable de toutes ses opérations et qui n'est elle-même rien sans ces opérations. C'est dire que la « fonction mnésique » est une fonction artificiellement détachée par une analyse arbitraire de l'acte perceptif, de l'imagination, du jugement, du rêve ou de la rêverie, etc.

1. C'est le sens le plus profond, nous semble-t-il, du travail de E. ROENAU (Der Aufbau des Gedächtnisses und das Problem der Erinnerungslücken, *Zeitsch. f. Neuro.*, 160, 1937, p. 511.

2. Le livre de Fr. ELLENBERGER, (Le mystère de la mémoire, Genève, 1948) contient d'excellentes analyses, à ce point de vue.

...l'acte de mémoire n'est que la partie d'un tout, et ce tout est variable selon la qualité qu'affecte la conscience par rapport à ses caractères de concentration, de clarté et de réflexion dans la hiérarchie des formes de l'activité mnésique...

Ni comme propriété simple ni comme fonction particulière elle n'a d'existence phénoménologique. Elle est impliquée dans l'activité de la conscience et suppose un acte qui organise le souvenir et un acte qui l'évoque, c'est-à-dire toutes les conditions de cette fixation et de cette émergence qui sont précisément le jeu de notre « adaptation au réel », de notre « pensée ». C'est une *dimension* de la vie psychique qui, intimement liée à l'intégration et à la distribution dans le temps, dépend des formes même dans lesquelles celui-ci se déploie, se déroule et s'organise aux différents instants de son existence.

Cependant la notion de mémoire tend naturellement à se restreindre au point de coïncider avec la « propriété » variable pour chacun de nous de reproduire une leçon apprise, avec ce que BERGSON appelait la mémoire-habitude. Et les variations individuelles qui diversifient nos réactions à l'épreuve de ces « tests » témoignent en effet chez chacun de nous d'aptitudes de mémoire plus ou moins grandes, de facteurs « M » relativement indépendants du facteur « G » comme disent les factoralistes. Peut-être s'agit-il d'aptitudes qui n'ont pas le caractère de simplicité que certains leur prêtent en tant que simple « propriété » si l'on veut bien considérer que ces formes si « mécaniques » de « mémoire » représentent le dénominateur commun et la résultante d'opérations, de choix et de goûts tels que, si celui-ci retient bien la poésie ou les couleurs, celui-là retient mieux l'histoire ou la musique et cet autre les signes et les nombres, tels aussi que celui-là qui retient admirablement la page qu'il vient de lire, ne peut pas « se rappeler » les théorèmes de la géométrie. Cependant, et quelle que soit la valeur de ces réserves, un « don » qualitatif demeure qui spécifie l'aptitude mnésique individuelle et reste comme une constante des capacités propres à chacun de nous, comme une « propriété » de retenir facilement, de « graver » et « reproduire » un souvenir. Ceci est un fait de constatation du sens commun, lequel admet toujours que la bonne mémoire n'est pas une qualité « éminente »...

Ainsi (et nous l'avons nettement vu à propos des « tests » et des analyses factorielles de la mémoire), pour si difficile qu'il soit d'isoler des « facteurs M » indépendants du facteur « G », ces facteurs « proprement mnésiques » existent et personne ne saurait le nier. Ils constituent cette « couche » mnésique fondamentale à quoi correspond dans les épreuves psychométriques et cliniques la saturation en qualités de rétention et de reproduction sous son aspect « brut ». Il existe à cet égard comme une raison inverse entre la signification et l'efficacité des épreuves saturées en facteurs M et en facteurs G. Cette distinction s'impose donc et aussi bien aux psychotechniciens (SPEARMAN) qu'aux philosophes (BERGSON).

Il ne saurait en être autrement car on ne saurait réduire la mémoire à l'intelligence sans ramener l'intelligence à la mémoire. On voit bien toute l'étendue et la difficulté du problème : la mémoire est-elle cette capacité « élémentaire » ou cette activité supérieure ?

...La mémoire est une dimension de la vie psychique qui, intimement liée à l'intégration et à la distribution dans le temps, dépend des formes même dans lesquelles celui-ci se déploie, se déroule et s'organise aux différents instants de son existence...

...La « mémoire » est d'abord et reste à la base, cette « couche existentielle primitive » où le monde se lie au corps, s'incorpore, s'incarne dans l'assise fondamentale de la perception (MERLEAU-PONTY)...

Pour nous qui sommes familiarisés avec cette mise en forme d'un problème toujours le même et que nous retrouvons à propos de la perception et des hallucinations, du langage et de l'aphasie, de la volonté et des impulsions, etc., il nous suffira d'indiquer ici le sens de sa solution générale. La « mémoire » est d'abord et reste à la base, cette « couche existentielle primitive » où le monde se lie au corps, s'incorpore, s'incarne dans l'assise fondamentale de la perception (MERLEAU-PONTY) et où ce que je suis et ce que je vois se lie à ce que j'ai été et ai vu par un mouvement préreflexif et « automatique » qui soude mon présent à mon passé. Elle est répétition, c'est-à-dire qu'elle introduit dans la durée une force d'inertie nécessaire et immanente à la matérialité même de corps ou, mieux, qu'elle exprime cette matérialité. Mais la « mémoire » est aussi et surtout « pensée » en tant que référence constante du présent au passé, référence qui s'inscrit dans toutes les opérations de notre vie psychique. Celle-ci est, ne se développe, ne se construit que dans l'élargissement, mais en restant sous leur dépendance, des formes kantienne de l'espace et du temps : de sorte que toute conscience de ce que je suis ou désire être ou de ma position à l'égard du monde et d'autrui ou de ce que je prévois ou juge est toujours aussi et encore « acte de mémoire ».

...la « mémoration » ne peut se concevoir que [...] comme un mouvement qui à chaque instant introduit mon inconscient dans mon vécu actuel et projette ma vie passée dans l'instantanéité du monde que je vis et que je construis...

Ces actes de mémoire sont essentiellement *sélectifs*, c'est-à-dire qu'ils introduisent dans la structure même de notre conscience – dans le foyer de son intentionnalité – ce qui correspond à cette intentionnalité, son sens. Autrement dit se rappeler c'est pouvoir évoquer le passé à la mesure et dans le sens du présent. De telle sorte que la « mémoration » ne peut se concevoir que comme l'expression de la structure hiérarchisée de notre vie psychique tout entière, c'est-à-dire comme un mouvement qui à chaque instant introduit mon inconscient dans mon vécu actuel et projette ma vie passée dans l'instantanéité du monde que je vis et que je construis.

Ainsi l'oubli (non pas simple envers mais forme même de la mémoire) fait partie de la vie psychique normale. Et cette capacité d'oubli est variable, chez chacun de nous, en fonction soit d'opérations psychiques qui engagent la personnalité tout entière, soit à un niveau inférieur de dons constitutionnels qui tout en conditionnant cette personnalité ne la constituent pas.

Les modalités *pathologiques* d'oubli qui constituent les « troubles de la mémoire » vont nous apparaître dans une perspective semblable.

Tantôt nous avons affaire à des formes élémentaires partielles de troubles des « capacités mnésiques » (aphasie, agnosie, troubles isolés de la fixation et de l'évocation, oublis, faux pas de la mémoire) relativement indépendantes du « G » des psychométriciens. C'est que alors la couche la plus primitive, celle de la « rétentivité » et de la « répétition automatique », de substratum « associatif » est atteinte. Ainsi les troubles de mémoire sensoriels de « la mémoire immédiate » et des capacités de

« retenir » ou de « fixer » manifestent l'altération de cette mémoire inscrite profondément dans la morphologie nerveuse et vulnérable comme telle, dans la pathologie « neurologique » de la mémoire.

Tantôt nous avons affaire à des amnésies ou paramnésies qui sont le résultat *d'autres troubles psychiques* et inséparables de la structure des psychoses dont ils ne représentent qu'un aspect. Dans ce cas, le « trouble de la mémoire » peut bien se « détacher » plus ou moins de telle ou telle structure psychopathologique et en constituer un *symptôme* (même caractéristique) mais sans que ce symptôme cesse d'être la résultante, le produit d'un trouble plus général relativement auquel il n'est que secondaire. C'est pourquoi les tests montrent toujours une importante *corrélation* entre MQ et G. Et c'est pourquoi aussi les états psychopathologiques peuvent tous, être envisagés, à un certain point de vue, « sous l'angle » des troubles de la mémoire (déli-re, hallucinations, obsessions, confusion, accidents comitiaux, démence, etc.) comme, d'ailleurs et inversement, toute la psychiatrie peut aussi bien se passer, non point certes dans sa description clinique des symptômes, mais dans l'étude des mécanismes des psychoses (au sens le plus large du mot), de la notion de «troubles de la mémoire ». Ces dissolutions où le trouble de la mémoire est aussi manifestement contingent, constituent l'objet de la psychiatrie en tant que celle-ci vise les dissolutions globales et apicales de l'activité psychique qui toutes comportent nécessairement une « altération de la mémoire », c'est-à-dire de la régulation de l'expérience présente par l'expérience passée, du conscient par l'inconscient.

Disons enfin que les troubles de la mémoire ne doivent pas être envisagés seulement sous leur aspect *négatif*¹ et déficitaire qui caractérise leur structure pathologique. Ils sont à la fois la conséquence d'un trouble et la cause d'une libération des instances impliquées, mais aussi dans l'acte de mémoire de telle sorte que si les souvenirs n'affleurent pas à la conscience directement, ils y parviennent anormalement par cette « distorsion » si caractéristique de toutes les anomalies de la mémorisation. L'AMNÉSIE N'EST PAS UN TROU NOIR ET VIDE, MAIS ESSENTIELLEMENT UN DÉSORDRE DES SOUVENIRS² ». La conscience de beaucoup d'amnésiques est d'ailleurs peuplée de contenus de souvenirs épars qui tourbillonnent et remplacent les « vrais » souvenirs : la fabulation constitue la part *positive* d'un grand nombre d'amnésies de même que l'onirisme, les fausses reconnaissances, et tous ces degrés d'infiltration de rêve, d'inconscient,

...les troubles de la mémoire ne doivent pas être envisagés seulement sous leur aspect négatif et déficitaire qui caractérise leur structure pathologique. Ils sont à la fois la conséquence d'un trouble et la cause d'une libération des instances impliquées...

1. Il y a de grandes analogies entre le problème des hallucinations et celui des troubles de la mémoire. Mais tandis que l'hallucination est envisagée classiquement comme un trouble sans condition négative, les « troubles de la mémoire » sont envisagés comme des troubles sans structure positive, tous les deux étant classiquement conçus comme des troubles d'une fonction isolée.

2. C'est à dire qu'il y dans le sens même de H.JACKSON des analogies entre le problème des troubles de la mémoire et celui de l'aphasie qui n'est pas tellement disparition du langage que forme anormale et inférieure du langage.

de passé dans le présent, qui représentent des réactions compensatrices du déficit mnésique. A cet égard, rappelons-le, la structure de certains états amnésiques a pu être justement comparée à celle de l'hypnose (FORTANIER et KANDOU) ¹.

*

* * *

Ainsi ce bref exposé est-il conforme aux principes qui guident généralement nos études. Nous avons montré que la « mémoire » était constituée par une série de fonctions hiérarchiques. Nous avons montré que le déficit amnésique n'est qu'un aspect négatif auquel correspond (sous forme de paramnésies, de fabulation, de fausses reconnaissances, d'onirisme, de délires et d'hallucinations) un aspect positif. Nous avons également retrouvé à propos des troubles de la mémoire notre distinction capitale entre dissolutions uniformes de type psychiatrique (les divers troubles de la mémoire : confusionnel, démentiel, etc..) et des dissolutions partielles de type neurologique (les troubles des fonctions mnésiques automatiques : apraxies, aphasies, agnosie). Enfin, comme pour tous ces aspects séméiologiques isolés par la psychiatrie classique, fille de la psychologie atomistique, nous avons pu nous convaincre que sous un même mot se cachait une pluralité de troubles de niveaux et de structures diverses. Il faut bien voir en effet ce que la clinique nous montre, savoir que le trouble de la mémoire n'est qu'une conséquence d'un trouble plus général qui, à des niveaux divers, perturbe l'ordre et l'usage des souvenirs. De telle sorte que sous le couvert de « troubles de la mémoire » ce sont ses causes (la démence, la confusion, l'état crépusculaire, épileptique, la transe hystérique, la dissociation schizophrénique, etc..) ou ses conséquences (la fabulation, les fausses reconnaissances, etc..) ou encore ses manifestations (fugues, réactions impulsives, etc..) que nous serions contraint d'étudier si nous ne nous arrachions une fois pour toutes à l'étreinte de cette erreur qui fait prendre la *Mémoire* pour une « faculté » et qui nous ferait oublier que la mémoire est une dimension de tout acte de conscience normale ou pathologique. De sorte que les « troubles de la mémoire » peuvent être considérés plus généralement comme la substance phénoménologique de tous les symptômes des névroses et des psychoses pour autant que celles-ci sont des effets plus ou moins directs de la « dissolution de la conscience », c'est-à-dire de l'altération des liens qui unissent dans le temps la forme d'existence actuellement vécue à l'existence enfouie et à l'existence possible...

...les « troubles de la mémoire » peuvent être considérés plus généralement comme la substance phénoménologique de tous les symptômes des névroses et des psychoses pour autant que celles-ci sont des effets plus ou moins directs de la « dissolution de la conscience », c'est-à-dire de l'altération des liens qui unissent dans le temps la forme d'existence actuellement vécue à l'existence enfouie et à l'existence possible...

1. FORTANIER et KANDOU, *Zeitsch. f. d. Neuro.*, 1936. On trouvera dans le travail de GILLEPSIE (*Archiv. of Neurology*, 1937,27, pp. 748-764), le même souci de ne point séparer les instances psychiques d'organisation du trouble mnésique des facteurs biologiques de désorganisation.

LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE ¹

- WINSLOW (Forbes), *Obscure diseases...* Londres, 1860.
- HERING, *Das Gedächtnis als allgemeine Funktion der organischen Materie.* 1871.
- FALRET (J) Article *Amnésie.* Dictionnaire et encyclopédie des Sciences Médicales, 1875.
- JACKSON (H.) *Mémoire* traduit en français in *Revue Scientifique*, février 1876.
- MORTIMER-GRANVILLE, *Brain*, octobre 1879.
- SHARPEY, *Brain*, avril 1871.
- EBBINGHAUS (H.), *Ueber das Gedächtnis.* Leipzig, 1885.
- SOLLIER (P.), *Les troubles de la mémoire.* Paris, 1892.
- BERGSON (H.), *Matière et Mémoire.* Paris, 1896.
- RIBOT, *Les maladies de la Mémoire.* 1881 ; 17^e édition, 1905.
- CALEGRAVE (T. W.), *Memory.* New-York, 1901.
- BIERVLIET (J. J. van), *La mémoire.* Paris, 1902.
- PAULHAN (Fr.), *La fonction de la mémoire.* 1904.
- DROMARD et LAVASSOR, *L'amnésie.* 1907.
- ZIEHEN (Th.), *Das Gedächtnis.* Berlin, 1908.
- PIERON, *L'évolution de la mémoire.* Paris, 1910.
- DUGAS (L.), *La mémoire et l'oubli.* Paris, 1918.
- SEMON, *Die Mneme.* 1920.
- PIERON, *La mémoire et les habitudes.* Traité de Dumas I, 1923.
- RIGNANO, *La mémoire biologique.* Paris, 1923.
- DELACROIX, *Les souvenirs.* Traité de Dumas II. 1924.
- SPEARMAN (G.), *The abilities of man.* Londres, 1927. – Trad. française. Édit. Conserv. Arts et Métiers, Paris, 1936.
- WELLS (F. L.), *Mental tests in clinical practise.* New York, 1927.
- SCHNEIDER (K.), *Die Störungen des Gedächtniss.* Traité de Bumke, T.1, 1928.
- LIBER (A.), *Les troubles de la mémoire de fixation chez les déments.* Thèse Paris, 1933.
- JANET (P), *L'évolution de la mémoire.* 1929.
- BLEULER, *Mechanicismus. Vitalismus. Mnenismus.* Berlin, 1931.
- BARLETT, *Remembering. A study in exper. and social Psychology.* Cambridge, 1932.
- ABELY (Paul), *Les conséquences en Médecine légale des amnésies traumatiques.* Congrès des Aliénistes français, Rabat, 1933.
- SOSSET (M. L.), *Recherches sur les troubles de la mémoire.* Ann. Méd. Psych., 1933

1. Il existe un si grand nombre de travaux sur les troubles de la mémoire que nous ne pouvons ici avoir la prétention de les citer tous, même parmi les plus importants. On trouvera dans chacun de ceux que nous mentionnons une riche bibliographie.

- SIMMINS (C), *The measurement of mental deterioration*. Brit. J. Med.Psycho., 1934.
- BENON, *Les amnésies*. Gazette des hôpitaux, mars 1934.
- HALBWACHS, *Les cadres sociaux de la mémoire*. Paris, 1935.
- KOFFKA (K.), *Principles of Gestalt-psychology*. New-York, I vol. 720 p., 1935.
- PIERON, *L'habitude et la mémoire*. Nouveau Traité de Dumas, 1934.
- THURSTONE (L. L.), *Primary mental abilities*. Psychometrika Monogr., 1938
- BABCOCK, *Time and the Mind*. I vol. 1941, Cambridge M.
- KATONA (G.), *Organizing and Memorizing Studies of Learning and Teaching* I vol. 318 p., New York, 1940.
- DELAY (J.), *Les dissolutions de la mémoire*. Paris, 1942. – *Les Maladies de la Mémoire*. Paris, 1942.
- RITCHIE RUSSELL (W.) et NATHAN (P. W.), Traumatic Amnesia, *Brain*, 1946 pp. 280-300.
- LEWY (E.) et RAPAPORT (D.), The psychanalytic concept of Memory and the relation to recent memory theories, *Psychanalytic quarterly*, 1944.
- CAMERON (D. E.), *Remembering*. Nerv. and Ment. Disease Monographs. New-York, 1947.
- VISINTINI (Fabio), Fisiopatologia della Memoria, *Acta Neurologica* (Naples), nov.-déc, 1948.
- ELLENBERGER (Fr.), *Le mystère de la Mémoire*. Genève, 1948. Collec. Mont-Blanc n° 37.
- PICHOT (P.), *La mesure de la Détérioration Mentale*. Thèse Paris, 1948. – *Les tests en Psychiatrie*. I vol. Presses Universitaires, 1949.

Étude n°10

CATATONIE

9. Les troubles de la mémoire.
10. La catatonie.
11. Impulsions.
12. Exhibitionnisme.
13. Perversité et perversions.
14. Le suicide pathologique.
15. Anxiété morbide.
16. Délire des négations.
17. Hypochondrie.
18. Jalousie morbide.
19. Mégalomanie.

On désigne généralement sous le nom de catatonie un ensemble complexe de troubles psychomoteurs constitué, dans ses formes les plus typiques, par la perte de l'initiative motrice, un certain degré de tension musculaire, des phénomènes kinétiques automatiques paradoxaux et des troubles mentaux à forme généralement de stupeur et de négativisme.

Cette définition est assez large pour nous permettre d'étudier sous le nom de « catatonie », la grande variété de troubles désignés comme « catatoniques » et assez étroite pour éliminer de cette description les troubles de la « motilité » et du tonus, d'une part, et tous les syndromes stuporeux, d'autre part.

...On désigne généralement sous le nom de « catatonie » un ensemble complexe de troubles psychomoteurs [...] associés à des troubles mentaux à forme généralement de stupeur et de négativisme...

§ I. – HISTORIQUE ¹

Déjà Félix PLATER avait tenté d'isoler une « *stupor remanente motu* » parmi les états stuporeux ². Vers la même époque sous le nom de « *melancholia attonita* », BELLINI avait observé les mêmes faits. Jusqu'à la fin du siècle dernier [NdÉ: XIX^e] le groupe des états catatoniques se dégagea mal des formes de lypémanie et de mélancolie avec inhibition motrice. Certains de ses aspects furent étudiés sous le nom de *catalepsie* par BOURDIN ³, PUEL ⁴, Jules FALRET ⁵, CHAUME ⁶. On trouvera dans l'article que A. LINAS ⁷ lui a consacré dans le vieux « Dictionnaire Dechambre » une excellente mise au point des travaux de cette époque et des siècles précédents sur la *catalepsie* (mot qui aurait été, d'après lui, employé pour la première fois par ASCLÉPIADE de Bithynie (100 ans av. J.C.) et qui « rappelle l'état de saisissement qui s'empare des

...le groupe des états catatoniques fut mal dégagé [avant la fin du XIX^e] des formes de lypémanie et de mélancolie avec inhibition motrice...

1. On consultera, pour l'historique : CHASLIN et SÉGLAS, *Archives de Neurologie*, 1888, et le magnifique rapport de CLAUS, *Congrès des Aliénistes*, Bruxelles, 1903. Parmi les travaux plus récents, la thèse d'ELLENBERGER, Paris, 1934, celle de M^{lle} ROUSSET, Strasbourg, 1936, le rapport de DIVRY, *Congrès de Bruxelles*, 1928, et l'article de BOSTROEM dans le *Traité* de BUMKE, etc.

2. Rapport de CLAUS, p. 26.

3. BOURDIN, *Traité de la Catalepsie*, Paris, 1851.

4. PUEL, De la Catalepsie, *Mém. de l'Acad. Méd. Paris*, 1856, Tome XX.

5. Jules FALRET, *Archiv. Gén. de Méd.*, 1837, Tome X.

6. CHAUME, *De la Catalepsie*, Thèse, Paris, 1871.

7. A. LINAS, *Catalepsie* in *Dictionnaire des Sciences Encyclopédiques*, 1877.

malades et les frappe d'immobilité ¹ ». Plus près de nous GUISLAIN ² paraît avoir décrit des cas de catatonie sous le nom d'*extase* ou d'*hyperplexie*. Mais cette catatonie qui fut d'abord considérée comme une forme assez banale de comportement morbide va à la fin du XIX^e siècle être érigée en « entité ».

1° LA « KATATONIE » MALADIE. C'est KAHLBAUM qui, en 1874 ³, essaya d'isoler une maladie autonome définie par un complexe symptomatique moteur spécial qui devait, à ses yeux, constituer une forme symétrique à la *paralysie générale* (définie d'abord, on le sait, comme une « folie paralytique »).

Sous le nom de « Spannungsirresein » (folie de la tension musculaire), il décrit une affection cyclique au cours de laquelle les « symptômes psychiques présentaient successivement l'image de la *mélancolie*, de la « *manie*, » de la *melancolia attonita*, de la *stupidité*, de la *confusion* et enfin, comme phase terminale, de la *démence*. « Une ou plusieurs de ces phases psychiques peuvent faire défaut, mais à côté d'elles apparaissent des manifestations du système nerveux moteur présentant les caractères généraux de la spasticité (Krampf) ». La phase mélancolique lui paraissait rarement observée par le psychiatre pour qui elle passe souvent inaperçue. La phase de manie qui lui succède est caractérisée par l'*agitation pathétique*. On note également le bavardage incoercible, la répétition des mots, la *verbigération* (signe pathognomonique). La phase « d'Attonitât » est caractérisée par le mutisme, la suspension de la pensée, la stagnation idéique, le négativisme, les bizarreries, les attitudes figées et par un syndrome moteur caractéristique : flexibilité cireuse, mouvements choréiformes, épilepsie, trismus, crises de fureur. Cette affection frappe les individus de tempérament sanguin, placides et renfermés. KAHLBAUM notait, comme GUISLAIN, sa fréquence chez les théologiens, les instituteurs, les commerçants et les juristes... Elle s'accompagne de troubles somatiques importants (œdèmes, anémie, desquamations, céphalées occipitales). Ces troubles somatiques sont des symptômes essentiels à ses yeux (wesentliche Symptomen). Il décrit enfin plusieurs formes : la *Katatonia mitis* réduite au syndrome « Attonitât », la *Katatonia gravis* à évolution longue, la *Katatonia protracta* à forme rémittente et intermittente. Telle est, réduite à son squelettique schéma, la magistrale description de la « Katatonie » de KAHLBAUM.

Elle a été et reste encore assez mal connue en France malgré l'exposé de SÉGLAS et CHASLIN et pourtant c'est elle qui est à l'origine et au centre de tous les aspects cliniques et des théories pathogéniques de la catatonie. Peu d'auteurs ont suivi, dans

1. C'est ce qu'exprime κατάληψις de καταλαμβάνειν, saisir.

2. GUISLAIN, *Leçons sur des phrénopathies*, Gand, 1852. Se rapporter à ELLENBERGER (p. 5 de sa thèse) qui donne une excellente citation de cet auteur.

3. KAHLBAUM, *Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten*, I Heft, *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*, Berlin, éd. Hirschwald, 1874.

son pays, KAHLBAUM dans sa façon d'envisager la « Katatonie » comme une affection autonome. Citons cependant parmi ceux-ci HECKER ¹, BROSIUS ² (qui rapprocha la catatonie de la « mélancolie stuporeuse » des auteurs français), NEISSER ³, TSCHISCH ⁴ (qui faisait jouer un rôle à l'abstinence sexuelle). Dans les pays anglo-saxons KIERNAN ⁵ et HAMMOND ⁶ ont accepté à l'époque les idées de KAHLBAUM.

Par contre, WESTPHAL ⁷ ne pouvait se résigner à considérer l'affection décrite par KAHLBAUM comme une « espèce morbide ». De même, FINK ⁸, SANDER ⁹, MENDEL ¹⁰, TIGGES ¹¹, SERBSKI ¹² rejetèrent cette entité. Chez nous, dès 1888, SEGLAS et CHASLIN (1888) conclurent de leur étude critique serrée que la tentative de KAHLBAUM ne leur paraissait pas justifiée. « Il s'agit plutôt d'un syndrome que d'une maladie véritable », écrivaient-ils en conclusion de leur étude.

...Chez nous, SÉGLAS et CHASLIN, dès 1888: « il s'agit plutôt d'un syndrome que d'une maladie véritable »...

2° LA CATATONIE INTÉGRÉE A D'AUTRES ENTITÉS NOSOGRAPHIQUES.

WESTPHAL (1876), SCHULE ¹³ etc. essayèrent de faire de la « Katatonie » un syndrome en relation avec le groupe de la paranoïa, de la « Verrücktheit » et spécialement dans ses formes aiguës. – De son côté KRAFFT-EBING ¹⁴ considérait la catatonie comme une forme de psychose maniaco-dépressive et TAMBURINI ¹⁵ soutint la même opinion.

Mais KRAEPELIN, après quelques hésitations dans les premières éditions de son *Traité*, s'empara du concept flottant de Catatonie pour le placer dans le cadre de la « démence précoce » dont elle est devenue, dans sa conception classique, le centre. Le rapport de CLAUS (1903) où se trouve l'exposé le plus complet de l'histoire de la catatonie a consacré cette conception en pays de langue française. On trouvera dans ce travail une documentation très importante et un peu oubliée sur l'évolution des idées de KRAEPELIN au sujet de l'intégration de la catatonie dans sa démence précoce.

...Mais KRAEPELIN, après les premières éditions de son *Traité*, s'empara du concept flottant de Catatonie pour le placer dans le cadre de la « démence précoce » dont elle est devenue le centre...

1. HECKER, au fameux Congrès de Hambourg, 1876.

2. BROSIUS, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1897.

3. NEISSER, *Die Katatonie*, 1887.

4. TSCHISCH, *Monatsch. f. Psych.*, 1899.

5. KIERNAN, *Alienist. and Neurologist*, 1882. Détroit, Lancet, 1884.

6. HAMMOND, *Remarks of Cases of Katatonia*, *Americ. J. of Neuro. and Psych.*, 1903.

7. WESTPHAL, *Ueber die Verrücktheit*, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1878.

8. FINK, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, tome 37, 1880, p. 490.

9. SANDER, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, tome 37 également.

10. MENDEL, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, tome 37 également.

11. TIGGES, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1878.

12. SERBSKI W., (de Moscou) *Zentralblatt für Nerv. un Psych.*, avril 1891.

13. SCHULE, *Klinische Psychiatrie*, Leipzig, 1876 et 2 articles dans *All. Zeitsch. f. Psych.*, 1897 et 1901.

14. KRAFFT-EBING, *Lehrbuch*, 2^{me} édition, t. II.

15. TAMBURINI, *Sulla catatonia*, *Rivista sper. di Freniatria*, 1886.

...pour BLEULER, la catatonie est un syndrome qui est essentiellement l'expression clinique de la désagrégation schizo-phrénique...

...Cependant tous les auteurs admettent que la catatonie peut se rencontrer dans d'autres affections psychotiques ou cérébrales...

...En France, la tendance a prévalu de considérer la catatonie comme un syndrome purement moteur [...] sans valeur diagnostique pour une affection mentale déterminée...

La conception de BLEULER (1911) n'a pas changé fondamentalement cette manière de voir, et pour lui comme pour toute la psychiatrie moderne, la catatonie est un syndrome qui est essentiellement l'expression clinique de la désagrégation *schizo-phrénique*.

Cependant tous les auteurs (ou presque tous) qui ont pris la catatonie pour objet particulier d'études (CLAUDE, BOSTROEM, DIVRY, BARUK, GUIRAUD, etc..) admettent que la catatonie peut se rencontrer dans d'autres affections psychotiques ou cérébrales. C'est le sens par exemple de la thèse de GARANT ¹. Pour CLAUDE ² c'était au groupe des *schizoses* que s'intégrait la catatonie, au même titre que les troubles hystériques.

3° LA CATATONIE CONSIDÉRÉE COMME UN SYNDROME MOTEUR NEUROLOGIQUE :

En France, déjà observée par plusieurs auteurs et principalement par FALRET (1857), la catatonie n'a guère été considérée, nous venons de le voir, comme une maladie ainsi que KAHLBAUM la concevait, tel est le sens général des travaux de SEGLAS et CHASLIN (1888), de SEGLAS ³ (1902) et de SÉRIEUX ⁴. La tendance a, dès lors, prévalu de considérer la catatonie comme un syndrome purement moteur non seulement différent d'une maladie spéciale, mais même sans valeur diagnostique pour une affection mentale déterminée. – En Allemagne, WERNICKE ⁵ a voulu en faire une forme typique de ses « psychoses combinées de la motilité ». Mais, selon lui, la « psychose akinétique » – qui comprend les états cataleptiques, – n'englobe qu'une partie des faits qui constituaient la catatonie de KAHLBAUM : ceux qui ont une évolution aiguë rapide. Et il admettait qu'il existe, disait-il, « des syndromes catatoniques dans la plupart des psychoses chroniques à évolution progressive ». Depuis lors, beaucoup d'auteurs reprenant l'idée première de KAHLBAUM ont vu dans la catatonie un trouble moteur du type neurologique. C'est ainsi que, chez nous, DIDE et GUIRAUD se sont faits les champions de cette conception et que BERNADOU ⁶, PADEANO ⁷ ont défendu des idées analogues en rapprochant la catatonie du syndrome extrapyramidal, PFERSDORFF et son élève M^{lle} ROUSSET ⁸ ont également tendance à faire de la catatonie un syndrome moteur dont le trouble essentiel serait constitué à côté des phénomènes d'akinésies et de parakinésies décrits par KLEIST, par des « para-fonctions motrices » telles, par exemple, que le maniérisme caractérisé selon PFERSDORFF par une « contamination de la formule motrice par des impulsions motrices élémentaires, sans sens... » ⁹

1. GARANT, Thèse, Paris, 1929.

2. CLAUDE, Sur la Catatonie, *Paris Médical*, 1924 et travaux de J. ROBIN, A. BOREL, BARUK etc... de 1925 à 1935.

3. SÉGLAS, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, juillet et août 1902.

4. SÉRIEUX, La Démence précoce, *Revue de Psychiatrie*, 1902.

5. Cf. Thèse de BRUCKARD, Strasbourg, 1931, pp. 63 à 67 et le rapport de CLAUS, pp. 54 à 57.

6. BERNADOU, *La Psychomotricité pathologique*, Thèse, Paris, 1922.

7. PADEANO, *Le syndrome hétérophrénocatatonique dans l'encéphalite*, Thèse, Paris, 1923.

8. ROUSSET, *Le syndrome moteur-catatonique*, Thèse, Strasbourg.

9. ROUSSET, page 23.

Au terme de cette évolution historique, la notion de catatonie se replace par un singulier retour en arrière dans une conception où la catatonie est réduite à un de ces aspects moteurs les plus typiques mais aussi les plus rares : la *catalepsie*. Non point la grande « catalepsie » névrotique des siècles précédents, mais la catalepsie définie tout simplement comme *conservation des attitudes*. C'est ainsi que COURBON a opposé la catatonie, ainsi caractérisée par la catalepsie, au « *catatonisme* » qui représenterait l'ensemble primitif désigné par KAHLBAUM sous le nom de catatonie ¹.

On comprend à quels débats ne pouvait manquer de donner lieu cette conception « extrémiste » de la catatonie ramenée à n'être qu'un trouble moteur élémentaire, une « parafonction » (PFERSDORFF). A-t-elle cette « catatonie » dès lors une existence en tant que syndrome moteur hors des psychoses, hors du tout dont elle n'est qu'une partie, « un élément inconstant d'ailleurs », dit DIVRY ¹ ?

Beaucoup d'auteurs sont plus esclaves qu'ils ne le pensent eux-mêmes, dans leurs interprétations pathogéniques, de cette manière de considérer la catatonie comme un simple trouble moteur. Aussi ROGUES de FURSAC a-t-il eu raison de protester dans une excellente note de son Manuel ² contre cette conception un peu trop simpliste de la catatonie qu'aucun « classique » n'a d'ailleurs adoptée intégralement.

Il nous suffit de noter ici le chemin parcouru depuis 80 ans entre l'idée d'une maladie et celle d'un symptôme (du point de vue nosographique) – entre l'idée d'affection globale et de trouble partiel de la motilité (du point de vue pathogénique) pour saisir le sens profond de toutes les controverses et discussions des innombrables psychiatres qui se sont penchés depuis KAHLBAUM sur cet aspect séméiologique, un des plus mystérieux qui s'offre à l'observation du clinicien.

§ II. – ÉTUDE CLINIQUE

La symptomatologie de la catatonie dépend naturellement beaucoup des complexes cliniques et physiobiologiques dont elle se présente comme un fragment. Aussi, un peu artificiellement, nous allons décrire d'abord un *syndrome catatonique schématique et complet* tel qu'il se rencontre notamment dans la démence précoce. Nous étudierons ensuite ses formes évolutives et ses formes étiologiques. Nous devons renvoyer encore aux travaux de KAHLBAUM, de KRAEPELIN et de BLEULER, aux rapports de CLAUS (1903) et de DIVRY (1928), à l'article de BOSTROEM et à celui de MAYER-GROSS dans le Traité de BUMKE, aux travaux de GUIRAUD, BARUK, ELLENBERGER, GARANT, à ceux de KLEIST et son école, etc.. pour avoir tous les éléments d'une des-

...Au terme de cette évolution historique, la conception de la catatonie est réduite à un de ces aspects moteurs les plus typiques mais aussi les plus rares : la « catalepsie » (conservation des attitudes)...

...Il nous suffit de noter ici le chemin parcouru depuis 80 ans entre l'idée d'une maladie jusqu'à celle d'un symptôme — entre l'idée d'affection globale jusqu'à celle d'un trouble partiel de la motilité...pour saisir le sens profond des controverses innombrables ...

...La symptomatologie de la catatonie dépend naturellement beaucoup des complexes cliniques et physiobiologiques dont elle se présente comme un fragment...

1. Rapport de DIVRY sur la catatonie (*Congrès des Aliénistes d'Anvers*, 1928, p. 81) au cours duquel COURBON proposa sa distinction entre « catatonie » et « catatonisme ».

2. p.329 de sa 6^{ème} édition.

cription complète, qui exigera que nous nous inspirions de leurs travaux mais aussi de notre propre expérience clinique.

A. – LE « SYNDROME CATATONIQUE TYPIQUE ».

Nous allons, dans cet inventaire qui vise surtout les formes « hébéphrénocatatoniques », aller du complexe au simple, c'est-à-dire que nous décrirons d'abord les *troubles du « comportement »* et ensuite les *troubles « moteurs proprement dits »*. (Nous étudierons ensuite le *syndrome somatique* et le *syndrome psychique* de la catatonie.)

Il paraît nécessaire, en effet, de distinguer les troubles du comportement des troubles moteurs proprement dits, car la catatonie oscille continuellement (comme l'historique du problème nous l'a déjà montré) entre ces deux pôles : troubles des actes, des conduites d'une part – et troubles des mouvements d'autre part. Selon les auteurs et les conceptions pathogéniques, c'est dans l'un ou l'autre groupe que sont placés tous les symptômes. C'est pourquoi, sans prendre position pour le moment à cet égard, et conscient de cet artifice, nous les décrirons selon ces deux plans, l'un étant celui des troubles manifestement globaux de la catatonie, l'autre étant celui des symptômes moteurs paraissant plus simples et plus isolables.

1° *Troubles du comportement :*

KLEIST dans un récent travail ¹ a distingué jusqu'à 8 formes de catatonie selon tel ou tel trait de comportement dominant : forme akinétique avec raideur – forme parakinétique avec bouffonneries – forme avec maniérisme stéréotypé – forme itérative avec répétitions stéréotypées plus ou moins rythmiques – forme négativiste – forme prosectique (prosektische Katatonie) au sens de LEONHARD avec excitation et actions « court-circuitées » à point de départ sensoriel – forme avec incohérence verbale avec troubles rappelant le syndrome frontal de PICK, – enfin une forme d'incohérence verbale avec réponses à côté. Nous ne pousserons pas notre analyse clinique si loin de crainte de tomber dans un artificialisme excessif ; nous nous contenterons de dégager les principaux traits du comportement catatonique.

a) C'est en premier lieu le NÉGATIVISME, c'est-à-dire une attitude d'opposition active, généralisée, paradoxale, en quoi se contracte et se raidit la conduite des malades. Les anciens auteurs appelaient ces troubles la *folie d'opposition*. MOREL parlait à son sujet de « nihilisme ». Le malade refuse en effet toute nourriture, la main qu'on lui tend, de s'asseoir, de s'exprimer, d'obéir. Bloqué, opposé à l'examen, il

1. KLEIST, Die Katatonien, *Nervenarzt*, 1943, p.1

est « en boule », et reste fermé, « roide » et hostile. Il se cache sous ses couvertures qu'il tient serrées de ses mains crispées, tenaces, irréductibles. Il se refuse à l'interrogatoire, serre ses mâchoires, tient ses paupières énergiquement closes et son visage plie sous l'effort. S'il gâte c'est par une sorte de capricieuse bravade ou de dédain hostile des convenances. Le mutisme ou le refus d'aliments sont les expressions les plus caractéristiques de cette attitude négativiste. Les Italiens (FIZZI, VEDRANI) avaient décrit sous le nom « *d'intoppo* »¹ une forme légère « d'empêchement psychique », consistant en une sorte de barrage général, comme un frein capricieux et entêté qui gêne la conduite sans la stopper complètement. On a pu aussi décrire (LAGRIFFE anciennement², CLAUDE, LHERMITTE, BARUK³ plus récemment) des formes de « négativisme partiel » : la main négativiste, le négativisme unilatéral, etc...

b) L'INERTIE PSYCHOMOTRICE : ce que les Allemands désignent sous le nom de « *Befehlsnegativismus* » fait le pont entre le négativisme et la suggestibilité qu'ils appellent la « *Befehlsautomatie* ». De même que « *Befehlsnegativismus* » consiste à faire le contraire de l'ordre commandé, ce qui caractérise la suggestibilité c'est le déclenchement sinon automatique, tout au moins passif de mouvements, de gestes ou d'attitudes sur ordre verbal ou à la suite d'une sollicitation quelconque. C'est le lieu de noter ici l'ensemble des conduites imitatives qui groupent *l'échomimie*, *l'échopraxie*, *l'écholie* et dont LEROY et GENIL-PERRIN⁴ ont, à propos d'un cas, publié, il y a longtemps déjà, une intéressante étude. On peut joindre à cet ensemble de symptômes les déclenchements automatiques de certains actes ou paroles par excitation extéroceptive pour ainsi dire réflexe, telle la circuminspection décrite par DIVRY (le malade regarde tout ce qui sollicite son regard) ou la *dénomination d'objets* (LEUPOLD). De tels traits de comportement témoignent tous d'un certain degré d'automatisme et de passivité. Il faut ajouter à ces troubles tous ceux qui procèdent de la *persévération*, de la *monotonie*, de la *répétition*, de la *fixation* des attitudes psychomotrices. Quand tous ces troubles de comportement atteignent leur plus haut degré, se trouve alors réalisé l'état de *stupeur catatonique* caractérisé par la fixité, la lenteur, la permanence du geste et du maintien, par la conduite figée, l'akinésie, le silence, l'inertie, l'inactivité, la clinophilie, l'absence d'initiative motrice, le maintien indéfini des postures et des gestes (signe de l'oreiller psychique). Les malades conservent des attitudes bizarres, incommodes ou grotesques pendant une durée interminable. Leurs mouvements sont comme suspendus, monotones, frappés d'une inertie qui ralentit la vivacité et alourdit la légèreté des mélodies kinétiques habituelles. Comme voués à une machinale répétition,

...l'inertie psychomotrice...

...Quand tous ces troubles de comportement atteignent leur plus haut degré, se trouve alors réalisé l'état de « stupeur catatonique »...

1. FIZZI et VEDRANI, *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1899.

2. LAGRIFFE, Les troubles de mouvement dans la démence précoce, *Revue de Psychiatrie*, 1913, p. 309.

3- CLAUDE, LHERMITTE et BARUK, Catatonie avec négativisme unilatéral, *Encéphale*, 1932.

4- LEROY et GENIL-PERRIN, *Ann. Médico-Psycho.*, 1913.

...Les attitudes stéréotypées...

les catatoniques restent indéfiniment debout, couchés en chien de fusil, pliés dans l'attitude fœtale, ou encore sidérés comme des statues égyptiennes. A cette inertie doivent se rattacher la plupart des attitudes *stéréotypées*, expressions d'une même difficulté à s'affranchir de l'emprise des mêmes gestes, des mêmes mouvements, des mêmes positions, etc... Cependant les « stéréotypies » étant le plus souvent envisagées comme un phénomène « moteur » nous les étudierons plus loin. Au degré maximum de cette stupeur catatonique, les malades paraissent être en état d'hypnose ou d'extase. Ils sont immobiles, le regard figé et lointain, raides, sans voix, sans mouvements, murés dans le silence et l'immobilité ; comme morts et recroquevillés sur eux-mêmes, sans attention apparente pour le monde extérieur ou leurs besoins naturels, ne répondant pas aux sollicitations les plus pressantes de leur entourage, ils sont littéralement « momifiés », plongés dans une profonde et énigmatique léthargie.

...Le maniérisme du visage et de la conduite est frappant. Il consiste dans une dégradation de la mimique, du geste et de l'attitude qui perdent leurs caractères de mesure et de simplicité, pour devenir tortueux, alambiqués, contournés...

c) LES TROUBLES DE L'EXPRESSIVITÉ PSYCHO-MOTRICE. Le *maniérisme*¹ du visage et de la conduite est frappant. Il consiste dans une dégradation de la mimique, du geste et de l'attitude qui perdent leurs caractères de mesure et de simplicité, pour devenir tortueux, alambiqués, contournés. La mimique est parasitée par des grimaces, des moues, des « mines », des éclats de rire. Des regards « entendus », des nuances de colère ou de dépit laissent filtrer en furtives expressions de physionomie les mouvements chaotiques de la vie intérieure. Rien de plus typique que les sourires : sourires glacés, énigmatiques, à contre-temps, amers, ambivalents qui errent comme de mornes et trompeurs reflets sur un visage sans accord avec leur mystérieuse éclosion. La voix s'infléchit en intonations bizarres ou précieuses et le zézaïement, les gestes, le « parler baby », les accents insolites déforment le naturel de la mélodie verbale. Les gestes sont affectés, composés, d'une grâce ou d'une politesse excessives, comme surchargés ou trop lourds. Des attitudes artificielles ou bouffonnes se détachent du comportement général et marquent toute la conduite d'un sceau de grandiloquence théâtrale. Leurs expressions mimiques ou leurs attitudes sont en effet, comme le disait KAHLBAUM, celles d'un acteur sur la scène (parfois il se croit tel) ou bien encore se rapprochent d'une sorte d'extase tragique ou religieuse (« Patheticismus »). Le ton général est celui de la préciosité, de la prétention, de l'affectation et du cabotinage. Tantôt raides, hautains, compassés, dédaigneux, le torse cambré, tantôt mielleux, doucereux, empressés, le geste arrondi, ces malades se montrent toujours bizarres, mystérieux et lointains. Leur cérémonieux ou baroque comportement indique, sans le découvrir, le secret latent sous l'énigme de leur hermétique impénétrabilité.

Il est classique de décrire les « *mimiques dissociées* »² où les divers groupements

1. REBOUL-LACHAUX, *Le maniérisme dans la démence précoce et les autres psychoses*, Thèse, Montpellier, 1921.

2. DROMARD, *La mimique chez les aliénés*, Paris, 1909.

musculaires de la face expriment des émotions différentes. PFERSDORFF désignant ces attitudes maniérées comme une « parafonction motrice », en fait comme GUIRAUD ¹ un trouble moteur « par contamination de la formule motrice sous l'influence d'un parasitisme cinétique ».

BOSTROEM ² a distingué quatre conditions du maniérisme. Certaines attitudes procèdent d'une sorte de timidité (Befangenheit) en rapport avec les tendances négativistes. D'autres manifestent un trouble moteur, selon la conception de HOMBURGER ³ (basée sur l'étude de la motilité infantile) qui interprète le maniérisme comme l'effet d'un engrenage imparfait des fonctions pyramidales et extrapyramidales. Un autre groupe de « maniérés » répondrait au désir de se faire remarquer. Enfin, il existerait, à son avis, un maniérisme dû à un contrôle défectueux des habitudes motrices. Le maniérisme ne ressortit donc pas à un mécanisme univoque, selon cet auteur, mais de la combinaison de deux ou parfois trois de ces facteurs...

Récemment E. MINKOWSKI ⁴ en admettant cette variété de phénomènes les réduit dans leur essence au ton fondamental de *l'affectation*. Car, dit-il, de même que sur le plan de l'émotivité il y a des variations anormales, sur le plan de l'affectivité, l'affectation constitue une valeur « para », qui sature tout le comportement maniéré.

d) LES DÉCHARGES PSYCHO-MOTRICES. Des actes automatiques, brusques, se détendent en mouvements, gestes ou actes soudains, (sauts, violences, jet et bris d'objets etc.) Le plus souvent, il s'agit d'*impulsions* froides, empreintes d'une sorte de rage intérieure mal contenue. D'autres fois elles se déroulent plus lentement, surchargées de persévération, de répétition, d'une sorte de maniérisme compliqué et ironique, saturé de mystère. Il y a lieu de distinguer plusieurs modalités de cette impulsivité :

...Des actes automatiques, brusques, se détendent en mouvements, gestes ou actes soudains... Le plus souvent, il s'agit d'impulsions froides...

1° *Actes saugrenus et isolés*. Sur un fond d'apathie et d'indifférence se détachent fulgurantes des actions à composante fortement auto- ou hétéro-agressive. Il s'agit parfois de ces gestes meurtriers et dramatiques qui montent brusquement des profondeurs à la surface de la conscience à peine troublée ou inquiète. Mais le plus souvent ce sont ou bien des violences contre les personnes, les objets, ou bien des cocasseries plus ou moins « abradacabrantes » (monter sur la table, mouvements de gymnastique ; boire ses urines, se barbouiller, casser des assiettes, etc...)

...Les éclats de rire...

Les *éclats de rire* qui ont par leur résonance dramatique conquis droit de cité dans les descriptions traditionnelles de la « folie » constituent la forme la plus brutale et la plus déconcertante de ce comportement catatonique. Il s'agit de la soudaine convulsion

1. GUIRAUD, Conception neurologique du syndrome catatonique, *Encéphale*, 1924, II, p. 575.

2. Traité de BUMKE, 1928, II, pp. 156 à 161.

3. HOMBURGER, Ueber die Entwicklung der menschlichen Motorik und ihre Beziehung zur der Bewegungstörungen der Schizo., *Zeitsch. f. Neuro.*, 1922, 78, p. 562.

4. E. MINKOWSKI, Maniérisme, Affectation, Verbalisme, *Ann. Médico-psycho.*, 1948, II

d'un rire qui déploie ses cascades étranges dans l'éclat mécanique et sans gaîté d'une crise de folie mimique. Il cesse brusquement comme il a jailli, contrastant avec le fond monotone ou sinistre dont il se détache dans une soudaine impulsion de violente, froide et déconcertante facétie. Comme mû par un ressort intérieur, il explose sans accord avec la situation ou sans concordance avec Autrui.

...déchaînement de
fureur...

2° *Crises d'agitation impulsive* : les malades sont alors en proie à un véritable déchaînement de fureur : ils vocifèrent, hurlent, déploient des efforts inimaginables de persévérance et d'endurance pour sauter des milliers de fois sur leur lit, tourner autour de leur chaise, simuler des travaux de trapèze, un combat de boxe, une machine à vapeur, etc... Il s'agit d'une agitation stérile, trépidante, forcenée sans cesse renouvelée et parfois inépuisable. La dépense motrice est essentiellement élastique et les catatoniques en proie à cette frénésie détruisent literie, meubles, objets, déchirent leurs vêtements, émettent leur linge ou leurs draps, etc..

...la verbigération...

3° *L'impulsivité verbale* : la « Verbigération », rappelons-le, était donnée par KAHLBAUM comme un trait caractéristique de la catatonie. Les malades, en effet, tantôt profèrent des litanies, stéréotypées et monotones, tantôt hurlent leur « salade de mots ». Ils énumèrent vertigineusement des objets ou dévident un flux verbal incohérent où se mêlent aux cris, aux hurlements, aux menaces et aux injures, les mots les plus orduriers, les obscénités les plus triviales et souvent les expressions d'un argot et d'un répertoire pornographique qui surprennent l'entourage. Jeux syllabiques, rythmes syncopés, airs à la mode, vociférations ou marches militaires, lourdes et monotones ritournelles, mélodées exotiques, toutes ces formes stéréotypées de l'expression verbale enferment la fureur motrice dans le cycle d'un mouvement qui revient incessamment sur lui-même. Leur rythme vertigineux ou cadencé marquent ces propos souvent extraordinairement rapides d'un « tempo » saccadé ou précipité qui ajoute à la vitesse du débit un ton de bizarrerie cocasse.

...cris, hurlements, jeux
syllabiques, rythmes syn-
copés, airs à la mode,
vociférations ou marches
militaires, lourdes et
monotones ritournelles...

...toutes ces formes
stéréotypées de l'expres-
sion verbale enferment la
fureur motrice dans le
cycle d'un mouvement qui
revient incessamment sur
lui-même...

De cette activité impulsive, KLEIST¹ a fourni une analyse à vrai dire assez abstraite. Il distingue :

Les *états parakinétiques* d'un niveau très inférieur et dont nous parlerons plus loin à propos des troubles de mouvement.

Les *états d'excitation* constitués par des mouvements et des productions verbales du type « réactions à des sensations corporelles » (par exemple, un malade se passe la main sur le ventre, l'introduit dans sa bouche, se prend le cou, se masturbe). Il définit

1. KLEIST, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1919 et *Nervenarzt*, 1943. Cf. aussi ses études avec ses élèves DRIEST, SCHWOB dans la *Zeitsch. f. d. Neuro. und Psych.*, 1937, 157— 1938, 163 — 1939, 168, et le travail de LEONHARD (*Die Defektschizophrenien Krankheitsbilder*, Leipzig, 1936) qu'il a inspiré. — Le travail de H. DE BARAHONA FERNANDES : *Analyse clinique du syndrome hyperkinétique*, (en portugais), Lisbonne, 1938, est très riche en indications intéressantes sur tous ces travaux. Nous en reparlerons longuement dans notre Étude n° 11.

par leur forme en « courts-circuits » entre des sensations organiques et la motricité, ces « réactions autonomes de l'appareil réflexe somato-psychique ». Il classe ces cas dans ce qu'il a appelé avec LEONHARD la forme « prosectique » de la catatonie (prosektische Katatonie).

Les actes moteurs d'expression affective, tels une succession d'attitudes, d'agression, d'exercices, d'escrime, de mouvements de boxe etc. Parmi ces mouvements expressifs, KLEIST distingue des excitations négativistes, des excitations abouliques sans but (« ratlos ») et enfin des hyperkinésies exprimant l'extase, l'enthousiasme, l'angoisse, etc..., c'est-à-dire de mouvements chargés de finalité affective et émotionnelle. Ces mouvements se répètent souvent de façon rythmique et surchargent leur valeur affective par des mouvements supplétifs.

Les *mouvements subordonnés à des excitations sensorielles* ayant la valeur de courts-circuits, automatiques comme ceux du deuxième groupe.

Les *actes compliqués réalisent une formule kinéto-idéatoire complexe* comme par exemple, dit KLEIST, « des actes impulsifs de ce genre : un malade bondissant brusquement à intervalles irréguliers sur son lit... »

Nous rappelons cette « classification » de KLEIST et de son école à titre de simple documentation, une telle description étant bien artificielle et sans grand intérêt.

2° *Troubles moteurs :*

Pour certains auteurs, répétons-le, tout le syndrome catatonique est un syndrome purement moteur ou, comme on a dit, « amyostatique », c'est-à-dire qu'il se réduit, à leurs yeux, à un trouble des fonctions kinétiques et kinéto-statiques élémentaires. C'est ainsi par exemple que se référant encore aux anciennes études de WERNICKE sur les Psychoses de la motilité et aux premiers travaux de KLEIST ¹, M^{lle} ROUSSET (1936) a décrit ² l'ensemble des symptômes de la catatonie comme « purement moteurs » alors que pour beaucoup d'auteurs ils constituent de véritables troubles du comportement. Quoi qu'il en soit, les symptômes que nous allons maintenant décrire se présentent comme des manifestations psychomotrices relativement simples sans toutefois que l'on puisse peut-être les interpréter, au point de vue pathogénique, d'une manière aussi simpliste que se l'imaginent certains. Pour l'instant nous nous contenterons d'en dresser un inventaire aussi complet que possible.

...Pour certains auteurs, tout le syndrome catatonique est un syndrome purement moteur...

a) CATALEPSIE, FLEXIBILITÉ CIREUSE :

Les muscles sont plastiques et en état d'*hypertonie*. Il y a *persévération des attitudes*: les attitudes imposées sont conservées (plasticité passive) ou elles sont

...hypertonie...persévération...

1. KLEIST, Die Klinische Stellung der Motilitätspsychosen, *Zeitsch.f. d.g. Neuro*, 1911.

2. M^{lle} ROUSSET, Strasbourg, 1935.

prises dès qu'elles sont indiquées (prise de posture active). La main du malade étreint la main tendue (main catatonique). Les segments de membre restent dans l'attitude soit adoptée spontanément, soit imposée (signe dit de MEIGE : le bras reste dans la position qu'on lui imprime), soit même réflexe (persistance de l'extension de la jambe après percussion du tendon rotulien ou signe de MAILLARD). La conservation des attitudes peut être très longue. D'après les anciennes observations de ERMES ¹ tandis que l'extension de la jambe ou de la cuisse est maintenue seulement 38 secondes sans fatigue (sans oscillations) chez un sujet normal, la posture peut demeurer intacte 3 minutes chez les catatoniques étudiés à l'aide d'un appareil spécial. La *flexibilité cireuse* est cette impression de cire molle que donnent les segments de membre du malade lorsqu'on leur imprime des mouvements passifs.

b) STÉRÉOTYPIES :

On distingue les *stéréotypies de mouvements ou kinétiques*, et les *stéréotypies verbales* ². Les stéréotypies de mouvements constituent des troubles parakinétiques caractérisés par *l'itération*. Ce sont des gestes ou des mouvements incessamment renouvelés : moudre du café, se gratter, s'arracher les cheveux, se donner une claque sur le genou, siffler, fléchir l'avant-bras sur le bras, etc... Seul le sommeil chez certains malades les interrompt. Les *stéréotypies d'attitudes* solidaires de la persévération et du maniérisme consistent, par exemple, à pencher la tête, à incliner le corps en avant, à marcher sur la pointe des pieds, à garder certaines postures privilégiées (position fœtale, statues égyptiennes, oreiller psychique, etc...) Parfois on rencontre des postures extravagantes, inimaginables comme chez ce malade de COURBON et FEUILLET ³ qui, renversant la formule de la « station debout », se tenait sur la tête. Enfin les *stéréotypies de langage* consistent soit en palilalie (répétition de la même phrase plusieurs fois de suite) ou verbigération (retour perpétuel du même ou des mêmes mots). Elles peuvent affecter la forme fréquente de stéréotypies graphiques (MARCHAND). L'analyse que GUIRAUD ⁴ a faite, à sa manière si minutieuse et pénétrante, du syndrome stéréotypie ne distingue pas moins de douze variétés de phénomènes qui entrent ou n'entrent pas légitimement, selon lui, dans le groupe : les symp-

...On distingue les stéréotypies de mouvements ou kinétiques, et les stéréotypies verbales...

1. ERMES, *Ueber die Natur der bei Katatonie Muskelzustand*, Thèse de Giessen (1903).

2. Cf. la thèse d'ABELY (X.) sur les « stéréotypies » (Thèse, Toulouse, 1910) qu'il divise en stéréotypies *conscientes* et *automatiques*. Cf. aussi le travail de KLEIST : « *Ueber die Bedeutung und Entstehung der Stereotypien* », 1 vol., 1921, où l'auteur distingue des *stéréotypies délirantes* et les *stéréotypies reliquats*. Son étude est très inspirée naturellement de la conception de BLEULER (*Traité d'Aschaffenbuch*, 1911 pp. 153 à 157 notamment).

3. COURBON et FEUILLE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1938, I. Les photographies de leur malade (pp. 393-394 et 395) sont encore plus saisissantes que celles que l'on trouve dans l'article de LEVI BIANCHINI, dans les *Archivio di Neurologia*, 1930, t. XI, p. 60.

4. GUIRAUD, Analyse du symptôme stéréotypie, *Encéphale*, 1936, II-, pp. 229 à 270.

tômes de fixation invariable – les attitudes et mouvements déformés par troubles persistants du tonus musculaire – troubles persistants de la mimique – réveil d'attitudes réflexes archaïques – immobilisation de la main et de doigts par troubles végétatifs – habitudes stables par déficit mental – itérations authentiques – intoxication par le mot – actes continués inutilement – répétitions motrices par excitation du centre inférieur – monotypies et répétition exprimant un état affectif permanent. Il groupe l'ensemble de ces troubles en deux grandes classes : les *fixations invariables* ou retour d'actes sous même forme et à intervalle de temps plus ou moins éloigné et les *itérations* qui sont des recommencements d'actes en série. Ce travail très approfondi est très représentatif de l'esprit analytique et clinique de son auteur qui tend à démembrer le groupe des « stéréotypies » en une collection de symptômes isolés et précis.

c) TROUBLES DE LA MIMIQUE :

Nous avons parlé déjà des rires, des sourires « immotivés » du catatonique et rappelé à leur sujet le livre ancien de DROMARD (1909). Parfois le malade éclate en pleurs incoercibles ou bien ses muscles péri-buccaux peuvent se convulser pour constituer des expressions mimiques paradoxales (Schnauzkrampf). Les tics, les contractions isolées ou fonctionnellement associées des muscles de la face confondent les expressions, les fragmentent ou les déforment. BOURGUIGNON, VIGNERON, D'HEUCQUEVILLE et M^{lle} NEOUSKINE ¹ ont étudié les mouvements de la queue du sourcil par exemple et ont montré qu'il s'agit de synergies paradoxales dues à des troubles chronaxiques. Dans le même ordre d'idées on se rapportera à l'étude comparative de la mimique du catatonique et du « Wilsonien » par BARUK et LEMONNIER ².

R. MIGNOT ³ a très minutieusement décrit jadis dans un travail, encore plein d'intérêt pour nous, les troubles catatoniques du rythme, de l'intonation et de l'articulation de la parole. Le timbre de la voix est souvent altéré et il s'ajoute parfois des bruits anormaux et parasites à la phonation. MIGNOT concluait de son étude que, en dehors des troubles psycholaliques, il existe des troubles phonétiques remarquables par leur caractère d'instabilité et de discordance avec l'état intellectuel des malades. Ce problème renouvelé, comme nous le verrons, par la connaissance de la pathologie extrapyramidale reste toujours d'actualité, (c'est ainsi que ces dernières années, FROMENTY ⁴ se demandait si la palilalie peut être considérée comme un symptôme catatonique). Parmi les plus fréquents de ces troubles, il faut noter la parole à voix basse, escamotée,

...les expressions mimiques paradoxales...rires et pleurs immotivés...

... Le timbre de la voix est souvent altéré et il s'ajoute parfois des bruits anormaux et parasites à la phonation...

1. VIGNERON D'HEUCQUEVILLE et M^{lle} NEOUSKINE, Mouvements anormaux de la queue du sourcil, *Ann.Médico-Psycho.*, 1931, II, pp. 459 à 467 et BOURGUIGNON et HEUCQUEVILLE, Troubles profonds de l'expression chez 100 catatoniques. Leurs rapports avec les chronaxies de la face, *Ann. Médico-Psycho.*, mai 1931.

2. BARUK et LEMONNIER, *Ann. Médico-Psycho.*, 1937.

3. R. MIGNOT, *Ann. Médico-Psycho.*, 1907, II, pp. 6 à 27.

4. FROMENTY, *Ann. Médico-Psycho.*, 1941, II, p. 232.

« entre les dents », sorte de mussitation entrecoupée souvent de glossements, de tousotements, etc.

*
* *
*

SYNDROME SOMATIQUE DE LA CATATONIE

1°. SYNDROME NEUROLOGIQUE ASSOCIÉ :

On observe, comme nous venons précisément de le souligner à propos des fonctions sensori-motrices du catatonique, des modifications pathologiques, et, tout d'abord, des troubles du tonus. Rappelons la raideur musculaire (Spannung) de KAHLBAUM, sorte d'hypertonie à distribution paradoxale. Des mouvements rythmiques avaient été signalés par TAUSER (en 1905) et ont été étudiés par LANGELOUDECKE¹ et par DE JONG² qui a noté également des tremblements, du clonus, le nystagmus, des crampes, des phénomènes de paratonies localisées. Signalons à nouveau cette prise active de la posture qui a été mentionnée souvent et interprétée parfois comme équivalent de véritables réflexes de posture. L'étude électromyographique de la contracture musculaire a montré (comme nous le verrons à propos des problèmes physiopathologiques) que l'état du tonus musculaire dans la raideur catatonique était à rapprocher davantage de la contraction musculaire normale que de la contracture extrapyramidale (CLAUDE, BARUK, THÉVENARD, DELMAS-MARSALET). L'étude des ergogrammes (CLAUDE, BARUK, PORAK) a révélé également des réactions paradoxales. Les troubles de la chronaxie et principalement de la chronaxie vestibulaire mettent en évidence les modifications profondes de tout le système myo-statique et myo-kinétique. Il existe donc des troubles du tonus (blépharospasmes, myoclonies, contractures proximales, réflexes de posture exagérés) qui, quelle que soit l'interprétation théorique que nous adoptons, s'apparentent de près ou de loin à certains traits des syndromes extrapyramidaux, comme GUIRAUD l'a montré dès 1924. On trouvera dans de vieux travaux, celui de CLAUS (1903) ou celui de LAGRIFFE³, des notes extrêmement intéressantes sur tous ces troubles du mouvement dans la démence précoce. — Récemment, c'est dans les travaux qui ont pris pour thème l'analogie du syndrome catatonique et du syndrome extrapyramidal ou qui s'occupent de la catatonie expérimentale, que l'on trouve le plus d'indications sur la physiopathologie motrice de la catatonie

...raideur musculaire de KAHLBAUM, sorte d'hypertonie paradoxale...

...Il existe donc des troubles du tonus [...] qui s'apparentent de près ou de loin à certains traits des syndromes extrapyramidaux (GUIRAUD, 1924)

1. LANGELOUDECKE, *Rhythmischen Kurve etc.*, Congrès Hambourg, 1926.

2. DE JONG, *Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1928. — Die Hauptgesetze einiger wichtigen körperlichen Erscheinungen beim psychischen Geschehen von Normalen und Geisteskranken, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1921, tome 69, pp. 60 à 141 (spécialement pp. 125 à 137). Les nombreux travaux de l'auteur seul et avec BARUK sont cités dans leur livre sur « *La Catatonie expérimentale* » (Paris, 1930) et dans la *Psychiatrie médicale*, de BARUK (Paris, 1938).

3. LAGRIFFE, Rapport sur les troubles du mouvement dans la démence précoce, *Congrès des Aliénistes*, Le Puy, 1913.

(CLAUDE, BARUK, GUIRAUD, KLEIST, SCHALTENBRAND, DE JONG, etc...) Nous en reparlerons longuement plus loin.

On a pu signaler au cours de l'évolution des troubles catatoniques divers autres *troubles nerveux* isolés : modifications des réflexes ostéo-tendineux, réflexes de POUSSEP, de SCHRIJNER-BERNHARD, phénomène de BOVERI, de PIOTROWSKI, réflexes de pression de SODEBERG, signe de BABINSKI, de ROSSOLLIMO, clonus du pied ou de la rotule, tremblements, crises de narcolepsie, céphalées, spasmes, troubles de la sensibilité, etc... (cf. plus loin, page 115). Parfois, même certains syndromes bien caractérisés viennent se juxtaposer au syndrome catatonique : paraplégie en flexion (PETIT et M^{lle} MARTILLE)¹, aphasie (BARUK)², apraxie (PFERSDORFF³ et BERNAUD⁴), épilepsie (FOLLIN⁵), syndromes extra-pyramidaux parkinsoniens, cérébelleux, etc... Rappelons, à titre d'exemple, l'observation publiée par CAPGRAS et M^{lle} CULLÈRE⁶ : il s'agissait de la torsion et de l'incurvation spasmodique de la tête et du tronc chez une catatonique, rappelant le spasme de torsion des parkinsoniens. Nous avons longuement observé cette malade à l'époque et il était bien difficile de séparer cette « dystonie catatonique » d'un syndrome extrapyramidal.

...divers autres troubles nerveux isolés...

Le *syndrome oculaire de la démence précoce*. Il a été anciennement étudié par MIGNOT⁷ qui insistait sur la déformation de l'iris et sur la mydriase. Peu après, BLIN⁸ a consacré à ce problème un petit volume intéressant. On décrivait, à cette époque, toutes sortes de signes qui se sont révélés assez inconstants (SÉRIEUX et MASSELON⁹). Plus récemment ABELY a signalé l'hippus catatonique. Les troubles de la motilité extrinsèque sont tout à fait exceptionnels. Nous ferons l'examen plus détaillé de cette question plus loin¹⁰.

...syndrome oculaire...

Le syndrome *neuro-végétatif*. On a noté le dermographisme (SÉGLAS) de la salivation, des sudations profuses et des troubles vaso-moteurs qui sont bien connus. On a tenté l'exploration plus méthodique du système autonome. L'inertie générale du système neuro-végétatif d'abord admise paraît actuellement à la plupart des auteurs

...syndrome neuro-végétatif...

1. PETIT et M^{lle} MARTILLE, *Société Médico-Psychol.*, 1931 (Thèse de M^{lle} MARTILLE, *Paraplégie associée à des syndromes mentaux*, Thèse, Paris, 1931).

2. CLAUDE, LHERMITTE et BARUK, *Encéphale*, 1932 et BARUK et POUMEAU DELILLE, *Revue Neurologique*, 1934.

3. PFERSDORFF, *Encéphale*, 1920.

4. BERNAUD, Thèse, Paris, 1934.

5. FOLLIN, *Épilepsies et psychoses discordantes*, Thèse, Paris, 1941. On trouvera dans ce travail une bibliographie très complète de cette question.

6. CAPGRAS et M^{lle} CULLÈRE, *Catatonie avec torsion et incurvation spasmodique du tronc*, *Soc. Clinique Médecine Mentale*, février 1926.

7. MIGNOT, *Troubles pupillaires dans quelques maladies mentales*, Thèse, Paris, 1900.

8. BLIN, *La Démence précoce. Manifestations oculaires*, I volume, Paris, 1905.

9. SÉRIEUX et MASSELON, *Société Médico-Psychol.*, juin 1902.

10. Page 122.

bien peu probable. Il existe des réactions anormales du plexus solaire et du sympathique cervical (R. S. et R. O. C.) On observe généralement un certain déséquilibre et des réactions paradoxales sous l'influence des divers excitants pharmacodynamiques (atropine, adrénaline, éserine, morphine, cocaïne, vagotonine, etc...) TINEL et BARUK ont signalé ¹ comme caractéristiques la lenteur du pouls, l'hypotension artérielle, l'amplitude considérable des battements artériels, une exagération du R. O. C. et une diminution du R. S. Ils ont rapproché ce syndrome de l'état de sommeil. La littérature scientifique sur cette question a été, il y a quelques années, immense et, semble-t-il, sans grand intérêt (cf. parmi cent autres travaux, ceux de SANTENOISE ², TOMESCO et COSMULESCO ³, etc.).

2°. TROUBLES DU MÉTABOLISME :

Les variations de poids, les troubles respiratoires (LAGRIFFE), les troubles endocriniens et vasomoteurs devaient naturellement inciter à rechercher les diverses modifications des échanges nutritifs. Le métabolisme basal s'est montré le plus souvent ralenti ⁴. Nous devons à GULLOTTA des recherches intéressantes sur les variations de l'équilibre électrolytique. Les valeurs de K et de Ca seraient diminuées, de même la teneur en chlore dans le sérum. L'hypoglycémie serait assez constante (C. PETROFF). En ce qui concerne l'acidose, les réserves alcalines, le p.H. urinaire, les résultats sont très contradictoires et nous en dirons également un mot dans un autre chapitre de cette étude.

3°. TROUBLES SOMATIQUES ⁵ :

Les troubles vasculaires sont au premier plan de la symptomatologie somatique. Il s'agit de troubles vaso-moteurs périphériques : modifications de la tension artérielle (LAPEYRE 1931), variations de la formule leucocytaire (C. PETROFF) et parfois d'altérations du rythme cardiaque.

Ces troubles vasculaires pourraient même rendre compte, pour certains auteurs (IONESCO), de la rigidité musculaire : d'où pense-t-il, le bon effet de l'acéchole sur l'hypertonie catatonique...

JUNG et CARMICHAEL ont fait, il y a dix ans, une étude critique des travaux sur les

1. TINEL et BARUK, *Ann. Médico-Psychol*, 1931.

2. SANTENOISE, *Presse médicale*, 1923.

3. TOMESCO et COSMULESCO, *Société de Bucarest*, 1937.

4. LANGFELD, *Les glandes endocrines et le système neuro-végétatif dans la démence précoce*, Bergen, 1926 ; TERROINE et ZUNZ, *Le métabolisme de base*, Paris, 1927 ; LAUZIER, Thèse de Paris, 1922 ; CLAUDE, BARUK et MEDAKOVITCH, *Encéphale*, 1928.

5. Cf. les travaux de BARUK dans sa *Pathologie médicale*, pp. 100 à 130, son « *Précis* » (1950), notamment p. 163 à 168 et les thèses qu'il inspira à ses élèves: LAURENT, *La phase somatique prodromique de la démence précoce*, 1932 ; LAPEYRE, *La pression artérielle dans la démence précoce*, 1931 ; LETRESOR, *Troubles vasculaires des membres inférieurs dans la catatonie*, 1931.

...métabolisme de base
ralenti...

...troubles vaso-moteurs
périphériques...

réactions vasomotrices et les troubles de la régulation thermique dans la catatonie ¹ et ils ont estimé qu'il n'est pas exact de dire qu'il y a, dans ces états, rigidité volumétrique du système périphérique, insensibilité à l'adrénaline et troubles de la régulation thermique...

Les *troubles endocriniens* sont constants (dysménorrhée, hirsutisme, adiposité, bouffissure du visage, etc...)

Les *troubles respiratoires*. Les troubles du rythme ont été étudiés anciennement par LAGRIFFE (1901), puis par SCHILL ² et plus récemment par MARIO DE MENNATO et MARIO D'ARRIGO ³.

Les *troubles trophiques*, fonction de tous ceux que nous venons d'énumérer sont la règle : pseudo-œdème catatonique, ulcérations, escarhes, rétractions tendineuses, etc...

Parmi les troubles digestifs notons un phénomène bien singulier, le *mérycisme* ⁴.

4°. INFLUENCE DES AGENTS PHARMACODYNAMIQUES SUR LA CATATONIE :

La cocaïne (BERGER, DELMAS-MARSALET), le sodium amytal (LORENZ, BERRINGTON, DELAY, MALLET et M^{lle} ROUBLEFF), la mescaline, le mélange de CO₂ et O₂ (LORENZ et LEVENHART), la scopochloralose (BARUK), l'alcool (KANOROVITCH et CONSTANTINOVITCH), le « somnifène », ont pu, entre les mains de certains auteurs, sinon modifier profondément la catatonie, tout au moins en « révéler » le psychisme sous-jacent. On se rapportera à la thèse de M^{lle} DESCHAMPS ⁵, au travail de DIVRY et EVRARD ⁶, aux travaux des Américains, de DELAY et ses élèves ⁷, sur tout cet arsenal pharmacodynamique.

...les agents pharmacodynamiques ont pu [...] sinon modifier profondément la catatonie, tout au moins en « révéler » le psychisme sous-jacent...

Nous compléterons plus loin, répétons-le, l'ensemble du tableau des troubles neurologiques, viscéraux et hormonaux de la catatonie en exposant les facteurs étiopathogéniques dont l'étude est inséparable. On nous excusera de ces « redites » auxquelles il

1. JUNG et CARMICHAEL, Ueber vasomotorischen Reaktionen und Warmregulation in Katatonie Stupor, *Archiv. f. Psychol.*, 1937.

2. E. SCHILL, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 70, 1921.

3. MARIO D'ARRIGO et MARIO DE MENNATO, Respirazione e catatonie, *Rivista di Neurologia*, 1937.

4. Depuis le travail de SÉGLAS et BOURNEVILLE (*Revue Neurologique*, 1883-1884) bien des observations ont été publiées (PLICHET, DROMARD, COURBON et LÉCONTE, etc.). Le travail de l'école de Ferrara (1936-1937) sur les gastrogrammes (BARISON, TALATIN) est intéressant à ce sujet. Cf. le dernier travail publié sur ce point par SIVADON (*Annales Médico-Psycho.*, 1948, I, p. 506).

5. M^{lle} DESCHAMPS, *Exploration pharmaco-dynamique et Démence précoce*, Thèse, Paris, 1932.

6. DIVRY et EVRARD, *Journal Belge de Neuro. et Psych.*, 1934.

7. L'ensemble de ces travaux français et américains sur le choc amphétaminique et sur le sodium amytal se trouvent exposés dans les articles de DELAY, MALLET (*Encéphale*, 1948) et DELAY et PICHOT, dans les *Ann. Médico-Psycho.*, 1947 (3 communications). — GRANOKE et DI FORTUNATO ont publié un travail analogue (L'azione modificatrice della betafenilica propilamina nella schizofrenia catatonica, *Rivista di Freniatria*, 1942, pp. 467 à 508).

est à peu près impossible d'échapper quand on expose une question aussi complexe et que l'on doit faire état de si nombreux travaux.

*

* *

SYNDROME PSYCHOLOGIQUE

Le psychisme du catatonique pendant la durée de l'accès catatonique a pu être reconstitué par les déclarations spontanées ou, comme nous venons de le rappeler, sous l'influence d'agents pharmacodynamiques (éthérisation, cocaïnisation, narcoanalyse à l'Évipan, à l'Amytal sodique, au Pentotal¹, etc...) C'est naturellement quand ils sortent de la période catatonique que les patients font les récits les plus intéressants de ce qu'ils ont éprouvé. On se rapportera, par exemple dans la « Psychopathologie » de JASPERS², à l'observation rapportée par KRONFELD – aux observations de la thèse de ELLENBERGER³ – au travail de BARUK sur l'onirisme catatonique⁴ – et à l'observation II de notre étude sur la pensée paranoïde et catatonique⁵. Naturellement, ces récits ont donné lieu à des interprétations multiples et contradictoires.

Les premiers auteurs qui se sont occupés de la catatonie, tout d'abord KAHLBAUM, puis KRAEPELIN⁶ et surtout BLEULER et JUNG ont naturellement bien mis en évidence les modifications importantes de la vie psychique de ces sujets. Depuis lors, les études des psychanalystes (FREUD, RANK, TAUSK, NUNBERG, etc.), celles de P. JANET, de Paul SCHILDER, de KEMPF, de WOLFF, de ROSS D. HELMER, de FISCHER, etc., ont tenté d'approfondir la structure psychique inconsciente de la catatonie⁷.

Trois ordres de faits peuvent constituer le point de départ d'une telle exploration du psychisme catatonique. Tout d'abord l'observation clinique courante apprend que les catatoniques sont des malades à la fois mystérieux et paradoxaux. Celui-ci qui paraît momifié et sans conscience fait brusquement une réflexion pertinente, celui-là

1. Nous renvoyons spécialement au travail de BESSIÈRE et FUSSWERK (*Ann. Médico-Psycho.*, 1948, II, pp. 409 à 459) sur « La hypno-analyse », travail qui comporte une bonne bibliographie.

2. JASPERS, p. 540 de la traduction française.

3. ELLENBERGER, Paris, 1933.

4. BARUK, *Psychiatrie médicale*, pp. 148 à 165.

5. H. EY, *Évolution Psychiatrique*, 1936, IV.

6. KRAEPELIN, cf. la traduction de la description de KRAEPELIN dans la thèse d'ELLENBERGER (pp. 30 à 32).

7. On trouvera les indications bibliographiques de ces travaux encore dans la thèse d'ELLENBERGER, *Le syndrome psychologique de la Catatonie*, Paris, 1933, et pour les travaux plus récents dans le répertoire bibliographique de L. BELLAK, *Dementia Praecox*, New-York, 1948. Les difficultés de ce genre d'investigation sont bien mises en évidence à propos de trois observations par John N. ROSEN (*Psychiatrie quarterley*, 1946, pp. 183 à 198).

... les premiers auteurs [...] ont naturellement bien mis en évidence les modifications importantes de la vie psychique de ces sujets...
...depuis lors les études des psychanalystes...

parle tout à coup avec enjouement à une personne qui lui est sympathique. Nous tenons d'Adrien BOREL l'observation d'un catatonique qui, après plusieurs années, sorti de sa catatonie, un beau matin, alla visiter l'appartement de sa famille qui le gardait avec elle, et avait déménagé quelques mois auparavant, manifesta sa satisfaction, puis brusquement se recoucha et se « rendormit ». – P. JANET ¹ a très pertinemment insisté sur « le niveau élevé » des troubles catatoniques qui admettent un mécanisme psychologique, des perturbations des sentiments régulateurs de l'action, incompatibles avec une physiopathologie purement musculaire.

Une deuxième catégorie de faits est constituée par l'interrogatoire, la « manœuvre » d'un catatonique. Des sollicitations intelligentes, un climat affectif propre à assurer un contact affectif exceptionnel permettent de pénétrer dans la pensée du catatonique, d'en « violer » l'accès ². Cette « effraction » est rendue plus aisée, comme nous venons de le rappeler, par l'emploi d'agents pharmacodynamiques (CLAUDE et ROBIN ³, WALTZ ⁴, M^{lle} DESCHAMPS ⁵, BERGER ⁶, LORENZ ⁷, BARUK, ELLENBERGER, etc...). L'éther, l'hyoscine, l'amytal sodique, la cocaïne, la scopochlorarose ont été d'abord employés à cet effet. Ainsi, par exemple, un malade de LORENZ ayant reçu une injection d'amytal sodique réclame un bon repas et un bain et demande des nouvelles d'un match de football qui était en train de se jouer... Tous les travaux plus récents entrepris dans ce sens soit par les Américains, soit chez nous à l'aide de penthotal, de l'amytal sodique ou de la méthédrine sont conduits dans le même but : débloquer le mutisme et le négativisme – et obtenir des récits ou propos qui renseignent sur la couche affective profonde. Deux éventualités paraissent devoir être distinguées à cet égard et que les auteurs n'ont guère envisagées. Dans certains cas (ou avec certaines drogues disent les auteurs ?), le tableau clinique s'accroît et se renforce. Dans d'autres cas les barrages se lèvent. Plus l'état mental se rapproche d'une expérience délirante primaire, plus la subnarcose ou l'emploi de toutes les drogues qui réalisent une « hypno-analyse chimique » renforcent la dissolution de la conscience et aggravent le tableau clinique. Au contraire, plus le comportement catatonique est l'effet d'un barrage négativiste, plus efficace se révèle l'action des drogues. De telle sorte que c'est dans les comportements catatoniques non encore démentiels ou hors des

...Des sollicitations intelligentes, un climat affectif propre à assurer un contact affectif exceptionnel permettent de pénétrer dans la pensée du catatonique...

...cette effraction est rendue plus aisée par l'emploi d'agents pharmacodynamiques (penthotal, amytal sodique, cocaïne, méthédrine)...

1. P. JANET, Congrès des Aliénistes de Bruxelles, 1928.

2. Cf. dans la thèse d'ELLENBERGER l'observation de TREPSAT (p. 55) et les trois observations 4, 5 et 6 (celle du fameux malade Brual qui défraya la chronique de la Salpêtrière et de Sainte-Anne pendant plusieurs mois en 1932).

3. CLAUDE et ROBIN, *Société de Psychiatrie*, novembre 1924.

4. WALTZ, Ueber Hioscin, etc.. *Klinische Wochenschr.*, 1924, 36, p. 558.

5. A. DESCHAMPS, *Exploration pharmaco-dynamique et Démence précoce*, Thèse, Paris, 1932.

6. BERGER, Zur Pathogenese des katato. Stupors, *Münch. Med. Woch.*, 1921.

7. L. LORENZ, Some observations of Catatonia, *Psych. Quarterly*, 1930, n° 1.

« poussées évolutives » que l'on débloque plus facilement le psychisme par de tels moyens. La méthédrine ayant été employée par John L. SIMON et Harry TENBE¹ pour « débloquer » certains malades. DELAY, PICHOT et COLLET² ont utilisé le choc amphétaminique et obtenu chez les catatoniques un renforcement de leurs troubles. Nous pensons que cela dépend beaucoup plus de l'état des malades que des caractères pharmacologiques de la drogue.

Enfin, et ceci constitue la source principale des bonnes observations que l'on peut faire, le récit du *catatonique en rémission* représente un document de grande importance psychologique. Certes, JASPERS a raison quand il indique que les auto-analyses des malades sont elles-mêmes pleines de mystère et d'ambiguïté, mais on trouvera dans le récit de la malade de KRONFELD³ ou dans l'observation que nous avons publiée⁴, des exemples typiques du « contenu psychologique de la catatonie », c'est-à-dire de leur vie psychique, sinon telle qu'elle est vécue dans ces états, tout au moins telle qu'elle nous est livrée ou contée par les malades lorsqu'ils en sortent comme d'un rêve.

Nous allons successivement étudier *l'affectivité*, le *délire* et la *conscience catatonique* pour autant que nous puissions avoir quelques lumières sur la mystérieuse énigme que posent à notre sagacité ces malades si bizarres et étranges.

a) AFFECTIVITÉ. Déjà KAHLBAUM avait souligné le ton mélancolique de la catatonie (*Melancholia attonita*). Cependant, pour KRAEPELIN, le ton affectif ne présentait généralement pas de nuance marquée et si les malades lui paraissaient parfois anxieux, il put se convaincre que l'anxiété n'était pas le mobile essentiel de leur conduite. Il admettait toutefois, qu'au début de la maladie « se produisent parfois sous l'effet des illusions chimériques, des explosions d'anxiété violente et de désespoir ». Plus tard, notait l'illustre clinicien, « ces dispositions cèdent à d'autres : les larmes et les plaintes font place à une irritabilité orgueilleuse ou à une joie enfantine cependant que le trait dominant demeure une indifférence apathique particulièrement visible dans l'attitude des malades relativement à leurs proches et dans leurs états crépusculaires exempts de désirs et de volonté ». ELLENBERGER admet que l'humeur est généralement *neutre*. Et en effet, il semble que le plus souvent ces malades soient plongés dans une béatitude de « nirvana », où s'anéantit tout désir et tout sentiment. A leur immobilité paraît correspondre une « sorte de vide ouaté et serein ». Un malade de FINZI et VEDRANI (cités par ELLENBERGER) parlait de son état comme d'un état d'endormissement ou d'enchantement, expression qui revient fréquemment dans l'évo-

1. TENBE, *The J. of nerv. and mental Science*, décembre 1946.

2. DELAY, PICHOT et COLLET, *Soc. Médico-Psycho.*, octobre 1947.

3. KRONFELD, *In Psychopathologie générale* de JASPERS, trad. française, p. 540.

4. H. EY, Quelques aspects de la pensée paranoïde, *Évolution Psychiatrique*, 1938, 4.

...le récit du *catatonique en rémission* représente un document de grande importance psychologique...

...[dans l'affectivité] le trait dominant demeure une indifférence apathique...

cation de leurs souvenirs de l'état catatonique par les malades guéris ou en rémission.

BARUK a souligné l'importance du sentiment d'être « mort-vivant », sentiment qui paraît lié, dit-il, à la prise de conscience de l'impossibilité d'initiative, d'aboulie et de passivité qu'est le psychisme de ces malades ». Cet état de sidération, de neutralité, d'apathie vaguement euphorique, constitue l'atmosphère probablement la plus fréquente de la vie psychique catatonique repliée sur elle-même dans la douceur silencieuse d'un détachement total.

Un malade catatonique vivait depuis plusieurs années isolé dans une chambre selon son propre désir. Il était toujours souriant et cérémonieux et ne cessait de se frotter les mains « d'un air de réussite, d'entreprise et de partie fine » (comme aurait dit Marcel PROUST). Il était entièrement détaché des événements dont il suivait pourtant, pendant la guerre, le déroulement, pour lui lointain et à peine intéressant. Interrogé sur ses occupations ou son absence d'occupation il déclarait que le temps lui paraissait trop court entre son sommeil et ses repas et qu'il n'avait guère le loisir de s'ennuyer... Interrogé sur le sort de la guerre, en 1942, il répondait par exemple : « Ah ! vous voulez parler de l'affaire Hitler? Mais tout ça est fini et réglé, ça n'a plus d'importance »...

Il existe deux ordres de troubles affectifs très fréquents également et qui alternent ou contrastent avec cette indifférence, ce sont : le *néguvisme* et l'*anxiété*. La catatonie, comme nous l'avons souligné dès le début de notre description, se confond avec le farouche désir de se raidir dans l'opposition : le malade se rétracte, fuit, se défend, résiste, comme s'il obéissait à une profonde tendance instinctive, celle de s'éloigner du milieu extérieur, de faire refluer toute sa vie vers la pure et sommaire satisfaction de sa vie végétative. Dès lors toute son affectivité se tend en faisceau d'*attitudes agressives* dirigées contre autrui, l'extérieur, le monde. Des sentiments d'anxiété, comme des ombres menaçantes, peuplent enfin épisodiquement la conscience catatonique : craintes, paniques, terreurs absurdes, phobies obsédantes, précautions superstitieuses et prémonitions délirantes qui suspendent encore l'action, la raréfient ou l'enferment dans un réseau mystérieux et monotone d'attitudes pathétiques, alambiquées, obéissant à la loi magique d'une précaution ou d'une conjuration contre de terribles menaces.

Un trait clinique domine encore l'organisation affective du catatonique : c'est la *variation paradoxale*. Tel malade qui refuse de manger, se lève la nuit pour avaler gloutonnement des restes. Celui-ci, raide et indifférent, pleure doucement, quand son infirmier revient de congé. Ce terrible impulsif négativiste offre de ses provisions à son voisin de lit, etc... – BARUK a bien noté les paradoxes affectifs de ces malades qui, malgré leur inertie affective habituelle, présentent « une certaine acuité affective, une sorte d'exaltation idéalisée et spiritualisée » et parfois teintée d'hostilité, de maussaderie ou de ressentiment. — Il arrive aussi que les expressions émotionnelles prennent

...BARUK a souligné l'importance du sentiment d'être « mort-vivant »...

...le farouche désir de se raidir dans l'opposition...

...la variation paradoxale: tel malade qui refuse de manger, se lève la nuit pour avaler gloutonnement des restes...

brusquement un caractère explosif, théâtral, pathétique (BARUK) et déconcertent par leurs effusions inattendues.

b) DÉLIRE : Que les attitudes qui composent la catatonie soient en relation avec des « hallucinations » et des « idées délirantes », cela aussi a été admirablement vu par les classiques et notamment KAHLBAUM et KRAEPELIN. Mais BLEULER en ne séparant pas la catatonie de l'autisme a mis l'accent le plus profond sur la structure délirante et hallucinatoire de la pensée catatonique. ROSS D. HELMER¹ (après beaucoup d'autres !) a noté la fréquence des délires sexuels : cohabitation illicite, bestialité, mélange de races, inceste, fantasme œdipien, de castration, etc... et des idées mystiques : certains malades se croient à l'église, au ciel, au purgatoire, ou vivre la fin du monde ou le Jugement Dernier². WOLFF³, étudiant 100 sujets, a noté, dans 48% des cas, des idées anxieuses : peur d'être tué, peur de quelque chose d'indéfini, de la castration, du père, des microbes, du feu, du poison, de l'enfer, etc... Dans 42% de ses cas, il existait des hallucinations auditives. Les thèmes délirants les plus fréquents lui ont paru être des idées de grandeur (15%), d'autoaccusation, d'identification mystique. Il cite le cas d'un pasteur qui se croyait sous l'eau, transformé en femme tandis que sa mère lui parlait des difficultés obstétricales résultant de sa position dans son corps. BLEULER relate qu'une femme catatonique attendait le châtement d'un avortement ancien. La malade de notre observation craignait de commettre des péchés mortels et vivait dans la terreur de ressusciter un ami de sa famille qui s'appelait Talon, en marchant sur les « talons », etc... BARUK⁴ étudiant les « délires catatoniques » insiste sur le *délire de mortification* qui se rapproche du délire mélancolique. Cette vérité de délire « ne présente, écrit-il, aucune trame, aucun lien logique, aucune organisation et ne repose en fait que sur l'apparition parfois brusque d'idées impératives élémentaires, primitives, dont le caractère est intermédiaire entre l'idée obsédante et l'hallucination psychique ». Il signale également des « *délires métaphysiques et idéalisés* » et la fréquence relative des délires d'influence. Pour lui l'élément structurel important de ces délires serait que « l'idée délirante reste séparée de la personnalité » et s'impose à elle sans que le malade réagisse.

On peut dire que toutes les fois qu'un catatonique raconte sa catatonie, c'est « un délire », celui qui sous-tendait sa catatonie, qu'il livre. Aussi, lorsque ELLENBERGER à propos de sa cinquième observation conclut qu'une « observation prolongée n'a pu mettre en évidence aucun indice d'existence d'hallucinations ou d'idées délirantes », on est en droit de se demander ce qu'il appelle « délire » quand tous les récits et expli-

1. ROSS D. HELMER, Thought Content in Catatonia D. P., *Psych. Quarterly*, 1932, 6, n° 3.
 2. A. WETZEL, Weltuntergangserlebnis in Schizo., *Zeitsch. f. Neuro.*, 1922.
 3. S. C. WOLFF, Thought Content in D. P., *Psych. Quarterly*, 1932, 6, n° 3, pp. 504 à 512,
 4. BARUK, *Annales médico-psycho.*, 1934.

...BLEULER en ne séparant pas la catatonie de l'autisme a mis l'accent le plus profond sur la structure délirante et hallucinatoire de la pensée catatonique...

...BARUK étudiant les « délires catatoniques » insiste sur le délire de mortification...

...toutes les fois qu'un catatonique raconte sa catatonie, c'est « un délire »...

cations de la malade sont de ce genre : « Voulez-vous enlever un morceau de votre nez, jeune homme, et l'envoyer aux Galeries Lafayette ? Je vous ferai revivre... parce qu'un jour ou l'autre, la chaise de bois va vous couper en morceaux, vous empêcher de revivre... Je vous donne le lavabo comme maison de campagne... si votre nez veut le demander à votre œil, si votre dent veut le demander à votre comme-cesta-ovaire ». On touche ici aux relations de la catatonie avec la pensée paranoïde en général, avec les troubles du langage et l'hermétisme de ses expressions. Ces dernières années on s'est—après BLEULER—intéressé peut-être davantage aux rapports de la catatonie et de la pensée onirique. « Ces malades, écrit BARUK ¹ sont plongés dans un rêve... C'est un onirisme incomplet plus ou moins dégradé, prenant parfois une apparence plus délirante qu'onirique... au cours de certains accès on peut même observer un onirisme d'une netteté absolue ». Une malade observée avec DEVAUX, « comparait son état avec un cauchemar, elle se croyait transportée en avion en Russie, prenait sa chambre pour une cabine d'avion, croyait que son mari, ses proches avaient été tués par suite d'une indiscretion qu'elle avait faite. Elle les voyait mais ils n'étaient plus vivants. Ce n'était que des baudruches ». Pour l'auteur, le caractère onirique de la pensée du catatonique pourrait expliquer sa suggestibilité. Cet onirisme est en tout cas, ajoute-t-il, favorablement ou défavorablement influencé par le milieu extérieur et les réflexions adroites ou malveillantes que l'on peut faire devant le malade. — ELLENBERGER ² admet plus nettement encore de profondes analogies entre la catatonie et le rêve. « Le catatonique, comme le rêveur, intègre ses sensations actuelles dans son délire, de plus il s'inspire aussi de l'état affectif du moment ». Mais la « matière sensible » diffère dans le rêve et la pensée catatonique : « Dans le rêve, écrit-il, ce sont les excitations lumineuses (?), les bruits, la sensation du froid, etc... qui serviront de point de départ à des rêves : dans la catatonie, ce seront surtout les sensations kinesthésiques, l'immobilité, les attitudes ou les gestes stéréotypés qui entrent dans les productions oniriques. Les jaillissements de la vie instinctive sont, dans l'onirisme, revêtus de la qualité propre aux manifestations de la vie instinctive catatonique, les idées mystiques et perverses paraissent avoir une réelle fréquence, peut-être même une certaine spécificité. Enfin le rapport de l'onirisme et de la lucidité n'est pas celui de l'état normal. Dans la stupeur catatonique, il existe un mélange paradoxal de lucidité et de rêve. Le catatonique se voit dans une salle d'asile et en même temps au ciel entouré des Anges ». La catatonie se rapproche cependant aux

...relations de la catatonie avec la pensée paranoïde...

...rapports entre la catatonie et la pensée onirique [BLEULER, BARUK, DEVAUX, ELLENBERGER]...

1. BARUK, L'état mental au cours de l'accès catatonique, *Ann. Médico-Psycho.*, 1934.

2. ELLENBERGER. Ces travaux et ceux de BARUK d'abord convergents puis parallèles, se sont donnés ensuite comme divergents, non sans peine, car l'une et l'autre pensée de ces auteurs se trouvent résumées dans la thèse d'ELLENBERGER et l'article « symétrique » que BARUK publia dans les *Ann. Médico-Psychol.*, mars 1934.

yeux de l'auteur de l'hypnose « par le contraste entre une partie de la conscience bien éclairée et le reste plongé dans l'obscurité », et ceci nous amène à envisager l'organisation de la conscience du catatonique, dont le délire ne constitue d'ailleurs qu'un aspect particulier et, si l'on veut, positif¹.

c) L'ORGANISATION DE CHAMP DE LA CONSCIENCE. Le catatonique « mort-vivant », « muré en lui-même », quasi immobile, sans contact ou presque avec l'ambiance qu'il écarte, vit mystérieusement « replié sur lui-même ». Quelle est la forme d'organisation de sa conscience ? Ce problème est fort controversé. Si certains – bien rares il est vrai – lui refusent toute activité et la considèrent comme vide, inerte, obscure et suspendue, la plupart des cliniciens savent discerner sous cette apparence de « momification » une vie encore subsistante et parfois singulièrement active et vigilante. BARUK a essayé de caractériser les troubles de la conscience par : 1° La conservation habituelle de la mémoire de fixation, malgré l'impossibilité de toute pensée dirigée. – 2° L'impression de suspension de la volonté et de toute possibilité d'initiative spontanée. – 3° L'impression d'une activité volontaire non libre, mais commandée d'une façon incoercible. – 4° L'existence concomitante de perturbations affectives, d'émotions avec tantôt diminution, tantôt exaltation de l'affectivité. D'autres auteurs (FISCHER et MINKOWSKI) ont tenté d'étudier la conscience du temps et de l'espace chez ces malades et ils ont mis en évidence la dislocation très profonde du phénomène du temps avec une prévalence des valeurs du passé, l'aspect le plus statique du « temps vécu² ».

Le catatonique se dresse, marmoréen, ironique, « fermé » devant nous comme un sphinx. Il est là, raide, muet, lointain, cataleptique, il ne paraît vibrer ni aux variations de l'ambiance ni au contact avec Autrui. S'approche-t-on de lui, il ne bouge pas et se raidit. KRAEPELIN notait : « ils ne se laissent pas influencer par les menaces, ils ne se retirent pas devant un poing tendu ou un couteau tiré, ils ne clignent pas des yeux, lorsqu'on approche la pointe d'une aiguille ». Paul SCHILDER a tenté d'explorer leur sensibilité; ses recherches ont porté sur un total de 16 malades à l'aide de courants électriques, les deux électrodes étant fixées aux doigts et à la face dorsale de la main. Ces expériences, note ELLENBERGER, à qui nous en empruntons le compte rendu, « étaient accompagnées d'une mise en scène qui ne manquait pas d'un certain sadisme ». Chez les petits catatoniques, il n'existait pas de différences avec les réactions des sujets normaux. Chez les plus graves, le courant électrique produisait des réactions souvent retardées et parfois réduites à une simple contraction tonique, une incurvation de la main et des doigts et parfois quelques réactions émotionnelles, larmes ou soupirs. Ces

1. Cf. notre Étude n° 8, pp. 228 à 232.

2. FISCHER, *Zeitstruktur und Schizophrenie*, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1929, 121, p. 544- Raum. Zeitstruktur und Denkstörungen in der Schizophrenie, *Même Revue*, 1930, 124, p. 241. E. MINKOWSKI, *Le temps vécu*, 1 vol., Paris, 1933, p. 255 à 265.

...la plupart des cliniciens savent discerner sous cette apparence de « momification » une vie encore subsistante et parfois singulièrement active et vigilante...

...Le catatonique se dresse marmoréen, ironique, « fermé » devant nous comme un sphinx...

malades n'essayaient pas de reculer ou de s'enfuir, certains retournèrent spontanément vers le stimulus désagréable, l'un d'eux y est retourné même seize fois de suite. SCHILDER rapproche ces réactions typiques du phénomène qu'il décrit comme une agnosie à la douleur (Schmerzasympolie) : la douleur n'était pas normalement intégrée. Plus généralement d'ailleurs, la conscience du catatonique a pris une certaine distance à l'égard de la réalité ambiante. Et comme le dit excellemment ELLENBERGER, « tous les intermédiaires se rencontrent entre une stupeur complète et une lucidité surprenante, et l'on a mis en évidence, tour à tour ces deux extrêmes ». Nous avons déjà parlé de ces cas de lucidité paradoxale qui brusquement font jaillir du silence et pour ainsi dire de la mort du catatonique, l'épanouissement merveilleux, par son inattendu, de gestes, de sentiments ou de conduites, qui frappent de stupeur leur entourage. Pour nous en tenir au degré moyen, le plus caractéristique et peut-être le plus fréquent, on peut, pour désigner l'état de la conscience du catatonique, parler avec BARUK d'« absence » ou de « demi-absence » ou, avec les auteurs allemands, de « *Benommenheit* ». La conscience se trouve pour ainsi dire figée et transie; elle reflète seulement, sans l'élaborer dans des synthèses pratiques, la germination d'images et de sensations qui glissent dans sa pénombre. L'écart qui, normalement, sépare la pensée du mouvement semble ici aminci jusqu'à s'abolir. A l'immobilité du corps correspond une fascination spéciale du psychisme – à ses rythmes désordonnés, une cadence irrégulière d'automatisme idéo-verbaux incohérents – à ses détentes, de brusques idéations saugrenues. La vie psychique n'étant pas abolie mais seulement fortement empêchée et automatisée, le patient s'éprouve dans un sentiment de demi-contrainte et de demi-liberté comme à mi-chemin de la simulation et de l'hypnose, à ce niveau où « ce que je fais m'est étranger et se déroule en moi comme un spectacle de rêve auquel je me sens soudé ». C'est dire combien près de la conscience hypnagogique, selon Carl SCHNEIDER, se trouve être la conscience catatonique. BARUK a spécialement insisté sur l'impression de « suspension de la volonté » et d'engourdissement. On comprend que la comparaison avec l'état d'hypnose et plus généralement avec les troubles de la conscience de type *hystérique* se soit imposée à l'esprit de la plupart des observateurs de cette sorte d'état de « *fakirisme* » et « *d'enchantement* », où, dans le clair-obscur, le crépuscule d'une vie psychique ouatée, s'animent les fantasmes et se concentre la charge des pulsions instinctuelles. C'est en quoi ELLENBERGER a raison quand il définit le caractère le plus profond de la structure psychique de la catatonie selon lui, comme « un mélange paradoxal de lucidité et d'état de rêve ». Pour lui, le champ psychologique subit une sorte de « polarisation ». « Un rayon, écrit-il, ne peut éclairer la partie obscure, que s'il est de même nature que la partie éclairée, sinon il renforce l'obscurité, c'est-à-dire le négativisme. La partie lumineuse correspond aux « complexes » les plus intimes du malade. »

...La conscience se trouve pour ainsi dire figée et transie [...]. L'écart qui, normalement, sépare la pensée du mouvement semble ici aminci jusqu'à s'abolir...

...On comprend la comparaison avec l'état d'hypnose, [l'hystérie, le fakirisme...]...

...« c'est un mélange paradoxal de lucidité et d'état de rêve »... ELLENBERGER.

...« les sentiments d'irréalité, d'artifice et d'influence constituent les qualités structurales, fondamentales et habituelles de la conscience catatonique »... P. SCHILDER.

La fragmentation du champ de la conscience qui correspond si bien à ce que P. JANET avait étudié chez les hystériques se retrouve ici et P. SCHILDER ¹ (sans d'ailleurs spécialement se référer dans ces exemples à des cas de catatonie) a montré combien ces troubles de la conscience schizophrénique étaient voisins de la dissociation introduite par l'hypnose, ce qui nous fait comprendre que les sentiments d'irréalité, d'artifice et d'influence constituent les qualités structurales, fondamentales et habituelles de la « conscience catatonique ».

— Nous venons de décrire d'une façon aussi schématique que possible le *syndrome catatonique typique*. Tel quel, on s'accorde à le définir comme une forme caractéristique de l'évolution hétérophrénocatatonique. Mais c'est un problème nosographique fort controversé que celui de savoir si la « vraie » catatonie est ou n'est pas partie intégrante de la Schizophrénie. Cette opinion demeure l'objet de discussions innombrables que l'on comprendra mieux en examinant, comme nous allons le faire maintenant, les formes évolutives du syndrome catatonique.

B.— ÉVOLUTION DES ÉTATS CATATONIQUES. LEURS RELATIONS AVEC L'HÉTÉOPHRÉNO-CATATONIE

...c'est un problème nosographique fort controversé que celui de savoir si la « vraie » catatonie est ou n'est pas partie intégrante de la Schizophrénie...

La question de l'évolution des états catatoniques est intimement liée en effet à la délimitation du diagnostic de catatonie, en tant que forme de la démence précoce. On sait que, depuis KRAEPELIN, la catatonie « vraie » est considérée comme faisant partie de ce cadre nosographique. Ainsi que l'a écrit BOSTROEM ², « les formes de catatonie surtout typiques avec négativisme équivalent au diagnostic de schizophrénie ». C'est dans ce sens, qui est celui d'un pronostic fâcheux plutôt que celui d'un diagnostic d'affection autonome, que G. S. SPRAGUE ³, par exemple, a accepté la définition de la catatonie formulée par KEMPF : « *chronic pernicious dissociation regression neurosis...* »⁴

Cependant, tout en les situant dans le cadre de la schizophrénie, MAYER-GROSS ⁵ insiste sur le caractère intermittent des accès de catatonie qui peuvent admettre entre eux des

1. P. SCHILDER, Ueber die Hypnose, Erlebnis der Schizophrenen, *Zeitsch f.d. g. Neuro.*, 1929, 120, p. 700.

2. *Traité* de BUMKE, II, pp. 203 à 204.

3. G. S. SPRAGUE, The concept of catatonia, *Psych. Quart.*, 1937, II, pp. 222 à 236.

4. BARUK (*Précis*, 1950) s'inscrit en faux (p. 158) contre cette opinion dans un paragraphe, pourtant, du chapitre qu'il consacre à la « Réaction schizophrénique ». Il y écrit : « Ce serait une grave erreur de croire comme le font encore bien des auteurs sous l'influence de KRAEPELIN, que la catalepsie est toujours synonyme de démence précoce ou d'une psychose grave. » Et il ajoute (p. 168) à propos de l'évolution : « Rien n'est plus variable que l'évolution de la catatonie. »

5. MAYER-GROSS, *Traité* de BUMKE, IX, pp. 542-543.

rémissions plus ou moins nettes, progressivement incomplètes et rapprochées. Les 25 schémas qui illustrent ses observations tirées de la Clinique de Heidelberg sont tout à fait démonstratifs de l'évolution à la fois intermittente et schizophrénique de la catatonie. D'ailleurs sur 140 schizophrènes, inversement, il a observé 43 cas (24 femmes et 19 hommes) où les états catatoniques se rencontraient. Nous renvoyons au travail que nous avons fait avec M^{me} BONNAFOUS¹ et à celui de LEONHARD² pour ne parler que de ceux qui sont relativement récents, pour s'assurer (s'il en était besoin) que l'on trouve un plus grand nombre d'observations cliniques de syndromes catatoniques dans le cadre des Psychoses discordantes hébéphréniques et schizophréniques que dans les autres psychoses. — Notons naturellement la prédominance des formes catatoniques dans la démence précoce des jeunes gens et des adolescents. G. SCHUCHAREWA³ étudiant un matériel de 107 cas de la Clinique de Neuro-Psychiatrie de Moscou a surtout noté des formes hyperkinétiques chez les jeunes sujets. Depuis dix ans KLEIST et ses élèves⁴ ont apporté à ce problème des relations nosographiques de la catatonie et de la démence précoce, une très importante contribution clinique. Leur étude repose sur 146 cas de catatonie observés très longuement. Parmi les 104 décédés, 43 étaient morts non guéris, 47 sont morts en état de déficit psychique important et, 14 seulement en état de déficit léger. Parmi les vivants, 37 se trouvaient encore à l'asile et 9 seulement chez eux. Sur le total des 146 cas, 35 étaient guéris, 20 améliorés, 91 non guéris. Parmi les cas guéris depuis 10 ans, (27 cas), il s'agissait dans 12 cas, de psychoses dégénératives (états stuporeux avec antécédents héréditaires chargés) ; dans 8 cas, d'états catatoniques chez les arriérés et dans 7 cas, de psychoses symptomatiques (3 psychoses que nous appellerions, en gros, confusionnelles et que les auteurs classent dans le groupe des « psychoses de motilité », 2 états confusionnels, 2 états anxieux) — parmi les cas guéris depuis 6 à 10 ans (8 cas), il y avait 4 psychoses dégénératives, 2 psychoses chez des arriérés, 1 psychose symptomatique. Il ne s'agissait donc pas (disent les auteurs) de vraie catatonie, « puisque celle-ci a guéri ». Vingt-sept de ces cas de guérison se répartissaient ainsi dans la classification de KLEIST, 11 du groupe cycloïde, 7 du groupe délirant, 9 du groupe épileptoïde. — Pour ce qui est

...on trouve un plus grand nombre d'observations cliniques de syndromes catatoniques dans le cadre des Psychoses discordantes hébéphréniques et schizophréniques que dans les autres psychoses [EY et BONNAFOUS, LEONHARD] ...

1. Henri EY et M^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX, Études cliniques sur la démence précoce, *Ann. Médico-Psych.*, 1938, II. Cette étude porte sur 128 cas observés pendant de longues années.

2. LEONHARD, *Die defektschizophrenen Krankheitsbilder*, Leipzig, 1936.

3. G. SCHUCHAREWA, Ueber der Vergang der Schizo. im Kindesalter, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1932, 142.

4. KLEIST et DRIEST, *Zeitsch. f. Neuro. und Psychol.*, 1937, tome 157, pp. 479 à 555 — Hans SCHWAB (Même revue, tome 163, 1938) et KLEIST, LEONHARD et SCHWAB (Même revue, tome 168, 1940) — Trois importants mémoires réunis sous le nom « La catatonie sur la base des recherches catamnétiques », ayant pour sous-titres respectifs, le premier : « Les Psychoses dégénératives reconnues comme catatonie, Psychoses des arriérés et Psychoses symptomatiques » ; le second : « L'hérédité de la catatonie proprement dite », et le troisième : « Formes et évolution de la Catatonie proprement dite ». Enfin dans son article du « *Nervenarzt* » 1943, KLEIST est encore revenu sur cette question.

des « vraies catatonies » (non guéries), il y avait 55% d'hommes, l'âge moyen de l'attaque morbide étant de 25 ans ; l'évolution a paru ne pas dépendre des dispositions pré-psychothiques ; les facteurs somatiques n'ont pas paru jouer un rôle étiologique, 68% des malades paraissaient avant l'écllosion de la maladie, bizarres, schizoïdes; plus de la moitié avaient un mauvais écolage [NdÉ : parcours scolaire], les types leptosomes et athlétiques prédominaient. Quant aux 34 malades décédés, 13 étaient morts de tuberculose ; parmi les frères et sœurs des malades de ce groupe il existait 8,2% de schizophrènes, et 1,46% de psychoses non schizophréniques ou imprécisées, 14% de déséquilibre ; parmi leurs parents, il y avait 5,5% de schizophréniques, 14% de schizoïdes et 27,4% d'autres déséquilibrés ; enfin, 20 de ces malades étaient typiques et 21 atypiques, au sens de LEONHARD. En conclusion, les auteurs pensent que la catatonie n'est en elle-même aucune entité morbide mais un groupe de maladies. Quant à l'évolution, 62,5% évoluèrent progressivement et 35% seulement (contrairement à l'opinion généralement admise) sous forme rémittente, ces catatonies rémittentes étant des « formes atypiques ».

Ceci nous amène à parler des formes intermittentes ou périodiques¹. Tout d'abord, le rythme même de la crise catatonique peut être intermittent, comme dans les observations de CLAUDE et BARUK² et de BARUK et ALBANE³, dans ce dernier cas, la catatonie suivait le rythme du sommeil. BARUK a inspiré à E. SIDAWY⁴ une thèse sur la « Catatonie intermittente » où se trouvent rassemblées 12 observations groupées sous deux rubriques : 4 cas de poussées intermittentes entrecoupées de rémissions psychiques incomplètes et 3 cas avec rémissions prolongées et totales. (Les autres cas sont des catatonies simplement transitoires). Ces cas sont difficiles à séparer des catatonies évoluant dans le cadre des psychoses périodiques dans le sens classique du terme. Cela est particulièrement évident à la lecture par exemple du travail de BOZZI⁵ qui rapporte un cas de « psychose mixte » à forme de catatonie intermittente. – L'école roumaine (OBREGIA⁶, TOMESCO et VESILESCU⁷) s'est intéressée à cette question. Nous devons à GJESSING⁸ des études biologiques et notamment sur l'état du système neuro-végétatif dans ces formes intermittentes et l'insuffisance de la sécrétion

...les formes intermittentes ou périodiques: ces cas sont difficiles à séparer des catatonies évoluant dans le cadre des psychoses périodiques...

1. Il ne faut pas confondre (avec BARUK) la catatonie type KAHLBAUM à forme cyclique, c'est-à-dire évoluant à travers une série de phases successives (d'après le célèbre auteur) et les formes périodiques (admises d'ailleurs par KAHLBAUM).

2. CLAUDE et BARUK, La catatonie *Presse Médicale*, 1928.

3. BARUK et ALBANE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1931, II.

4. SIDAWY, *La catatonie intermittente*, Thèse, Paris, 1931.

5. R. BOZZI, Su di un caso di catatonía periodica, *Rivista sper. di Freniatria*, 1940,64, p. 47 et congrès Roumain Psychiat., 1924.

6. OBREGIA, *Spital* 1929, 49, p. 273.

7. TOMESCO et VESILESCU, *Revista Strintelor Medic.*, 1929.

8. GJESSING, Ueber periodische Katatonie Erregung, *Arch. f. Psych.*, 1935, 104, p. 355 et Pathophysiologie periodische Katatonie Zustände. *Arch. f. Psych.* 1939, 109, p. 526.

thyroïdienne et à LÖWENBACH des recherches sur l'excitabilité vestibulaire ¹. J. S. BONAR LINDSLAY a admis récemment, après le travail de STOKES ², que la crise de catatonie représente dans ces cas une réaction du système nerveux avec restitution *ad integrum* par suite de l'intégrité du système hypothalamique. BARUK a considéré ces formes périodiques comme les plus typiques de la « vraie » catatonie, de celle qu'il « appelle la catatonie de KAHLBAUM » et qui serait caractérisée, à ses yeux, par l'immobilité avec raideur, tableau clinique qui présente les plus nettes intermittences. La belle observation de catatonie périodique qu'a publiée H. DAGAND ³ est intéressante puisque le cas a été suivi pendant 24 ans, et qu'il s'agissait d'accès catatoniques qui n'avaient, durant les 14 dernières années d'observation, changé ni d'aspect, ni d'intensité. Les périodes catatoniques durèrent de deux à quinze semaines et les phases de rémission d'ailleurs incomplètes, de une à quatre semaines. Nous avons suivi pendant des années un cas tout à fait analogue. La malade est décédée dans un état d'affaiblissement très léger en dehors de ces accès de torpeur catatonique.

Parfois la catatonie a une *évolution aiguë mortelle*. Nous en avons observé un cas avec GUIRAUD ⁴; il s'agissait de lésions très accentuées des centres nerveux à prédominance neuro-épithéliale. JOHN et GRAVING ⁵ et R. GAUPP, plus récemment ⁶ BILLIG et FREEMAN ⁷ en ont publié des observations. Dans le cas de GAUPP, il y avait des lésions hépatiques importantes. BARUK et POUMEAU-DELILLE ⁸ ont rapporté l'observation d'un cas à vrai dire complexe de mort en « état de mal catatonique ». Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un magnifique syndrome catatonique au cours d'un délire aigu mortel.

Ces formes nous ramènent à la considération des formes transitoires et (pour des raisons diverses, connues ou inconnues) à *accès uniques*. Il s'agit naturellement surtout de catatonies dites alors « symptomatiques » mais d'étiologie conjecturale dont l'expression kinéto-stuporeuse suit le sort du processus parfois seulement passager (encéphalites toxico-infectieuses, par exemple) comme dans les cas auxquels nous venons de faire allusion.

Il résulte de cet examen que si la catatonie dite « vraie » « proprement dite » avec les classiques (KRAEPELIN, BLEULER et la plupart des auteurs, KLEIST, M^{lle} ROUSSET, etc...) est celle de la démence précoce, *il existe des formes qui ne s'intègrent pas dans*

...Parfois la catatonie a une évolution aiguë mortelle [GUIRAUD et EY, 1926]...

1. LÖWENBACH, *Archiv. f. Psych.*, 1936, 105, p. 313.

2. J. S. BONAR LINDSLAY, *Periodic catatonia*, *J. of Ment. Science*, 1948, et A. B. STOKES, *Metabolic Investigations in Periodic Catatonia*, *Proc. R. Soc. Méd.*, 1941, pp. 590 à 602.

3. DAGAND, *Encéphale*, 1936, 1, p. 293.

4. GUIRAUD et H. EY, *Bull. Soc. Méd. Ment.*, 1926.

5. JOHN et GRAVING, *Archiv. f. Psych.*, 1931.

6. R. GAUPP, *Der Nervenarzt*, 1940, p. 392.

7. BILLIG et FREEMAN, *Fatal Catatonia*, *Amer. J. of Psychol.*, 1944.

8. BARUK et POUMEAU-DELILLE, *Société de Neuro.*, Paris, décembre, 1934.

cette évolution progressive et maligne. Ainsi beaucoup d'auteurs, soit sous le nom de « pseudo-catatonie », soit, avec BARUK, sous le nom de « catatonie pure type KAHLBAUM », soit encore avec KLEIST, en les désignant comme « formes catatoniques des psychoses dégénératives », admettent des *catatonies à pronostic favorable* ». C'est le cas notamment de beaucoup des formes dont nous allons maintenant parler.

C. – LES CATATONIES SYMPTOMATIQUES ¹

Nous les classerons ici en deux grands groupes : les catatonies symptomatiques de divers processus étiologiques ou *formes symptomatiques étiologiques* et les catatonies symptomatiques de certaines psychoses ² ou *catatonies symptomatiques psychotiques*. Certes, quand nous envisagerons les formes catatoniques de la paralysie générale ou de la démence sénile, nous sentirons l'artifice de cette classification qui garde tout de même le mérite de la clarté, dans un exposé qui vise avant tout à être aussi complet que possible dans son inventaire clinique.

I. – Les formes symptomatiques étiologiques.

Beaucoup de ces formes ont déjà été étudiées dans la thèse de GARANT ³. Il y a peu à ajouter à ce travail pourtant déjà ancien.

1° LES SYNDROMES CATATONIQUES DE LA TYPHOÏDE :

Depuis longtemps, on a signalé des états cataleptiques, au cours, au déclin ou dans les séquelles immédiates de l'infection typhique. C'est ainsi que BERNHEIM ⁴ et DUFOUR ⁵ dans un excellent article en avaient rapporté des observations. RÉGIS ne les mentionne pas, cependant, dans l'étude qu'il a faite des troubles mentaux de la typhoïde dans son traité. GARANT, dans sa thèse, rapporte un cas de troubles catatoniques au cours du premier septénaire (observation I). Ces dernières années, quelques cas plus ou moins intéressants ont été publiés par CHALIER et Étienne MARTIN ⁶, Roger CRÉMIEUX et ALLIEZ ⁷, de NIGRIS et MARIANI ⁸, etc. On trouvera du reste dans la com-

1. Ces formes sont naturellement appelées pseudo-catatonies par les auteurs qui considèrent la « vraie catatonie » comme une manifestation de la démence précoce. (Cf. article de BOSTROEM dans le *Traité de BUMKE* où il n'est fait qu'une brève mention de ces faits au chapitre diagnostic).

2. Les psychoses étant considérées par beaucoup de psychiatres comme de telles entités « pures » qu'elles ne peuvent pas être « symptomatiques »...

3. O. GARANT, Le syndrome catatonique en rapport avec quelques maladies infectieuses, Thèse, Paris, 1930.

4. BERNHEIM, De l'attitude cataleptiforme dans la fièvre typhoïde, *Bulletin Médical*, janvier 1896.

5. H. DUFOUR, Catalepto-catatonie au cours de la Typhoïde, *Revue neurologique*, 1900, p. 970.

6. CHALIER et Ét. MARTIN, *Journal de médecine de Lyon*, 1934.

7. R. CRÉMIEUX et ALLIEZ, *Ann. méd. psych.*, I, 1936.

8. DE NIGRIS et MARIANI, *Neopsichiatria*, 1936.

...nous sentirons l'artifice de cette classification qui garde tout de même le mérite de la clarté...

munication de BARUK, POMMEAU-DELILLE et SICARD¹ quelques indications bibliographiques. Dans le cas que ces auteurs rapportent, l'accès catatonique a débuté quand la fièvre est tombée. Ils pensent que la toxine colibacillaire aurait joué un rôle déterminant. Par contre MIELLA et BERNABENTE² admettent plus nettement que la toxine typhique aurait un pouvoir catatonisant.

2° SYNDROMES CATATONIQUES ENCÉPHALITIQUES (*encéphalite épidémique*) :

Naturellement, dès le début de l'épidémie de 1918, un certain nombre d'observations de syndromes catatoniques ou de « stupeur épidémique » (VERGER et HESNARD) furent publiées et rapportées à la grippe (Observations de CLAUDE, MENNINGER, TRUELLE et PETIT etc.. dont on trouvera la bibliographie dans la thèse de GARANT). En 1920³, BRIAND et ROUQUIER publièrent un cas de catatonie encéphalitique. Les publications de LAIGNEL-LAVASTINE et LOGRE⁴, de P. KAHN⁵, de GUILLAIN et CARDIN⁶ suivirent. Le rapport de TRUELLE et PETIT⁷, les thèses de BERNADOU⁸, de PADEANO⁹ ont consacré ces faits dont l'importance pour la pathophysiologie cérébrale de la catatonie est si considérable. A la même époque, en Allemagne, STEINER¹⁰ et BOSTROEM¹¹ publièrent des études critiques sur cette question. On sait que GUIRAUD s'est attaché chez nous à l'analyse des analogies de l'état parkinsonien de la catatonie¹². Depuis lors, signalons parmi bien d'autres, les observations de MASQUIN¹³, les observations XIV, XV et XII de GARANT, celles de la thèse de BORENSTEIN¹⁴, celle de BOITELLE, HOUCARD et SERRIER¹⁵. L'observation Bélière de la thèse de M^{lle} ROUSSET¹⁶ n'est guère démonstrative. L'exposé de cette importante question se trouve dans le travail de J. MALLET¹⁷. Ces états de stupeur avec hypertonie, raideur, négativisme, catalepsie, impulsions, stéréotypies, parakinésies, etc., ont naturellement donné lieu à des discus-

...dès le début de l'épidémie de 1918, un certain nombre d'observations de syndromes catatoniques ou de « stupeur épidémique » (VERGER et HESNARD) furent publiées...

...Ces états de stupeur avec hypertonie [...] ont naturellement donné lieu à des discussions passionnées...

1. BARUK, POMMEAU DELUXE, *Revue Neuro*, 1933, II.
2. MIELLA et BERNABENTE, *Soc. Méd. de Naples* (Analyse in Zentralblatt, 1937, 88).
3. BRIAND et ROUQUIER, *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1920.
4. LAIGNEL-LAVASTINE et LOGRE, *Soc. de Psychiatrie*, 1920.
5. P. KAHN, *Soc. de Psychiatrie*, 1921.
6. GUILLAIN et CARDIN, Congrès de Quimper, 1922.
7. TRUELLE et PETIT, Congrès de Quimper, 1922.
8. BERNADOU, Paris 1923.
9. PADEANO Gabriel, Paris 1923.
10. STEINER, *Zeitsch. f. Neuro.*, 1922.
11. BOSTROEM, *Klin. Wochen.*, 1924.
12. GUIRAUD, *Encéphale*, 1924.
13. MASQUIN, *Bull. Soc. Méd. Mentale*, 1927,
14. BORENSTEIN, *Thèse*, Paris, 1932.
15. BOITELLE, HOUCARD, SERRIER, Syndrome hétéphréno-catatonique et maladie de Parkinson, *Annales Médico-Psych.*, 1949, II, p. 208.
16. ROUSSET, *Thèse*, Strasbourg, 1936.
17. J. MALLET, *De la catatonie et de la démence précoce consécutives à l'encéphalite épidémique*, Thèse, Paris, 1947.

sions passionnées que nous retrouverons à propos de la pathogénie et aussi dans l'Étude que nous consacrerons aux troubles mentaux de l'encéphalite. Il nous suffit ici de ces brèves indications.

3° SYNDROMES CATATONIQUES MALARIQUES :

La stupeur au cours du paludisme a été signalée depuis longtemps (SEBASTIAN 1821, DEMOINE et CHAUMIER 1887). On trouvera mentionnés des états catatoniques ou cataleptiques dans divers travaux généraux sur les troubles mentaux du paludisme, tous déjà anciens ¹. Dans sa thèse, GARANT rapporte un fait mais, à vrai dire, avec une telle brièveté (observation XIII) qu'il n'est guère utilisable. Depuis lors nous ne connaissons pas de nouvelles observations.

4° SYNDROMES CATATONIQUES COLIBACILLAIRES :

Au cours de ses recherches expérimentales, BARUK a été amené à étudier le pouvoir catatonisant des toxines colibacillaires ²; il a publié peu après ³ avec DEVAUX une belle observation de catatonie grave avec onirisme survenue chez une femme de 55 ans atteinte de colibacillose depuis plusieurs années et guérie par sérothérapie. En 1934 ⁴, il a publié un nouveau cas de stupeur catatonique réalisée cette fois par une pyélonéphrite colibacillaire et également guérie par le sérum. Umberto POPPI ⁵ a confirmé deux ans après l'action catatogène de la toxine colibacillaire.

5° SYNDROMES CATATONIQUES SYPHILITIQUES SECONDO-TERTIAIRES :

On trouvera, outre l'étude des formes catatoniques de la méningo-encéphalite dont nous parlerons plus loin, des observations et descriptions d'accès catatoniques provoqués par méningite et atteinte cérébrale de la syphilis secondario-tertiaire, notamment dans les travaux consacrés aux psychoses syphilitiques ⁶. Citons les observations de CAPGRAS et MOREL ⁷, de POROT ⁸ où il s'agissait d'un accès de catatonie d'une durée de 18 mois au cours d'une psychose syphilitique de longue évolution, celle d'AMMEIDA ⁹. De telles observations se trouvent généralement publiées et discutées dans les travaux qui traitent

1. HESNARD, Congrès de Tunis, 1912.—POROT et GUTMAN, *Paris Médical*, 1917.—Thèse de LEFAUCHEUR, Montpellier, 1913. — Il faut citer aussi une observation de la thèse de LAURES (1907), celle de KATSARAS (*Archives Méd. d'Athènes*, 1910).

2. BARUK, *Ann. Médico-Psych.*, 1933, II, p. 449.

3. BARUK et DEVAUX, *Ann. Médico-Psych.*, 1933, II, p. 509.

4. BARUK, *Ann. Médico-Psych.*, 1934, I, p. 726.

5. UMBERTO POPPI, *Rivista di Neurologia*, 1936.

6. MARCUS, *Rev. Neuro.*, 1920 — URECHIA et RUSDEA, *Encéphale*, 1921. — GUIRAUD, *Ann. Médico-Psych.*, 1923. — BARBÉ, *Ann. Médico-Psych.*, 1944, I, p. 107.

7. CAPGRAS et MOREL, *Soc. Méd. Ment.*, 1913,

8. POROT, *Lyon Médical*, 1920.

9. AMMEIDA, *Arquivos brasil.*, 1919.

...Au cours de ses recherches expérimentales, BARUK a été amené à étudier le pouvoir catatonisant des toxines colibacillaires...

des rapports de la syphilis et de la démence précoce (MARCHAND, BARBÉ, etc.).

6° SYNDROMES CATATONIQUES TUBERCULEUX :

C'est au cours de ces dernières années que les discussions ont été les plus animées surtout en France et en Belgique (CLAUDE, COSTE, D'HOLLANDER, BARUK, HYVERT, etc...) autour du problème des relations de l'infection tuberculeuse et des psychoses hébéphrénocatatoniques. Peu de faits cliniques ont cependant paru très démonstratifs. Rappelons l'observation ancienne de CLAUDE et ROSE ¹ comme étant l'une des plus typiques. DIDE et DANJEAN ² ont observé une crise d'agitation catatonique corrélative à une méningite tuberculeuse de la base. – BARUK avec ses élèves ALBANE et DAMMAYE (1933-1934) a noté une alternance des poussées bacillaires évolutives et des crises de catatonie (le « balancement psycho-somatique ») notamment dans un cas où les troubles de type catatonique alternaient avec une typho-bacillose, une coxalgie et une polysérite tuberculeuse.

7° SYNDROMES CATATONIQUES AU COURS D'INFECTIONS DIVERSES :

On a signalé des cas de catatonie, au cours d'un grand nombre de maladies infectieuses et des plus diverses. Par exemple, citons l'observation de BARUK et KROMTSKY ³ où il s'agissait d'une catatonie consécutive à une attaque de rhumatisme articulaire à forme cérébrale et celle que DASKALOW ⁴ a publiée d'un syndrome catatonique au cours d'un phlegmon paranéphrétique...

...On a signalé des cas de catatonie, au cours d'un grand nombre de maladies infectieuses et des plus diverses...

8° SYNDROMES CATATONIQUES EXOTOXIQUES :

Nous aurons l'occasion de revenir sur le gros problème de la catatonie expérimentale. Aussi laissons-nous de côté, pour le moment, les poisons « de laboratoire » pour retenir l'éventualité d'intoxications non provoquées.

BARUK rapporte ⁵ une observation à vrai dire un peu sommaire d'accès catatonique au cours de l'intoxication alcoolique.

F. KANT ⁶ a publié le cas d'une intoxication par le CO, ayant réalisé un syndrome moteur catatonique.

AUBIN ⁷ a observé un syndrome catatonique après un accident d'intolérance au novarsénobenzol. BARUK ⁸ aurait observé un cas analogue. SCOURAS qui avait déjà attiré

1. CLAUDE et ROSE, *Rev. Neuro.*, 1908.

2. DIDE et DANJEAN, *Encéphale*, 1921.

3. BARUK, *Psychiatrie médicale*, p. 151.

4. DASKALOW, *Clin. Bulg.*, 1941 (résumé en français).

5. BARUK, *Psych. Méd.*, p. 306.

6. KANT F., *Archiv. f. Psych.*, 1926.

7. AUBIN, *Ann. Médico-Psych.*, 1936, I.

8. BARUK, *Psych. Méd.*, p. 306.

l'attention sur les catatonies haschichiques (1933) en a publié un nouveau cas assez pittoresque ¹.

9° SYNDROMES CATATONIQUES ENDOTOXIQUES :

BARUK a insisté sur les crises de catatonie dues à une intoxication hépato-intestinale ². Il a publié avec CORNU ³ quelques faits où s'intriquent les troubles catatoniques et un ictère. Il signale également deux cas de catatonie associés à un syndrome d'insuffisance rénale, un cas lié à une rétention chlorurée sèche ; BRISSAUD et LAMY ont anciennement ⁴ noté des attitudes cataleptoïdes au cours d'une urémie cérébrale et BAUER (1903) avait noté la coexistence de la catalepsie et d'un rythme de CHEYNE-STOCKES. TOMESCO et VASILESCO ont publié ⁵ l'observation d'une catatonie d'origine ovarienne. BARUK a pu voir un accès catatonique au début d'un coma diabétique et KATZ ⁶ a fait une très brève relation d'un cas, où il existait à la fois une diabète et des signes de la série catatonique, etc.

10° SYNDROMES CATATONIQUES DANS LES TUMEURS CÉRÉBRALES :

SCHRÖDER en 1923 ⁷ a observé une tumeur hypophysaire avec propagation au lobe temporal ; le malade avait présenté des troubles hyperkinétiques, des mouvements rythmiques, des grimaces qui firent poser le diagnostic de catatonie. Il n'existe pas, dans la thèse de BARUK, d'exemples de syndrome catatonique bien caractérisé. Il a cependant signalé l'aspect catatonique avec agitation dans les tumeurs de la région infundibulo-tubérienne et certains signes de stupeur catatonique dans celles du corps calleux. PFERSDORFF ⁸ a rapporté un cas de tumeurs multiples de l'hémisphère droit avec des symptômes comme une échopraxie des doigts, stupeur catatonique et troubles du langage. – DRAGANESCO et SAGER ⁹ ont publié l'observation d'un épépendymocytome kystique du 3^{ème} ventricule ayant entraîné avec des modifications du caractère, du maniérisme, des impulsions et des bizarreries. – M^{lle} ROUSSET (1936) cite encore plusieurs cas de JAKOB. HECHST ¹⁰ a observé un cas de catatonie par tumeur du thalamus. KLEIST ¹¹ a noté la catalepsie, la flexibilité cireuse, le négativisme et surtout des

1. SCOURAS, *Encéphale*, 1933.

2. BARUK, p. 307 de sa *Psych. Méd.*

3. CORNU, *Annales Méd. Psych.*, 1934.

4. BRISSAUD et LAMY, *La Semaine Médicale*, 1893.

5. CHEYNE-STOCKES [circa 1870], TOMESCO et VASILESCO, *Soc. de Psych. de Bucarest*, 1937.

6. KATZ, *Archiv. of Neuro.*, 1934.

7. SCHÖDER, *Monatschr. f. Neuro*, 1923, I.

8. PFERSDORFF, *Travaux de Strasbourg*, 1930.

9. DRAGANESCO et SAGER, *Encéphale*, 1935.

10. HECHST, *Zeitsch. Neuro.*, 1932.

11. KLEIST, *Gehirnpathologie*, p. 112.

hyperkinésies parakinétiques dans des cas de tumeurs de la base. Il cite une observation analogue de ZINGERLE et une observation d'ANTON (tumeur bilatérale siégeant dans les couches optiques du pallidum et le pli courbe avec catalepsie).

11° SYNDROMES CATATONIQUES DANS LES TRAUMATISMES CRANIO-CÉRÉBRAUX.

Ils ont donné lieu au cours de la guerre 1914-1918 à de multiples travaux. Citons le n° 23 de la monographie de FEUCHTWANGER ¹ sur les blessures du lobe frontal (stupeur avec catalepsie, manifestations négativistes, délire). FOERSTER (1919) avait déjà publié un cas semblable. L'observation n° 2 de PFEIFFER ² est celle d'un malade qui présentait un syndrome frontal. Cependant KLEIST ³ estimait, dès 1918, contrairement à ce qu'il avait pensé auparavant, que les catatonies observées chez certains blessés du cerveau n'entraient pas dans la symptomatologie frontale. Il a étudié cinq cas de blessés frontaux ayant présenté des phénomènes cataleptiques, mais la nature même des troubles (troubles de la conscience et de la personnalité) semblent indiquer, à ses yeux, qu'il existait une atteinte du tronc cérébral. D'ailleurs, l'akinésie cataleptique a été rencontrée par lui dans 10 cas chez des blessés du lobe pariétal, occipital ou temporal. Il insiste spécialement sur le syndrome pariétal cataleptique avec « paralysie psychique » contralatérale. Signalons encore parmi les travaux allemands de cette époque les observations de ROSENFELD ⁴ et de SCHWOB ⁵. – En France, on trouve peu d'observations peut-être, parce que les cas de « psychoplégie » post-traumatiques, sorte de paralysie psychomotrice (LOGRE et BOUTTIER ⁶) avec stupeur, akinésie, inertie ont été moins désignés qu'à l'étranger sous le nom de catalepsie. Cependant quelques cas ont attiré l'attention des auteurs. POROT et HESNARD ⁷ citent sans préciser davantage des cas observés par LERI et FASSOU à Verdun, par GUILLAIN à la 6^{ème} Armée (1915), par DUPOUY (1915) et LEROY (1916). – CAPGRAS ⁸ rapporte une brève observation de troubles confuso-catatoniques chez un blessé du lobe occipital. La thèse de MASQUIN ⁹ ne fait mention d'aucun cas de ce genre. GURDJIAN ¹⁰ a noté deux nouveaux cas de phénomènes catatoniques après blessures frontales et rolandiques. – Au cours de la dernière guerre il semble que tous les états « crépusculaires » ou semi-stuporeux avec pathétisme, réactions de fuite et d'immobilisation aient été étudiés dans le cadre des « réactions psychogènes » névrotiques.

...Les syndromes catatoniques dans les traumatismes cranio-cérébraux, ont donné lieu au cours de la guerre de 14-18 à de multiples travaux...

1. FEUCHTWANGER, *Die Funktionen der Stirnhirn*, Berlin, 1923.

2. PFEIFFER, *Traité de Bumke*.

3. KLEIST, *Gehirnpathologie*, pp. 1.128 à 1.135.

4. ROSENFELD, *Archiv. f. Psych.*, 1917.

5. SCHWOB, *Allg. Zeitsch. Neuro.*, 1922.

6. LOGRE et BOUTTIER, *Paris Médical*, 1919.

7. POROT et HESNARD, *Psychiatrie de Guerre*, Paris, 1919.

8. CAPGRAS, *Soc. Méd. Psych.*, 27 mai 1918, p. 120.

9. MASQUIN, Thèse, Paris, 1931.

10. GURDJIAN, *J. Nerv. Dis.*, 1931.

12° SYNDROMES CATATONIQUES ARTÉRIOPATHIQUES CÉRÉBRAUX

Nous devons quelques observations de ce genre à KLEIST ¹. CLAUDE et CUEL ² ont étudié un cas d'angiosclérose précoce avec affaiblissement intellectuel et quelques traits (stéréotypies, itérations, échopraxie, hypertonie) rappelant de loin la catatonie. L'observation de la malade Loeb de la thèse de M^{lle} ROUSSET est, par contre, intéressante. – CLAUDE, LHERMITTE et BARUK ³ ont publié une histoire complexe de syndrome catatonique avec négativisme unilatéral, aphasie, troubles pseudo-bulbaires par encéphalose diffuse. – Plus récemment Robert STRAUSS a observé un cas de paralysie pseudo-bulbaire avec « syndrome catatonique » chez un hypertendu jeune (avec examen anatomique) mais la symptomatologie catatonique y est présentée de façon assez rudimentaire.

13° SYNDROMES CATATONIQUES DES NOURRISSONS :

On a décrit parfois une catatonie « physiologique » des nourrissons. BARUK ⁴ ne considère pas cet état comme une « vraie catatonie ». BABONNEIX, MARFAN, LESNE, HALL ont été de cet avis au cours de la discussion, mais ils ont noté parfois ces phénomènes de catalepsie chez des rachitiques. RAGAZ, JULIAN et Marthe PICKER ⁵ ont rapporté le cas d'une catatonie chez un jeune garçon de 22 mois.

14° CATATONIE ET SÉNILITÉ :

La pathologie du vieillard est certainement très riche et bien de ses aspects l'apparentent aux états catatoniques ou catatoniformes. Il suffit de se reporter à l'étude de FORX et NICOLESCO ⁶, au mémoire de STERLING ⁷ ou encore à l'article de CRITCHLEY ⁸ sur la neurologie du grand âge, pour se convaincre que la sénescence cérébrale se manifeste par un grand nombre de troubles extra-pyramidaux cérébelleux, pallidos-triés (Parkinson sénile, dégénération pyramido-pallidale de LHERMITTE, pseudo-sclérose spastique, syndrome de rigidité sénile de FOERSTER, etc, etc...) Mais il a paru à un certain nombre d'auteurs qu'il existe certains troubles cataleptiques plus proprement « psychomoteurs ». Et c'est d'ailleurs sur ce point que ne manquent pas de porter toutes

...La pathologie du vieillard est certainement très riche et bien de ses aspects l'apparentent aux états catatoniques ou catatoniformes...

1. KLEIST, *Monatschr. f. Psych.*, 52.

2. CLAUDE et CUEL, *Encéphale*, 1927.

3. CLAUDE, LHERMITTE et BARUK, *Encéphale*, 1932.

4. BARUK, Existe-t-il une catalepsie physiologique chez le nourrisson? *Société de Pédiatrie de Paris*, février 1937.

5. RAGAZ, JULIAN et MARTHE PICKER, *Archiv. of Ped.*, 1939.

6. FOIX et NICOLESCO, *Les grands syndromes de désintégration sénile cérébroméningoencéphaliques*, 1923.

7. STERLING, *Réunion Intern. de Neuro.*, 1929.

8. CRITCHLEY, *The Lancet*, 1931.

les discussions. Si FOERSTER ¹, par exemple, tendait à assimiler purement et simplement des troubles « psycho-moteurs » aux syndromes « simplement moteurs », beaucoup de cliniciens y répugnent. C'est ainsi que LHERMITTE et NICOLAS (1924) admettent que la catalepsie des vieillards « ne paraît pas en rapport avec l'altération du système strié, mais conditionnée par la désagrégation des fonctions psychiques ». CRITCHLEY estime également nécessaire « un certain degré de démence ». Récemment LHERMITTE et HECAEN ² ont étudié des troubles de la psycho-motilité chez le vieillard qui les apparentent aux syndromes catatoniques. Suivons leur description. Une des manifestations les plus communes est la « *difficulté de la dénervation* » (VOGT) : la détente de la contraction s'effectue mal ou pas du tout. – Il existe également un certain degré *d'oppositionnisme*, ou contraction spontanée d'apparence volontaire des muscles antagonistes du mouvement passif que l'on s'efforce de réaliser. Ce phénomène est comme le précédent, irrégulier et variable. Enfin, il y a un certain degré de *catalepsie* et parfois une conservation presque indéfinie des attitudes imposées. On peut retrouver, d'après LHERMITTE et HECAEN, les trois aspects de la catalepsie « bien analysés » par KLEIST : *flexibilité cirreuse, exagération de la contraction myostatique* ^a (c'est-à-dire des réflexes posturaux) et enfin *fixation des attitudes* sans troubles du tonus et des réflexes de posture. L'état mental de ces sujets est fait surtout d'affaiblissement de la mémoire, de dispersion de l'attention et d'inactivité. Pour LHERMITTE et HECAEN, il serait possible de rattacher ce syndrome à des troubles du « schéma corporel »...

Nous allons d'ailleurs revenir un peu plus loin sur les formes catatoniques des psychoses préséniles et séniles.

II. – *Les catatonies symptomatiques psychotiques.*

Il s'agit maintenant de syndromes catatoniques s'intégrant dans le tableau clinique de psychoses caractérisées. Naturellement nous ne parlerons plus ici des catatonies symptomatiques des évolutions de démence précoce ou de schizophrénies puisqu'elles ont fait l'objet de notre description des formes typiques.

[Ce sont] des syndromes catatoniques s'intégrant dans le tableau clinique de psychoses caractérisées.

1° LES SYNDROMES CATATONIQUES CHEZ LES ARRIÉRÉS PROFONDS:

Quelques manifestations psychomotrices des idiots peuvent faire penser à certains traits du comportement catatonique. Nous faisons allusion spécialement aux kinésies de

a. [NdÉ : H. EY écrit p.105 et sq : myostatique, en toute rigueur lire myotatique]

1. FOERSTER, *Allg. Zeitsch.*, 1909.

2. LHERMITTE et HECAEN, *Soc. Méd. Psych.*, avril 1942.

jeu que nous avons étudiées avec M^{me} BONNAFOUS ¹ et que GUIRAUD considère comme des « monotypies ». PFERSDORFF ², étudiant les relations entre ces mouvements des idiots et les mouvements catatoniques, considère que les mouvements des idiots ressortissent à divers ordres de lésions (doplégie spasmodique infantile, syndromes mésencéphaliques) : il s'agit de mouvements « amorphes » des doigts qui n'entravent pas l'exécution des mouvements intentionnels, tandis que les troubles psychomoteurs catatoniques dénaturent l'acte intentionnel. Un auteur anglais, EARL ³, a peut-être été moins strict dans la discrimination des troubles kinéstatiques des idiots et des catatoniques : sur 135 cas d'idiotie, il a noté 38 cas de syndromes catatoniques (20 catalepsies et 18 hyperkinésies) ; dans deux de ces cas, il s'agissait de mongolisme.

2° SYNDROMES CATATONIQUES ET ÉPILEPSIE :

CLAUS, dans son classique rapport, en 1903, signalait les difficultés que l'on peut rencontrer parfois à faire le diagnostic entre certaines manifestations catatoniques et celles de l'épilepsie et il rapportait à ce sujet un cas où les deux syndromes s'intriquaient. MASOIN (au même Congrès) publia des observations intéressantes à cet égard. A la même époque, en Allemagne, RAECKE ⁴ a envisagé ce problème sous l'angle des états confuso-stuporeux, comme déjà TROMMER ⁵ l'avait fait pour les états crépusculaires catatoniques et épileptiques. Lucia MORAWITZ ⁶ a étudié, elle aussi, dans leur ensemble les relations entre catatonie et épilepsie (elle rapportait 4 observations). Dans un travail également ancien, MARCHAND ⁷ s'intéressant à l'Épilepsie chez les démences précoces ne fait pas mention spéciale des rapports cliniques de l'épilepsie et de la catatonie. Le *Zentralblatt* (1922) signale une thèse de STOLTENHOFF sur ce sujet, mais sans l'analyser. Une très brève note de SOMMER ⁸ pose le problème sur un plan pathogénique. E. GRUNTHAL ⁹ a publié une assez belle observation de « phénomène catatoniforme avec un état crépusculaire épileptique ». Plus récemment BARUK et LAGACHE ¹⁰ ont pu réunir quatre observations de catalepsie et d'épilepsie. On sait que pour BARUK dans la gamme des crises psychomotrices, allant de l'épilepsie à l'attaque hystérique, les crises catatoniques consti-

...Plus récemment BARUK et LAGACHE ont pu réunir quatre observations de catalepsie et d'épilepsie...

-
1. Henri EY et M^{me} BONNAFOUS-SÉRIEX, Les Kinésies de jeu chez les idiots, *Ann. Médico-Psych.*, 1938, I.
 2. PFERSDORFF, *Soc. Suisse de Psychiatrie*, 1934.
 3. C. J. C. EARL, The primitive catatonic psychosis of idiocy, *British. J. Med. Psycho.* 1934, 14.
 4. RAECKE, *Die transitorischen Bewusstseinsstörungen*, 1903.
 5. TROMMER, *Jugendirresein*, 1903.
 6. Lucia MORAWITZ, Thèse de Zurich, 1900.
 7. MARCHAND, *Revue de Psychiatrie*, 1908.
 8. SOMMER, Les relations entre schizophrénie, catatonie et épilepsie, *Zeitsch. f. Neuro.*, 1922, 78, pp. 400 à 402.
 9. E. GRUNTHAL, *Archivos de Neurobiologia*, 1924.
 10. BARUK et LAGACHE, Catalepsie et Épilepsie, *Ann. Médico-Psych.*, 1933.

tuent une sorte d'échelon intermédiaire. « Tandis que dans la crise épileptique, le psychisme est brutalement et totalement suspendu, dans la crise cataleptique, seule l'activité volontaire est inhibée ». On comprend dès lors, que malgré leur rareté relative (due peut-être aux habitudes d'esprit des observateurs), on puisse observer les crises où les deux aspects se confondent ou se succèdent. On trouvera dans la thèse de FOLLIN¹ quelques observations intéressantes (notamment l'observation XII). Nous avons observé à BONNEVAL, un jeune homme atteint de démence épileptique dont la symptomatologie était assez voisine d'une hébéphrénocatatonie. Son comportement était très stéréotypé et étrange : il mangeait régulièrement sa soupe en portant, de l'assiette posée à terre à sa bouche, la cuillère saisie entre les deux premiers orteils de son pied droit.

3° SYNDROMES CATATONIQUES CONFUSIONNELS AIGUS.

Nous avons déjà envisagé l'apparition de syndromes catatoniques au cours des toxi-infections aiguës et subaiguës. On sait de quelle importance étaient pour WERNICKE les troubles moteurs dans ces formes aiguës puisque ses « psychoses de la motilité » englobaient un grand nombre de cas de confusions avec manifestations kinétiques de premier plan (akinésie, hyperkinésies, parakinésies, etc...). Les travaux de KLEIST font le pont entre ces formes de « Motilität Psychosen » et les accès paroxystiques des dégénérés et les états confusionnels toxi-infectieux. Chez nous, RÉGIS avait insisté sur les rapports qui peuvent unir les états confusionnels et les formes hébéphrénocatatoniques. Enfin la notion de stupeur implique si naturellement celle de catatonie dans bien des cas, que c'est parfois par un véritable jeu de mots que l'on sépare, dans les diagnostics, artificiellement l'une de l'autre. Tout ceci dit afin de ne pas nous étonner du double fait que les attitudes « catatoniformes » sont si fréquentes dans les états de stupeur confusionnelle alors que, généralement, les auteurs ont peu publié de cas de catatonie confusionnelle. C'est que ces cas sont, soit directement rapportés à leur processus étiologique et publiés sous le nom de catatonies symptomatiques toxi-infectieuses (cf. par exemple la thèse de GARANT), soit considérés comme des formes de stupeur à classer dans le cadre des formes catatoniques intermittentes ou transitoires de la démence précoce. Citons par exemple le cas – parmi cent et cent autres – de TOULOUSE et PUILLET², et intitulé « Confusion mentale à aspect de démence précoce » tant est enracinée même chez ceux qui la combattent cette idée que la catatonie est « pathognomonique » de la démence précoce... Disons donc que c'est pour des raisons doctrinales ou par l'exigence d'une nosologie trop artificielle que les livres et les revues font peu état de ce que la clinique nous offre si fréquemment les formes de « stupeur confusionnelle avec éléments de la série catatonique ».

...On trouvera dans la thèse de FOLLIN quelques observations intéressantes...

...les attitudes « catatoniformes » sont fréquentes dans les états de stupeur confusionnelle...

1. S. FOLLIN, *Épilepsies et psychoses discordantes*, Thèse, Paris, 1941.

2. TOULOUSE et PUILLET, *Soc. Cl. Méd. Ment.*, 1914, p. 32.

4° SYNDROMES CATATONIQUES AU COURS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE :

Des troubles catatoniques avaient été signalés par KRAEPELIN. Ceci n'a rien d'étonnant si l'on veut bien se rappeler que déjà MENDEL dans son livre sur la paralysie générale avait rapporté un cas de symptômes catatoniques consécutifs à un ictus au cours d'une paralysie générale « à forme de folie circulaire ». A la même époque, KNECHT ¹, et peu après NACKE ², ont distingué deux formes cliniques, dans l'une les symptômes catatoniques précédant les symptômes nets de paralysie générale, dans l'autre la catatonie survenant au cours d'une paralysie générale avec phénomènes cataleptoïdes. Dans une de ses « Leçons cliniques », SÉGLAS (1895) ³ avait présenté un malade atteint au début de sa paralysie générale de stupeur catatonique avec inertie, mutisme et stéréotypies. Dans l'excellente thèse de TRENEL ⁴, l'auteur fait mention simplement des observations que nous venons de rappeler. JAHRMAKER ⁵ a constaté deux cas de symptômes catatoniques dans les paralysies générales. Entre 1900 et 1914, un certain nombre d'observations du même genre ont été publiées en langue allemande par KOTTGEN, NISSEL, MATANSCHER, O. FISCHER, NACKE et BISWANGER ⁶. En France, SÉGLAS ⁷ a publié deux nouveaux cas de paralysie générale à forme catatonique. MAILLARD et LE MAUX ⁸ ont observé un cas intéressant à cet égard. WILMANS et RANKE en 1913 (cités par HAFNER) ont fourni une statistique intéressante au double point de vue anatomique et clinique. P. SCHRÖDER ⁹ a publié sept cas qui paraissent démontrer, à ses yeux, qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre les manifestations catatoniques de la démence précoce et celles de la paralysie générale ¹⁰. Il a noté dans ses observations l'association de troubles hypocondriaques et de phénomènes catatoniques. — ANTHEAUME et TREPSAT ¹¹ ont publié l'observation d'un syndrome catatonique tout à fait typique. Il s'agissait d'un homme de 43 ans atteint de paralysie générale. Il se montrait négativiste : « il résistait, s'irritait et déchirait, il

...SÉGLAS (1895) avait présenté un malade atteint au début de sa paralysie générale de stupeur catatonique avec inertie, mutisme et stéréotypies...

1. KNECHT, *Allg. Zeitsch.*, 1886.

2. NACKE, Katatonische Symptom in Verlaufparalyse bei Frauen. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 49.

3. LECORDONNIER, *Les troubles moteurs de la paralysie générale*, Thèse, Lille, 1889.

4. TRENEL, *Symptômes spasmodiques et contractures permanentes dans la paralysie générale*, Paris, 1894.

5. JAHRMAKER, Thèse de Halle, 1903.

6. On trouve les références bibliographiques de ces publications, dans le travail de W. HAFNER que nous citons plus loin et pour certaines d'entre elles, dans le travail de BERTOLANI, *Rivista di Freniatria*, 1925.

7. SÉGLAS, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1907.

8. MAILLARD et LE MAUX, *Soc. Psych.*, 1911.

9. P. SCHRÖDER, *Monatschr. f. Psych.*, 1916.

10. Rappelons cette intéressante réflexion de CLAU à la fin de son rapport : « Tout le monde doit être frappé par les analogies qui existent entre la démence paralytique et la démence précoce... » Il est vrai de dire qu'il faisait allusion aux caractères de *démence primitive* dans les deux cas...

11. ANTHEAUME et TREPSAT, *Encéphale*, 1920.

maintenait indéfiniment ses jambes étendues quand il était assis ou les bras dressés en l'air. Assis sur son fauteuil, il demeurait pendant des après-midi entières immobile sans appuyer les épaules au dossier, maintenant ses avant-bras à plusieurs centimètres au-dessus du bras du fauteuil. Il avait des mouvements stéréotypés des doigts, des tics de la face, des grimaces ». Somme toute, concluent les auteurs, « on le prendrait pour un dément précoce catatonique typique ». – JACOB ¹, étudiant cinq cas de paralysie générale à évolution prolongée a noté chez quatre de ces malades des manifestations catatoniques. – Dans l'important mémoire qu'il a consacré à cette question, W. HAFNER ² rapporte 14 observations détaillées et probantes. Pour lui, comme pour JACOB, l'apparition de ces phénomènes catatoniques dépend de la localisation du processus méningo-encéphalitique. – Dans sa thèse, REHBERGER ³ a étudié les stéréotypies dans la paralysie générale et l'année suivante SCHMIDT-KRAEPELIN ⁴ insista (comme JACOB) sur le fait que les manifestations catatoniques apparaissent surtout dans les formes prolongées de l'affection. – STRECH ⁶ et HORN ⁸, l'un étudiant les symptômes striés de la paralysie générale et l'autre plus généralement les troubles moteurs des paralysies générales ont encore rapporté quelques nouveaux exemples cliniques de phénomènes catatoniques considérés comme relevant de la pathologie striée. – GUREVIC ⁷ a publié six nouvelles observations : dans tous ces cas, il y avait des lésions importantes des noyaux opto-striés. BONSTEIN ⁸ (1933) aurait observé cinq cas de ce genre sur 500 paralysies générales. – GORDON ⁹ a étudié un cas de catatonie évoluant chez un paralytique général qu'il interprète comme « l'effet du déclenchement par la syphilis d'une schizophrénie latente ». – FRACASSI et QUARANTA ¹⁰ ont observé chez quatre paralytiques généraux impaludés, une symptomatologie où se mêlaient hallucinose et phénomènes catatoniques, stéréotypies, maniérisme, grimaces, etc.. à titre de « symptômes résiduels ».

...Assis sur son fauteuil, il demeurait pendant des après-midi entières immobile sans appuyer les épaules au dossier, maintenant ses avant-bras à plusieurs centimètres au-dessus du bras du fauteuil...

5° SYNDROMES CATATONIQUES DANS LES DÉMENCES PRÉSÉNILES ET SÉNILES :

SOMMER ¹¹ paraît avoir, le premier, attiré l'attention sur les formes de « *catatonie tardive* », les « *Spätkatatonien* ». Il indiquait que l'affection survient surtout chez la

-
1. JACOB, *Zeitsch.f. d. g. Neuro.*, 1920.
 2. W. HAFNER, *Zeitsch.f. Neuro.*, 1921, tome 68, pp. 160 à 213.
 3. REHBERGER, Strasbourg, 1925.
 4. SCHMIDT-KRAEPELIN, *Zeitsch. f. g. Neuro.*, 1926, tome 101.
 5. STRECH, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1925, tome 97.
 6. HORN, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1926, tome 105.
 7. GUREVIC, Analyse dans le *Zentralblatt*, 1927, tome 47.
 8. BONSTEIN, Cité par M^{lle} ROUSSET.
 9. GORDON, *Psychiatric Quart.*, 1934, 8, p. 300.
 10. FRACASSI et QUARANTA, *Rev. Argentine Neuro.*, 1935.
 11. SOMMER, *Zeitsch.f. d. g. Neuro.*, 1910, tome 1.

femme. Elle débute brusquement et sous forme mélancolique. Le négativisme, la verbigération, la répétition stéréotypée d'expressions mécanisées, de « sentiments dépressifs », en constituent les symptômes fondamentaux. Naturellement le tableau clinique se superpose si exactement avec certaines formes de mélancolie d'involution, que certains auteurs comme DIVRY et MOREAU ¹ mettent en doute qu'il s'agit dans les cas de SOMMER de véritable catatonie. On sait que la « mélancolie figée », de MEDOW se caractérise par un « encapsulement de la personnalité dans des habitudes inaltérables, par « la répulsion envers toute nouveauté », la perte de l'activité, l'émission impulsive de mots isolés sans signification, l'évanouissement de certains mouvements et de certaines manières d'être », de telle sorte qu'il paraît bien difficile de séparer cette description de celle de SOMMER. Le travail clinique de URSTEIN (de Varsovie) ² ne permet guère de définir plus nettement « cette affection ». Après avoir rapporté 40 observations détaillées, il proposait de dégager de cette copieuse étude deux séries de faits : une forme présénile à forme paranoïde avec hallucinations et idées de persécution et une forme « hypocondrio-nihiliste » avec délire cénesthopathique et idées de négation. C'est donc bien dans le cadre plus général des mélancolies d'involution que nous paraît s'intégrer cette variété de délires avec stéréotypies, négativisme, stupeur, akinésie et parakinésies diverses. L'observation que DIVRY et MOREAU ont présentée dans leur travail, les cas de Ramond et Bernard de la thèse de M^{lle} ROUSSET (1936) pour ne parler que de ces observations relativement récentes démontrent bien l'impossibilité de séparer ces formes catatoniques hypocondriaques à anxiété vide et stéréotypée du groupe des mélancolies d'involution ³.

...C'est donc bien dans le cadre plus général des mélancolies d'involution que nous paraît s'intégrer cette variété de délires avec stéréotypies, négativisme, stupeur, akinésie...

...Il est difficile de séparer également ces « catatonies tardives » des formes de démence présénile, type PICK ou ALZHEIMER...

Il est difficile de séparer également ces « catatonies tardives » des formes de démence présénile, type PICK ou ALZHEIMER où l'oppositionnisme, la réduction stéréotypée du comportement, la raideur musculaire, les itérations verbales, les troubles de la mimique, l'écholalie, les logoclonies, etc... figurent comme symptômes caractéristiques sans abandonner leur parenté avec ceux que l'on décrit chez des gens plus jeunes, comme nettement catatoniques... l'observation du malade de PICK que nous avons publiée avec GUIRAUD ⁴ illustre le comportement stéréotypé et mécanique de ces malades qui, s'ils avaient 30 ans, seraient souvent appelés hétérophrénocatatoniques...

Les formes catatoniques des démences séniles sont les plus souvent des syndromes manifestant l'atteinte artériopathique cérébrale. Il en était ainsi par exemple pour l'observation CLAUDE LHERMITTE et BARUK ⁵, dans celle de GUIRAUD

1. DIVRY et MOREAU, *Journal belge de Neurologie*, 1929.

2. URSTEIN, *Spätpsychoosen Katatoner Art.*, Berlin, Vienne, 1913, 1 vol., 440 pages.

3. On trouvera à la fin de l'article de DIVRY et MOREAU une intéressante bibliographie.

4. GUIRAUD, *Ann. Médico-Psycho.*, 1936.

5. LHERMITTE et BARUK, Syndrome catatonique avec négativisme unilatéral, *Encéphale*, mars 1932.

et CARON ¹ ou encore dans les cas de KLEIST et l'observation du malade Loeb de la thèse de M^{lle} ROUSSET.

6° LES SYNDROMES CATATONIQUES DANS LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES OU MANIACO-DÉPRESSIVES :

Nous avons déjà eu l'occasion de noter à propos des formes évolutives qu'il y avait des catatonies intermittentes et périodiques. De tels troubles posent naturellement la « question des relations des psychoses périodiques et des psychoses le plus « authentiquement » catatoniques, c'est-à-dire les évolutions de « démence précoce » ou de «schizophrénie ». Aussi est-ce au travail extrêmement approfondi de HELMUTH MULLER ², à l'importante monographie de LANGE ³ et à la thèse de ROUART ⁴ qu'il faut recourir pour avoir une vue d'ensemble de ce problème d'un intérêt pratique si évident.

Tout d'abord ce fut le problème du diagnostic qui passionna les auteurs, car il s'agissait de l'autonomie des deux entités kraepelinienne : démence précoce et manie dépressive qui ne paraissaient guère discutables. Chez nous CHASLIN et SÉGLAS ⁵ y discernèrent la faiblesse de la nosographie allemande. Signalons les articles et communications à cette même époque de SÉGLAS et COLIN ⁶, LEROY ⁷, BARTHE et GUICHART ⁸, BARTHE ⁹, COURBON ¹⁰. WILMANS ¹¹ s'était au même moment beaucoup préoccupé également du diagnostic des syndromes catatoniques à type maniaco-dépressif et tout le monde connaît l'ouvrage de URSTEIN ¹², qui consacre une longue étude clinique aux formes maniaco-dépressives de la catatonie. Pour lui, ces formes intermittentes font partie du cadre de l'entité « catatonie ». – Mais DREYFUS ¹³ critiqua vivement cette manière de voir.

Somme toute, les opinions des auteurs peuvent se répartir en trois catégories : ceux qui admettent franchement qu'il existe de « véritables » états catatoniques dans le cours des psychoses périodiques de types maniaco dépressifs, ceux qui admettent l'in-

[Les catatonies intermittentes et périodiques] posent naturellement la question des relations des psychoses périodiques et des psychoses le plus « authentiquement » catatoniques... [travaux de H. MULLER, monographie de LANGE, thèse de ROUART]

1. GUIRAUD et CARON, Syndrome démentiel présénile avec écholalie. Parenté avec les syndromes pseudo-bulbaires catatoniques, *Ann. Médico-Psycho.*, février 1931.

2. HELMUTH MULLER, *Zentralblattf.Neuro.*, 1922, tome 28, pp.142 à 180 et pp. 248 à 282.

3. LANGE, *Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen*, Berlin, 1922.

4. ROUART, *Psychose maniaque dépressive et psychoses discordantes*. Paris, 1935.

5. CHASLIN et SÉGLAS, Intermittence et Démence précoce, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1911.

6. SÉGLAS et COLIN, *Encéphale*, 1909.

7. LEROY, *Ann. Médico-Psycho.*, 1909.

8. BARTHE et GUICHART, *Encéphale*, 1911.

9. BARTHE, *Encéphale*, 1912.

10. COURBON, *Encéphale*, 1913, etc...

11. WILMANS, *Zentralblatt*, 1907, tome 30.

12. URSTEIN, *Die Dementia Praecox und ihre Stellung zum manisch depressiver Irresein*, 1909.

13. DREYFUS, *Zentralblatt*, 1910, tome 33.

compatibilité du diagnostic de catatonie et de psychose périodique, et ceux qui admettent des formes hybrides ou associées.

Parmi les premiers, il faut citer depuis WILMANS et URSTEIN, BORNSTEIN ¹, PFERSDORFF ², SCHRÖDER ³, qui admettaient que ces formes atypiques font partie des psychoses dégénératives. LANGE (1922) ⁴, pour sa part, a considéré l'éventualité de troubles catatoniques chez les maniaques comme exceptionnelle mais incontestable surtout chez les tout jeunes gens et les vieillards (et particulièrement chez les Juifs). Un tableau que l'on trouvera dans l'article de SAUSSURE ⁵, illustre et justifie cette opinion. Signalons que LANGE a noté dans 100 cas d'états maniaques 13 fois du négativisme, 30 fois des stéréotypies, 37 fois du maniérisme, 5 fois de la catalepsie et 8 fois de l'échomimie et de l'échopraxie. Dans 24 cas seulement, le tableau de la manie était « pur ». Chez nous, à la suite de SÉGLAS, cette opinion est beaucoup plus répandue et la catatonie a été considérée comme un *syndrome* qui peut se rencontrer dans diverses psychoses et notamment au cours de folies périodiques (DEVINE, LEVY-VALENSI, etc...).

Parmi les seconds, il faut citer depuis DREYFUS, KLEIST, EWALD et la plupart des classiques (RÉGIS, BLEULER, etc...).

Enfin parmi la troisième catégorie se rangent tous les auteurs qui ont décrit des formes « hybrides » (CLAUDE avec son concept de schizomanie, ROUART admettant des formes « marginales » ou « associées », COURBON, GAUP, HOFFMAN, etc...).

En fait, nous savons très bien qu'il existe en clinique des multitudes de cas où des états maniaco-dépressifs comportent des symptômes de la série catatonique (cf. le tableau de LANGE auquel nous nous sommes référés plus haut et un travail américain qui malgré sa méthode de travail un peu trop schématique est intéressant, celui de BONNER et KENT ⁶). Seule l'idée que le terme de catatonie doit être réservé aux états de dissociation schizophrénique empêche de voir ce fait. Il convient cependant d'ajouter que l'organisation en états chroniques est peut-être plus fréquente dans les formes maniaco-dépressives avec symptômes catatoniques que dans les formes pures. Ce sont en tout cas les conclusions de la thèse de P. DE BOUCAUD ⁷. Ce problème sur le plan clinique se résume à discuter si, oui ou non, il existe des formes maniaco-dépressives à symptomatologie plus ou moins catatonique. Il nous paraît que oui et la subtilité

...En fait, nous savons très bien qu'il existe en clinique des multitudes de cas où des états maniaco-dépressifs comportent des symptômes de la série catatonique...

1. BORNSTEIN, Ueber die Differentialdiagnose zwischen manisch. depressiven Irresein und D. P., *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1911, 5, p. 145.

2. PFERSDORFF, *Monatsch. für Psych.*, 1911.

3. P. SCHRÖDER, Ungewöhnliche periodischen Psychosen, *Monatsch. f. Psych. u. Neuro.*, 1918, 5.

4. LANGE, *Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen*, 1 vol. Berlin, 1922.

5. DE SAUSSURE, Diagnostic différentiel entre la folie maniaque dépressive et la catatonie, *Encéphale*, 1924, p. 75.

6. C. A. BONNER et G. H. KENT, *American Journal of Psych.*, 1936, tome 92, pp. 1311 à 1322.

7. P. DE BOUCAUD, Bordeaux, 1933, travail où on trouvera, ainsi que dans la thèse de ROUART, une abondante bibliographie.

verbale des diagnostics proposés ou imposés pour trancher la question par la négative nous paraît plutôt confirmer qu'infirmier cette observation.

7° LES SYNDROMES CATATONIQUES NÉVROTIQUES. CATALEPSIE HYSTÉRIQUE ET CATATONIE :

Il paraît évident qu'un grand nombre de malades appelés autrefois hystériques sont appelés par nous actuellement catatoniques. Une grande partie de la symptomatologie de l'hystérie (sommeil cataleptique, crises hyperkinétiques, expressives, attitudes bizarres et théâtrales, fixations inconscientes de mouvements ou de postures, troubles de la personnalité, réactions paradoxales, contenus délirants, blocage, suggestibilité, états crépusculaires, catalepsie, insensibilité, etc., etc...) a trouvé un refuge dans celle de la démence précoce ou des schizophrénies principalement à forme catatonique. Ce qui reste de l'hystérie dans la clinique psychiatrique contemporaine, devait donc tout naturellement et avec acuité poser la question des rapports des phénomènes hystériques et des troubles schizophréniques (CLAUDE) et cela principalement sur le terrain de la catatonie (CLAUDE et BARUK).

Rappelons certes des observations comme celles de PERELMANN¹ et de DAMAYE² et surtout celle du malade Brual, pivot de la thèse d'ELLENBERGER. Mais il convient (plutôt que de chercher des cas présentés comme exceptionnels) de nous rappeler l'énorme importance clinique des réactions hystéroïdes qui marquent si fréquemment des évolutions hébéphréno-catatoniques typiques et dont le développement confond étroitement, à certaines de ses phases, les signes de la série catatonique et hystérique notamment au cours des *états crépusculaires*. Ils ont été décrits d'abord, rappelons-le, par GANSER³ dans l'hystérie, puis, versés au compte de la catatonie, ils ont fait l'objet des études anciennes mais certainement pas périmées de RAECKE⁴ sur la stupeur chez les prisonniers.

Pour CLAUDE⁵ la parenté était tellement profonde entre hystérie et schizophrénie qu'il rangeait ces deux formes psychopathique dans le cadre des « schizoses ». Ces deux catégories de malades offraient, en effet, à ses yeux, des manifestations de dissociation psychique ou psychomotrice, ce que JANET avait admirablement vu de son côté en tâchant de relier ses études premières sur la dissociation et l'automatisme des hystériques à l'analyse des états schizophréniques. Pour CLAUDE, la différence importante qui sépare cependant la névrose hystérique et la psychose schizophrénique est constituée par la profondeur, la gravité du processus dissociatif : dans les états schizoïdes ou schizophréniques, la dissociation est durable, souvent permanente et définitive,

...Une grande partie de la symptomatologie de l'hystérie [...] a trouvé un refuge dans celle de la démence précoce ou des schizophrénies principalement à forme catatonique...

...rappelons l'observation du malade Brual, pivot de la thèse d'ELLENBERGER...

...Pour CLAUDE la parenté était tellement profonde entre hystérie et schizophrénie qu'il rangeait ces deux formes psychopathique dans le cadre des « schizoses »...

1. PERELMANN, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1926, tome 100.

2. DAMAYE, Un cas d'hystéro-catatonie, *Ann. Médico-Psycho.*, 1929.

3. GANSER, *Archiv. fur Psycho.*, XXX, 2, p. 633.

4. RAECKE, Hysterische Stupor bei Strafgefangenen, *Allg. Zeitsch. f. Psycho.*, 1901.

5. CLAUDE, Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie, *Ann. Médico-Psychol.*, 1937, II.

tandis que dans le groupe des affections hystériques, la dissociation est plus superficielle et temporaire.

C'est précisément sur le point de convergence de l'hystérie et de la catatonie, sur le « syndrome psychomoteur » cataleptique, que les travaux de CLAUDE et de BARUK¹ ont mis l'accent et pris leur essor. La crise de catalepsie hystérique selon eux s'accompagne d'une suspension incomplète de la conscience qui peut, dans les cas légers, se réduire à une simple inhibition psychomotrice. La crise de catalepsie catatonique s'en rapproche beaucoup, mais elle affecte une forme moins paroxystique et présente des troubles moteurs plus complexes et moins accessibles à la suggestion. Malgré cette diversité, il existe une unité profonde, celle d'une même altération des fonctions psychomotrices supérieures, « celles qui consistent dans la décision, l'initiative, la commande du mouvement vers un but déterminé ». Dans les deux cas, cette disposition fonctionnelle est seulement inhibée et perturbée. Dans une série de recherches ultérieures, ces auteurs et BARUK² spécialement, ont mis en évidence un certain nombre de faits expérimentaux qui, tous, convergent vers cette démonstration : la contracture hystérique et catatonique est d'un niveau fonctionnel voisin de l'activité motrice volontaire et s'éloigne pour autant des troubles moteurs ou toniques élémentaires (électromyogrammes, études de la mise en train musculaire à l'aide de l'ergographe, troubles chronaxiques, etc.).

Ceci ne peut avoir d'autre sens que de justifier ce que la clinique nous apprend, c'est qu'il y a dans la catatonie beaucoup d'hystérie, et qu'il y a, à certains égards, dans l'hystérie des troubles psychomoteurs, des attaques de sommeil ou de catalepsie qui constituent un véritable aspect catatonique de la grande névrose. C'est un peu la conclusion qui se dégage du travail de CARROT, CHARLIN et REMOND³ qui, découragés au terme de leur discussion, proposent de désigner les troubles de leur malade par le terme de « hystéro-catatonie ».

Nous connaissons maintenant l'immense variété de conditions et de formes cliniques des troubles catatoniques. Cela nous permet de nous représenter combien le problème pathogénique va être complexe et à quelles interprétations, à quelles controverses il va se prêter.

§ III. – PATHOGÉNIE DE LA CATATONIE

Le tableau clinique que nous venons de tracer laisse en effet deviner que les idées pathogéniques les plus différentes ont dû nécessairement s'imposer à l'esprit des

1. BARUK, *Encéphale*, 1928.

2. BARUK, Cf. spécialement sa *Psychiatrie médicale* (pp. 320 à 433), où il a rassemblé ses travaux épars dans diverses revues.

3. CARROT, CHARLIN et REMOND, L'hystéro-catatonie, *Ann. Médico-Psycho.*, 1945, I p. 367.

...Dans les travaux de CLAUDE et de BARUK...

...la contracture hystérique et catatonique est d'un niveau fonctionnel voisin de l'activité motrice volontaire et s'éloigne pour autant des troubles moteurs ou toniques élémentaires...

auteurs en présence de faits si hétéroclites, si rebelles à une définition exacte et précise. Nous allons examiner de ce point de vue trois problèmes fondamentaux : l'analyse physiologique du trouble catatonique, – les agents catatonigènes – et le problème de la localisation cérébrale. Nous aurons peut-être là encore du mal à maintenir chacun de ces problèmes pathogéniques dans un cadre autonome puisqu'ils s'intriquent et se commandent réciproquement, mais nous croyons ainsi rendre plus clair et plus commode cet exposé à la fois fastidieux et nécessaire.

A. – ANALYSE PHYSIOLOGIQUE DU SYNDROME MOTEUR CATATONIQUE

La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question en reprenant l'opinion de KAHLBAUM qui voyait le trouble fondamental de la catatonie dans de simples « spasmes musculaires » (CLAUS), ont une tendance à considérer la catatonie comme un trouble primitivement et élémentairement moteur, automatique, « amyostatique » selon la terminologie des auteurs allemands (STRÜMPELL, FÖRSTER, KLEIST, SCHALTENBRAND, etc.). C'est ainsi que RIEGER¹ et ROLLER², il y a bien longtemps, se représentaient la flexibilité cireuse comme le résultat de l'innervation simultanée des muscles antagonistes. Vers la même époque OSTERMEYER³ signalait l'exagération des réflexes, la contraction idio-musculaire et la diminution de l'excitabilité musculaire galvanique. ROLLER⁴ et LUNDBORG⁵ rapprochaient la catatonie des myoclonies et de la myotonie. Naturellement cette assimilation pure et simple du trouble catatonique à un trouble moteur ne pouvait manquer de soulever de violentes réactions. En Allemagne, KRAEPELIN, VOGT (de Christiana), SOMMER (1894) s'insurgèrent contre cette manière de voir. On trouvera dans le travail de SERBSKY⁶ une excellente argumentation contre la pathogénie neuromotrice et musculaire de la catatonie, *argumentation qui a gardé encore toute sa valeur dans l'état actuel de la question*. En France on n'envisagea guère, avec les grands cliniciens de cette époque (SÉGLAS, SÉRIEUX, CHASLIN, etc...) la catatonie sous cet angle. Il ne faut pas, à ce sujet, mal interpréter la tentative de JOFFROY⁷ pour classer la catatonie dans le groupe des « Myopsychies » car il distingue assez radicalement les deux séries de troubles moteurs et psychiques sans faire dépendre les seconds des premiers.

...La plupart des auteurs [avec] KAHLBAUM [...] ont une tendance à considérer la catatonie comme un trouble primitivement et élémentairement moteur...

1. RIEGER, *Archiv. f. Psycho.*, 1882, tome 13.

2. ROLLER, *Motorische Störungen beim einfachen Psychosen, Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1884

3. OSTERMEYER, *Katatonie, Deutsch. Arch. f. Kl. Med.*, 48.

4. ROLLER, *Motorische Störungen beim einfachen Psychosen, Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1884

5. LUNDBORG, *Zentralblatt f. Nervenheilkunde*, 1905.

6. SERBSKY, *Zentralblatt f. Nerv.*, 1891, résumé par CLAUS, pp. 49 et 50 de son rapport.

7. JOFFROY, *Des Myopsychies, Revue Neurologique*, avril 1902, pp. 289 à 306.

Nous avons ainsi établi que l'analyse physiologique du trouble catatonique ne date pas d'hier et en exposant maintenant les travaux les plus récents sur ce point, nul doute que l'on ne discerne clairement à quel point ils restent « traditionnels ».

Examinons d'abord quelles sont les deux positions qui ne cessent de s'affronter. Certains auteurs contemporains assimilent les troubles cataleptiques, de persévération, d'hypertonie, de résistance, etc... à des troubles neurologiques du tonus. Ils sont naturellement enclins à mettre en évidence, comme nous le verrons plus loin, les relations qui les uniraient ainsi aux contractures et autres syndromes moteurs. Ainsi GUIRAUD¹ admet que la catalepsie entre dans les anomalies de régulation tonique des agonistes et des antagonistes. Il a, en particulier, très finement analysé le maniérisme catatonique en le ramenant au plan neurologique. L'analyse des troubles des mouvements du catatonique décèle, à ses yeux, des mouvements parasites rappelant les myoclonies et la chorée, des répétitions, des fragments d'actes, des arrêts et des libérations brusques de l'activité psychomotrice, de même des réceptions motrices, des mouvements augmentatifs ou itératifs rappelant à la fois l'athétose et l'acrobadykinésie. Certaines positions stéréotypées sont, pour lui, à rapprocher de certains réflexes d'attitude (Stellreflexe de MAGNUS) et rappellent parfois la « dysbasia lordotica », « tout comme la comparaison s'impose entre certains épisodes moteurs et des crises de rigidité décérébrée ». – Dans une perspective théorique identique, KLEIST² a distingué les troubles *psychomoteurs* bilatéraux et intégrés à la pathologie du Moi – des troubles « amyostatiques » souvent unilatéraux et étrangers au Moi. Parmi ces derniers, KLEIST signale l'athétose, la chorée, les spasmes de torsion et les tics, il leur apparente les itérations psychomotrices et les stéréotypies. Aux crises amyostatiques avec rigidité, correspondraient sur le plan psychomoteur l'akinésie ou flexibilité, l'opposition cataleptique et le négativisme. Ainsi tout en maintenant une certaine séparation entre certains troubles catatoniques et les troubles amyostatiques, son analyse reste assez hésitante. Pour lui la catatonie est « en gros » un syndrome du tronc cérébral en relation, non pas avec la sphère des automatismes moteurs, mais avec celle de l'instinct. – L'École italienne a pris généralement une position assez voisine de celle de GUIRAUD et de KLEIST avec BUSCAINO³, SALMON⁴,

...Certains auteurs contemporains assimilent les troubles cataleptiques, de persévération, d'hypertonie, de résistance, etc... à des troubles neurologiques du tonus[...]. Ainsi GUIRAUD...

...KLEIST, dans une perspective théorique identique...

1. P. GUIRAUD, Conception neurologique du syndrome catatonique, *Encéphale*, 1924, et Catatonie et syndromes extra-pyramidaux, *Paris Médical*, 1927, II, p. 301, et P. GUIRAUD et CHANES, *Société clinique de Méd. Ment.*, 1926.

2. KLEIST, Die psychokinetischen Katatonien und myostatischen Störungen der Stirnhirns, *Jahrbuch Psychiat.*, 1933, 50, pp. 23 à 34.

3. BUSCAINO, Composante Neurologica della demenza precoce catatonica, *Quaderni di Psichiatria*, 1924, n° 3-4.

4. SALMON, Le facteur diencéphalique dans le mécanisme des crises catatoniques, *Rev. Neuro.*, 1933, pp. 592 à 597.

BERTOLANI ¹ etc. La position de SALMON est particulièrement nette ; pour lui, le trouble fondamental de la catatonie est une « *myotonie plastique* ».

Contre cette manière de voir qui tend à situer relativement « bas » le trouble fonctionnel de la catatonie, bien des auteurs se sont élevés et notamment, chez nous, CLAUDE et BARUK. C'est une des positions les plus claires de la conception de BARUK. Pour lui ², un certain nombre de signes cliniques permettent de situer plus haut dans la hiérarchie fonctionnelle le trouble catatonique. Tout d'abord, les aspects de la rigidité catatonique sont à la fois expressifs et variables. En second lieu, on se rend compte qu'il s'agit d'une résistance active. Troisièmement, la topographie de cette rigidité varie sans cesse, elle n'a pas de distribution topographique fixe. Si l'on compare la main catatonique à la main pyramidale ou parkinsonienne, on observe les variations du tonus avec l'attitude motrice d'ensemble et le comportement volontaire et automatique. Il y a donc dans le trouble catatonique une « composante » volontaire, une « apparence volontaire » dit BARUK, qui le soustrait à une interprétation trop purement automatique et réflexe. En ce sens, BARUK se trouve tout à fait d'accord avec BARAHONA FERNANDES ³ à qui l'on doit une étude des plus pénétrantes de la pathologie psychomotrice et avec le très important travail de STEGER et SCHALTENBRAND ⁴ dont nous retrouverons plus loin l'occasion de parler.

Une foule de travaux ont donc été publiés ces dernières années, destinées à éclaircir à l'aide de recherches cliniques pharmacologiques et expérimentales, la physiologie motrice et du tonus musculaire chez les catatoniques. Pour le moment, contentons-nous d'exposer ces diverses recherches en indiquant simplement, au passage, leurs tendances pathogéniques. Avant d'envisager le problème pathogénique dans son ensemble, il sera aisé de voir que tous les auteurs ne cessent de penser aux relations de la catatonie avec les syndromes neurologiques, à sa localisation corticale ou encéphalique etc...

1° *Symptômes extrapyramidaux et catatonie :*

En 1923, Ch. FOIX et THÉVENARD ⁵ avaient noté la ressemblance qui leur paraissait exister entre un réflexe de posture locale et la persistance d'une attitude dans le segment d'un membre catatonique. Ils admettaient que « l'exagération des réflexes de posture constitue une base favorable à la catatonie et se rencontre au cours de cette dernière ». DELMAS-MARSALET ⁶ concluait d'une analyse graphique approfondie, à peu près comme

...Contre cette manière de voir [...] bien des auteurs se sont élevés et notamment, chez nous, CLAUDE et BARUK...

Il y a donc dans le trouble catatonique une « apparence volontaire » dit BARUK, qui le soustrait à une interprétation trop purement automatique et réflexe...

1. BERTOLANI, La sindrome catatonica, *Rivista sper. di Frenia.*, 1925, 49, pp. 278 à 577.

2. BARUK, *Psychiatrie médicale*, pp. 51 à 54.

3. BARAHONA FERNANDES, *Beich. Monatsch. Psych.*, 1927, 70.

4- STEGER et SCHALTENBRAND, Das Myogramm bei der Katatonie, *Zeitsch.f. d. g. Neuro.*, 1940, 169, p. 183.

5. CH. FOIX et THEVENARD, Réflexes de posture, *Rev. Neuro.*, 1923, II.

6. DELMAS-MARSALET, *Société de Biologie*, 1926.

Ch. FOIX, en déclarant que « les réflexes de posture peuvent jouer un rôle dans la catatonie de la démence précoce », mais il ne pensait pas qu'ils constituent « des éléments fondamentaux de cette catatonie ». CLAUDE, BARUK et THÉVENARD ¹ ont montré à l'aide d'inscriptions graphiques la variabilité de ces réactions posturales : le tonus musculaire des catatoniques leur parut plus proche de l'activité volontaire que de la contracture extrapyramidale. De même que DELMAS-MARSALET avait constaté un relâchement progressif par paliers (phénomène des échelons) du jambier antérieur au cours de l'épreuve chez les catatoniques, chaque échelon correspondant à un mouvement de diversion de l'attention, CLAUDE, BARUK et THÉVENARD notèrent l'influence des diversions psychiques et ce que BARUK appelle « *l'anticipation des mouvements passifs* », c'est-à-dire que des contractions automatiques se déclenchent dès qu'on approche de la main du malade, souvent même avant de l'avoir touchée. De plus l'épreuve de la scopolamine leur a paru confirmer que les réflexes de posture proprement dits étaient relativement indépendants de la contracture catatonique, puisque la scopolamine fait disparaître ceux-là, mais laisse persister celle-ci.

Plus récemment BONASERA-VAZZINI ², étudiant le tonus musculaire et les réflexes locaux de posture dans la catatonie et chez des post-encéphaliques durant la narcose par l'évipan sodique, s'est rangé à l'avis des auteurs qui admettent que l'hypertonie et l'exagération des réflexes de posture « dépendent d'un facteur psychique ».

Cependant SEVERINO ³ constatait que dans 60% des cas, les réflexes de posture étaient exagérés dans la catatonie, fait concordant avec la conception de GUIRAUD qui dans son travail de 1927 ⁴ opposait aux travaux de DELMAS-MARSALET, CLAUDE, BARUK et THÉVENARD, une série d'arguments destinés à montrer que, chez les catatoniques, la contracture posturale réflexe du jambier antérieur est évidente (phase R) dans leurs propres graphiques. Pour lui, il considérait comme essentielle l'abolition de la décontraction réflexe chez le catatonique. SEVERINO ⁵, dans un mémoire extrêmement documenté, a étudié une série de réflexes « extrapyramidaux » chez le catatonique. Après une étude critique de ces divers réflexes, il conclut que le réflexe décrit par POUSSEP en 1923 (déviation latérale du petit orteil par excitation légère du bord externe du pied à l'aide du manche du marteau), celui de SCHRJNER BERNHARD (1922) (flexion des orteils par percussion de la face antérieure de la jambe) et les *réflexes de pression* de SODERBERG (rétraction du sourcil par pression frontale, relèvement du sillon nasolabial

1. CLAUDE, BARUK et THÉVENARD, *Congrès de Blois*, 1927.

2. BONASERA-VAZZINI, *Tono muscolare e riflesse locali di posizione nello catatonica umana durante la narcosi da evipan sodico*, Pisani, 60, pp. 41 à 57, 1940.

3. SEVERINO, *Rivista di Freniatria*, 1932, 56, pp. 131 à 161.

4. GUIRAUD, *Paris Médical*.

5. SEVERINO, Sui casi dei riflessi extrapiramidali in varie malattie del sistema nervoso centrale nella demenza precoce catatonica in ispecie, *Rivista Sper. di Freniatria*, 1931, 55, pp. 437 à 489.

...CLAUDE, BARUK et THÉVENARD ont montré [que] le tonus musculaire des catatoniques leur parut plus proche de l'activité volontaire que de la contracture extrapyramidale...

par pression maxillaire inférieure, flexion des doigts par pression du radius), tous ces réflexes relevent probablement de la pathologie extrapyramidale. Par contre, le phénomène de BOVERI (brusque flexion dorsale du pied par excitation de la région plantaire médiane) et le phénomène de PIOTROWSKI (réflexe d'extension du pied antagoniste du muscle tibial antérieur par percussion de ce muscle au niveau de son tiers moyen) ne lui paraissent pas être de nature extrapyramidale. Étudiant 30 déments précoces de forme hébéphrénique simple ou paranoïde, il a noté très rarement ces divers réflexes. Mais chez les catatoniques, il les a rencontrés avec une plus grande fréquence (et cela surtout pour les réflexes extrapyramidaux de POUSSEP, de SCHRIJNER-BERNHARD et de SODERBERG). – Giuseppe ANTONINI ¹ est parvenu à des conclusions analogues par l'étude de 15 cas, il a noté chez ses catatoniques le phénomène de POUSSEP et le réflexe de SCHRIJNER-BERNHARD et un certain degré d'hypertonie maxillaire. Enfin, signalons que CLAUDE et BARUK et THÉVENARD (1927) ont, par contre, une fois de plus opposé les parkinsoniens aux catatoniques en ce qui concerne les *réflexes d'attitude*, le phénomène de la poussée restant absolument normal chez les catatoniques dont les fonctions d'équilibration et de statique demeurent intactes.

2° *Recherches électromyographiques :*

Certaines études électromyographiques, comme celle de John BORSEY et de Edw. TRAVIS ², n'ont trait qu'au comportement de quelques réflexes (dans leur travail, il s'agit du réflexe patellaire) et ils montrent que le rapport H. T. est augmenté chez les catatoniques. Les premiers travaux de CLAUDE, BARUK et NOUEL ³ ont porté sur l'électromyographie des « réflexes de posture ». Chez un sujet normal, le réflexe de posture provoque un soulèvement brusque auquel correspond de très forts courants d'action à rythme lent (20 à 25 oscillations par seconde), chez les catatoniques, qu'il s'agisse de contraction, d'anticipation, de mouvements passifs ou d'accompagnement des mouvements passifs ou en voie de persévération, (ce que BARUK ne considère justement pas comme de véritables réflexes de posture, mais des « réactions musculaires psychomotrices ») l'électromyogramme montre un rythme rappelant celui de la contraction volontaire. – Dans une autre série de travaux, BARUK a étudié les courbes électromyographiques de la rigidité catatonique en dehors des réactions psychomotrices de persévération qui ne constituent pas, à ses yeux, comme nous venons de le voir, de vrais réflexes de posture. BARUK rappelle tout d'abord que FRÖCHLICH et MAYER ⁴ avaient affirmé qu'il n'existait pas de courants d'action, dans les muscles en cours de contraction cataleptique. Cependant, avec CLAUDE et THÉVENARD, il a mon-

...Les premiers travaux de CLAUDE, BARUK et NOUEL ont porté sur l'électromyographie des « réflexes de posture ». ...

1. Giuseppe ANTONINI, *Rivista sper. di Freniatria*, 1935, 58, pp. 1130 à 1135.

2. J. BORSEY et Edw. TRAVIS, Réflexe response latencies, *Archiv. of Neuro.*, 1932, 27.

3. CLAUDE, BARUK et NOUEL, (Cf. *Psychiatrie médicale* de BARUK, pp. 56 à 63).

4. FRÖCHLICH et MAYER, *Archiv. für Exp. Pharm.*, 1920.

tré (1927) que ces courants d'action existaient bien dans les muscles raides des catatoniques même en repos, constatations confirmées ensuite par de JONG (1929). Le problème – toujours le même – est donc de savoir si les courbes électromyographiques du tonus catatonique se rapprochent de celles de la rigidité parkinsonienne ou de la contraction volontaire. On sait que (d'après FOIX), il existe deux sortes de courants, les uns qui s'inscrivent au rythme de 50 à 60 par seconde (rythme de PIPER) et sont constants à travers les divers modes automatiques d'activité musculaire (tonus statique, contractures pyramidales ou extrapyramidales), les autres caractéristiques de la contraction volontaire, oscillations surajoutées plus simples et de rythme lent, 10 à 12 par seconde (oscillations majeures). Or, chez deux catatoniques examinés à l'aide d'électrodes piquées dans la masse du muscle et reliées aux bornes de l'électromyographe BOULITTE, le type de l'électromyogramme était *analogue à celui de la contraction volontaire*. De plus le rôle des diversions psychiques a été illustré par la disparition concomitante de la rigidité catatonique et des courants d'action, à l'occasion de stimuli psychiques occasionnels ou provoqués systématiquement, à condition toutefois que ces stimuli soient variés.

...le type de l'électromyogramme était analogue à celui de la contraction volontaire...

Les belles études de BARUK que nous venons d'exposer sont à rapprocher des travaux d'une grande rigueur conduits par J. STEGER et D. SCHALTENBRAND. Ils ont communiqué leurs travaux sur les électro-myogrammes dans la catatonie au Congrès de Neurologie et Psychiatrie allemand du Sud-Ouest à Baden-Baden en juin 1938 ¹. Ils rappellent les recherches antérieures de HANSEN, ROFFMANN et V. WEIZSACKER pour qui les électromyogrammes dans la rigidité décérébrée, le syndrome de Parkinson et la stupeur catatonique montraient une atteinte identique des fonctions primitives du muscle. Les recherches des auteurs se sont appliquées à huit cas de schizophrénie sans catatonie, 11 cas de schizophrénie avec syndromes catatoniques épisodiques et 10 cas de schizophrénie avec syndrome grave de catatonie. L'étude myographique a porté sur deux genres d'épreuves : mouvements passifs de flexion et d'extension dans l'articulation du coude et du genou et mouvements pendulaires de va-et-vient. Dans leurs conclusions, les auteurs affirment qu'il y a une continuité dans les divers types de myogrammes entre les états de rigidité des affections les plus grossièrement organiques (paralysie spastique, rigidité parkinsonienne) et la catatonie schizophrénique. La raideur catatonique apparaît comme une fonction positive en relation avec une certaine excitation interne. Chez le schizophrène sans catatonie la décontraction s'opère comme chez les normaux, la tendance à l'opposition paraît plus forte : les myogrammes rappellent ceux du torticolis. Mais tandis que chez les normaux l'entraînement fait apparaître des courbes nouvelles, chez les schizophrènes, cette adaptation est difficile

1. J. STEGER et D. SCHALTENBRAND, *Zeitschrift f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1940, tome 169, pp. 183 à 207.

voire impossible. Les courbes sont remarquables par leur irrégularité et leur forme capricieuse. Un phénomène caractéristique est l'accroissement de la résistance à l'extension (crescendo-phénomène) dans la série des mouvements passifs et ce phénomène paraît en relation avec la sphère psychique, il est lié notamment à la mauvaise humeur. Dans les formes catatoniques graves par contre, le trouble paraît être de « type amyostatique » (au sens de STRÜMPPELL) et les mesures ont montré chez ces malades un tableau analogue à l'« hypertonie parkinsonienne ». Ceci va de pair avec l'apparition chez de vieux catatoniques de modifications dans le régime des réflexes et même de signes pyramidaux. Nous aurons l'occasion de revenir en étudiant les conceptions générales de la catatonie sur la différence des points de vue de BARUK et des auteurs allemands ¹. Qu'il nous suffise de faire remarquer pour le moment que les travaux de STEGER et de SCHALTENBRAND sont d'inspiration plus résolument jacksonienne que ceux de BARUK et admettent une série de niveaux non exclusifs d'une part positive commune : la rigidité se présentant dans les électro-myogrammes aux différents niveaux de troubles avec un « fond positif » commun sous des « formes négatives » diverses.

...la rigidité se présente dans les électro-myogrammes dans différents niveaux de troubles avec un « fond positif » commun sous des « formes négatives » diverses...

3° Ergogramme:

CLAUDE, BARUK et PORAK ² ont publié un travail sur l'étude de la *mise en train psychomotrice* chez les catatoniques. Les épreuves mesurées à l'aide de l'ergographe de Mosso ont montré que c'était la phase initiale de l'action qui était altérée. Les fonctions psychomotrices correspondant à la mise en train du mouvement spontané, à l'initiative motrice, peuvent être effectivement touchées dans certains états pathologiques comme le sommeil cataleptique et ainsi suspendues en quelque sorte expérimentalement sous l'action de certains agents pharmacodynamiques (bulbocapnine).

4° Chronaximétrie :

CLAUDE, BOURGUIGNON et BARUK ³ ont étudié la chronaxie musculaire dans la catatonie. Chez cinq malades, qui ne présentaient pas, au moment de l'examen, de raideur musculaire, les valeurs chronaxiques étudiées aux membres supérieurs étaient normales. Chez ceux qui présentaient au contraire des troubles moteurs apparents, il existait des perturbations chronaxiques importantes : avec des chronaxies normales ou à peine diminuées dans les fléchisseurs des avant-bras, on trouvait, par exemple, des

1. On ne peut que déplorer, sinon s'étonner que des travailleurs puissent, à quelques centaines de kilomètres de distance et séparés seulement par une frontière, s'ignorer alors qu'ils poursuivent exactement le même travail !

2. CLAUDE, BARUK et PORAK, *Encéphale*, 1932.

3. CLAUDE, BOURGUIGNON et BARUK, C. R., *Académie de Médecine*, 1937.

chronaxies augmentées dans les extenseurs (double de la valeur normale) comme cela a pu être observé dans les lésions pyramidales, tandis qu'au bras, la chronaxie se montrait diminuée dans le triceps au lieu d'y être augmentée. Un des faits les plus remarquables était le caractère variable et transitoire de ces modifications de l'excitabilité musculaire : chez un malade on retrouvait à certains moments au membre inférieur droit un renversement des chronaxies comme dans les lésions pyramidales : la chronaxie était doublée dans l'extension propre du gros orteil et diminuée de moitié dans les fléchisseurs (il existait un signe de BABINSKI). D'autres fois les chronaxies variaient avec les modifications vaso-motrices. L'ensemble de ces troubles serait à rapprocher, d'après les auteurs, des variations chronaxiques observées dans certains syndromes humoraux comme la tétanie. LAST et STROM OELSEN ¹ ont, utilisant la technique de BOURGUIGNON, obtenu des résultats analogues chez sept catatoniques. Les valeurs anormales variaient parfois dans la minute, parfois d'une semaine à l'autre. Il y avait généralement une tendance aux valeurs élevées. Il n'existerait pas, contrairement aux constatations des auteurs précédents, de relation entre les anomalies de chronaxie et la rigidité catatonique présente ou absente du moment des mesures. Les auteurs estiment vraisemblable que les troubles chronaxiques sont secondaires à la longue durée de l'inactivité musculaire.

...Études sur la chronaxie...

5° Appareil labyrinthique et catatonie :

CLAUDE, BARUK et AUBRY, ² et BARUK et AUBRY ³ ont étudié le résultat des épreuves galvaniques, caloriques et rotatoires chez les catatoniques. Ils ont noté l'absence de sensation vertigineuse, l'absence ou la simple ébauche de troubles de l'équilibre même après de fortes excitations vestibulaires, un défaut de déviation provoquée de l'index et une réaction nystagmique presque normale à l'épreuve galvanique. Il semblerait donc exister une hypoexcitabilité labyrinthique et il paraît plausible d'admettre une relation clinique entre le degré de l'hyporéflexie et l'intensité de la catatonie. BOURGUIGNON (avec DEJEAN en 1927, puis avec CLAUDE et BARUK en 1932) a établi que parmi les catatoniques, les uns ont une chronaxie augmentée, les autres une chronaxie diminuée, ces derniers étant les plus anciennement atteints. Les plus grandes chronaxies peuvent s'observer chez les malades récents où domine la stupeur. Hans LÖWENBACH ⁴ a étudié l'excitation calorique chez trente schizophrènes et treize sujets témoins. Chez les catatoniques périodiques en état de stupeur, les réactions ont été trouvées faibles alors qu'au réveil elles sont beaucoup plus élevées. Même chez les catatoniques agités, il existait une hypoexcitabilité des labyrinthes.

1. LAST et ROLF STROM OELSEN, *Journ. of Ment. Science*, 1936, pp. 763 à 772.

2. CLAUDE, BARUK et AUBRY, *Société de Biologie*, 1927.

3. BARUK et AUBRY, *Annales des Mal. de l'Oreille*, etc... 1929.

4. Hans LÖWENBACH, *Archiv. fur Psych.*, 1936, pp. 313 à 323.

6° Régime des réflexes:

Nous avons déjà eu l'occasion de signaler à propos des réflexes extrapyramidaux un certain nombre de recherches (SEVERINO) sur la réflectivité des catatoniques. KRAEPELIN avait noté l'exagération parfois très accentuée des réflexes tendineux, l'augmentation de l'excitabilité mécanique des nerfs et des muscles. – DIDE signalait vers 1900 des modifications des réflexes cutanés des orteils et du fascia lata, tandis que les réflexes crémastériens, épigastriques et abdominaux demeuraient normaux. SÉRIEUX et MASSELOK¹ ont observé une exagération des rotuliens dans 73% des cas ; le réflexe abdominal était aboli dans 28%, le crémastérien dans 47% et le réflexe plantaire aboli ou diminué dans 50% des cas. STECK² a noté seulement deux fois un signe de BABINSKI sur 400 observations. Ces années dernières, BARUK³ a rapporté un cas avec inégalité très nette des réflexes rotuliens inscrits mécano- et électrographiquement. Les réflexes cutanés (contrairement à ce qu'avaient avancé SÉRIEUX et MASSELOK) ont paru à BARUK être vifs. Le comportement du réflexe plantaire a retenu spécialement l'attention de cet auteur : le plus souvent il se fait en flexion, souvent il est indifférent, mais deux fois sur 25 malades il a pu remarquer un signe de Babinski, transitoire dont un cas permit de constater un renversement du rapport des chronaxies, des extenseurs et des fléchisseurs des orteils « exactement identique à celui que l'on trouve dans les hémiplésies pyramidales banales ».

Quant à la motilité oculaire⁴, rappelons d'abord les travaux anciens et notamment ceux si connus de BUMKE⁵. Pour cet auteur, l'absence de réflexes pupillaires à la douleur et autres excitations psychiques était si fréquente qu'il fallait y voir un signe de diagnostic. Les statistiques qui ont été ultérieurement faites en Allemagne sur le « phénomène de BUMKE » sont assez contradictoires. WASSERMAYER (1907) l'a rencontré dans un pourcentage de 15% seulement des cas tandis que HUBNER (1905) l'a observé dans 75% des cas et SIOLI (1910) dans 92%. KEHLER en 1923 a noté une mydriase hypertonique comparable à celle des parkinsoniens. – Plus près de nous, FEINSTEIN (1928) conclut de ses recherches que l'instabilité pupillaire (la rigidité pupillaire intermittente est désignée dans les travaux allemands comme *signe de WESTPHAL*) et les modifications des réflexes pupillaires, sensoriels et psychiques se rencontrent très souvent dans la démence précoce, mais aussi dans les formes avancées de la para-

...Recherches sur la réflectivité des catatoniques...

...Recherches sur la motilité oculaire...

1. SÉRIEUX et MASSELOK, *Soc. Médico-Psycho.*, 1902.

2. STECK, *Zeitsch. f. à. g. Neuro.*, 1923.

3. BARUK, *Psychiatrie Médicale*, pp. 88 à 92.

4. Cf. ce que nous avons déjà dit à ce sujet dans la partie clinique de cette étude. Nous empruntons la plupart des éléments de cet exposé à l'article de STEINER et STRAUSS (*Traité de Bumke IX*, pp. 267 à 272), qui nous paraît constituer le travail le plus complet sur ce point. On y trouvera (à la fin du volume) les références bibliographiques.

5. BUMKE, *Die Pupillstörungen bei Geistes und Nervenkranken*, 1904.

lysie générale et l'imbécillité. PICKERT (1927) a observé le phénomène de BUMKE d'une manière inconstante chez beaucoup de malades mentaux. LÖWENSTEIN et WESTPHAL (1938) sont parvenus aux mêmes résultats, que KEHLER : la rigidité pupillaire variable des postencéphaliques comme des catatoniques dépend de l'hypertonie de l'iris en relation avec les modifications d'ensemble de la répartition tonique dans le corps tout entier. Pour LÖWENSTEIN cette rigidité pupillaire catatonique est l'expression d'une rigidité affective. MENINGER¹, étudiant trois cas de troubles pupillaires chez les déments précoces, a noté ces troubles dans 65% des cas (18% de mydriase, 6% de myosis, 11% d'inégalité, 29% d'irrégularité plus ou moins importante); dans 51% il existait un trouble des réactions lumineuses. – Chez nous, il faut signaler le travail de Xavier ABELY et TRILLOT². Ces auteurs ont noté que sous l'influence d'une excitation lumineuse assez forte la pupille se contracte comme chez le normal mais reprend avec une grande rapidité sa dimension primitive. Ce phénomène leur paraît être différent de l'hippus (série de contractions iriennes au cours d'un éclairage constant) et du réflexe paradoxal (réaction pupillaire de sens inverse). Ce phénomène (qui paraît être l'expression d'une sympathicotomie localisée du système oculo-moteur), quand il s'associe à la mydriase, au défaut de réflexes solaires, à la faiblesse de ses réponses, aux agents pharmacodynamiques injectés par voie hypodermique et à l'absence de réactions pupillaires aux excitations sensibles et psychiques, constitue un syndrome peut-être « pathognomonique », concluent ces auteurs. LEVIN et SCHILDER³ ont depuis insisté encore sur l'inégalité et l'irrégularité des réactions pupillaires à la lumière. Ces phénomènes s'accroissent au cours de l'anoxémie par inhalation de nitrogène et de l'injection de bêta-érythroïdine hydrochlorée. Ils paraissent dus à une inhibition du système parasymphatique.

7° Catatonie et physiopathologie du sommeil:

Signalons d'abord quelques travaux sur le sommeil des catatoniques : WINOGRADOFF, CALOWINA, MAJOROFF et NARBUTOWITCH⁴ ont voulu vérifier le fait noté par ARONOWITCH, l'abolition de la flexibilité cireuse pendant le sommeil : effectivement ils ont vu disparaître la catalepsie, mais dans quelques cas l'hypertonie persistait. Une série d'études a été publiée par les Américains⁵ sur la catatonie et spécialement sur le point qui nous occupe. Le point de départ de cette série d'études est le travail de H. M. JOHNSON sur les attitudes et les mouvements qui se produisent pendant le sommeil (Carney LANDIS). La flexibilité cireuse disparaît au cours du sommeil (T. W. FORBES).

1. MENINGER, *Archiv. of Neuro.*, 1928.

2. ABELY et TRILLOT, *Soc. Médico-Psycho.*, janvier 1933.

3. A. LEVINE et P. SCHILDER, The catatonic pupil., *J. of nerv. and ment. Diseases*, 1942,96, pp. 1 à 12.

4. WINOGRADOFF, CALOWINA, MAJOROFF et NARBUTOWITCH, *Arch. Biol.*, 1934 (analyse in Zentralblatt).

5. Dans le *Psychiat. Quarterly* en 1934.

La résistance électrique de la peau au cours du sommeil chez les catatoniques ne présente aucune courbe particulière (J. W. FORBES et Z. A. PROTROWSKI). Le fait que des sujets normaux peuvent présenter des phénomènes cataleptiques de longue durée et que, d'un autre côté, la flexibilité cirreuse disparaît pendant le sommeil, montre que la catatonie n'est pas analogue au sommeil et qu'elle ne dépend pas d'un facteur permanent d'intoxication générale (CARNEY LANDIS et T. W. FORBES). Cette conclusion négative des auteurs américains s'oppose à une série de travaux qui assimilent la catalepsie à un sommeil normal. Pour BARUK l'analogie entre catatonie et sommeil reste certes partielle puisqu'il n'existe pas de résolution musculaire et qu'il est impossible de réveiller ces sujets. La catatonie est évidemment un processus différent du sommeil puisque la catatonie, dit BARUK (p. 123), peut persister pendant le sommeil. Cependant cette distinction entre sommeil physiologique et catatonie n'est pas absolue : « Lorsque la catatonie, écrit BARUK (p. 123), reste peu accentuée, on arrive parfois à un réveil partiel en sollicitant l'attention ou en s'adressant à l'intérêt affectif. En même temps qu'il semble sortir de sa torpeur, la raideur diminue ou disparaît ainsi parfois que les « autres troubles psycho-moteurs », mais lorsque le malade est de nouveau laissé à lui-même, la rigidité et la catalepsie reparaissent. C'est ce que nous avons désigné sous le nom de *sommeil cataleptique* ». De plus on voit des catalepsies ne s'installant qu'au moment du sommeil et en suivre le rythme (BARUK et ALBANE ¹). D'autre part, les réflexes végétatifs sont fréquemment semblables chez les catatoniques et dans le sommeil (TINEL et BARUK ²). Le sommeil cataleptique apparaît comme un sommeil spécial caractérisé par une absence d'activité spontanée et adaptée, donnant au sujet une impression d'engourdissement, de suspension de sa volonté et cette suspension des fonctions psychomotrices apparaît à BARUK ³ « comme la conséquence de la suspension des fonctions de synthèse ». C'est-à-dire que les rapports de la catatonie avec un certain degré, un certain niveau du sommeil est explicitement admis par cet auteur, ce qui constitue d'ailleurs une traditionnelle référence aux faits groupés sous le nom d'états « léthargiques », « stuporeux », « cataleptiques », « hypnotiques », « crépusculaires », etc... que tous les médecins ont toujours étudié, d'abord dans le cadre des névroses et surtout de l'hystérie et depuis 20 ou 30 ans, dans le cadre des syndromes catatoniques.

...C'est-à-dire que les rapports de la catatonie avec un certain degré, un certain niveau du sommeil est explicitement admis par [BARUK]...

B. LES AGENTS CATATONIGÈNES. LES « CATATONIES EXPERIMENTALES »

On s'est naturellement ingénié à reproduire chez l'animal et même, dans un but

1. BARUK et ALBANE, Catatonie intermittente suivant le rythme du sommeil. *Soc. Médico-Psych.*, 1931.

2. TINEL et BARUK, *Ann. Médico-Psychol.*, 1931.

3. BARUK, *Encéphale*, 1932, septembre-octobre.

thérapeutique, chez l'homme, les troubles catatoniques. Le but poursuivi par des recherches de ce genre est double. Tout d'abord, montrer que la catatonie est causée « par un trouble organique » puisque les poisons exogènes ou endogènes peuvent la provoquer ou la reproduire, démonstration un peu superflue, car, comme nous le verrons, la psychogénèse intégrale de la catatonie n'est guère soutenue même par les auteurs qui sont allés le plus loin dans ce sens. Ensuite, éclairer le mécanisme pathogénique de la catatonie, ce qui va nous obliger à revenir, à propos des diverses catatonies expérimentales, sur certains faits que nous avons déjà exposés dans la description de la catatonie spontanée.

1° La catatonie bulbocapnique¹ :

Le groupe de la bulbocapnine représente un ensemble d'alcaloïdes (bulbocapnine, corydine, corytubérine, glaucyne, etc.) connus d'abord sous la forme de corydaline (WACKENRODER, en 1826, déjà) et contenus dans la *Corydalis cava* ou *Bulbocapnus cavus*, plante médicinale connue dès le moyen âge et mise dans le commerce des drogues sous le nom de « racine d'aristoloche creuse ». On emploie généralement le chlorhydrate de bulbocapnine, substance de même famille chimique que l'apomorphine dérivée comme elle d'une substance mère, l'aporphine. [NdÉ : alcaloïde de structure voisine de la morphine].

En 1852, MODE étudia l'action paralysante de la bulbocapnine chez la grenouille et le lapin. — En 1904, F. PETERS, au Laboratoire de Gadamer étudiant l'effet du groupe d'alcaloïdes des dérivés du *Corydalis* chez la grenouille, le cobaye, le chien et le chat, notait chez ces deux derniers animaux une immobilisation « rappelant la catalepsie ». Mais ce ne fut qu'en 1920, que FRÖCHLICH et MAYER firent les premières recherches électromyographiques dans la catalepsie hypnotique et la catalepsie obtenue par la bulbocapnine chez le singe. Pour ces auteurs, il existait dans ces états un état physiologique de raccourcissement chronique des muscles sans courants d'action. En 1921, DE JONG à l'aide d'un galvanomètre plus sensible montra l'existence « de magnifiques oscillations tétaniques dans l'électromyogramme des muscles d'un chat en état de catalepsie par la bulbocapnine ». A partir de ce moment, les recherches sur la catatonie bulbocapnique prirent un essor qui ne s'atténua que vingt ans après.

Suivons d'abord les effets observés par les divers auteurs aux différents échelons de la série animale.

1. Nous nous référons principalement pour la rédaction de ce paragraphe au livre de H. de JONG et H. BARUK. « La catatonie expérimentale par la bulbocapnine », I vol., 136 pages, Masson, 1930; et aux travaux qui ont été publiés depuis. Seuls ces derniers ne figurant pas dans la monographie de DE JONG et BARUK seront l'objet ici de références bibliographiques. Nous renvoyons également à une bonne bibliographie par ordre alphabétique sur la catatonie expérimentale faite par RIZZATI pour les travaux de 1920 à 1935 (*Schizofrenia*, 1935, V, pp. 357 à 397).

...En 1852, MODE étudia l'action paralysante de la bulbocapnine chez la grenouille et le lapin...

...En 1921, De Jong à l'aide d'un galvanomètre plus sensible montra l'existence « de magnifiques oscillations tétaniques... »...

a) LA CATATONIE BULBOCAPNIQUE DANS LA SÉRIE ANIMALE

Chez les insectes, Fritz STEINGER ¹ dit avoir observé l'immobilité, l'hypno-réflexivité, de l'hypotonie et de la flexibilité cirreuse.

...chez les insectes...

Chez les *poissons*, BARUK et DE JONG, préférant la méthode des simples solutions à celle des injections, ont provoqué un syndrome « très spécial » : paralysie des fonctions natatoires et d'équilibration, et hyperkinésies complexes. Ces auteurs répugnent à assimiler ces symptômes moteurs à la catatonie. Cependant BARAHONA FERNANDES et F. FERREIRA ² sont d'avis que les phénomènes qu'ils ont observés chez les poissons sont de même ordre que ceux que la bulbocapnine provoque chez les animaux les plus élevés. Il s'agirait de véritables réflexes d'immobilisation spécialement étudiés par HOFFMANN ³.

...chez les poissons...

Parmi les *batraciens* et les *reptiles*, BARUK et DE JONG ont étudié la grenouille, le lézard et le serpent. Chez la grenouille, de petites doses (2 à 3 mg) de bulbocapnine n'ont pas d'effet, les fortes doses (30 à 40 mg) sont mortelles ; les bonnes doses pour l'expérimentation sont de 5 à 10 mg. Après un stade d'excitation, il se produit un « certain engourdissement, mais différent de la catalepsie ». Chez la salamandre, les mêmes auteurs n'ont pu provoquer la catalepsie et le comportement de l'animal n'est pas modifié jusqu'à sa mort par des doses progressives. Chez les lézards, ils ont mis en évidence des « crampes toniques » (figure 7 de leur volume). Enfin, chez un serpent, des crises toniques analogues ont pu être déclenchées. BARUK et DE JONG concluent de ces expériences (à vrai dire assez peu nombreuses et d'interprétation délicate) que « en aucun cas et quelle que soit la dose employée, elle ne réalise chez ces animaux, de catalepsie. Un collaborateur de DE JONG, Georges HENRY ⁴ étudiant la grenouille, la tortue, le lézard et la salamandre est parvenu aux mêmes conclusions que DE JONG et BARUK. J. RIBEIRO DO VALE ⁵ a noté chez les batraciens, de la torpeur, une élévation de l'excitabilité et à fortes doses des hyperkinésies analogues à celles que produit la strychnine.

...chez la grenouille...

Parmi les *oiseaux*, BARUK et DE JONG ont spécialement étudié la poule. Pour des doses variant de 10 à 40 milligrammes, l'injection de bulbocapnine détermine deux états différents : un sommeil pathologique que le moindre bruit peut interrompre et un état de catalepsie au cours duquel l'animal se tient debout, les yeux ouverts et immobiles. « Ces deux manifestations se trouvent dans les expériences étroitement associées ». Les expériences analogues ont été rapportées par Georges M. HENRY ⁶ qui a fait des

...chez les oiseaux...

1. Fritz STEINGER, *Z. Morph. u. Okol. Tiere*, 1933 (analyse dans le Zentralblatt).
2. BARAHONA FERNANDES, *Encéphale*, 1933.
3. HOFFMANN, Dans le *Traité de Physiologie* de BETHE, BERGMAN, etc... 1927.
4. Georges HENRY, *Amer. J. of Psychiatry*, 1932.
5. J. RIBEIRO DO VALE, *Mem. Hosp. Juquery*, 1935.
6. Georges HENRY, *Psychiatr. Blad.* d'Amsterdam, 1930.

expériences sur le serin et la perruche. – RIBEIRO DO VALE (1935) a provoqué chez les oiseaux un certain degré de somnolence et de perte de l'initiative motrice de la catalepsie « sans négativisme ».

C'est surtout aux *mammifères* que la plupart des auteurs se sont adressés. Chez le chat, le premier étudié par DE JONG (1921), cet auteur a observé pour des doses moyennes : 1° une *immobilité* liée en grande partie à la conservation des attitudes sans aucune paralysie puisque l'animal peut sauter par exemple de haut et entre deux chaises que l'on écarte ; 2° la *passivité* et du *négativisme* : quand on pousse l'animal, il suit l'impulsion du mouvement, parfois, il forme un bloc tellement lourd et rivé au sol que l'on ne peut le déplacer que tout d'une pièce ; on a l'impression qu'il résiste et le négativisme ne constitue que l'extrême degré de la passivité ; 3° l'électro-myographie montre des modifications des courbes analogues à celles de la catatonie humaine.

...chez la souris...

Chez la souris. Les doses de 1 à 2 milligrammes produisent 3 à 10 minutes après l'injection une légère excitation, puis la souris « se met en boule » et, au bout d'un quart d'heure, elle est complètement immobile : « On peut la pousser, écrivent BARUK et DE JONG (p. 55), l'exciter par des pincements elle ne s'échappe pas. Elle se tient sur ses pattes, les yeux ouverts. La prend-on par la queue et l'approche-t-on d'un objet quelconque, elle s'y accroche immédiatement et si on l'y laisse, s'y maintient fixée pendant très longtemps. Même si l'on place l'animal dans une position difficile à garder, il s'y maintient. Nous avons pu laisser une souris suspendue par une patte antérieure, l'autre patte restant en l'air. Il est absolument impossible d'ébaucher une seule de ces épreuves avec des souris normales ». (BARUK et DE JONG). Ces faibles doses réalisent donc une *vraie catalepsie* avec contractures musculaires actives et parfois un *négativisme passif*, voire actif. Des doses plus fortes (4 à 5 mg) réalisent un état de stupeur plus profond sans conservation des attitudes difficiles, état qui se termine par des crises convulsives et le plus souvent par la mort. Il est possible au cours de ces expériences sur l'action de la bulbocapnine de mettre en évidence des *hyperkinésies*, mais celles-ci sont inconstantes, inattendues et brèves. « Tantôt il s'agit (p. 59) d'une agitation motrice brusque et violente, tout à coup l'animal fait des sauts, est projeté en l'air, se met à courir avec une vitesse extrême, saute de la table au sol, une fois nous avons vu l'animal décrire dans l'air un cercle complet, véritable « looping the loop ¹ » et tomber ensuite mort. »

...Ces faibles doses réalisent donc une vraie catalepsie [...] et parfois un négativisme...

...chez le cobaye...

Chez le *cobaye*, BARUK et DE JONG ont provoqué une catalepsie « qui peut être très nette et des décharges motrices variées ; tremblements, sursauts, hyperkinésies, mouvements stéréotypés de mastication, des grattements de pattes, etc.. » Les hautes doses

1. On ne peut naturellement s'empêcher, en se référant aux protocoles de ces expériences, de songer aux pièges qui guetteraient des observateurs plus naïfs que les auteurs qui se sont si sérieusement appliqués à de telles recherches...

produisent la rigidité décérébrée à l'épilepsie.

Chez le *lapin* ils ont obtenu de la catalepsie, du négativisme et quelques ébauches d'hyperkinésies très brèves.

...chez le lapin...

Chez le *chien*, le début de l'intoxication est caractérisé par le changement du comportement psychique. « Il a, écrivent DE JONG et BARUK, p. 67 « tendance à s'isoler, il réagit moins à des excitations, etc.. état comparable à l'autisme de BLEULER ». Le dernier travail paru à notre connaissance sur ce sujet, celui de OTTAVIANO et PAPPALARDO ¹, rapporte des expériences faites avec des doses réparties pendant 40 jours qui ont déclenché chez le chien des troubles extrapyramidaux et des troubles catatoniques (sommolence, hyperkinésies, etc..)

...chez le chien...

Chez le *singe*, FRÖCHLICH et MAYER (1920) avaient déjà souligné l'existence au cours de l'intoxication bulbo-capnique d'une catalepsie. En 1928, DE JONG déclencha chez un singe outre la catalepsie et le tremblement, des mouvements comme on en observe dans les états d'exaltation (bonds, attitudes passionnelles, bras étendus comme dans la crucifixion, etc.), ce qui n'est pas sans analogie avec le « patheticismus » de KAHLBAUM, souligne-t-il. Au cours de leurs expériences de l'Institut d'Hygiène tropicale d'Amsterdam, DE JONG et BARUK ont observé que les petites doses donnent lieu au sommeil, à une « attitude de flexion marquée rappelant l'attitude du Penseur de Rodin et l'autisme ». Les doses moyennes leur ont donné « une très belle catalepsie avec négativisme ». De plus fortes doses produisent un état d'agitation stéréotypée » avec des *gestes pathétiques* et parfois des mouvements rappelant le « *maniérisme* ». Enfin de très fortes doses produisent l'épilepsie. Il y a lieu de noter que ici, disent assez paradoxalement les auteurs, « pour la première fois dans la série animale », se produit parfois une véritable « conservation des attitudes ». Chez un singe « *Macacus cynomolgus* », DE JONG et BARUK ont noté des attitudes cataleptiques, le singe tenant une patte en l'air ; à d'autres moments, l'animal gardait la dernière position prise, une patte de devant restait par exemple tenue suspendue. L'électromyographie de cette attitude a pu être réalisée sans d'ailleurs que les auteurs tirent argument de cette courbe. Plus récemment, DE JONG ² a rapporté une observation de deux chimpanzés. Il a constaté des phénomènes analogues à ceux déjà cités. A. KENNEDY ³ a provoqué chez le singe un syndrome hyperkinétique semblable à celui des schizophrènes à l'aide d'une injection de bulbo-capnine. Cependant, si l'animal a été soumis préalablement à un choc cardiazolique, le temps de latence est plus grand et les manifestations akinétiques plus importantes.

...chez le singe...

...De JONG et BARUK ont observé que les petites doses donnent lieu au sommeil, à une « attitude de flexion marquée rappelant l'attitude du Penseur de RODIN et l'autisme »...

1. OTTAVIANO et PAPPALARDO, *Acta Neurologica (di Napoli)*, février, 1947.

2. DE JONG, *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, 1939.

3. A. KENNEDY, *J. of Neuro.*, 1930.

b) CHEZ L'HOMME.

Umberto di GIACOMO entreprit, à notre connaissance, les premières recherches sur ce point ¹, puis GULLOTTA ² étudia l'action de la bulbocapnine chez 25 catatoniques; chez 12 de ses malades kyperkinétiques les symptômes s'intensifièrent; par contre, assez paradoxalement, la bulbocapnine a amendé les stuporeux... Bruno SPAGNOLI ³ a pratiqué des injections intraveineuses et même intrarachidiennes de bulbocapnine chez des épileptiques et des parkinsoniens. Il a noté l'apparition de somnolence, de stupeur et de la bradypnée. Dans l'ensemble, ces troubles lui parurent être plus près du syndrome catatonique que de l'hypertonie parkinsonienne. C'est à une conclusion inverse cependant qu'est parvenu HENNER ⁴ à Prague.

Tels sont les résultats ⁵ les plus clairs ou les moins contestés de l'expérimentation dans la série animale et chez l'homme à l'aide de la bulbocapnine. Deux problèmes se sont imposés à l'esprit des chercheurs, l'un constituant la discussion sur l'analogie de ces troubles avec la catatonie humaine, l'autre concernant le mécanisme de la catatonie obtenue par la bulbocapnine.

SYNDROME BULBOCAPNIQUE ET CATATONIE. Comme le souligne tout spécialement BARUK ⁶, DE JONG ne croyait pas au cours de ses premières expériences (1922) qu'il fût possible d'établir une comparaison utile entre ces deux séries de faits. C'est que avec beaucoup d'auteurs, il avait tendance à voir dans la catalepsie un phénomène si purement musculaire qu'il répugnait ensuite à réduire à un trouble de cet ordre le tableau clinique de la catatonie humaine. BARUK, en concevant la catatonie expérimentale comme un syndrome plus psychomoteur et psychique que purement mécanique, a permis à leur collaboration de s'engager sur ce rapprochement intéressant. Voici comment il résume lui-même sa position à l'égard de ce problème. La catatonie humaine est constituée par des troubles psychomoteurs altérant l'initiative, la « mise en train motrice ». Or l'animal, tout au moins le mammifère, présente des fonctions psychomotrices analogues. Lorsque ces fonctions sont atteintes par la bulbocapnine, chez l'animal comme chez l'homme, il s'établit une immobilisation d'ordre cataleptique avec abolition de l'initiative, passivité et négativisme. De même chez les animaux comme chez les catatoniques s'observent des hyperkinésies, des mouvements automatiques, des crises nerveuses du type « patheticismus » et des troubles végétatifs.

...La catatonie humaine est constituée par des troubles psychomoteurs altérant l'initiative, la « mise en train motrice »...

...Lorsque ces fonctions sont atteintes par la bulbocapnine, [...] il s'établit une immobilisation d'ordre cataleptique avec abolition de l'initiative, passivité et négativisme...

1. DI GIACOMO, *Bolletino Soc. Ital. di Biologia*, 1930.

2. GULLOTTA, *Bolletino Soc. Ital.*, 1930.

3. SPAGNOLI, *Giornale Clin. Med.*, 1931.

4. HENNER, Travaux offerts au Pr. SYLLABA 1938.

5. On trouvera dans le travail de BUSCAINO un exposé des résultats obtenus par l'école italienne qui a beaucoup travaillé à l'étude de la catatonie par la bulbocapnine. BUSCAINO, *Rivista sper. di Freniatria.*, 1933.

6. BARUK, *Psychiatrie Médicale*, p. 190 et *Précis*, p. 119.

D'autre part, on trouve chez le singe l'attitude caractéristique en flexion. BARUK n'a pas craint même de souligner l'identité « d'attitude autistique » chez l'animal intoxiqué comme chez l'homme malade. Enfin les électromyogrammes montrent que dans les deux cas les courants d'action à double rythme et les troubles chronaxiques sont les mêmes (BARUK, M^{lle} MOREL, DE JONG, BOURGUIGNON). La thèse de BARUK est donc nette : le *syndrome réalisé par la bulbo-capnine chez l'animal est le même que celui réalisé par la maladie chez le malade catatonique*.

Par contre certains auteurs (comme DE JONG lui-même tout au commencement de ses travaux) considèrent la « catatonie » expérimentale comme un état cataleptique du tonus musculaire plus près des syndromes neurologiques d'hypertonie que de la catatonie humaine. Telle est l'opinion de POPPI ¹ et celle de DIVRY ² qui se sont élevés contre l'assimilation à la catatonie humaine à un syndrome si fruste et si banal que c'est seulement par un artifice (que les auteurs ont, souvent, bien du mal à dissimuler) que l'on pourrait établir entre eux des rapports d'analogie.

MÉCANISME PHYSIOPATHOLOGIQUE DE LA « CATATONIE BULBOCAPNIQUE ».

Naturellement comme le syndrome catatonique lui-même la catalepsie bulbo-capnique a donné lieu aux mêmes hypothèses et discussions.

En ce qui concerne la physiopathologie du muscle et du tonus sous l'influence de la bulbo-capnine, rappelons que DE JONG et BOURGUIGNON ont cherché les variations chronaxiques ³, que KRISCH et SPIEGEL ⁴, DE GIACOMO ⁵ et BERTOLANI ⁶ ont étudié les modifications du tonus, RICHTER et PATERSON ⁷ le réflexe de préhension, V. GAUDIO ⁸ les électromyogrammes, POPPI ⁹, la physiologie du muscle isolé, etc..

Les *troubles chimiques* des humeurs ont été étudiés par GULLOTTA ¹⁰, CURTI ¹¹, KATZENELBOGEN et MECHAN ¹², VITO LONGO ¹³ etc..., etc...

Mais c'est naturellement par le problème de la localisation cérébrale de la *catatonie bulbo-capnique* que tous les expérimentateurs n'ont cessé d'être préoccupés.

...comme le syndrome catatonique lui-même la catalepsie bulbo-capnique a donné lieu aux mêmes hypothèses et discussions...

1. POPPI, *Zeitsch. f. d. g. Neuro*, 1936, 154, p. 458.

2. DIVRY, Dans son rapport, *Congrès des Aliénistes*, Anvers, 1928.

3. DE JONG et BOURGUIGNON, *Rev. Neuro.*, 1928.

4. KRISCH et SPIEGEL, *Zeitsch. f. Neuro.*, 1929, 122, p. 535.

5. GIACOMO, *Bull. Soc. Ital. de Biologia.*, 1930 et *Rivista pato nerv. mentale.*, 1932.

6. BERTOLANI, *Congrès de Neurologie International*, Berne, 1931.

7. RICHTER et PATERSON, *Journal of Pharmaco*, 1931.

8. V. GAUDIO, *Fisiologica Medicina*, 1936.

9. POPPI, *Schizofrenia*, 1935 et *Zeitsch. f. Neuro.*, 1936, 154, p. 458.

10. GULLOTTA, Variations de la Calcémie et de la Potassémie, *Bolletino Soc. Ital. di Biologia*, 1930 et 1931.

11. CURTI, Métabolisme basal, *Bolletino Soc. Ital. Biol.*, 1930.

12. KATZENELBOGEN et MECHAN, Chlorures, *J. of Pharmaco*, 1933.

13. VITO LONGO, Système Réticulo endothélial, *Bol. Soc. Med. di Catania*, 1933.

Mentionnons d'abord quelques études d'anatomie pathologique: DONAGGIO ¹ avait trouvé surtout des lésions corticales, Luis ROJAS ² a observé chez les animaux intoxiqués des lésions diffuses surtout vasculaires réalisant parfois une véritable angionécrose. PEPO ESCADE et HORN ³ ont trouvé des lésions principalement basilaires. BELLA HECHST ⁴ a mis en évidence chez les souris des lésions surtout thalamiques, tandis que chez le chat, le cortex était au contraire le plus atteint ; dans l'ensemble, il accorde une certaine importance aux lésions thalamiques. On comprend que de telles constatations contradictoires aient plutôt alimenté que résolu la discussion. Si l'on s'en tient à ce que nous avons déjà exposé à propos des constatations faites dans la série animale, il peut paraître plausible d'admettre avec DE JONG et BARUK et aussi avec George W. HENRY ⁵, que la catatonie expérimentale ne se rencontre que *chez les animaux pourvus de cortex*. C'est ainsi que d'après ces auteurs on ne la rencontre pas chez les poissons, batraciens et reptiles, tandis qu'elle apparaît chez des vertébrés à néo-cortex rudimentaire pour prendre son aspect le plus typique chez les petits mammifères et spécialement chez le singe. Mais ces faits, peut-être encore obscurs et d'interprétation bien délicate, n'ont pas manqué d'être observés différemment et notamment par RIBEIRO DO VALE (1935) et par BARAHONA FERNANDES et F. FEIREIRA (1935).

On a donc eu recours à l'expérimentation. SCHALTENBRAND avait cru observer d'abord (vers 1925) que la catatonie par l'intoxication bulbo-capnique ne se produisait que si le cortex de l'animal était intact. Mais reprenant ses expériences avec Stanley COBB ⁶ et n'injectant plus à ses chats la bulbo-capnine durant la phase aiguë post-opératoire mais seulement après que le cortex eut été enlevé depuis assez longtemps, il put obtenir des phénomènes cataleptiques plusieurs mois après l'opération. KRAUSE d'abord seul (1931), puis KRAUSE et DE JONG ⁷ après extirpation des régions motrices corticales, chez le singe et le chat, n'observèrent pas, tout d'abord, de catalepsie du côté correspondant à la lésion, mais, au bout de trois mois, les deux hémicorps se comportaient également chez le singe et les phénomènes hyperkinétiques ne semblèrent pas influencés par les lésions corticales. A. FERRARO et S. BARRERA dans leur ouvrage ⁸ ont confirmé les expériences de COBB : chez les chats et les singes dont on enlève tout ou partie du cortex, il est encore possible de provoquer la catalepsie expérimentale. Elle se produit encore si l'on élimine le striatum, si l'on sec-

-
1. DONAGGIO *Congrès de la Société Italienne de Neurologie*, 1929.
 2. Luis ROJAS, Thèse de Madrid, 1933 et *Arch. Biol.*, 1933, pp. 451 à 485.
 3. PEPO ESCADE et HORN, cités par DE GIACOMO, *Schizof.*, 1934.
 4. BELA HECHST, *Arch. für Psych.*, 1933, 99, pp. 702 à 738.
 5. W. HENRY, *Amer. J. of Psych.*, 1932.
 6. COBB, *Pflüger's Archiv.*, 1929.
 7. KRAUSE et DE JONG, *Zeitsch.für Neuro.*, 1931, 133, pp. 754 à 761.
 8. A. FERRARO et S. BARRERA, New-York, I vol., 119 pages, 1932.

...la catatonie expérimentale ne se rencontre que chez les animaux pourvus de cortex...

tionne le mésencéphale, et même après ablation du cervelet et hémisection de la moelle... SAGER ¹, après ablation de l'écorce d'un hémisphère, a pu, quelques semaines après, faire disparaître une vraie catalepsie sous l'action de la bulbo-capnine sur l'hémicorps opposé à la lésion. SAGER et DE JONG ² ont pu provoquer la catalepsie bulbo-capnique chez des chats ayant subi l'extirpation partielle ou totale du cervelet. Enrico MONDIO ³ a étudié l'action de la bulbo-capnine sur des chiens préparés selon la technique d'AMANTEA, c'est-à-dire chez lesquels on provoquait une épilepsie réflexe par excitation des aires motrices rolandiques. Il n'a pu mettre en évidence aucune modification de l'excitabilité des centres sensori-moteurs corticaux, il ne pense pas que la bulbo-capnine ait une action corticale. Le même auteur avait appliqué la bulbo-capnine directement sur les divers segments du névraxe de crapauds, de pigeons, et de chiens ⁴. Tandis que dans le bulbe et dans la moelle l'application directe ne produit aucun effet, il se produit des phénomènes rappelant la catatonie quand on fait agir la bulbo-capnine sur le thalamus, le diencéphale et le mésencéphale. — A. BARREVELD et D. J. KOLK ⁵ ont montré que chez les chiens privés d'écorce, la bulbo-capnine peut provoquer la catatonie et même à des doses moindres que chez les animaux normaux (5 à 10 mg par Kg au lieu de 25 à 30 mg). Selon TOMESCO et CORMOLESCO ⁶, l'injection d'atropine empêcherait la production de la catatonie expérimentale alors que l'action d'autres agents comme l'adrénaline, l'ergotamine, la pilocarpine resterait sans effet. BARUK, dans son récent « *Précis* », conclut de ses recherches et notamment des expériences qu'il a pratiquées avec PUECH à l'aide d'imprégnations toxiques du cortex et de la base du cerveau que la bulbo-capnine « a une action diffuse sur tout le cerveau, action à laquelle participe un important facteur cortical ».

...BARUK conclut ... que la bulbo-capnine a « une action diffuse sur tout le cerveau, action à laquelle participe un important facteur cortical »...

2° Catatonie uréthanique:

SCHMIELBERG, dès 1876, avait remarqué que l'uréthane produit chez divers animaux des manifestations cataleptiques. DE GIACOMO ⁷ a utilisé chez le chat des doses de 0,5 à 1 ml d'une solution à 25%. Chez l'homme, 8 ml n'ont rien produit, mais avec 16 ml l'auteur a pu obtenir un état cataleptique d'une durée de une heure et demie. Enrico MONDIO ⁸ a constaté que si, sur des chiens, l'application locale d'uréthane sur la zone cortico-sigmoïde ne détermine pas la catatonie, par contre l'injection d'uréthane se révèle-

1. SAGER, *Zeitsch. exp. Med.*, 1932.

2. SAGER et DE JONG, *Proc. Royal. Acad.*, Amsterdam, 1933.

3. Enrico MONDIO, *Rivista di Pato Nerv. Ment.*, 1935, 45, pp. 627 à 652.

4. *Rivista Pato., Sper.*, 1934.

5. A. BARREVELD et D. J. KOLK, *Arch. Néerl. Physiol.*, 1937, 22, pp. 319 à 371.

6. TOMESCO et CORMOLESCO, *Bull. Soc. Psych.*, Bucarest, 1936, 1, pp. 171 à 174.

7. DE GIACOMO, *Schizofrenie*, 1934.

8. Enrico MONDIO, *Rivista Pato. Sper.*, 1935.

le efficace. — En 1939, A. NOBILE ¹ a étudié chez un grand nombre d'animaux (grenouilles, oiseaux, lapins, poules, chiens, etc.) l'action catatonisante de l'uréthane.

3° *Catatonie par la cumarine :*

J. RIBEIRO DI VALE ² a étudié au Brésil l'action comparée de la cumarine et de la bulbocapnine chez les oiseaux : les deux substances ont des effets équivalents. Chez les mammifères (cobayes et rats), la cumarine provoque d'abord une perte de l'initiative motrice et à des doses plus élevées, une paralysie du train postérieur. Précisons que la cumarine est extraite du « coumeron brésilien » (*Dipterix odorata*).

4° *Catatonie par le somnifène :*

Les travaux de PANKER et de E. BULMAN ³ contiennent des documents cliniques à ce sujet. BUSCAINO ET DE GIACOMO ⁴ ont étudié l'action du somnifène chez 10 déments précoces et 5 sujets sains.

5° *Catatonie et amines :*

DE JONG ⁵ avait obtenu avec la mescaline, le haschich et l'harmine ce que REICHARDT a appelé la « triade de la démence précoce » (Phénomènes psychiques, sympathiques et psychomoteurs). Il a depuis ⁶ indiqué que de nombreux corps aminés, étant parents de la mescaline, leur action catatonisante était probable. Nous nous dispenserons de citer même les noms de ces dérivés des produits intermédiaires de la synthèse de la mescaline (passant par la vaniline, l'hordénine et l'adrénaline pour aboutir à la choline). Or toutes ces substances ont des effets catatonisants, l'acétylcholine notamment. Il ne semble pas étonnant de ce point de vue que DELAY, COLLET et ROUMANGEON ⁷ aient pu constater que la *méthédrine* et le choc *amphétaminique* aient provoqué un renforcement des troubles catatoniques chez leurs malades. BARUK, DAVID, RACINE et VALLANCIEN ⁸ ont étudié l'acétylcholine et n'ont obtenu que « certains phénomènes hypokinétiques ».

...DELAY, COLLET et ROUMANGEON ont pu constater que la *méthédrine* et le choc *amphétaminique* ont provoqué un renforcement des troubles catatoniques...

1. NOBILE, *Schizofrenie. VII Supp.*, 1939, pp. 11 à 54.

2. RIBEIRO DI VALE, Thèse de Sao Paolo, 1933 et *Mém. Hop. Juquery*, 1935.

3. PANKER et E. BULMAN, *Mexico*, 1930.

4. BUSCAINO et DE GIACOMO, *Bol. Soc. Ital. Biol.*, 1930.

5. DE JONG, *Proc. Roy. Acad.*, Amsterdam, 1930. On trouvera dans son article des *Ann. Médico-Psycho.* (1933) un exposé de la structure et des parentés chimiques de ces substances aminées.

6. DE JONG, Congrès de Berne, 1931 et *Ann. Médico-Psychol.*, février 1933.

7. Cf. la série des notes publiées par DELAY et ses collaborateurs dans les *Ann. Médico-Psycho.*, 1947.

8. *Revue Neurologique*, 1948.

6° *Catatonie et adrénaline:*

DE JONG a réalisé sur 3 chats, 4 souris et 2 singes en utilisant des doses quasi mortelles un état catatonique avec hypokinésie, catalepsie, négativisme, hyperkinésies et paralysies.

7° *Catatonie insulinique :*

Nous renvoyons à l'étude de DIVRY et EVRARD ¹ sur la catalepsie insulinique chez la souris. Ces auteurs ont noté une inertie psycho-motrice ou stade cataleptisant maximum (2 à 3 U. I.) tout à fait comparable à celle que provoque la bulbo-capnaine.

8° *Catatonie électrique:*

Certes, depuis longtemps on connaissait le sommeil électrique (LEDUC, BLANIES et SCHWEIZER) qui a fait l'objet plus récemment des travaux de SCHEMINZKY ². En 1931, un Hollandais KELLER ³, ayant fait passer un courant continu intermittent d'une intensité moyenne à travers le crâne de chats et lapins, nota des phénomènes catatoniques. – GULLOTTA ⁴ a utilisé pour arriver au même but un courant oscillant (150 volts à 50 périodes) et la faradisation. HORREVELD et KOK ⁵ ont obtenu la catalepsie par courants oscillants sinusoïdaux.

9° *Catatonie et infections expérimentales :*

Nous avons précédemment parlé des catatonies colibacillaires, typhiques et bacillaires, BARUK ⁶ a spécialement étudié cette question. La toxine colibacillaire neurotrope lui a permis de réaliser chez un certain nombre de mammifères tantôt du sommeil pathologique, tantôt « une très belle catatonie expérimentale » (négativisme hyperkinésie, troubles organo-végétatifs et catalepsie qui lui permet de rapprocher beaucoup de la catatonie humaine).

10° *Catatonie hépatique:*

BARUK et CAMUS ⁷ se sont consacrés à l'étude de la « catatonie biliaire ». La catatonie obtenue chez l'animal (pigeon) par injection de bile prélevée par tube duodénal paraît être liée à une substance apparaissant surtout dans la bile humaine au cours

1. DIVRY et ÉVRARD, *Soc. Méd. Ment. Belge*, 1937.

2. SCHEMINZKY, *Pflüger's Archiv.*, 1924.

3. KELLER, *Acta brevia neerl.*, 1932.

4. GULLOTTA, *Rivista sper. di Freniatria*, 1934.

5. HORREVELD et KOK, *Archiv. néerl. Physiol.*, 1934.

6. BARUK, *Psychiatrie Médicale*, pp. 213 à 233, et « *Précis* » (1950) p. 207 à 213.

7. BARUK et CAMUS, Une variété de catalepsie biliaire expérimentale, *Ann. Médico-Psychol.*, décembre 1934.

de certains états pathologiques (BARUK pp. 233 à 258). GEESINK¹ a obtenu chez le chat 16 fois sur 24 opérations un syndrome catatonique par ligature de l'artère hépatique.

11° *Catatonie et « catatonine » :*

DE JONG² ayant appris qu'un extrait benzolé lipoïde d'urine réalisé par FREUD (d'Amsterdam) pouvait provoquer la catalepsie chez le rat, essaya d'établir le pouvoir catatonigène des urines sur le rat, l'unité rat étant un extrait benzolé préparé avec 2 litres d'urine concentrée sur 1 ml d'huile et capable de provoquer le maintien des attitudes du rat. Il apparaît ainsi que les urines des sujets sains contiennent beaucoup moins de substances catatonigènes (catatonine) que celle des sujets atteints de maladie mentale. Le seuil des réactions catatoniques est autour de 6 dix millièmes de milligramme alors que l'acétylcholine agit à 0,12 milligramme, l'adrénaline à 0,1 milligramme, la mescaline à 3 milligrammes et la bulbocapnine à 1 ou 2 milligrammes. TINEL et ECK³ ont repris et poursuivi les expériences de DE JONG, ils les ont confirmées dans leurs grandes lignes.

12° *Catatonie et asphyxie:*

C'est encore DE JONG qui eut l'idée d'étudier l'action de l'azote. Il plaça des animaux sous une cloche de verre remplie de ce gaz, jusqu'à ce qu'il se produise des convulsions épileptiques, mais il nota que, avant de parvenir à ce stade, les animaux présentaient d'abord des hyperkinésies, puis « une très belle catalepsie », qui se manifestait en suspendant les souris à un bec « Bunsen ». Le même résultat fut atteint en remplissant la cloche de CO₂. Ce facteur asphyxique paraît jouer un rôle dans la pathogénie de la catatonie, s'il est vrai (KAUFFMAN, SPIEGEL) qu'un mélange d'oxygène et de CO₂ a une influence heureuse sur la catatonie. Nous verrons plus loin que les derniers travaux de DE JONG font jouer un grand rôle au facteur asphyxie.

13° *Catatonie et « hypnose » des animaux:*

On sait que certaines attitudes comportant des réflexes d'immobilisation se produisent chez les animaux en relation avec les excitations provenant du champ perceptif. Ainsi si l'on trace un trait de craie sur le plancher où se trouve une poule, elle ne va pas plus avant, elle s'arrête et se fixe dans cette posture. Dans les élevages de faisans nous avons vu mettre ces animaux en état d'hypnose en leur infligeant plusieurs mouvements de rotation afin de les désorienter et de les familiariser avec leur nouvel habitat. C'est, croyons-nous, des phénomènes de cet ordre qui ont été étudiés dans

1. GEESINK, *Acta brev. néerl. Physiol.*, 1936.

2. DE JONG, *Ann. Médico-Psycho.*, 1933, I, pp. 156 à 160.

3. TINEL et ECK, *Ann. Médico-Psycho.*, 1933, II, p. 710.

le travail de STEINIGER¹. La catalepsie chez les insectes est caractérisée par l'immobilité, l'hyporéflexivité, l'hypotonie et la flexibilité cirreuse. Cette catalepsie varie sous l'influence de la lumière et de la faim. Pour cet auteur le centre cataleptique résiderait dans le protocerebrum chez les premiers et le ganglion pharyngé supérieur chez les seconds de ces animaux. J. P. FOLEY junior² a observé, chez le singe, que l'animal pouvait être immobilisé par l'effleurement des yeux et de la poitrine ou encore lorsque l'on fixait sa tête contre un dossier. La même fixation de l'attitude pouvait être provoquée par le fait de placer devant ses yeux un système de lentilles qui renversaient les images de son champ visuel. La « réaction » est donc en un certain sens conditionnée. Il s'agit de « réflexes d'immobilisation » étudiés par CZERMAK, MANGOLD, PREGER³, etc ... KUTTNER⁴ a montré que ces réactions catatoniques se produisent chez beaucoup d'animaux en dehors de toute intervention d'agents pharmacologiques. On comprend que de tels comportements aient créé une difficulté⁵ nouvelle et assez gênante pour l'interprétation des résultats des expériences chez les animaux...

Nous ne saurions terminer ce paragraphe consacré à la catatonie expérimentale sans parler des *agents pharmacologiques qui suspendent la catatonie*. EVRARD et SPIEGEL⁶ ont étudié expérimentalement l'action de la *cocaïne*. KAUFMAN et SPIEGEL⁷ l'action du mélange de *gaz carbonique et d'oxygène*. Mais c'est surtout l'*amytal sodique* qui a été étudié ces dernières années, par LORENZ⁸, BLEEKWENN⁹, MASPERO et VISINTINI¹⁰, DELAY et MALLET¹¹. KERMANN¹², a noté l'abolition de la catalepsie bulbo-capnique chez le chat mais par l'action de la tétrahydro-naphtylamine¹³.

...les agents pharmacologique suspendant la catatonie expérimentale: la cocaïne, le mélange gaz carbonique et oxygène, l'amytal sodique sur-tout...

1. STEINIGER. Il est cité généralement sans références bibliographiques ; nous avons lu simplement l'analyse dans le *Zentralblatt* : phénomènes de Catalepsie chez les sauterelles et les hydrophiles (Stabheuschrecken und Wasserläufer) in *Zeitsch. Morphol. und Okol. Tiere* 1933.

2. J. P. FOLEY, junior : *Journ. Comp. Psychology*, 1938, 26, pp. 515 à 526.

3. Cf. *Traité de Physiologie* de BETHE (Article de R. W. HOFFMAN).

4. KUTTNER, Die Katatonische Symptôme beim Menschen von Standpunkt der Tierpsychologie, *Monatsch. für Psych.*, n° 78, 1931, p. 10.

5. Cf. la communication de DE JONG et la discussion de BARUK, *Ann. Médico-Psychol.*, février 1933.

6. EVRARD et SPIEGEL, *Zeitsch. für Neuro.*, 1932, 138.

7. KAUFMAN et SPIEGEL, *Zeitsch. f. Neuro.*, 1930.

8. LORENZ, Some observation in catatonia, *Psych. Quarter.* 4, 95, 1930.

9. BLEEKWENN, Sodium amytal in nervous etc., *Wisc. Méd. Journal*, décembre 1930.

10. MASPERO et VISINTINI, *Giornale Academia Med.*, Torino, 1933.

11. DELAY et MALLET, *Encéphale*, 1948.

12. KERMANN, *Archiv. of Neuro. and Psych.*, 1944, 52.

13. KIELHOLZ a récemment étudié l'action favorable des transfusions sanguines (Ueber Ergebnisse der Behandlung akuter Katatonie mit der Durchblütung, *Archives suisses de Neuro. et Psych.*, 1949, 63, pp. 230 à 245).

C. – LA LOCALISATION CÉRÉBRALE DE SYNDROME CATATONIQUE

Tout ce que nous venons de dire montre surabondamment combien la question de la localisation cérébrale de la catatonie constitue le foyer de toutes les recherches pathogéniques. Aussi en réservant un paragraphe spécial à l'examen de ce problème, pourrons-nous éviter d'entrer dans les détails des faits et expériences dont nous avons déjà exposé l'essentiel. Un problème domine tous les autres, c'est celui de la nature corticale ou sous-corticale de la catatonie.

Relevons d'abord les *faits anatomo-cliniques les plus grossiers*. ZIEHEN¹ rapportait un cas de catatonie chez un malade qui présentait un vieux foyer de ramollissement dans le territoire de la cérébrale antérieure. STERDTZ² observa une thrombose des sinus ayant entraîné des symptômes catatoniques. K. SCHMIDT³ a trouvé un gros abcès de la substance blanche pariétale gauche chez un catatonique. De même SCHÖFER⁴ aurait observé une catatonie en relation avec un abcès cérébral. – Anna KOTTGEN⁵ avait déjà également rapporté des cas de grosses lésions organiques cérébrales : dans l'un il s'agissait d'une véritable méningo-encéphalite syphilitique de forme catatonique. SÉGLAS⁶ en publia deux cas analogues, dans un autre cas, il s'agissait d'une méningite tuberculeuse. VOGELIN⁷ a vérifié à l'autopsie d'un cas de catatonie la présence d'une tumeur du lobe frontal gauche. STRANSKY (1922) trouva une atrophie hémisphérique gauche chez un vieillard de 65 ans catatonique, ce qui pose la question du rapport de certains syndromes catatoniques avec les atrophies de PICK. LUA⁸ aurait observé un malade catatonique dont l'autopsie a montré des ramollissements multiples dans les lobes occipital et temporal, le noyau lenticulaire et le thalamus gauche. JACOB (1923) a rapporté le cas d'une catatonie typique au cours du développement d'une tumeur temporale gauche et SCHRÖDER⁹ a trouvé, à l'autopsie d'un catatonique, des lésions hypophysaires. – Tous les cas anciens ou récents que nous retrouverons ailleurs à propos des tumeurs cérébrales, des traumatismes méningo-encéphaliques, de l'encéphalite, etc... doivent être également rappelés ici pour montrer que la *pathologie cérébrale joue évidemment un rôle décisif dans le déterminisme de la catatonie*.

Quant aux *recherches histopathologiques* pratiquées dans des cas de catatonie, nous allons en exposer l'essentiel. Il est très difficile de traiter du point de vue anatomique le problème de la catatonie en dehors de celui de la démence précoce, car

1. ZIEHEN, dans la 3^{ème} Édit. de son *Traité de Psychiatrie*.

2. STERDTZ, *Berl. Klin. Woch.*, 1909.

3. K. SCHMIDT, Cité par BERTOLANI.

4. SCHÖFER, D'après DROEDER, dans son étude sur *La catatonie chez le vieillard*, 1910.

5. KOTTGEN, Zurich, 1899.

6. SÉGLAS, *Nouvelle Icono. de la Salpêtrière*, 1907.

7. VOGELIN, cité par BERTOLINI.

8. LUA, Thèse de Fribourg, citée par BERTOLANI sans indication de date.

9. SCHRÖDER, cité par BOSTROEM.

beaucoup de travaux sur l'anatomie pathologique de la schizophrénie en général enveloppent tout naturellement la question de l'anatomie pathologique de la catatonie et nous ne pouvons pas songer dans cette étude à aborder la généralité de ce problème. Ces réserves étant faites, voici les principaux faits. Le travail de KLIPPEL et LHERMITTE ¹ ne comporte que l'étude de trois cas sans mention de catatonie. Le travail classique de KLARFELD ² n'apporte non plus aucune précision sur l'histopathologie de la catatonie en particulier. Par contre, le cas n° 11 (Wolf) du travail de JOSEPHY ³ est intéressant. Il s'agissait d'une forme catatonique et paranoïde, il existait des troubles de l'architectonie corticale par « pathoclise » de la troisième couche de BRODMANN, amincissement diffus avec sclérose, dégénérescence graisseuse, mais il y avait également des lésions pallidales avec altération cellulaire, dépôts pigmentaires et concrétions pseudo-calcaires de SPATZ. JOSEPHY considérait que, dans ce cas, il y avait un syndrome moteur (catatonie avec troubles moteurs importants) dépendant de l'atteinte pallidale et des troubles psychiques dépendant des lésions corticales. BOSTROEM en discutant cette opinion ⁴ fait remarquer que l'on trouvait cliniquement des traits de catatonie nets dans les observations 1, 3 et 10 de JOSEPHY et moins caractérisés dans les observations 7 et 9 alors que seul dans le premier cas JOSEPHY a pu noter quelques lésions sous-corticales. Par contre, dans les cas 4, 5, 6 et 8, il existait des lésions des noyaux gris centraux sans traits de catatonie... Un peu plus tard FUNFGELD ⁵ a voulu vérifier l'hypothèse de KUPPER sur les lésions des noyaux gris centraux. Ses constatations effectuées sur 5 cerveaux (dont 4 de catatoniques) ont été négatives, – dans les cas 1 et 2 il existait quelques lésions au niveau du striatum. – GUIRAUD et Henri EY ⁶ ont rapporté l'observation d'un jeune homme de 22 ans ayant présenté un syndrome catatonique typique et d'évolution rapide (deux ans). Il y avait une atteinte névroglique du type dégénérescence mucocytaire de GRYNFELDT et des lésions des cellules nerveuses dans tout l'encéphale, la protubérance, le bulbe et la moelle cervicale. Les régions les plus atteintes étaient le globus pallidus, le putamen et le noyau caudé, la substance de REICHERT et le tuber. BOSTROEM ⁷ a fait examiner par KLARFELD le cerveau d'une jeune catatonique de 35 ans qui avait fait penser à un syndrome encéphalitique : il n'existait aucune lésion de type encéphalitique, par contre il y avait quelques lésions cellulaires dans le cortex et les noyaux centraux « comme on en trouve dans la démence précoce ». BUSCAINO, soit par l'étude de

...beaucoup de travaux sur l'anatomie pathologique de la schizophrénie en général enveloppent tout naturellement la question de l'anatomie pathologique de la catatonie...

-
1. KLIPPEL et LHERMITTE, *Revue Psychiatrie*, 1904.
 2. KLARFELD, *Klin. Woch.*, 1923.
 3. JOSEPHY, *Zeitsch. f. Neuro.*, 1923, 86, pp. 390 à 485.
 4. BOSTROEM, *Traité de Bumke*, II, p. 192.
 5. FUNFGELD, *Zeitsch. f. Neuro.*, 1925, 95, pp. 411 à 463.
 6. GUIRAUD et H. EY, *Soc. Méd. Ment.*, 1926.
 7. BOSTROEM, *Traité de Bumke*.

quelques observations personnelles ¹, soit par l'analyse méthodique des travaux sur la physio-cérébro-pathologie de la démence précoce qu'il a systématiquement effectuée ², s'est efforcé de montrer l'existence de zones de désintégration « en grappe » qui frappent avec élection les couches « mésencéphaliques » de l'écorce et c'est à son avis aux atteintes des centres mésencéphaliques consécutives à ces lésions corticales que correspondrait le syndrome catatonique. CLAUDE, LHERMITTE et BARUK ont publié l'observation d'une catatonie tardive associée à des troubles aphasiques et à un syndrome bulbaire, l'examen histo-pathologique a montré des lésions cellulaires diffuses à type abiotrophique atteignant le cortex et aussi les noyaux opto-striés, mais respectant remarquablement le système pyramidal et cérébelleux, BARUK et CUEL ³ ont relaté une observation de « catatonie de KAHLBAUM » dans laquelle prédominaient une raideur intense et une attitude en flexion avec enroulement extrême, ils ont mis en évidence des lésions vasculaires de capillarité diffuse à type chronique.

Nous n'avons pas la prétention d'épuiser ici par cette énumération succincte toutes les observations histopathologiques publiées dans la littérature depuis vingt ans. Mais nous devons indiquer que ces études histopathologiques, à notre grand étonnement, sont *beaucoup plus rares que l'on pourrait s'y attendre*. Cela n'a pas empêché les protagonistes des discussions sur la localisation de la catatonie de soutenir entre eux de vives discussions.

Théories méso-diencephaliques.

Déjà LEHMAN en 1858 localisait dans les noyaux gris centraux la « lésion dynamique » de la catatonie ! L'étude des mouvements et du tonus telle qu'elle résulte des travaux que nous avons analysés plus haut et qui interprètent la catatonie comme un trouble musculaire, une « myotonie » (KAHLBAUM), ne pouvait qu'encourager les auteurs à admettre un trouble de la régulation du tonus, des mouvements automatiques, des expressions émotionnelles, etc... et à le rapporter à une atteinte des appareils de régulation, figurés par les noyaux gris de la base, et les formations mésencéphaliques. Naturellement la pathologie extrapyramidale des contractures des hyperkinésies, des hypokinésies et des parakinésies parkinsoniennes a, depuis 1920, fait avancer d'un grand pas, ces interprétations anatomo-physiologistes. Tandis que chez nous DIDE et GUIRAUD (dès 1921), puis TRUELLE et PETIT ⁴, BERNADOU ⁵ et PADEANO ⁶, systémati-

1. BUSCAINO, *Encéphale*, 1924, 1, pp. 217 à 225.

2. Dans la *Rivista di patologia nervosa* en 1921, 1926, 1929 et 1932, et dans la revue *Neopsichiatria*, pour les travaux de 1932 à 1937.

3. BARUK et CUEL (Traité de BARUK, p. 179).

4. TRUELLE et PETIT, *Congrès des Aliénistes* de 1922.

5. BERNADOU, Thèse, Paris, 1922.

6. PADEANO, Thèse, Paris, 1923.

... les travaux qui interprètent la catatonie comme un trouble musculaire, ne pouvait qu'encourager les auteurs à admettre un trouble de la régulation du tonus, des mouvements automatiques, des expressions émotionnelles, etc...

...et à le rapporter à une atteinte des appareils de régulation, figurés par les noyaux gris de la base...

saient les multiples observations de catatonie encéphalitique publiées à cette époque (celles de WIDAL, LOGRE, CLAUDE, SICARD, BABINSKI, HAHN, LAIGNEL-LAVASTINE, etc..) en un faisceau théorique impressionnant, le même travail, se poursuivait à l'étranger. FRANKEL¹ publia à cette époque une étude sur la pathologie des ganglions sous-corticaux et il assimilait les divers syndromes ressortissant de leur atteinte aux états catatoniques de la démence précoce. BUSCAINO, peu après², a considéré le syndrome catatonique comme un trouble « amyostatique » tout à fait analogue à l'état de rigidité parkinsonienne. WLADYCKO³, OBREGIA et PAULIAN⁴, etc... ont soutenu la même thèse. Mais personne mieux que GUIRAUD n'a exposé à notre connaissance l'ensemble des arguments qui plaident en sa faveur. Il faut lire ses deux travaux, les plus importants sur ce point⁵. Voici comment se présente son argumentation :

...personne mieux que GUIRAUD n'a exposé à notre connaissance l'ensemble des arguments...`

Il existe incontestablement un *syndrome végétatif* important dans la catatonie : tout d'abord des troubles oculaires (inégalité, rigidité, abolition du réflexe mydriatique à la douleur) ; des troubles vaso-moteurs (chair de poule, exagération des réflexes idio-musculaires, dermatisme), des troubles sécrétoires (séborrhée du visage, crises sudorales, hydorrhée nasale), des troubles trophiques (pseudo-œdème de DIDE dur sans godet) etc.. Il semble nécessaire également d'admettre des *troubles tubériens* (adipose diffuse, cachexie, variations de poids et de la diurèse, glycosurie transitoire). Mais c'est surtout *l'analyse clinique comparée des troubles moteurs*, du syndrome de Parkinson et de la catatonie qui est aux yeux de l'auteur (1924) démonstrative. L'atteinte des noyaux gris et sous-optiques détermine des altérations motrices extrapyramidales caractérisées par la perte de l'harmonie des mouvements d'ensemble, une hypertonicité posturale, des troubles de l'expression mimique, des mouvements anormaux involontaires de type choréo-athétosique, des myoclonies, une tendance à la répétition automatique et souvent accélérée de certains actes (paroles ou mouvements), de la palilalie, de la tachyphrénie stéréotypée et une tendance aux mouvements fréquentatifs, à répétition. Or l'étude analytique du syndrome catatonique d'après GUIRAUD montre que la catalepsie est dans son essence une exagération de la persistance posturale par perte de l'élément de décontraction posturale réflexe, c'est-à-dire qu'elle relève de cette pathologie extrapyramidale à laquelle cliniquement, elle ressemble tant. Aussi a-t-il vivement critiqué les interprétations négatives, à cet égard, de DELMAS-MARSALET (1927). Le *barrage-moteur* et le *négativisme* procèdent de la difficulté du départ ou du retour à la position primitive qui « apparaissent comme une lutte entre un automatisme postural très exa-

...Il montre que la catalepsie est dans son essence une exagération de la persistance posturale par perte de l'élément de décontraction posturale réflexe, c'est-à-dire qu'elle relève de la pathologie extrapyramidale...

1. FRANKEL, *Zeitsch. f. Neuro.*, 1921, 70.

2. BUSCAINO, *Quaderni di Psichiatria*, 1924, n^{os} 3-4.

3. WLADYCKO, *Folio Neuro. estoniano*, 1923.

4. OBREGIA et PAULIAN, *Encéphale*, 1924.

5. L'article sur la catatonie (*Encéphale* 1924) et son mémoire destiné à réfuter les arguments de DELMAS-MARSALET et CLAUDE (*Paris médical*, 1927).

géré et une activité volontaire kinétique » ; les *répétitions motrices* ou mouvements fréquentatifs sont à rapprocher de tous les automatismes de répétition du syndrome parkinsonien. Certaines positions stéréotypées sont très voisines du « Stellreflexe » de MAGNUS (réflexe d'attitude) et rappellent parfois la « dysbasia lordotica ». Dans l'analyse du « syndrome stéréotypie » qu'il a présentée plus récemment, GUIRAUD ¹ admet que sous ce nom on groupe une grande variété de symptômes parmi lesquels il distingue des attitudes et mouvements déformés par troubles du tonus musculaire, des troubles de la mimique, le réveil d'attitudes réflexes archaïques, l'immobilisation de la main et des doigts par troubles végétatifs et des itérations authentiques (palikinésies) qui se rencontrent aussi bien dans la catatonie que dans les syndromes encéphaliques (il est vrai qu'il signale en même temps des fixations invariables de comportement, des habitudes stables par déficit mental et des répétitions exprimant un état affectif permanent et des « actes continués inutilement » chez des hébéphrénocatatoniques). Quant au *maniérisme*, il s'expliquerait neurologiquement de la même manière que la catalepsie et les stéréotypies, le trouble réside dans la tendance au maintien des postures, successives, dans le caractère fréquentatif des éléments d'actes et dans l'hypertonie variable de certains troubles musculaires. Les mouvements anormaux parasites (grimaces, sourires, demi-rires purements moteurs, myoclonies) sont analogues aux symptômes observés dans la pathologie mésencéphalique et opto-striée. Certains *épisodes moteurs* (ictus apoplectiformes et épileptiformes) rappellent la rigidité décérébrée. Enfin le syndrome psychique de la catatonie comporte essentiellement une emprise des automatismes moteurs et surtout une dyskinagnosie provenant de l'atteinte des relais cénesthésiques, thalamo-corticaux. Cette ignorance du corps, quand elle s'accroît, conduit à la stupeur vraie, moins accentuée, elle donne au malade l'impression de dématérialisation et l'étrangeté.

BUSCAINO ², à son tour, admet que la catatonie est due à l'action sur la base du cerveau de substance de structure aminée (analogue à la bulbocapnine, au somnifène, etc.). Son argumentation est à peu près la même mais moins approfondie que celle de GUIRAUD. Un autre italien, SALMON ³, a publié, comme nous l'avons aussi déjà vu, de nombreux travaux qui défendent des points de vue analogues. Il retourne non sans pertinence, l'argument phylogénétique avancé par certains auteurs : si les animaux dépourvus d'écorce ne font pas de catatonie, c'est donc que les lésions qui provoquent la catatonie agissent sur d'autres portions du cerveau ! SALMON note la relative fréquence de l'association de la catatonie avec des lésions cérébelleuses ou du système fronto-ponto-cérébelleux et il cite à cet égard les faits rapportés par SCHILDER,

1. GUIRAUD, *Encéphale*, 1936.

2. BUSCAINO, cf. notamment *Rivista di Pat. nerv. i mentale*, 1930, p. 593.

3. SALMON, *Rev. Neuro.*, 1933, II, pp. 592 à 597.

...Quant au maniérisme, il s'expliquerait neurologiquement de la même manière que la catalepsie et les stéréotypies...

SOUQUES, BUSCAINO, JACOB, TINEL, DIDE et GUIRAUD, c'est-à-dire les observations qui mettent en évidence des altérations des voies extrapyramidales. Il insiste sur le rapport de la catatonie et de la pathologie du sommeil. Il rappelle naturellement, comme la plupart des auteurs qui sont partisans de la théorie mésencéphalo-diencephalique, que DEMOLE ¹ a rapporté, qu'au cours de ses expériences sur les chats et les lapins, il a pu observer des « phénomènes d'allure catatonique » alors que la lésion expérimentale intéressait le thalamus à un peu moins d'un centimètre de la ligne médiane.

Lojos ANGYAL ² distingue parmi les syndromes psychomoteurs deux sortes de troubles, des troubles des impulsions (Antriebe) et troubles de l'innervation. Il a analysé deux catatoniques, chacun étant démonstratif de l'un ou l'autre groupe de symptômes. Dans le premier, il s'agissait de stupeur avec hypertonie et flexibilité cirreuse paraissant relever de lésions du thalamus. Dans le second, il s'agissait de crises catatoniques avec catalepsie et hyperkinésies et lésions strio-pallidales.

E. PINTO ³ rapporte dix cas avec examen anatomique et conclut « qu'il ne fait de doute pour personne que le syndrome catatonie appartient à la pathologie extrapyramidale ».

MARINESCO, KREINDLER et COHEN ⁴ à propos d'un cas de catatonie chez un enfant (sans autopsie) admettent du fait de l'intrication de chorée et de catalepsie qu'il s'agit d'une atteinte du système nigro-pallidal libérant les centres mésencéphaliques.

A son tour, Nathalie ZAND ⁵ a observé des états cataleptoïdes avec apathie « comme conséquence de lésions expérimentales de l'hypothalamus chez les lapins ».

Tous ces travaux qui, comme on le voit, se situent surtout entre 1920 et 1930, s'inspirent généralement des idées défendues par CAMUS, MARTIN REICHARDT, BERZE, etc., sur les fonctions des centres sous-corticaux considérés comme centres régulateurs des fonctions psychiques. Plus récemment, G. OTTAVIANO et P. PAPPALARDO ⁶ ont encore conclu de leur étude sur la catatonie expérimentale chez le chien que celle-ci réalisait un véritable syndrome extrapyramidal. On conçoit en effet que, au regard de la symptomatologie catatonique où prédominent la raideur musculaire, l'akinésie, les mouvements automatiques, les décharges motrices, etc., toutes les expériences ou toutes les observations cliniques sur la physiopathologie méso-diencephalique imposent aisément à l'esprit que la catatonie se rapproche d'un syndrome extrapyramidal.

...Tous ces travaux qui, comme on le voit, se situent surtout entre 1920 et 1930, s'inspirent généralement des idées défendues par CAMUS, Martin REICHARDT, BERZE, etc., sur les fonctions des centres sous-corticaux considérés comme centres régulateurs des fonctions psychiques...

1. DEMOLE, *Réunion Neurologique*, juin 1927. Il s'agit à vrai dire d'une note très brève et qui n'a jamais été à notre connaissance explicitée.

2. Lojos ANGYAL, *Obs. Hotil.*, 1931, (en hongrois), analysé in *Zentralblatt* 1932.

3. PINTO, *Mem. Hop. Juquery*, 1929 (en portugais).

4. MARINESCO, KREINDLER et COHEN, *Riforma medica*, 1930.

5. Nathalie ZAND, *Rev. Neuro.*, 1939, I.

6. G. OTTAVIANO et P. PAPPALARDO, *Ricerche farmacologiche sulla bulbo-capnina*, *Acta Neurologica* (Naples), 1947, pp. 66 à 75.

On peut s'étonner que nous n'ayons pas encore parlé du système de localisation de KLEIST. Tandis qu'il s'était tout d'abord ¹ orienté vers une localisation frontale des troubles psychomoteurs qui lui paraissaient dépendre de l'atteinte du système fronto-ponto-cérébelleux, plus tard dans son travail de 1922 ², il distingue les akinésies et hyperkinésies, des troubles moteurs moins directement liés à l'ensemble de la vie psychique et il estima que ces troubles « psycho-moteurs » (dans le sens de WERNICKE) ont des analogies avec ceux que l'on observe dans les affections du cervelet, des ganglions sous-corticaux et du lobe frontal, et notamment dans l'encéphalite. Il a étudié des cas de lésions des noyaux gris centraux où s'observaient des troubles psycho-moteurs. C'est ainsi que les hyperkinésies psychomotrices et la choréo-athétose procèdent, selon lui, de conditions anatomiques analogues, elles peuvent être déclenchées par des lésions striées comme par des atteintes des pédoncules cérébelleux. Ces troubles constituent des manifestations d'une incoordination, d'une désinhibition des automatismes striés. Cependant ces hyperkinésies dans les lésions nerveuses en foyer sont généralement plus simples que dans les syndromes mentaux parce qu'alors « le processus associe des troubles corticaux aux altérations des noyaux gris centraux ». L'apparition de stéréotypies est favorisée par une atteinte concomitante de l'hémisphère gauche avec manifestations agnoso-apraxy-aphasiques. Il rapporte à la fin de son travail un cas avec tumeur temporopariétale intéressant le putamen et la pallidum gauche avec catatonie ³. Dans sa « *Gehirnpathologie* » (1932), KLEIST s'engage plus nettement et il admet une participation du tronc cérébral beaucoup plus considérable. Sur cinq blessés frontaux ayant présenté des troubles cataleptiques, il semblait exister des lésions du tronc cérébral. Voici comment se présente un peu plus tard sa conception de la localisation de la catatonie ⁴. Il y a lieu de distinguer deux genres de mouvements : la *psychomotricité* intégrée du Moi, à l'activité psychique et la *sphère myostatique* comprenant des mouvements étrangers au Moi. La psychomotricité est liée aux pulsions (Antriebe), émanant de la vie psychique (cerveau frontal orbitaire), mais elle a sa représentation dans le tronc cérébral là où la psychomotricité se met en relation avec les tendances (Strebung) et avec les mouvements. Les troubles du système psychomoteur en relation avec les mouvements amyostatiques se situent entre les hyperkinésies (mouvements automatiques expressifs, parakinésies, etc...) et l'akinésie, ceux qui provien-

...KLEIST distingue deux genres de mouvements : la psychomotricité intégrée du Moi, à l'activité psychique et la sphère myostatique comprenant des mouvements étrangers au Moi...

1. K. KLEIST, *Zur Kenntniss der psychomotorischen Bewegungstörungen bei Geisteskranken*, Leipzig, 1908.
2. K. KLEIST, *Monatsch. f. Psych.*, 52, pp. 253 à 302.
3. BOSTROEM, (*Traité de Bumke* II, pp. 194-195), critique avec pertinence l'analogie des troubles moteurs rapportés dans les observations de KLEIST et du syndrome catatonique.
4. KLEIST, Dans son travail sur « les troubles psycho-moteurs et myostatiques du tronc cérébral », *Jahrb. Psych.*, 1933, 50, pp. 33 et 34.

nent d'une altération du système psychomoteur en relation avec les instincts constituent le syndrome catatonique proprement dit (maniérisme, stéréotypies, itérations, catalepsie, échopraxie et négativisme). Ces troubles psychomoteurs sont donc distincts des formes myostatiques de la pathologie motrice (choréo-athétose, tics, spasmes de torsion). Aux crises amyostatiques avec rigidité correspondent sur le plan psychomoteur à l'akinésie avec flexibilité cireuse, l'opposition, la catalepsie et le négativisme car le système psychomoteur et le système myostatique ont la même représentation sur le tronc cérébral. Enfin dans son rapport au Congrès allemand de Neurologie et Psychiatrie « sur les localisations cérébrales ¹ » étudiant la pathologie du système proprioceptif et les troubles apraxiques frontaux, il signale que l'inertie motrice des schizophrènes et des catatoniques en particulier fait penser non seulement au déficit des impulsions caractéristiques de la pathologie mentale mais encore à l'apraxie frontale : « Cependant, ajoute-t-il, la délimitation à l'égard des symptômes psychomoteurs propres au tronc cérébral comme l'akinésie avec flexibilité ou la catalepsie, la résistance et le négativisme est très difficile » (p. 178). On voit que la théorie localisatrice de KLEIST est, en ce qui concerne la catatonie, assez vague. Il semble qu'il se soit surtout soucié de dissocier les divers « éléments » du trouble catatonique pour les localiser dans des systèmes fonctionnels très divers.

A. B. STOKES ² admettant pour les formes de catatonie périodique une « accumulation de nitrogènes », trouble biochimique de l'équilibre azoté, étudié par HOSKINS ³ et H. JANTZ ⁴ au cours de l'intoxication mescalinique, pense naturellement à une atteinte du cerveau intermédiaire. De même, J. BONAR LINDSLAY ⁶ dans son étude de deux cas de catatonie périodique, croit pouvoir lui aussi rattacher ces troubles à la physiopathologie de l'hypothalamus. Diego FURTADO ⁶ a justement rapporté récemment un cas de catatonie par compression diencéphalique due à un cholestéatome kystique du plancher du 3^e ventricule.

Tel est à peu près l'état actuel de la thèse anatomo-physiologique qui fait dépendre la catatonie en tout ou partie de la pathologie sous-corticale et notamment mésodien-céphalique. Contre cette conception, nous l'avons déjà vu à propos de l'analyse physiologique et clinique des troubles catatoniques, beaucoup d'auteurs se sont élevés (CLAUDE, BARUK, DELMAS-MARSALET, etc.). Dans un travail fort intéressant, BARAHONA-FERNANDES ⁷, se référant aux analyses physiopathologiques du déséqui-

...Contre cette conception, [mésodien-céphalique] beaucoup d'auteurs se sont élevés (CLAUDE, BARUK, DELMAS-MARSALET, etc.)...

1. Le 24 août 1936, comptes-rendus in *Zeitsch.f. Neuro.*, 1937., 169, pp. 159 à 193.

2. A. B. STOKES, Metabolic Investigation in per. Cat., *Proc. Rev. Soc. Med.*, 1941.

3. HOSKINS, *The biology of Schizophrenie*, New-York, 1946.

4. N. JANTZ, Veränderungen der Stoffwechsel in Meskalinrausch, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1941.

5. BONAR LINDSLAY, Periodic catatonia, *J. of Med. Scien.*, 1948.

6. Diego FURTADO, *Rev. Neuro.*, 1946, p. 499.

7. BARAHONA FERNANDES, Sobre a inervação antagonista, *A Medicina contemporanea*, 1937.

libre des groupes antagonistes de E. BECK ¹, pense qu'il faut distinguer ces perturbations de la dynamique du tonus (qui se situent à des niveaux inférieurs au noyau rouge et probablement dans les noyaux de DEITERS et de DARKIEWITSCH) des réactions négativistes des catatoniques, qui – thème constant de toutes ses critiques – dépendent de troubles plus globaux et supérieurs, c'est-à-dire selon la conception de la plupart des neuro-anatomophysiologistes de « troubles corticaux ».

Théories corticales.

Nous venons de voir plus haut que KLEIST avait d'abord localisé (1908) l'ensemble de ces troubles au lobe frontal et qu'au terme actuel de son évolution il restait encore hésitant, tout en attribuant plus d'importance au tronc cérébral. Cependant, certains auteurs n'hésitent pas à se réclamer de lui. Ainsi BELA MORANVI-HOCHST ² qui a observé un état de stupeur akinétique chez une malade de 20 ans, laquelle succomba à une hémorragie frontale gauche, pense que cela « confirme les vues de KLEIST »... Quoi qu'il en soit, c'est surtout dans le *lobe frontal* que la plupart des auteurs ont situé le siège de la catatonie envisagée comme un syndrome cortical. On sait en effet que certains signes de torpeur avec inertie psychomotrice ont été considérés comme des manifestations de lésions pré-frontales. – BARUK et PUECH ³ ont étudié la question par voie expérimentale. Les imprégnations du lobe frontal par la bulbo-capnine ont donné des résultats négatifs chez le singe. Expérimentant sur des animaux (lapins et singes) privés de lobes frontaux, ils ont pu provoquer la catatonie bulbo-capnique qui leur a même paru plus accentuée ; dans un cas d'ablation unilatérale d'un lobe préfrontal, la catalepsie prédominait du côté opposé à la lésion. – R. MESSIMY ⁴ rapportant avec J. FINAN ⁵ les effets chez le singe de l'ablation des lobes frontaux a signalé, après l'opération, une déficience profonde de l'activité et de l'initiative des mouvements : l'animal reste dans un coin de la cage, la tête rétractée, les membres en flexion, abduction, les mains et les pieds appuyés contre la paroi grillagée. Cette attitude « recroquevillée » donne à l'animal un air de méditation apparente. Contrastant avec cette apathie, apparaissent, à cette période, les mouvements brusques, rapides à caractère stéréotypé. Après cette première phase de 2 à 3 semaines, les mouvements stéréotypés augmentent de fréquence et, après un mois ou deux, l'activité devient incessante (ce qui contraste avec la diminution de l'hypertonie extrapyramidale et la tendance catalep-

...c'est surtout dans le lobe frontal que la plupart des auteurs ont situé le siège de la catatonie envisagée comme un syndrome cortical...

1. E. BECK, Zwangslaufige antagonistische Innervation, *Monatschr. f. Psych.*, 1935.

2. BELA MORANVI-HOCHST, Anatomische Lokalisation der katatonische Erscheinungen, *Monatsch. Psychol.*, 1940, 102, pp. 151 à 158.

3. BARUK et PUECH, *Ann. Médico-Psychol.*, 1937.

4. R. MESSIMY, *Rev. Neuro.*, janvier 1939.

5. J. FINAN, qui, en Amérique, avait déjà étudié en 1937 dans sa thèse l'ablation expérimentale des lobes préfrontaux.

tique), l'activité garde un caractère automatique et stéréotypé, l'animal tourne en rond dans sa cage ; certains animaux pirouettent sans arrêt « comme des clowns au cours du saut périlleux ». « Si, dit R. MESSIMY, on définit la catalepsie comme un état où se trouvent associés un haut degré de plasticité de la musculature du squelette et la suspension de l'activité volontaire, ces singes présentent une tendance cataleptique nette. Les animaux gardent les positions qu'on imprime à leurs membres, mais cette tendance cataleptique est fragile. Ces états cataleptiques coïncident avec les signes traduisant la prédominance parasympathique ». L'auteur admet enfin que l'ablation préfrontale produit une hypertonie extrapyramidale. – Le fameux cas de BRICKNER ¹, ce malade qui, ayant subi une lobectomie frontale bilatérale en raison d'un méningiome, présentait seulement un comportement « très stéréotypé », ce cas paraît assez peu utilisable, aussi bien pour les défenseurs de la nature frontale de la catatonie que pour leurs contradicteurs. – F. MOREL ² pense que, dans la démence précoce, les altérations cérébrales ou les perturbations de fonction s'étendent bilatéralement aux régions frontales et que « depuis la récente découverte des bandes corticales inhibitrices – les quatre dépresseurs de DUSSEY de BARENNE – il est permis, parmi d'autres hypothèses, d'envisager celle d'une altération du système, telle qu'une prépondérance de l'activité cérébrale inhibitrice s'installe. L'opposition et le négativisme de la démence précoce en seraient les manifestations cliniques ». Nous devons exposer ici maintenant la conception que BARUK a proposée, tout au moins dans ses premiers travaux, quant à la localisation cérébrale de la catatonie, soit en collaboration avec CLAUDE, soit avec DE JONG et plusieurs autres collaborateurs. Tout d'abord, BARUK s'est référé à une analyse psychopathologique de la catatonie dont nous avons exposé les détails précédemment : la catatonie n'est pas un trouble moteur ou du tonus, type de la contracture extrapyramidale. Voilà ce qui lui paraît évident. La catatonie, au contraire, s'intègre dans un complexe de troubles intimement liés à la vie psychique (attention, engourdissement de la conscience, délire, négativisme) c'est un trouble du niveau psychomoteur et non pas simplement moteur (c'est nous qui employons le terme de « niveau », lequel ne venant qu'occasionnellement sous la plume de l'auteur eût pu cependant formuler, nous semble-t-il, l'essentiel de sa thèse). La catalepsie est essentiellement un défaut d'initiative motrice, elle correspond à des courbes électromyographiques analogues à celles de la contraction musculaire volontaire, active. Ainsi la catatonie donne l'apparence d'une activité volontaire, sans l'être entièrement. Tout naturellement s'impose alors la conviction qu'il s'agit de *processus d'inhibition et de désinhibition corticales* si l'on admet que le cortex est le siège de l'activité psychique supérieure et volontaire. Les expériences sur la catatonie bulbocapnique ont paru confirmer cette

...La catatonie s'intègre dans un complexe de troubles intimement liés à la vie psychique (attention, engourdissement de la conscience, délire, négativisme) c'est un trouble du niveau psychomoteur et non pas simplement moteur...

1. BRICKNER, *Research nerv. and ment. diseases Proc*, 13, 1934., pp. 259 à 351.

2. F. MOREL, *Introduction à la Psychiatrie Neurologique*, 1947, p. 266.

manière de voir puisque, d'après ce que nous avons exposé, la catatonie ne se produit que chez les animaux vertébrés pourvus d'un néo-cortex et que certaines expériences de décortication auraient paru empêcher la production de la catatonie bulbo-capnique... Cette argumentation se heurte cependant à des faits ou à des critiques auxquelles BARUK n'a peut-être pas été insensible puisque dans son étude récente des « troubles psychomoteurs ¹ », il affirme : « il résulte donc de nos expériences que les troubles psychomoteurs ne peuvent pas être localisés et qu'ils dépendent du cerveau tout entier de même qu'ils sont liés au psychisme entier ² ».

*

* *

...Voilà exposées, sous leur aspect essentiel et avec leur conclusion assez décevante, les principales théories localisatrices de la catatonie...

Voilà exposées, sous leur aspect essentiel et avec leur conclusion assez décevante, les principales théories localisatrices de la catatonie. Elles nous suggèrent les remarques suivantes :

1° L'anatomie pathologique montre nombre de lésions étendues à tout le névraxe sans qu'il soit possible de déterminer par les seules méthodes histopathologiques actuellement connues, le siège des lésions qui déterminent la catatonie.

2° Il existe une confusion entre les notions de système *extrapyramidal* et de système *cortical*. Beaucoup d'anatomophysiologistes admettent en effet que le système extra-pyramidal s'étend jusqu'au cortex préfrontal. On trouvera par exemple dans le travail de MESSIMY ³ une bonne étude des relations anatomiques des lobes frontaux et de la corticalité avec les noyaux gris centraux : les lobes préfrontaux constitueraient les organes inhibiteurs du système extrapyramidal. On a aussi étudié une contracture extrapyramidale (DONAGGIO, GOLDSTEIN) par désinhibition due à des lésions corticales. Des constatations analogues ont été faites par les Anglo-Saxons au cours de ces dernières années : OLMSTED et LOGAN ⁴, LAUGWORTHY ⁵, RICHTER et HINES ⁶, FULTON et KENNARD ⁷, FULTON ⁸, BUCY ⁹, etc. Par conséquent, théorie « extrapyramidale » et théorie « corticale » ne s'excluent pas.

3° Il y aurait lieu de dissiper un autre regrettable malentendu. Quand on parle de la nature corticale ou sous-corticale d'un syndrome, veut-on dire que les lésions qui les

1. BARUK, *Évolution psychiatrique*, 1947, n° I, p. 184.

2. Rappelons l'opinion qu'il a émise dans son « Précis » (1950) et que nous avons notée p. 133.

3. MESSIMY, *Rev. Neuro.*, 1939,1, pp. 29 à 30.

4. OLMSTED et LOGAN, *Amer. J. of Physiology*, 1925, 72, p. 750.

5. LAUGWORTHY, *Bull. John Hopkins Hosp.*, 1928.

6. RICHTER et HINES, *Congrès intern. Neuro.*, Londres, 1935.

7. FULTON et KENNARD, *Brain*, 1932.

8. FULTON, dans un travail paru en allemand : *Nervenarzt*, 1938.

9. BUCY, *The precentral cortex*, 1944.

déterminent siègent dans les positions sous-corticales ou corticales de l'encéphale, ou que les symptômes qu'ils produisent sont l'expression d'une activité sous-corticale ou corticale? C'est que ce n'est pas du tout la même chose. De telle sorte que, tout comme nous venons de voir que l'on peut présenter une théorie *corticale* d'un syndrome *extra-pyramidal*, on peut admettre des *lésions corticales* libérant les centres *sous-corticaux*. Et l'on ne compte pas les auteurs qui se rangent à cette manière de voir. C'est d'abord un des plus farouches partisans de la « théorie sous-corticale » (SALMON¹) qui, admettant que le « centre de la catatonie » est dans la région infundibulaire, considère que le « syndrome catatonie » est « l'effet de la libération des centres sous-corticaux par lésions corticales », et peut-être GUIRAUD, lui-même, à la fin de son article², paraît-il prêt à faire cette concession aux critiques et conceptions de CLAUDE, BARUK et DELMAS-MARSALET. – BERTOLANI³ avait défendu la même hypothèse. Nous devons à STECK⁴ une excellente étude qui conclut, après l'observation anatomo-clinique de huit cas, que la catatonie sous son aspect le plus massif appartient bien au groupe de ces syndromes extra-pyramidaux que l'on observe⁵ dans beaucoup d'affections cérébrales. « Mais, dit-il, elle n'est pas due à des lésions de la base, il peut aussi s'agir de libération des fonctions inférieures par lésions corticales et surtout pariétales ». SAGER⁶ a développé une théorie analogue à propos de la catatonie bulbo-capnique. Il critique la théorie de BARUK et de DE JONG et croit que la bulbo-capnique produit une *inhibition* du cortex qui est conciliable avec la disparition des réflexes corticaux et peut même aller jusqu'à provoquer une inhibition du diencéphale. L'étude des réflexes corticaux et des modifications chronaxiques le conduit à penser en effet que le processus d'inhibition catatonique s'étend et descend jusque dans le mésencéphale. La raideur bulbo-capnique est analogue à celle de la décontraction avec cette différence que dans celle-ci prédomine le tonus des extenseurs et dans celle-là il existe surtout une hypertonie des fléchisseurs. C'est au fond revenir 50 ans après de nombreuses études et recherches à l'idée déjà exprimée par MEYNERT : « Un affaiblissement cortical, plus une hyperexcitabilité sous-corticale... » Tant il est vrai que l'on ne puisse échapper à l'exigence de l'intuition jacksonienne, même quand elle est, chez certains auteurs, inconsciente...

...C'est au fond revenir 50 ans après de nombreuses études et recherches à l'idée déjà exprimée par Meynert : « Un affaiblissement cortical, plus une hyperexcitabilité sous-corticale... »...

4° Les auteurs qui défendent l'origine corticale du trouble générateur entendent généralement affirmer que la catatonie est d'un niveau psychomoteur élevé, mais là

1. SALMON, *Rev. Neuro.*, 1944, II, pp. 592 à 597.

2. GUIRAUD, *Paris Médical*, 1927.

3. BERTOLANI, *Rivista sper. Freniatria*, 1925.

4. STECK, Congrès de Genève 1926 (Aliénistes de langue française).

5. C'est la « triade » de REICHARD, symptomatique des grandes affections cérébrales : Symptômes psychiatriques, moteurs et végétatifs.

6. SAGER, *Zeitsch. exp. Med.*, 1932.

encore il persiste un malentendu car il n'est pas du tout évident que l'écorce cérébrale joue le rôle qu'on lui assigne. Inversement, certains auteurs croient défendre à la fois la nature élémentaire et motrice du trouble en le rattachant à la pathologie diencéphalique, c'est-à-dire des centres, que certains et parfois eux-mêmes (GUIRAUD) considèrent comme des centres psychiques...

– Nous venons d'examiner sous tous leurs aspects les diverses théories pathogéniques. Au terme de ces études anciennes et récentes, la catatonie, si elle se trouve éclaircie dans un certain nombre de ses aspects particuliers et de ses mécanismes nerveux, n'en paraît pas moins complexe et polymorphe. En ce qui concerne l'analyse physiologique, nous avons vu que l'on comprend sous ce nom une gamme fort riche de troubles moteurs et psychomoteurs de niveaux divers dont les plus typiques paraissent constituer des modalités du comportement relativement élevées dans la hiérarchie des fonctions. L'étude de la catatonie expérimentale nous a montré non pas qu'une cause chimique ou physique ou physiologique constitue l'agent *spécifique* de la catatonie mais que celle-ci, au contraire, apparaît être un mode de réaction psychopathologique très générale aux processus les plus divers. Enfin l'examen du problème anatomique, loin de préciser un siège bien déterminé des lésions qui déterminent la catatonie, nous a révélé que c'était pour ainsi dire le cerveau tout entier (STECK, BARUK), qui était atteint et qu'en tout cas, on ne pouvait se représenter les états groupés sous un même nom, celui de « CATATONIE » que comme un niveau de *régression*, de *dissolution*, des fonctions motrices allant des formes les plus psychiques aux plus « amyostatiques » (KLEIST) sans que le siège cortical ou sous-cortical des lésions soit nettement établi. De telle sorte que sous ces controverses « manifestes », il y a un conflit « latent », celui qui oppose les théories neurologiques de la catatonie, c'est-à-dire celles qui défendent sa nature « élémentaire », « basale », « amyostatique », ou encore « éréismatique ¹ », dirait W. R. HESS, et ceux qui identifient le comportement catatonique à une dissolution globale et apicale de l'activité psychomotrice supérieure de la « téléocinésie » pour reprendre une autre expression de W. R. HESS.

§ IV. – THÉORIES GÉNÉRALES DE LA CATATONIE

Un si minutieux examen de tant de faits et de théories pathogéniques partielles de la catatonie nous permettra maintenant d'être plus concis et clair dans l'exposé des conceptions d'ensemble. Comme les positions à l'égard d'un problème aussi fondamental ne constituent qu'une sorte d'application des tendances principales de cha-

1. W. R. HESS, Physiologische Aspekte der extrapyramidal Motorik. *Der Nervenarzt*, 1942, pp. 457 à 466. Ce travail ne cesse de poser une distinction capitale entre « Motorik » et « Psychomotrizität », entre le plan myostatique et le plan psychomoteur, entre la Neurologie et la Psychiatrie, dirions-nous.

...la catatonie apparaît être un mode de réaction psychopathologique très générale aux processus les plus divers...

...les états groupés sous un même nom, celui de « Catatonie » ne peuvent se représenter que comme un niveau de régression, de dissolution, des fonctions motrices allant des formes les plus psychiques aux plus « amyostatiques »...

cun dans sa façon de comprendre et d'expliquer les symptômes en psychiatrie, les théories générales de la catatonie se confondent plus ou moins avec la façon d'envisager la psychiatrie propre à chaque auteur... Ce sera une raison de plus d'abréger « au maximum » cet exposé qui finirait par coïncider trop nécessairement avec celui des tendances en psychopathologie générale. Nous devons enfin, avant d'entrer dans l'étude de ces divers points de vue, faire remarquer que, parfois, les auteurs eux-mêmes n'ont pas exprimé leur pensée aussi rigoureusement et clairement que ne le laisserait supposer la possibilité de présenter leurs explications dans un ordre cohérent et systématique. Nous nous permettrons de compléter parfois leur pensée en nous gardant d'en trahir l'esprit.

A. – THÉORIES MÉCANICISTES

Elles expliquent la catatonie sous ses diverses formes par des troubles fonctionnels partiels élémentaires et basaux du système nerveux (excitation de certains centres ou désintégration de certaines fonctions isolées).

Tout d'abord, rappelons encore la conception de KAHLBAUM qui paraissait expliquer la catatonie par un trouble du tonus musculaire primitif (Spannungsirresein).

WERNICKE, en se représentant les « troubles psychomoteurs » qui définissaient pour lui des « psychoses de la motilité » comme des troubles simplement plus compliqués que des réflexes (réflexes introduisant un terme psychique dans leur circuit), a ouvert la voie à une série de conceptions de la catatonie dont nous allons retracer la filiation. Lui-même ¹, étudiant les « psychoses de la motilité » sous leurs diverses formes akinétiques, hyperkinétiques et parakinétiques, se représentait la catatonie comme une collection de symptômes qu'il fallait bien attribuer à une hypofonction ou à un trouble des fonctions psychomotrices pour ce qui est des akinésies ou parakinésies ou à des excitations motrices anormales pour les hyperkinésies. La stupeur n'était, à ses yeux, par rapport aux phénomènes moteurs qu'un symptôme « à distance » et contingent. Le primat du trouble moteur était ainsi affirmé par lui à l'égard de tous les autres troubles affectifs ou de la conscience, l'individu se montrant « étranger » et « passif » à l'égard de ses symptômes moteurs. ROLLER (1884), CRAMER (1890), LUNDBORG (1905) et enfin le représentant contemporain de la pensée de WERNICKE, KLEIST, se sont fortement inspirés de la conception du Maître de Breslau. KLEIST, après quelques hésitations (de 1908 à 1923), nous l'avons vu, a admis que les troubles qui constituent la catatonie, sont des troubles « psychomoteurs » au sens de WERNICKE et nous avons vu précédemment comment il se représente les troubles psychomoteurs catatoniques qui résultent d'une sorte de désintégration des fonctions motrices aux divers étages du système nerveux. Malgré qu'il juge celles-ci en

...Les théories mécanicistes expliquent la catatonie sous ses diverses formes par des troubles fonctionnels partiels élémentaires et basaux du système nerveux...

1. Cf. Thèse BURCKARD, Strasbourg, 1931.

rapport avec les instances psychiques dans le déterminisme de ces troubles, il n'en continue pas moins la tradition de WERNICKE et se représente la catatonie comme une mosaïque de figures motrices plus ou moins élémentaires provoquées par une juxtaposition d'atteintes lésionnelles de l'écorce ou du tronc cérébral.

Chez nous, GUIRAUD a adopté une position mécaniciste analogue dans l'interprétation qu'il a donnée (1925 à 1927) de la catatonie... Pour lui, il s'agit aussi d'une collection de symptômes produits directement par l'atteinte de plusieurs centres, spécialement des centres sous-corticaux, qui règlent le tonus et les automatismes moteurs. Les troubles psychiques sont également dans sa conception fortuitement juxtaposés aux troubles moteurs primitifs ou en dépendent. Son esprit d'analyse bien connu le porte à distinguer et à isoler toujours davantage des troubles du tonus et du mouvement qui constituent, à ses yeux, les *éléments* du tableau clinique correspondant à une atteinte sélective du système nerveux : le syndrome catatonique est pour lui essentiellement un syndrome « neurologique ».

Naturellement presque tous les auteurs qui assimilent purement et simplement le syndrome catatonique à un syndrome strié ou mésencéphalique (BUSCAINO, PADEANO, FRANKEL, etc..) défendent l'idée d'une genèse purement motrice de la catatonie, puisqu'ils admettent qu'elle se compose de troubles élémentaires et basaux, plus ou moins proches des hypertonies ou hypercinésies extrapyramidales.

Comme cette théorie mécaniciste ne se réduit pas à une seule position anatomique et que l'on peut se représenter aussi des troubles *corticaux* « comme des troubles élémentaires et partiels », rien d'étonnant à ce que nous puissions faire figurer parmi les théoriciens mécanicistes de la catatonie le nom de Herman de JONG, en faisant d'abord allusion à ses premiers travaux, notamment (ce qui opposera clairement sa position doctrinale à celle de son collaborateur BARUK). Dans une série de travaux (1925 à 1929) cet auteur a émis une théorie corticale des troubles catatoniques qui vaut d'être rappelée ici. Pour lui le trouble « essentiel » et basal réside dans une innervation pathologique du système moteur volontaire qui déclenche des réactions psycho-motrices automatiques. Ce trouble primitif lui paraissait conditionné par des variations pathologiques du seuil de réaction aux facteurs extérieurs des cellules corticales : « leur seuil de décharge s'abaisse et l'énergie entassée dans les cellules motrices se décharge spontanément ou à la suite d'incitation nerveuse ». Ainsi se déclenchent les mouvements antagonistes propres à la catalepsie. Il ne serait pas difficile de montrer que cette conception mécaniciste de DE JONG a « induit » celle de BARUK mais celui-ci a manifesté une tendance générale différente dans la conduite de ses travaux comme nous le verrons plus loin.

Séparé à nouveau de BARUK, il semble que H. DE JONG ne soit pas revenu cependant à sa première tendance si nous avons bien compris le sens de son dernier

...Chez nous, GUIRAUD a adopté une position mécaniciste analogue dans l'interprétation qu'il a donnée (1925 à 1927) de la catatonie[...]; le syndrome catatonique est pour lui essentiellement un syndrome « neurologique »...

...nous pouvons faire figurer parmi les théoriciens mécanicistes de la catatonie le nom de Herman de JONG, en faisant d'abord allusion à ses premiers travaux...

ouvrage¹. Pour lui le phénomène biologique fondamental est un processus d'asphyxie tissulaire déterminé par une toxine qui se fixe sur le cerveau par suite d'une défaillance des fonctions antitoxiques du foie et détermine des *troubles schizophréniques* dont la catatonie ne serait que l'effet².

B. — THÉORIES PSYCHOGÉNISTES

A l'opposé des théories dont nous venons de parler, la psychogénèse appliquée à l'explication de la catatonie la fait dépendre d'une genèse purement psychique. A la suite des idées d'Adolf MEYER³, qui a défendu sa nature « réactionnelle » à l'égard des situations vitales et la nature « finaliste » de sa valeur expressive de l'inconscient conforme aux conceptions de FREUD, certains auteurs comme CLAUDE, BOREL et ROBIN (1925 à 1927), et la plus grande partie des psychiatres anglo-saxons contemporains ont cru pouvoir interpréter dans ce sens, nombre de réactions de négativisme, de stéréotypies, d'immobilisation, etc... Sans doute CLAUDE les opposait-il aux « catatonies vraies » de la démence précoce « vraie » mais il n'en présentait pas moins une théorie purement psychogénique du comportement catatonique qui souleva à l'époque chez nous une assez vive réaction.

C'est l'école psychanalytique qui a mis au premier plan de la causalité des états catatoniques les facteurs psychiques et notamment les facteurs psychiques inconscients. Voici l'essentiel de la conception première de FREUD et de JUNG⁴. Les conflits affectifs sont des causes de la maladie, la psychose représentant une sorte de compensation. De même que le névropathe *adopte* sa contracture, sa paralysie ou son angoisse *pour fuir* une représentation pénible, de même que toute psychonévrose n'est qu'un *moyen* de se soustraire à telle ou telle tendance répugnante, de même que le rêve normal est un *moyen* inconscient de satisfaire ses instincts primitifs et exprimer un *désir*, de même la démence précoce est une *tentative* de réalisation des instincts primordiaux et avec ABRAHAM⁵, il faudrait voir dans l'expression clinique de la catatonie une *expression* de l'auto-érotisme. Les gestes du catatonique, ses attitudes, son silence, son immobilité, son introversion, son négativisme, sont des manifestations narcissiques. RANK⁶ a soutenu l'opinion que le catatonique exprime *le désir* de retour dans l'utérus maternel et TAUSK a considéré l'enroulement de son corps sur lui-

certain auteurs comme CLAUDE, BOREL et ROBIN (1925 à 1927), [...] ont cru pouvoir interpréter dans ce sens [psychogénétique], nombre de réactions de négativisme, de stéréotypies, d'immobilisation, etc...

...théorie purement psychogénique du comportement catatonique qui souleva à l'époque chez nous une assez vive réaction...

...avec ABRAHAM, il faudrait voir dans l'expression clinique de la catatonie une expression de l'auto-érotisme...

1. H. H. DE JONG, *Experimental catatonia*, I vol., 221, p. Baltimore 1945.

2. On saisit clairement, pensons-nous, en quoi cette théorie *organique* de la catatonie cesse sous cette forme d'être *mécaniste* : les symptômes catatoniques n'y sont plus considérés comme des phénomènes directement et mécaniquement produits mais comme les effets d'une dissolution de l'activité psychique.

3. MEYER, cf. l'article de FLOURNOY, *Archives suisses de Psychologie*, Genève, 1927 et *Encéphale*, 1925.

4. JUNG, d'après HESNARD, *Journal de Psychologie*, 1924.

5. ABRAHAM, Ueber der Katatonie Anfall, *Inter. Zeitschr. f. Psychan.*, 1920, VI.

6. RANK, *Le traumatisme de la naissance* [NdÉ : édit. fr. 1973, Payot], cf. spécialement pp. 92 à 94.

même comme l'attitude symbolique de ce nostalgique retour. NUNBERG ¹ a interprété également l'état catatonique comme une reproduction de la situation d'avant la naissance, comme une parfaite manifestation de « métro-érotisme ». LEVI-BIANCHINI a admis le narcissisme comme le ressort affectif de la catatonie. L'intérêt de son travail réside dans le fait qu'il contient, nous l'avons déjà indiqué, quelques photographies remarquables de l'attitude fœtale du catatonique. P. SCHILDER ² a lui aussi insisté sur la régression narcissique du catatonique qu'il interprète selon son schéma habituel d'explication. La « *motivation actuelle* » de cette régression entraîne une réaccumulation de la libido (Rückstandung) qui se fixe sur certains « points de fixation » libidinale des fonctions de l'organisme. WOLFF (cité par ELLENBERGER) a défendu l'idée que la catatonie est une réaction de « *feinte de la mort* ». E. J. KEMPF (1920 à 1930) pense qu'il s'agit d'un mécanisme hystérisiforme, d'un « *auto-hypnotisme* ». NACHT (1933), étudiant la structure inconsciente des psychoses, insiste sur le fait que les catatoniques ont perdu le pouvoir d'investissement libidinal d'un objet autre que lui-même : ils font une régression au *stade auto-érotique*, etc. Tous les psychanalystes ont brodé sur le même thème : régression déterminée par un désir, une intention inconsciente. Ainsi aux yeux de la psychogénèse la catatonie est une forme de comportement *désiré* sinon *voulu*. Le catatonique, comme dit NACHT, ne subit pas une régression, « *il réalise une régression* ³ » et c'est une telle interprétation *intentionnaliste* de la régression qui constitue l'essence d'une théorie psychogénétiste de la catatonie et la rend inacceptable...

...une telle interprétation intentionnaliste de la régression qui constitue l'essence d'une théorie psychogénétiste de la catatonie et la rend inacceptable...

C. — THÉORIES ORGANO-DYNAMISTES

C'est d'une toute autre manière que ces théories comprennent la régression. A leurs yeux cette régression dépend d'un désordre du substratum organique (et elles s'opposent aux théories psychogénistes sur ce point) et diffère d'une production mécanique de mouvements anormaux (et elles s'opposent sur ce point aux théories mécanicistes) : la catatonie est une *régression des fonctions psychiques, conditionnée*

...C'est d'une toute autre manière que les théories organo-dynamistes comprennent la régression. [Elle] dépend d'un désordre du substratum organique...

1. NUNBERG, Die psychosexuelle Differenzen zwischen Hysterie und Dementia Praecox, *Zentralblatt f. Nervenheilkunde*, 1908, 19.

2. P. SCHILDER, *Seele und Leben*, 1923 et *Psychoanalytische Psychiatrie* (1928), chapitres VIII et IX.

3. Nous avons mis en italique dans cet exposé les termes qui définissent le plus fortement le sens général de la théorie psychogénétique. Une telle conception des troubles catatoniques vise certes quelque chose de réel, c'est la structure significative du comportement catatonique que nous serions bien les derniers à contester. Mais elle fait appel pour expliquer le trouble à une *finalité* de la maladie qui lui retire précisément son caractère pathologique, qui est d'être primitivement régressif, fait qui éclate dans l'observation clinique. Pour si complexe que soit la pensée du catatonique et elle l'est jusqu'à lui faire revivre les phases les plus archaïques de sa libido pré-objectale et même pré-natale, elle est l'effet de la maladie et non sa cause. Cela nous paraît évident et soustrait la catatonie aux naïvetés d'une psychogénèse un peu trop sommaire,

par une dissolution fonctionnelle organo-génétique.

Un premier groupe de théories de ce genre est représenté par celles qui font dépendre le syndrome catatonique d'une modification globale de l'activité psychique à type de *stupeur*¹. Ces théories sont fort anciennes. WEYGANDT, dans son *Traité de Psychiatrie* (1902), insistait sur la stupeur à forme de « barrage » (et non d'inhibition ainsi qu'est le cas dans la mélancolie) comme condition à la catatonie. NEISSER (1890) pensait avec KANDINSKY qu'il s'agissait d'une inhibition des fonctions psychiques supérieures. Quant à KRAEPELIN, il concevait fort justement le trouble essentiel comme un trouble primitif de l'activité volontaire, ne voulant pas accepter la théorie mécaniciste de KAHLBAUM.

Ceci nous conduit à un autre groupe de théories du même genre, celles qui expliquent la catatonie par la *dissociation psychique* des états de « démence précoce » ou de schizophrénie dont elle ne serait dès lors que l'expression « secondaire ». La plus connue et la plus complète de ces théories est celle de BLEULER. Pour lui, la catatonie dépend de la dissociation schizophrénique (Spaltung), elle s'explique en partie par les troubles « primaires » (relâchement associatif, états crépusculaires, ambivalence, troubles du cours de la pensée) et est constituée par des symptômes « secondaires » (autisme, négativisme, etc...) Pour lui, l'ensemble du comportement catatonique est donc lié à la régression de la pensée schizophrénique qui s'oppose à celle du rêve et aux complexes inconscients qu'elle exprime sans en dépendre uniquement. C'est dire que BLEULER a intégré l'apport considérable de la psychologie de FREUD dans une perspective doctrinale plus conforme aux conceptions médicales qui considèrent la catatonie comme une conséquence d'un trouble somatique primordial. La position de P. SCHILDER à laquelle nous faisons allusion plus haut à propos des théories psychogénétistes se rapproche beaucoup de celle de BLEULER. KRETSCHMER² est très près de cette manière de voir, puisque, pour lui, il s'agit d'une régression entraînant une libération des mécanismes « hypobouliques ». On trouvera dans l'œuvre de JANET³ une esquisse d'une théorie organo-dynamiste de la catatonie conforme à sa psychopathologie générale. A. BOSTROEM⁴ se représente la catatonie sur un modèle théorique du même ordre. Il montre comment la catatonie n'est pas un aspect des troubles du mouvement mais un effet de perturbations de la synthèse psychique, il a profondément analysé le mécanisme de la catatonie et y voit une dissolution de l'activité volontaire. Tout en s'interdisant

...Un premier groupe de théories [...] font dépendre le syndrome catatonique d'une modification globale de l'activité psychique à type de stupeur...

...un autre groupe de théories [...] explique la catatonie par la dissociation psychique des états de schizophrénie dont elle ne serait dès lors que l'expression « secondaire ».
(BLEULER)

1. Naturellement parler de « stupeur » ou de « dissociation psychique » c'est bien employer des termes psychologiques, mais c'est aussi et surtout sous-entendre le *désordre fonctionnel* de nature organique dont la stupeur ou la dissociation ne sont que des effets. Là encore et surtout la référence au phénomène « sommeil-rêve » est capitale.

2. KRETSCHMER, *Psychologie médicale*, pp. 212-220.

3. JANET, Notamment dans *la Force et la Faiblesse psychologique*, pp. 262 à 268.

4. BOSTROEM, *Traité de Bumke*, II, pp. 182 à 190.

telle ou telle explication anatomique de cette régression, elle est cependant, à ses yeux, déterminée « par une modification organique du cerveau » (p. 190).

Enfin, une dernière forme de ces conceptions, cette fois d'inspiration plus résolument jacksonienne se rencontre dans certains travaux sur la catatonie (SAGER, KAUDERS, etc.) Nous en avons déjà parlé et il suffira de les rappeler rapidement. Signalons que ni TRIANTOPHYLLOS ¹, ni LEWIN ², ni MONAKOW et MOURGUE ³ ni H. F. HOFFMANN ⁴ tout en appliquant plus ou moins heureusement les principes de JACKSON à la psychiatrie n'ont étudié résolument dans cette perspective le problème de la catatonie. C'est ainsi que dans son deuxième article, LEWIN ne s'occupe que du langage incohérent des schizophrènes catatoniques. Par contre, c'est consciemment ou inconsciemment inspirés par la conception de JACKSON qu'un certain nombre d'auteurs ont envisagé la catatonie comme une forme de dissolution des fonctions nerveuses de type dissolution uniforme et apicale. L'idée maîtresse de toutes leurs hypothèses que nous groupons ici est de considérer la catatonie comme une forme régressive de la pensée et comme l'expression d'un travail psychique secondaire à la dissolution des fonctions psychiques supérieures. La catatonie est alors conçue comme un syndrome de niveau élevé et non élémentaire et en tout cas comme la conséquence d'un trouble des fonctions neuro-psychiques, ce qui, naturellement, ne se confond ni avec l'idée de la psychogénèse, puisque cette dissolution est conditionnée par un désordre somatique, nerveux et cérébral, ni avec les théories mécanicistes qui font de la catatonie une désintégration basale non conditionnée par des troubles psychiques (celle-là, aux yeux des mécanicistes, conditionnant, au contraire, ceux-ci). – C'est dire que ce genre de conception de la catatonie s'appuie sur les analyses des cliniciens qui, comme nous l'avons vu, font dépendre la catatonie d'un état de trouble psychique lui-même organiquement conditionné (stupeur, dissociation schizophréniques, etc...) Mais certaines théories, dont nous allons parler, vont cependant plus loin dans l'hypothèse que celles de KRAEPELIN, JANET, WEYGAND, BLEULER, SÉGLAS, etc... car elles essayent de présenter une théorie cérébrale de la catatonie.

Naturellement, leurs auteurs cherchent à faire coïncider l'essence du trouble, qui atteint primordialement les fonctions psychiques élevées, avec une atteinte primitive et plus ou moins profonde du système cérébral qui leur paraît représenter l'appareil « central » de la vie psychique. Le schème d'explication anatomo-physiologique va donc être différent selon que l'on supposera les « centres » les plus élevés du psychisme dans telle ou telle région de l'encéphale, mais l'essentiel des diverses théories reste toujours le

1. TRIANTOPHYLLOS, *Encéphale*, avril 1931.

2. LEWIN, *Archives of Neurology*, 1933 et *Amer. J. of Psychol.*, 1934.

3. MONAKOW et MOURGUE, *Intr. Biol. à la Neurologie et psychiatrie*, 1928.

4. H. F. HOFFMANN, *Die Sichttheorie*, 1935.

...une dernière forme de ces conceptions, cette fois d'inspiration plus résolument jacksonienne se rencontre dans certains travaux sur la catatonie...

...inspirés par la conception de JACKSON, un certain nombre d'auteurs ont envisagé la catatonie comme une forme de dissolution des fonctions nerveuses de type dissolution uniforme et apicale...

même. Déjà MEYNERT supposait un affaiblissement cortical, déterminant une hyperexcitabilité sous-corticale et les analyses anciennes de VOGT (1902), de STRANSKY (1903), anticipent les études approfondies de la psychomotricité que nous devons à BARAHONA FERNANDES ¹, O. KAUDERS ² et à BARUK (1927-1933) pour montrer la nécessité de concevoir une atteinte de ces fonctions cérébrales supérieures qui intègrent les automatismes moteurs dans des cycles de comportement très élevé, du niveau précisément des fonctions « psychomotrices ». C'est ainsi que STECK (1926) conclut son travail par cette hypothèse. « Le parallélisme psychomoteur et la triade de REICHARDT (symptômes psychiques, moteurs et végétatifs) ne peuvent s'expliquer que par les lésions d'un appareil régulateur central. Dans l'indifférence affective, le manque d'initiative, le défaut d'auto-conduction, l'abaissement de la tension associative, on voit toujours apparaître l'influence d'un trouble de cette fonction régulatrice basale... La symptomatologie des catatoniques ne s'explique que par une atteinte simultanée de plusieurs étages du cerveau ». C'est à une théorie analogue qu'aboutit SAGER (1932) quand il admet un processus de désinhibition des centres toniques qui peut descendre plus ou moins bas et atteindre les divers étages du névraxe pour produire toute la gamme, la *série des troubles psychomoteurs et moteurs que nous appelons catatonie*. Cette idée est reprise avec une grande pénétration dans un plus récent travail de SAGER et SCHALTENBRAND ³ qui se placent *explicitement* dans la perspective jacksonienne et admettent que la maladie cérébrale ne crée pas des formes spéciales de mouvement en réalisant la série des états catatoniques mais libère à des étages fonctionnels différents des formes primitives de motilité. Nous avons vu que CLAUDE et BARUK avaient admis que la catatonie est réalisée par un trouble des fonctions psychomotrices qu'ils situaient dans l'écorce. Pour eux, la catatonie constituait donc un niveau de dissolution des fonctions psychomotrices que de simples degrés de profondeur séparent et des états hystériques et des crises d'épilepsie.

Ainsi se dégage une sorte d'unanimité, au cours du dernier lustre, pour voir dans la catatonie : 1° Une forme de régression de la motilité d'un niveau plus élevé que celui des troubles moteurs ou du tonus élémentaire et basal ⁴. 2° Un niveau de dissolution qui dépend d'une atteinte cérébrale et ne diffère que par le degré dans la profondeur du processus destructeur de l'ensemble des autres troubles moteurs des psychoses pour, à la limite et au terme de la dissolution, coïncider avec des syndromes

...la nécessité de concevoir une atteinte de ces fonctions cérébrales supérieures qui intègrent les automatismes moteurs dans des cycles de comportement très élevé, du niveau précisément des fonctions « psychomotrices »...

1. BARAHONA FERNANDES, Klinische Unters. über motorischen Erscheinen bei Psych., *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1937, 158, et son remarquable ouvrage *Análise clinica dos Síndromas Hipercinéticos*, 1 vol., 266 p., Lisbonne, 1938 notamment de la pp. 218 à 225.

2. O. KAUDERS, *Zur Klinik und Analyse der Psychomotorische Störungen*, Berlin, 1931.

3. SAGER et SCHALTENBRAND, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1940, 169.

4. Plus « psychomoteur » (KLEIST, BARUK), plus « télékinétique » (HESS) que « amyostatique », précisons une fois de plus et inlassablement « plus psychiatrique » que « neurologique ». C'est le sens des lignes qui suivent.

proprement neurologiques. 3° Une forme de dissolution «apicale », c'est-à-dire conditionnée par des troubles « supérieurs » de la vie psychique, en quoi la catatonie diffère d'un syndrome neurologique pur et simple, c'est-à-dire d'une désintégration basale et partielle des fonctions toniques et motrices. C'est le sens le plus profond des théories organo-dynamistes par quoi elles s'opposent, d'une part, aux théories mécanicistes, qui considèrent le syndrome catatonique comme un syndrome « neurologique », c'est-à-dire comme une mosaïque de troubles moteurs élémentaires sous-jacents ou simplement juxtaposés aux troubles psychiques – et, d'autre part, aux théories psychogénétistes intégrales qui « scotomisent » la causalité cérébrale de la catatonie. Pour nous comme pour tous les auteurs dont nous venons de situer brièvement la position, «la catatonie » est une forme de régression du comportement qui admet des degrés de formes et une évolution qui dépendent des structures psychopathologiques, organiquement déterminées, dont elle ne figure qu'un fragment ou un aspect...

...Pour nous [...] « la catatonie » est une forme de régression du comportement qui admet des degrés de formes et une évolution qui dépendent des structures psychopathologiques, organiquement déterminées, dont elle ne figure qu'un fragment ou un aspect...

CONCLUSIONS

I. SÉMÉIOLOGIE

On désigne en clinique psychiatrique du même terme « catatonie », des troubles psychomoteurs fort différents. Tantôt, on met l'accent sur des troubles du comportement caractérisés par l'opposition, le maniérisme, l'impulsivité. Tantôt, on appelle catatoniques, des troubles akinétiques ou parakinétiques automatiques qui témoignent d'une certaine inertie. En fait, au sens large, la catatonie comprend un ensemble de *troubles des fonctions motrices caractérisés par la tendance à l'immobilité, à la répétition et à l'automatisme*, soit que ces troubles se déroulent à un niveau supérieur et s'intègrent dans des cycles de comportement psychopathologiques complexes, soit qu'ils se produisent sous forme plus rudimentaire à des niveaux de dissolution psychique plus profonde. C'est-à-dire que :

1° La séméiologie des états catatoniques est *protéiforme*. Si quelques traits demeurent caractéristiques, ils se distribuent dans le tableau clinique en s'associant à des troubles psychiques ou psychomoteurs si variés qu'il est impossible de décrire un syndrome catatonique pur et toujours semblable à lui-même.

2° Les troubles catatoniques ne sont qu'une *partie d'un tout* et c'est ce « tout » (dissociation schizophrénique, stupeur, état crépusculaire, confusion, etc...) qui caractérise telle ou telle forme clinique de catatonie.

La *catatonie n'est même pas un syndrome*, si on entend par là un ensemble de symptômes assez caractéristique pour faire l'objet d'une description typique et univoque. Ce que l'on croit décrire parfois comme syndrome catatonique, puis « comme catatonie vraie », n'est qu'une forme de la conscience schizophrénique ou hétéro-ébranlée.

...Les troubles catatoniques ne sont qu'une partie d'un tout...

La catatonie est un *mode de réaction* fréquent du psychisme morbide (comparable par exemple à l'anxiété, à l'activité hallucinatoire ou aux troubles de la mémoire) dont la structure négative impose à la conscience ses formes caractéristiques d'organisation : inertie, répétition, etc. C'est un aspect relativement contingent de la séméiologie des psychoses, plutôt qu'un « syndrome » nettement caractérisé.

...la catatonie n'est qu'un aspect relativement contingent de la séméiologie des psychoses, plutôt qu'un « syndrome » nettement caractérisé...

II. NOSOGRAPHIE

Nous sommes bien loin de l'idée première de KAHLBAUM qui espérait que, quelque jour, sa description correspondrait à une entité comme ce fut le cas pour la paralysie générale. En fait les signes énumérés par KAHLBAUM appartiennent en propre avec une grande fréquence aux psychoses décrites par KRAEPELIN sous le nom de « démence précoce » et par BLEULER sous le nom de « schizophrénie ». Mais ces « psychoses » ne nous apparaissent elles-mêmes que comme des syndromes et pas plus qu'elles ne se manifestent toujours sous la forme de catatonie, toutes les catatonies ne sont pas nécessairement symptomatiques de ces psychoses ! Les réactions catatoniques se rencontrent en effet du haut jusqu'en bas de l'échelle des niveaux de dissolution que représentent les névroses et les psychoses. Qu'il s'agisse des manifestations motrices de l'hypnose, de la catalepsie hystérique, et même de certains comportements symboliques de nature obsessionnelle au niveau des psychonévroses, de formes catatoniques des psychoses maniaco-dépressives, des stupeurs confusionnelles à forme catatonique ou encore des états catatoniques démentiels, à des degrés divers sous des formes différentes et surtout intégrés à un ensemble de troubles qui lui donnent une physionomie propre, la catatonie se rencontre dans toute la série des psychoses, soit que prédominent aux niveaux les plus élevés, les attitudes théâtrales, les bizarreries de gestes et de mimique, les comportements complexes et significatifs, soit que prévalent l'inertie motrice, la catalepsie, la répétition et les mouvements automatiques.

...Les réactions catatoniques se rencontrent en effet du haut jusqu'en bas de l'échelle des niveaux de dissolution que représentent les névroses et les psychoses...

III. PATHOGÉNIE.

Puisque « la catatonie » ne constitue pas un syndrome bien caractérisé et constant, les théories pathogéniques qui se proposent de l'expliquer portent à faux parce qu'elles cherchent à expliquer par un mécanisme unique des troubles variés et variables dans leur nature. On comprend que selon que le trouble envisagé sera du type où prédominent l'hypertonie, la raideur musculaire, la catalepsie, ou bien du type caractérisé par l'opposition négativiste, le maniérisme et l'impulsivité, les théories proposées seront assez différentes ainsi qu'il nous a été loisible de nous en rendre compte. La seule théorie assez générale et compréhensible pour s'appliquer à l'ensemble des troubles psychomoteurs est une théorie organo-dynamiste qui admet que les troubles catatoniques constituent une forme régressive de l'organisation motrice, praxique, gestuelle, mimique, posturale qui atteint le comportement volontaire, et le désorganise jusqu'à

...les troubles catatoniques constituent une forme régressive de l'organisation motrice, [...] qui atteint le comportement volontaire, et le désorganise jusqu'à « découvrir » la couche la plus automatique et la plus archaïque de la motilité.

« *découvrir* » la couche la plus automatique et la plus archaïque de la motilité. Ce que l'on appelle catatonie n'est que l'ensemble des troubles de la sphère motrice qui se présentent avec une structure psychique assez élevée pour qu'il soit nécessaire d'admettre une forte composante psychique dans leur déterminisme et leur organisation. La structure kinétique de la catatonie dépend dans ses modalités particulières des fonctions correspondant au niveau de dissolution dont elle est l'expression : *plus profonde est la dissolution et plus la catatonie tend à se confondre avec les troubles proprement moteurs*. Au fur et à mesure que le processus de dissolution libère des couches de plus en plus profondes et primitives, la catatonie admet la participation de complexes fonctionnels de moins en moins élevés dans la hiérarchie des fonctions de régulation des mouvements. Pouvons-nous concevoir cependant que la catatonie se présente sous la forme d'un « syndrome frontal », « extra-pyramidal », d'« automotose », ou de « rigidité décérébrée », d'« hypertonie parkinsonienne », etc.? Non, dans la mesure où la catatonie, même quand elle touche à ce niveau, reste un aspect, une phase de l'évolution d'une psychose, c'est-à-dire d'une dissolution apicale psychiatrique et non une désintégration partielle des fonctions motrices basales. C'est ce que BARAHONA FERNANDES ¹ a parfaitement vu quand il a souligné que *le caractère proprement « moteur » de certaines catatonies est acquis par la durée du processus et non primitivement*. C'est également le sens des travaux expérimentaux de SAGER et SCHALTENBRAND (1940).

La structure « psychomotrice » de la catatonie mise en évidence, comme nous l'avons vu, par la plupart des auteurs, fait de la catatonie, sur le plan des comportements élevés d'abord, puis des fonctions motrices plus élémentaires ensuite, la manifestation, l'expression d'un trouble psychique primordial. Cette notion de « trouble psychique primitif » ne saurait être sans naïveté confondue avec l'idée d'une psychogénèse car ce « *trouble* » est lui-même, naturellement, conditionné par le processus organique générateur. En fait, il s'agit là d'un type de dissolution de fonctions nerveuses qui se distingue des troubles de type neurologique : 1° en ce que les troubles psychomoteurs ne sont qu'une partie d'un tout qui est la structure de la psychose (le plus souvent schizophrénique) de telle sorte qu'il s'agit d'une dissolution globale et non d'une désintégration partielle ; 2° en ce que les troubles psychomoteurs sont secondaires aux troubles psychiques (dissociation, stupeur, etc...) de telle sorte qu'il s'agit d'une dissolution « apicale » et non d'une désintégration basale des fonctions motrices.

Ainsi *la catatonie nous apparaît être un trouble de niveau psychiatrique et non de niveau neurologique*. C'est cela que signifie l'opinion de tous les auteurs qui

1. BARAHONA FERNANDES, p. 224 de son livre sur les *Hyperkinésies*.

utilisant des formules diverses, insistent sur le fait que la catatonie n'est pas un trouble étranger à la personnalité, au Moi, se situant au-dessous des fonctions psychiques supérieures, mais au contraire qu'elle est l'expression d'un *bouleversement de la structure psychique du Moi* (KLEIST). C'est donc en ce sens que tout en admettant l'organicité, la « cérébralité » même des « troubles catatoniques » et comme nous le verrons en terminant, en acceptant l'idée de lésions catatonigènes, même localisées, nous ne saurions assimiler la catatonie à des troubles moteurs d'un niveau plus élémentaire, plus basaux, plus partiels, essentiellement « neurologiques » comme la « catalepsie cérébelleuse » ou les troubles du tonus et des automatismes moteurs du Parkinsonien. Même si dans certains cas de dissolution profonde (rapide comme dans certaines stupeurs confusionnelles ou progressives et lente comme dans les évolutions hébéphréno-catatoniques typiques), la couche fonctionnelle profonde est elle-même atteinte et se trouvent alors libérés des automatismes diencephaliques ou mésencéphaliques, le tableau clinique reste essentiellement celui d'une stupeur ou d'une dissociation et n'offre pas ce contraste, si saisissant et caractéristique des troubles neurologiques, entre le trouble des fonctions instrumentales, d'une part et la lucidité de la conscience, l'intégrité psychique, d'autre part.

Comment enfin se présente à nous la question de la localisation de la catatonie à telle ou telle portion du névraxe? Il nous paraît nécessaire et suffisant d'admettre que la catatonie dépend de désordres somatiques et cérébraux capables d'entraîner primitivement des troubles psychiques et secondairement des troubles psycho-moteurs. Les données les plus récentes de l'anatomie pathologique sont assez peu précises pour que nous ne puissions savoir s'il s'agit d'une lésion localisée du cerveau ou d'une lésion de « centres énergétiques du psychisme ». Il est possible, sinon probable que certaines portions du cerveau jouent ce rôle et la controverse sur le siège cortical ou sous-cortical des lésions catatonigènes ne nous paraît pas à cet égard terminée, mais nous admettrions assez volontiers que les lésions du diencephale sont capables de conditionner l'état de stupeur ou de dissociation (pour ne parler que des deux conditions négatives les plus habituelles de la catatonie) qui engendre la dissolution des cycles fonctionnels moteurs dont les divers degrés et les formes variées constituent les troubles de la *série catatonique*.

Ainsi concluons-nous :

1  « La catatonie » n'est pas une maladie autonome, ni même un « syndrome » bien défini.

2  « La catatonie » n'est qu'un complexe séméiologique comprenant des troubles moteurs de divers niveaux, symptômes de psychoses diverses mais le plus souvent de type schizophrénique.

...la catatonie dépend de désordres somatiques et cérébraux capables d'entraîner primitivement des troubles psychiques et secondairement des troubles psycho-moteurs...

3° Les divers comportements catatoniques sont conditionnés par un processus cérébral de dissolution globale et apicale des fonctions psychomotrices pouvant aboutir à une atteinte des fonctions motrices et toniques au terme ou à l'acmé du processus. La catatonie se joue au niveau des comportements psychomoteurs de la sphère « télékinésique » selon l'expression de W. R. HESS.

4° Les « troubles catatoniques » sont différents des troubles de désintégration partielle et basale des fonctions motrices de type neurologique qui se situent « en dehors » ou « au-dessous » de l'activité psychique supérieure (Intégration au Moi). La catatonie ne se joue pas au niveau de l'échafaudage moteur, selon l'expression de W. R. HESS.

5° La catatonie dépend vraisemblablement de lésions corticales ou sous-corticales qui par leur déficit énergétique de masse, conditionnent une régression de la pensée et de ses expressions psychomotrices, à des niveaux inférieurs ou archaïques, cette régression se manifeste en clinique par des « tableaux cliniques » de niveaux divers qui constituent, non pas les divers aspects symptomatiques de la « catatonie », mais plus exactement les divers aspects « psychomoteurs » ou « catatoniques », des différentes « psychoses » et notamment de cette dissociation schizophrénique, de cette « maladie » que, du temps de KAHLBAUM, KRAEPELIN appelait « démence précoce » et au cours de laquelle, la « catatonie » se rencontre effectivement sous sa forme la plus « typique ».

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons indiqué la plupart des références dans les notes au bas de la page. Nous renvoyons pour les travaux de ces 20 ou 30 dernières années aux répertoires de BARUK et de JONG, du Traité de BUMKE, de BUSCAINO (Rivista di Psichiatria et Neopsichiatria 1932-1938), de L. BELLAK (Dementia Praecox, New York 1948), etc.

Étude n° 11

IMPULSIONS

9. Les troubles de la mémoire.
10. La catatonie.
11. *Impulsions*.
12. Exhibitionnisme.
13. Perversité et perversions.
14. Le suicide pathologique.
15. Anxiété morbide.
16. Délire des négations.
17. Hypochondrie.
18. Jalousie morbide.
19. Mégalomanie.

Le comportement de nos malades est souvent « automatique », « involontaire » et « forcé », aussi la séméiologie psychiatrique comprend-elle un grand nombre de mouvements, d'actes ou de décharges pulsionnelles explosives « échappant au contrôle » de l'activité d'intégration (obsessions, colères, tics, réactions violentes, etc.). Tous ces phénomènes sont, en ce sens, « impulsifs ». C'est en accordant à la notion *d'impulsivité* cette signification si générale que BAILLARGER pouvait écrire, en 1853 : « On n'est réellement fou que lorsque la volonté est impuissante à dompter les impulsions ». C'est également dans ce sens que l'article 64 de notre Code Pénal a été rédigé puisqu'il prévoit, à la fois, le cas de démence et celui où le criminel « a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». Tel est le contenu le plus général du concept d' « *impulsion* ».

La notion d'impulsion s'est définie cependant en se restreignant dans des concepts successifs.

Tout d'abord, l'impulsion a été orientée dans sa définition par son rapprochement avec l'obsession sous le nom de « monomanie impulsive » (JACOBY), de « folie impulsive », (DAGONET) et d' « obsession-impulsion ». Elle se définissait ainsi par la lutte du sujet contre la poussée et la tendance à l'actualisation irrésistible d'un système pulsionnel. On sait quelle place MAGNAN réservait à ces impulsions dans ses descriptions classiques de la « folie des dégénérés ». A cet égard, une première difficulté de définition s'est posée, celle des limites flottantes de l'impulsion-obsession avec l'acte exécuté. Tous les auteurs depuis MOREL se sont posé en effet la question de savoir si l'impulsion « passait à l'acte » ou non. Si l'on admet qu'il n'y a qu'une différence de degré entre l'impulsion-tendance et l'impulsion consommée la définition de l'impulsion devra, à ce point de vue, viser également les impulsions dites « théoriques » et les impulsions « exécutées ». C'est, en tout cas, dans ce qu'il y a de commun à l'impulsion qui reste une « poussée », une « tendance à l'acte » et l'impulsion considérée comme un acte accompli qu'il faudra trouver l'élément d'une définition correcte de la « structure impulsive ».

Mais la notion d'impulsion ne s'est pas seulement restreinte par son application pri-

*... « On n'est réellement fou que lorsque la volonté est impuissante à dompter les impulsions »...
BAILLARGER, 1853.*

...Monomanie impulsive, folie impulsive, obsession impulsion: elle se définissait ainsi par la lutte du sujet contre la poussée et la tendance à l'actualisation irrésistible...

...elle est devenue, dans la pratique quotidienne et « asilaire », synonyme d'acte de violence...

vilégiée à l'obsession-impulsion d'abord et à la seule impulsion réalisée ensuite, elle a subi une autre déformation usuelle : elle est devenue, dans la pratique quotidienne et « asilaire », synonyme d'acte de violence . Là encore, une réaction s'impose; si l'acte de violence est toujours impulsif, tous les actes impulsifs ne peuvent pas être considérés comme des actes d'agression.

Tels sont les sens trop « étroits » ou « trop larges » du terme impulsion.

Nous pouvons donc, dès le premier examen de cette question, définir avec RÉGIS, l'impulsion « dans le domaine de l'activité volontaire » comme la « tendance impérieuse et souvent même irrésistible au retour vers le pur réflexe ». C'est un phénomène très général et qui n'a guère qu'un critère certain mais négatif, celui « d'échapper à l'action de la volonté ». Elle plonge donc ses racines profondément dans les couches de l'automatisme psychique et toute délimitation à l'égard des pulsions instinctives et des mouvements réflexes et automatiques apparaîtra nécessairement difficile et obscure.

Aussi tous les auteurs qui se sont occupés de cette question ont-ils été entraînés à décrire une hiérarchie d'impulsions allant jusqu'aux « impulsions motrices pures » ou, comme le disait encore RÉGIS, « à réflexe direct » en passant par les « tics » et les expressions émotionnelles violentes. C'est ce que nous allons mettre d'abord en évidence comme une inéluctable nécessité, qui doit constituer le cadre, la perspective naturelle de cette Étude.

BARUK, par exemple, à qui nous devons de si importants travaux sur les « troubles psycho-moteurs », les distingue nettement du plan des « automatismes moteurs réflexes ¹ ». La psychiatrie de langue allemande s'est attachée particulièrement depuis les premières recherches de WERNICKE sur les manifestations cliniques des « Psychoses de la motilité », à distinguer la structure de divers niveaux d'impulsivité. C'est généralement sous le nom de « Drangerscheinungen » ou phénomènes forcés, qu'elle les a étudiées ². KRAEPELIN distinguait des impulsions morbides primaires, le « Beschäftigungsdrang » ou « occupation forcée » et les mouvements forcés. BERZE ³ a discerné dans la masse de ces actes automatiques, ceux qui sont liés à des troubles de la conscience subjective de la spontanéité et ceux qui sont vécus comme un déroulement kinétique purement passif, distinction fondamentale qui nous guidera constamment dans cette « Étude ». JASPERS ⁴ a admis de son côté pour certains de ces phéno-

...BERZE a discerné dans la masse de ces actes automatiques, ceux qui sont liés à des troubles de la conscience subjective de la spontanéité et ceux qui sont vécus comme un déroulement kinétique purement passif, distinction fondamentale qui nous guidera constamment dans cette « Étude »

1. Cf. notamment son travail dans le n° 1 de *L'Évolution Psychiatrique*, 1947, BARUK: « Les troubles psychomoteurs », p. 167.

2. En allemand il existe un grand nombre d'expressions qui désignent les actes impulsifs (Impulsiveakten) en relation avec les instincts (Triebe), les pulsions (Antriebe) et qui se présentent sous forme de décharges forcées (Drangentladungen) de brutales satisfactions (Drangberuhigung), de besoins (Sucht), de phénomènes obsessionnels (Zwangsphenomene), d'hyperkinésies myostatiques (KLEIST) ou dystoniques (LOTMAR).

3. BERZE, *Die primären Insuffizienz der psychischen « Aktivität »*, Leipzig-Vienne, 1914.

4. JASPERS, *Allg. Psycho-Pathologie*, 3^{ème} édition, 1923.

mènes une structure neurologique (« mouvements supplémentaires », de WERNICKE) en les séparant des phénomènes vécus comme volontaires. KRONFELD ¹ décrivait de même deux phases des troubles de l'activité motrice, celle de la sphère du comportement (*Motorik*) et celle de la motricité (*Motricität*). BOSTROEM ², étudiant sous tous leurs aspects les hyperkinésies, les syndromes striés, les phénomènes catatoniques, les troubles psychomoteurs, a réservé le nom de phénomènes impulsifs (*Drangentladungen*) aux décharges qui témoignent d'un déficit de l'activité volontaire et les a également séparées des « hyperkinésies » striées. BREZOWSKY ³ établit à son tour un certain nombre de niveaux structuraux de l'impulsivité : crises motrices sans troubles de l'humeur et de l'affectivité – actes en forme de court-circuit, réactionnels à une forte situation affective – comportements à forte poussée instinctive (*Trieb-handlungen*) – et comportements affectifs.

BARAHONA FERNANDES ⁴ a tenté de présenter la hiérarchie la plus systématique des actes involontaires allant des hyperkinésies élémentaires automatiques et vécues passivement aux hyperkinésies complexes et impulsives vécues comme des actes « de l'activité propre ».

...BARAHONA FERNANDES a tenté de présenter la hiérarchie la plus systématique des actes involontaires...

L'ensemble des « hyperkinésies » au sens large du terme (c'est-à-dire comprenant toutes les formes de désintégration psychomotrice se manifestant par un excès de mouvements, une hyper-motilité) est divisé par cet auteur en plusieurs niveaux structuraux : 1° les hyperkinésies expressives – 2° les actes à court-circuit – 3° les formes avec prédominance de mouvements réactionnels – 4° les paracinésies – 5° les hyperkinésies proprement dites.

Les *hyperkinésies expressives* comprennent des formes d'excitation à forte charge affective (négativisme, anxiété, perplexité) et l'auteur se réfère pour leur description aux observations de KLEIST et de BOSTROEM.

Les *actes à court-circuit* (« réactions » motrices ou verbales immédiates à toute excitation extérieure au sens de KLEIST et non dans le sens de KRETSCHMER). Ils sont vécus comme un excès de spontanéité et d'énergie pure qui a quelque chose d'incoercible. Cette forme d'hyperactivité se trouve « fondue » dans l'expérience délirante comme par exemple dans le « délirium tremens ».

Dans les degrés les plus profonds du trouble on observe toute une série de comportements très archaïques tels que la préhension forcée, la succion ⁵, etc.

Les *formes à prédominance de « mouvements réactionnels »*. Ce sont des mouvements dirigés sur le corps propre qui y prédominent comme s'il s'agissait de réactions aux sensations somatiques.

Les *paracinésies* constituent des « phénomènes psychomoteurs » par excellence. C'est-à-dire que ce n'est plus seulement l'activité dans son ensemble qui est altérée

1. KRONFELD, *Perspektiven der Seelenheilkunde*, Leipzig, 1930.

2. BOSTROEM, *Traité de BUMKE*, t. II, 1928, et t. VIII, 1930 et sa monographie « *Die amyotatischer Symptomen-Komplex*, Berlin, 1922.

3. BREZOWSKY, *Monatsch. für Psych.*, 1934, 90, pp. 113 à 132.

4. BARAHONA FERNANDES, *Análise clinica dos sindromas hypercineticos*, I vol., 1938.

5. Ce niveau structural paraît correspondre à ce que nous-mêmes avons observé notamment au réveil du coma insulinaire (*Ann. Médico-Psycho.*, 1939).

mais la forme, la morphologie même des mouvements. La déformation porte sur l'amplitude, la fréquence, la mise en train, la simplicité de la figure motrice, sa direction, etc... Ces expériences motrices qu'on a souvent confondues avec les syndromes « amyostatiques »¹ de type chorée ou athétose sont vécues comme « anormales et pseudo-spontanées »², c'est-à-dire sur un registre d'ambiguïté délirante. Quant aux paracinésies choréo-athétosiques, elles sont vécues comme un accident tout à fait excentrique par rapport à la vie psychique.

Les *hypercinésies élémentaires* réalisent également une forme de transition avec les syndromes proprement neurologiques (rigidité décérébrée, convulsions tonico-cloniques). On les observe nettement au cours du coma insuliniq. Leur caractère rythmique est très remarquable, de même le fait que ces mouvements s'opèrent en masse et de façon désordonnée. Ce sont des mouvements très analogues à ceux du nouveau-né »³. Les *hypercinésies complexes* représentent des actes compliqués (pantomimes, escrime, boxe, conduite d'une auto, etc.). Elles affectent la forme d'*actes impulsifs*. De cette notion, il faut exclure, dit l'auteur, les actes exécutés « impulsivement », c'est-à-dire d'une façon violente et imprévue et ceux qui résultent d'une perturbation instinctive primaire (correspondant aux actes instinctifs proprement dits de BOSTROEM). Il s'agit dans ces cas surtout d'*automatismes psycho-moteurs* qui se produisent soit comme *décharges* impulsives (*Drang*) sans finalité très précise et donnant au sujet l'impression d'être entraîné malgré soi comme l'a bien analysé SCHNEIDER – soit comme *décharges en courts-circuits* (dans le sens de KLEIST) qui constituent des réponses impulsives et automatiques aux excitations extérieures. A cette classe de phénomènes appartiennent les impulsions « moriatiques » préfrontales et les impulsions catatoniques. Tous ces actes impulsifs sont vécus sous forme délirante, hallucinatoire ou obsessionnelle.

L'ensemble de cette classification hiérarchique des désintégrations hyper-cinétiques, c'est-à-dire des *libérations d'automatismes* de plus en plus élevés et intégrés au moi, vécus avec une « participation onirique » plus ou moins grande, constitue une série continue de syndromes « s'étageant depuis « les dissolutions locales » de la motricité jusqu'aux dissolutions uniformes ».

Les « impulsions », les actes automatiques, les décharges motrices, les « courts-circuits, les hypercinésies expressives, etc., sont les conséquences de la rupture de l'unité psychologique de l'activité psycho-motrice sous l'influence de l'intervention de mécanismes neuro-psychiques vitaux désharmoniquement émancipés ou désintégrés de l'assemblage psycho-somatique de l'individu ».

Il suffit de jeter un coup d'oeil sur toutes ces classifications et descriptions un peu rébarbatives pour comprendre que, dans la masse de tous ces « mouvements automatiques », de ces « impulsions », il faut distinguer deux pôles : celui des décharges motrices qui échappent au contrôle et celui des altérations de ce contrôle.

...il faut distinguer deux pôles : celui des décharges motrices qui échappent au contrôle et celui des altérations de ce contrôle...

1. Toute cette étude est conduite par l'auteur, élève de KLEIST en conformité avec les notions courantes de la Physiologie nerveuse et de la neuro-psychiatrie allemande.

2. Nos cas B. J. et L., publiés dans le travail *Syndromes hyperkinétiques striés et troubles mentaux*, Congrès de Zurich, 1936 pourraient illustrer ce type de psychomotricité pathologique qui ressemble à la chorée sans en être.

3. Ce niveau fonctionnel a été bien mis en évidence dans le travail de M. BERGERON, *Les manifestations motrices spontanées de l'enfant*, 1947, dont nous avons fait une analyse dans *L'Évolution Psychiatrique*, 1947, n° 4.

Autrement dit ce sont des niveaux et des structures différents de *l'automatisme* que nous allons devoir étudier à propos de la diversité clinique qui se dissimule sous le mot « impulsions ». C'est dire que le problème de l'impulsivité est un problème difficile qui pose, et à la fois, toutes les questions les plus obscures de la psychopathologie, celles des propulsions, pulsions et tendances de l'instinct, celles de l'humeur, celle des mouvements automatiques, celle de la volonté, et qui exige par conséquent une conception d'ensemble des mouvements, de l'émotion, et des actes, dans leurs relations avec la couche affective profonde, avec l'inconscient et les centres nerveux, c'est-à-dire rien de moins qu'une théorie des rapports de la neurologie et de la psychiatrie. Nous avons déjà précédemment envisagé, à propos de la catatonie, l'essentiel de ce problème, mais nous serons obligés d'y revenir encore ici.

...ce sont des niveaux et des structures différents de l'automatisme que nous allons devoir étudier...

...cela exige [...] rien de moins qu'une théorie des rapports de la neurologie et de la psychiatrie...

Nous étudierons, pour l'appréhender aussi complètement et clairement que possible, successivement :

- 1° Les formes cliniques des divers « mouvements » ou « actes impulsifs ».
- 2° La forme de l'impulsivité dans les diverses affections neurologiques et psychiatriques.
- 3° Les conceptions théoriques sur la pathogénie des automatismes impulsifs.
- 4° La phénoménologie du comportement impulsif et des mouvements automatiques.

§ I. – ANALYSE CLINIQUE DES DEUX FORMES D'IMPULSIVITÉ

Sans égard pour leur interprétation pathogénique nous allons décrire succinctement mais aussi rigoureusement que possible les caractères formels des divers types d'impulsions. Ces diverses émancipations motrices ou psychomotrices, nous les envisagerons dans une perspective qui nous est familière allant du plus au moins « automatique ».

A. – LES PROTOPULSIONS

Ce sont des mouvements automatiques qui présentent ces caractères formels, que leur reconnaissait déjà MORSELLI¹ : *l'endogénéité* et *l'incoercibilité*. Le caractère d'*endogénéité* correspond au fait que l'impulsion apparaît sans liaison avec les événements extérieurs, comme si elle était déclenchée par un ressort interne, comme si elle tirait sa force et sa tyrannie d'un mécanisme monté dans les profondeurs de l'organisme. *L'incoercibilité*, c'est-à-dire le caractère « forcé », « automatique » exprime le fait que l'impulsion échappe au contrôle du Moi, qu'elle se déroule en dehors de son action à

...Les protopulsions : endogénéité et incoercibilité...

1. MORSELLI, *Manuale di semeiotica delle malattie mentali*, 2^{ème} édition, Milan, 1894.

Lui, et malgré Lui, qu'elle se présente comme un acte irrésistible ou auquel il est impuissant à s'opposer.

A cet égard, il convient de décrire deux types d'actes impulsifs : les *protopulsions kinétiques* et les *protopulsions instinctives*.

*Les propulsions kinétiques*¹ Ce sont des désintégrations hyperkinétiques du genre par exemple des monotypies rythmiques (balancement du tronc, de la tête) ou des crises d'enroulement autour de l'axe du corps (automatose de ZINGERLE²) ou encore des phénomènes de préhension « forcée³ » souvent liés aux actes « forcés » de suction⁴. Elles présentent parfois un remarquable caractère d'importunité (« prehensio persecutoria » ou « Nachgreifen »). Il peut s'agir de parakinésies avec altération de la forme et de l'aspect externe des mouvements expressifs ou intentionnels (WERNICKE), qui se détachent paradoxalement du fond kinétique ou postural soit sous forme de surcharges parasites soit sous forme de décharges irruptives. Ainsi se rompt l'harmonie des mélodies motrices au profit de contretemps ou de dissonances (mouvements répétitifs, fréquentatifs, allongés, discontinus, saccadés, spasmodiques, toniques, kinésies de jeu⁶ à forme de danse, de balancements, de détentes brusques, pianotements, chi-quenaudes, tortillements, saltation gracieuse ou grotesque, etc.). Parfois ces parakinésies surgissent sur un fond athétoïde ou choréique. Exceptionnellement, elles peuvent affecter la forme de mouvements balistiques⁶. Enfin, il faut signaler ici les grands accès d'automatisme ambulateur ou de comportement complexe (s'habiller, se déshabiller, fuir, courir, exécuter des actes habituels ou professionnels, etc.).

L'ensemble de tous ces troubles psycho-moteurs présente des caractères spéciaux de saugrenuité : ils sont *inopportuns, inadaptés, intempetifs*. Quant à l'amplitude, à la vitesse et à la complication de leurs déroulements kinétiques il y a lieu de noter qu'ils se présentent souvent sous la forme de décharges motrices sommaires et brutales ; par-

1. On se rapportera comme nous l'avons fait nous-même aux études de KRONFELD et de BOSTROEM que nous avons précédemment indiquées et surtout pour ce type de mouvements automatiques et forcés au travail ancien de KLEIST, *Psycho. Bewegungstörungen zu Geisteskranken*, Leipzig, 1908, aux excellentes études de HOMBURGER, t. IX du *Traité* de BUMKE, 1932, de VAN BOGAERT (Les mouvements forcés, *Encéphale*, 1935, II) et au livre de BARAHONA FERNANDES, *Análise clinica dos Síndromas hypercineticos*, Lisbonne, 1938.

2. ZINGERLE, *Zeitsch. f. d. ges. Neuro-Psych.*, 1925, t. 99.

3. *Graspingreflex* (ADIE et CRITCHLEY) ; *Zwangsgreifen* (SCHUSTER) ; *Phénomène d'accrochage* (HOKELIN, KLEIST). On a décrit associées à cette préhension forcée, la moria, la préhension forcée du pied « de niveau simiesque » (BARAHONA FERNANDES) etc...

4. *Schnapreflex*, cf. notre étude (en collaboration avec COLOMB sur la psychomotricité du coma insulémique), *Ann. Médico-Psycho.*, mai 1939, et le livre de BARAHONA FERNANDES, p. 106.

5. Cf. la magnifique description de WALLON, *L'enfant turbulent*, pp. 90 à 95, et notre Etude, avec M^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX, sur les kinésies de jeu chez les idiots, *Ann. Médico-Psycho.*, février 1937.

6. Hémiballisme de KUSMAUL. Cf. spécialement les études de PETTE, *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde*, 1925, t. 86 et de LOTMAR, *traité* de BUMKE-FOERSTER, t. 5, 1936.

...monotypies rythmiques : balancement du tronc, de la tête, enroulement du corps...

...parakinésies : ainsi se rompt l'harmonie des mélodies motrices au profit de contretemps ou de dissonances...

...grands accès d'actes automatiques...

fois ils réalisent de véritables tempêtes de mouvements intenses, rapides, si monstrueux ou si explosifs qu'ils éclatent en figures posturales, kinétiques ou gestuelles grotesques.

Les protopulsions instinctives. Nous avons affaire ici à des actes qui, issus des tendances fondamentales de l'espèce, actualisent la virtualité des trajectoires instinctives vitales. Leur propulsion soudaine déclenche des actes de court-circuit « essentiellement » impulsifs. Comme dans les protopulsions dont nous venons de parler, ces kinésies irrésistibles sont vécues comme des forces qui, issues des profondeurs inconscientes de l'être, ne l'engagent pas « lui-même » mais exigent avec violence la satisfaction explosive et instantanée d'un impérieux, fulgurant et aveugle désir d'action. Elles sont de deux types : les *besoins* et les *expressions émotionnelles*. L'accumulation d'énergie qui cherche une issue dans l'activité s'exprime par des mouvements qui suivent les voies préfigurées et stables des cycles fonctionnels les plus fondamentaux, que l'on appelle nécessairement « instinctifs ¹ ». Ces cycles fonctionnels sont brutalement mis en érection, en actualisation pressante par une soudaine et intense sollicitation de ce besoin ou, ce qui revient au même, par une tension interne des fonctions qui l'expriment et l'exigent. Le court-circuit qui en résulte dans les deux cas réalise un « raptus », c'est-à-dire une foudroyante détente du comportement destiné à soulager une *nécessité* instinctive incoercible.

Dans le premier cas, *le besoin*, cette tendance impérieuse qui exige une satisfaction par l'activité d'un appareil physiologique déterminé (besoin de manger et de boire, c'est-à-dire mise en activité du tube digestif – besoin sexuel, c'est-à-dire érection des organes sexuels – besoin d'éprouver telle ou telle sensation au travers des organes des sens – besoin des mouvements, c'est-à-dire de dépense du système musculaire, etc.), ce besoin engendre la conduite immédiate de sa satisfaction et ainsi se construit un « arc réflexe » impétueux et irrésistible où désirer et faire ne forment qu'une brutale et sommaire unité.

L'expression émotionnelle impulsive a pour point de départ un état affectif certes, mais submergé, « débordé » par ses effets psycho-physiologiques, par la tempête psycho-motrice émotionnelle, véritable cercle vicieux où l'affect s'exalte par l'expression somatique qu'il porte à sa suprême puissance et qui l'entretient et l'augmente en retour. L'éclat de rire retentit à gorge déployée en cascades ou convulsions, véritablement « frénétiques » comme l'angoisse se multiplie et rebondit dans les sanglots redoublés, ou bien encore la colère réalise une véritable « sham-rage » où l'agressivité se rue sur son objet dans la fureur élastique d'un acte fulgurant. Que ce soit par les voies de la colère, du rut, de la joie ou de l'angoisse que s'exprime le « réflexe » qui unit l'émo-

...ces actes, issus des tendances fondamentales de l'espèce, actualisent la virtualité des trajectoires instinctives vitales...

...Le court-circuit qui en résulte réalise un « raptus », c'est-à-dire une foudroyante détente du comportement...

...besoin de boire, de manger...besoin sexuel, besoin de mouvement...

...éclat de rire en cascades ou convulsions... sanglots redoublés, colère « sham-rage », fureur fulgurante...

1. Toute dialectique restera impuissante à détruire (même quand elle les appellera d'un autre nom) ce système de forces qui ne sont ni plus ni moins « magiques » que le dessin ou, si l'on veut, le dessein d'un organisme.

tion et le besoin dont elle naît, selon la loi du tout ou rien, l'impulsion se déchaîne dans une foudroyante décharge d'énergie dont le circuit, subliminal à la conscience, n'est chargé que de sauvage animalité ou, tout au moins, de primitive humanité.

Notons enfin que les protopulsions se manifestent sous deux formes cliniques très différentes. Tantôt elles se présentent dans une éclipse totale ou subtotale de la conscience comme si brutalement tout l'édifice fonctionnel effondré régressait jusqu'à ne plus permettre que des mouvements violents, anarchiques et aveugles. Tantôt elles se présentent comme des actes forcés parasites qui « éclatent », saugrenus et explosifs, à la surface et à la périphérie d'une conscience lucide et c'est alors qu'elles se présentent sous leur forme la plus typique.

B. – LES COMPORTEMENTS IMPULSIFS

Les « impulsions » que nous venons d'envisager sont donc caractérisées par leur automatisme, leur *endogénéité* et leur *incoercibilité*, c'est-à-dire par le fait qu'elles consistent en décharges psychomotrices montant de la sphère des instincts et des réflexes ¹ sans atteinte primordiale de la conscience ou de la personnalité. Celles dont nous allons parler sont d'un tout autre genre, elles expriment au contraire la régression de la *conscience* qui cesse d'être réfléchie pour devenir *automatique* et la régression de la *personnalité* qui cesse d'être libre pour devenir *automate*.

Quand le *champ de la conscience* est profondément bouleversé, la vie psychique subit une régression, une décomposition qui soustrait les comportements à leur forme d'intégration normale. Ils sont vécus alors sur le mode simultané du délire et de l'automatisme, c'est-à-dire comme une activité plus ou moins *dépersonnalisée*. Le caractère « forcé » est alors d'autant plus fortement vécu que la conscience est moins désorganisée. Aux degrés les plus inférieurs en effet, le comportement impulsif est si soudé aux fantasmes du délire que, vécu à l'état brut, celui-ci entraîne comme dans le rêve un minimum de conscience de l'engagement du sujet. L'activité impulsive prend dans ces cas le plus souvent l'aspect d'une agitation plus ou moins désordonnée et confuse et *les impulsions ne sont que des actes qui expriment les vécus délirants* : ceux-ci en même temps qu'ils se dessinent ou se détachent dans la conscience engendrent les mouvements qui les expriment ou les réalisent. C'est le cas des *états stuporeux* quand les impulsions surgissent brusquement de la profondeur de la couche instinctive à la surface d'un comportement habituellement figé dans l'immobilité. C'est le cas encore des *états confusionnels* où les actes d'agression, de défense, les pantomimes ou les automatismes professionnels, les fugues, etc., expriment les fantasmes oniriques où se

...Aux degrés les plus inférieurs en effet, le comportement impulsif est soudé aux fantasmes du délire...

...c'est le cas des fugues dans les états confusionnels...

1. Pas plus qu'on ne peut échapper à la notion d'instinct, on ne peut *entièrement* échapper à celle des réflexes en tant que comportement relativement constant ou fixe au service du programme vital.

condensent, se précisent les tendances affectives, la peur, la jalousie, la colère, etc. C'est le cas à un niveau supérieur des « bouffées délirantes », des états oniroïdes ou crépusculaires, des délires épisodiques hallucinatoires ou de dépersonnalisation où les coups, la dénudation, les extravagances de la conduite sont solidaires de la fiction vécue avec les énigmes, et le comportement magique qu'elle détermine. C'est le cas encore des crises de mélancolie anxieuse où le suicide, les réactions auto- et hétéro-agressives ou de terreur pantophobiques sont engendrées par l'angoisse et toutes les lignes de force idéo-affectives qui en rayonnent. C'est le cas enfin de l'accès d'agitation maniaque où les excentricités, les actes érotiques, le jeu intempestif et frénétique reflètent la joviale ou coléreuse volatilité de la fuite des idées.

Quand il s'agit d'une organisation morbide de la personnalité sur le plan des démences, des schizophrénies, des délires chroniques ou des névroses, l'impulsivité n'est encore là qu'une forme de comportement en relation avec l'organisation même de la vie psychique : la déchéance du comportement démentiel ravalé au niveau d'une organisation primitive et quasi animale où prédominent les pulsions instinctives – l'autisme, où s'accumulent des tensions affectives en rapport avec le travail de modification et d'introversion des valeurs de réalité – le système de polarisation délirante de la persécution paranoïaque qui contracte les pulsions hétéro- et auto-agressives en faisceaux de tendances prêtes à se détendre violemment – la pensée compulsive de l'obsédé qui porte en lui une charge impulsive qu'il maîtrise à grand-peine, etc..

Dans tous ces cas, sous la condition négative de la dissolution de la conscience réfléchie et de la personnalité libre, c'est le déchaînement instinctivo-affectif qui représente la positivité de l'être subsistant. L'impulsivité est cette positivité et elle est enracinée au plus profond de la couche archaïque des désirs et des tendances. L'appareil pulsionnel qui trouve dans ce comportement une issue n'est autre que le substratum complexe et inconscient de l'activité restante soudée à la couche profonde de l'être. L'impulsion homicide d'un délirant tout de même que les réactions suicides d'un mélancolique, les fugues d'un schizophrène, les actes grotesques ou agressifs d'un obsédé sont en étroite et profonde relation avec l'organisation de son inconscient, sont expressifs de ses complexes inconscients mis à jour par la dissolution morbide. C'est l'énergie de ces noyaux instinctifs sous leur forme complexe plus ou moins archaïque (narcissisme, œdipe, autopunition, etc.) qui constitue la force d'expansion des « comportements impulsifs » dont les couches profondes du Moi constituent le centre et le foyer. Rien d'étonnant dès lors que ces irruptions affectent presque toujours la forme de grands comportements complexes : meurtres, violences sado-masochistes, actes d'agression ou d'agitation clastique, fugues, manœuvres incendiaires, etc., c'est-à-dire de tous les actes « défendus » parce qu'ils sont précisément ceux où s'investit la violente et primitive poussée instinctuelle du « Ça » et l'énergie du « Sur-Moi ».

... c'est le cas au niveau supérieur des bouffées délirantes [...], où les coups, la dénudation, les extravagances de la conduite sont solidaires de la fiction vécue...

...c'est le cas des suicides dans les mélancolies... ou des accès d'agitation maniaques...

...dans les organisations morbides de la personnalité [...] l'impulsivité n'est encore là qu'une forme de comportement en relation avec l'organisation même de la vie psychique...

...L'impulsivité est cette positivité et elle est enracinée au plus profond de la couche archaïque des désirs...

...la violente et primitive poussée instinctuelle du « Ça » et l'énergie du « Sur-Moi »...

...les impulsions de l'activité verbale...

Nous ne saurions oublier de faire une mention spéciale aux impulsions de l'activité verbale.

Certaines formes de langage impulsif sont du type des protopulsions en forme de court-circuit : écholalie, palilalie, tics verbaux, coprolalie. Les malades répètent les mots d'une manière incoercible ou, atteints de véritables « convulsions verbales », préfèrent des mots, des jurons, des injures.

D'autres constituent des *impulsions* plus organisées sous forme de langage impulsif, cris, chants, discours, écriture ou langage « automatique » (Drang-sprechen), glosolalie, arithmomanie, rythmes et jeux verbaux « psittaciques » etc...

Parfois ces impulsions verbales se trouvent seulement « à l'état naissant » sous forme de langage intérieur : ce sont tous les aspects de l'« hyperendophasie » (SÉGLAS) de ses formes hallucinatoires et notamment sous forme de langage « forcé » à type d'hallucinations psychomotrices.

Rien ne saurait mieux illustrer à quel point d'impuissance peut aboutir une séméiologie atomistique des impulsions qui sépare ses manifestations de la structure délirante dont elle procède¹.

§ II. – LES IMPULSIONS AU COURS DES « MALADIES MENTALES » ET DES « AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX »

Nous allons maintenant examiner les diverses formes et variétés d'impulsions que l'on rencontre, d'une part, dans les « maladies mentales » (psychoses et névroses) et, d'autre part, dans les « affections du système nerveux » sans nous attarder à la question de savoir s'il y a lieu de séparer ou au contraire de confondre ces deux groupes de faits. Nous n'entrerons pas dans le détail de descriptions cliniques minutieuses qui trouveront mieux leur place à propos de l'analyse de chacune des formes de névroses ou de psychoses dont « l'impulsivité » n'est qu'un aspect séméiologique. Pour le moment il nous suffira d'en rappeler les conditions cliniques et classiques essentielles.

A. – LES IMPULSIONS DANS LES DIVERSES FORMES PSYCHOPATHOLOGIQUES

1° *Épilepsie et impulsions.*

L'épilepsie est caractérisée par des accidents paroxystiques sous forme de dissolution comateuse soudaine et brève de la conscience. Ce rapide mouvement de dissolution libère des formes de décharges motrices cloniques et toniques qui constituent l'at-

1. Cf. notre ouvrage *Hallucinations et Délire*, Paris, 1934.

taque. Mais une telle forme de dissolution profonde et brutale n'est pas la seule et soit qu'il s'arrête à un degré moindre de profondeur soit qu'il se prolonge et varie dans ses degrés, le processus comitial est essentiellement générateur d'impulsions de toute sorte et de tous genres. C'est là une des acquisitions les plus anciennes et les plus solides de la Clinique Psychiatrique.

Les protopulsions comitiales automatiques et inconscientes sont naturellement très fréquentes. Nous n'insisterons pas sur tous les mouvements (kinésies, parakinésies, hyperkinésies) proprement « neurologiques », c'est-à-dire ceux qui constituent des décharges en courts-circuits de la motilité la plus spécifiquement organisée. Ce sont leurs caractères de rythme d'impétuosité, d'intempestivité, d'inadaptation qui leur confèrent ces marques spéciales de violence ou de cocasserie insolite par quoi elles se définissent généralement. Un épileptique (cité par PICHON 1888) sautait sur son comptoir devant ses clients en proférant des paroles bizarres. LEGRAND DU SAULLE (1877) a observé un fonctionnaire qui se mettait brusquement à aboyer, prenant une attitude grotesque. Un malade de PICARD (1927) entra dans la boutique d'un épiciers inconnu, servit les clients, mit en sac des légumes, les pesa, etc., puis continua son chemin. Une autre faisait à 5 h. 15 du soir ce qu'elle a coutume de faire à 5 h. 15 du matin. Une autre encore refaisait son repas qu'elle avait déjà fait ¹. Les actes automatiques complexes d'équilibration ou ambulatoires sont également bien connus. CHARCOT a rapporté le cas d'un malade qui sortit brusquement, se jeta à l'eau et « se réveilla » en train de nager dans la Seine. Les fugues inconscientes et amnésiques sont classiques et rangées dans les phénomènes « d'épilepsie procursive » : un malade de DELMAS s'est rendu en train à Marseille, un autre cité par PICARD se retrouva à Venise. Et on connaît même de plus grands voyages (Le Havre-Bombay chez un malade de LEGRAND DU SAULLE !) Des automatismes professionnels sont très fréquents : travaux de couture, frottage des parquets, rabotage, etc... Les impulsions verbales ² sont parmi les plus curieuses : le malade profère alors des jurons, des mots incohérents. Un malade de CHÉADL répétait une dizaine de fois « mass of war ». Un sujet observé par PICARD se grattait la tête et répétait sans fin « atone, atone, atone... etc. ». La palilalie est en effet très fréquente, plus rarement il existe de l'écholalie, Parfois il s'agit de phrases courtes et saugrenues. Un malade d'HERPIN par un temps détestable disait « quel beau temps » et un autre s'inclinait devant son frère lui disant « Sonnez Madame » ³. D'autres épileptiques chantent des refrains ou écrivent. ROGUES DE FURSAC avait bien noté les caractères de passivité et d'impulsivité de ces écrits où on retrouve sous forme graphique les mêmes aspects ité-

...Les protopulsions comitiales automatiques et inconscientes sont naturellement très fréquentes...[...] décharges en courts-circuits de la motilité la plus spécifiquement organisée...

...cocasserie insolite...

...fugues inconscientes et amnésiques...

...impulsions verbales...

1. Nous empruntons beaucoup de ces exemples à la thèse de J. PICARD : *Les actes automatiques de « nature comitiale »*, Thèse, Paris, 1927. On en trouvera bien d'autres dans le livre de L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA : *Épilepsies*, paru dans cette même collection (1948).

2. FRANKEL A., *Les impulsions verbales dans l'épilepsie*, Thèse, Bordeaux, 1934.

3. Langage automatique qui rejoint ici la cocasserie « surréaliste ».

ratifs ou stéréotypés des impulsions verbales et parfois une véritable échographie.

Les protopulsions instinctives s'observent également très souvent, notamment les accès dipsomaniaques irrésistibles. Les auteurs allemands (KRAEPELIN, GAUPP, BONHOEFFER, etc.) ont considéré la dipsomanie comme un équivalent psychique épileptique. Ce n'est pas l'avis toutefois de MARCHAND et G. DE AJURRIAGUERRA ¹. LHERMITTE a noté spécialement dans ces crises dipsomaniaques, épileptiques, l'impulsivité, l'excitation psychomotrice et l'agressivité (selon CHARLIN, GARDIEN et MARTY ²). Roig ³ a bien étudié également la relation de la dipsomanie avec l'épilepsie et il admet sa nature comitiale ⁴. A côté des formes comitiales de la dipsomanie il faut placer naturellement les autres *fringales* instinctives et notamment la faim boulimique ⁵. Le rut peut se rencontrer et on connaît les impulsions sexuelles (exhibition, viol, etc.) qui sont assez fréquentes dans le mal comitial. Certaines pulsions auto-agressives s'observent également : raptus-suicide et automutilations. Les impulsions pyromaniaques affectent aussi les caractères classiques d'incoercibilité, d'inconscience, d'amnésie ; leur tendance à la récurrence est classique : un épileptique de PACTET (1910) alluma 23 incendies dans son village... Quant aux tendances agressives et spécialement homicides si dramatiques ou violentes, elles peuvent se montrer sous cette forme de « court-circuit » aveugle. MESNET (1883) a rapporté les « explications » d'un épileptique ayant commis un homicide : « par erreur », croyant couper une tranche de pain, elle ouvrit la gorge à son enfant. Un malade de FALRET se livrait sur son frère, quand il était en crise, à des violences subites. Certains cas classés par KRAFFT-EBING ⁶ parmi les « ivresses du sommeil » sont peut-être caractéristiques de ce type d'impulsivité. Les expressions émotionnelles (anxiété, peur, colère, crises de rire, de larmes, etc...) ont été signalées par TROUSSEAU, BILLOD, etc.. Un malade de VOISIN éprouvait à la fois le besoin de marcher et de rire. PICARD a relevé chez deux épileptiques des accès de rire convulsif chez l'un et des expressions extatiques chez l'autre. MARCHAND et DE AJURRIAGUERRA ⁷ ont étudié récemment cette question : crises de rire comitial, surtout dans les formes cataplectiques. « Il s'agit, disent ces auteurs, des apparences du rire, des manifestations extérieures du rire, sans appoint émotif ou affectif. » Rien ne justifie mieux leur place ici dans la description clinique des « protopulsions ».

Mais l'impulsivité comitiale n'affecte pas seulement ce caractère de décharges

1. On trouvera dans leur livre (1948) p. 517 une excellente étude de cette question.

2. Dipsomanies, *Ann. Médico-Psycho.*, 1946, II, p. 43.

3. DELGADO ROIG, Sobre dos cases de dispomania de tipo epileptoïde, *Archivos de Neurobiologia*, 1927.

4. Nous retrouverons le problème de la dipsomanie plus loin à propos de l'alcoolisme.

5. MARCHAND et J. DE AJURRIAGUERRA, p. 514.

6. Cf. Plus loin, p. 183.

7. MARCHAND et D'AJURRIAGUERRA, Les accès de rire pathologique chez les épileptiques, *Ann. Médico-Psycho.*, Cf. dans leur livre les pp. 337-475 et surtout 501.

...accès dipsomaniaques
irrésistibles...

...fringales instinctives...

...impulsions sexuelles...

...pyromanie récidivante...

...agressivité, violence et
homicide...

...expressions émotionnelles :
rire convulsif...

sommaires de type para- ou hyperkinétique qui définit les protopulsions. L'épilepsie, en effet, réalise aussi des « *comportements impulsifs* » solidaires d'une organisation morbide de la conscience. Les accès confusionnels, les états oniroïdes ou crépusculaires comitiaux déterminent des actes impulsifs par la polarisation affective qu'ils entraînent. On doit rappeler ici les grands massacres, les sauvages carnages épileptiques exécutés dans un état crépusculaire et délirant de la conscience. Nous consacrerons dans un autre volume une « Étude » spéciale à un de ces meurtres si dramatiques. Bornons-nous à rappeler le fameux cas de TOSELLI et TOVATO relaté dans le livre de KRAFFT-EBING : au cours d'un délire hallucinatoire terrifiant avec délire religieux, le malade Pionzo tua sa femme et quatre autres personnes ! Les fugues, les suicides, les auto-mutilations, les attentats à la pudeur, les violences clastiques, les comportements d'anxiété, de jeu, les frénésies de toute sorte expriment le « vécu » des expériences délirantes primaires de ces états ¹.

A un degré d'organisation plus élevé, l'impulsivité comitiale est « consciente et mnésique » surtout dans certaines formes d'épilepsie larvée (MOREL) à accès incomplets. DUCOSTE ² a très bien analysé les caractères de cette impulsivité ; instantanéité, soudaineté, imprévu du début, violences des actes impulsifs, accaparement de la vie psychique par l'idée impulsive, périodicité, identité des attaques, terminaison brusque avec fatigue morale et physique. On conçoit que certaines formes d'actes impulsifs puissent affecter un caractère passionnel. Tel ce jeune épileptique que nous avons expertisé et qui accumula toutes les fureurs de ses accès comitiaux en un système de polarisation affective dont la personne de son oncle constituait la cible. Il finit par décharger son revolver dans l'abdomen de « l'objet » de sa revendication passionnelle...

Enfin l'impulsivité comitiale peut prendre les aspects d'une *obsession impulsive*. Souvent, comme le fait remarquer DUCOSTE, il s'agit d'une *propension* plutôt que d'une impulsion et cette remarque témoigne encore de l'impossibilité de trouver une nette ligne de démarcation entre l'impulsivité et l'incoercibilité des actes et des idées de l'épileptique et les troubles proprement obsessionnels. Un auteur anglais ancien, MICKLER (cité par PITRES et RÉGIS, 1902), signalait les difficultés du diagnostic dans ces cas : « Des obsessions peuvent immédiatement précéder l'attaque convulsive à titre d'aura ou peuvent survenir chez les épileptiques à des intervalles quasi lucides ». Rappelons que pour MAGNAN les impulsions, les obsessions, les accidents convulsifs forment partie du tableau clinique des « épisodes » paroxystiques des dégénérés.

...L'épilepsie, en effet, réalise aussi des « comportements impulsifs » solidaires d'une organisation morbide de la conscience. [...] les massacres, les sauvages carnages, les meurtres...

...A un degré d'organisation plus élevé, l'impulsivité comitiale est « consciente et mnésique »...

... et peut prendre les aspects d'une obsession impulsive...

...« Des obsessions peuvent immédiatement précéder l'attaque convulsive à titre d'aura... »... MICKLER...

1. On trouvera dans les *Leçons Cliniques* de MAGNAN, pour ne citer qu'un des plus grands classiques, pp. 35 à 42, des exemples typiques de cette impulsivité épileptique.

2. DUCOSTE, *De l'épilepsie consciente et amnésique et en particulier d'un de ses équivalents psychiques, le suicide impulsif conscient*. Thèse de Bordeaux, 1899. On trouvera dans ce travail un certain nombre de références bibliographiques sur les travaux de l'école anglaise sur cette question (CLARKE, HUGUES BOMAISTER, etc...).

GRIESINGER, WESTPHAL, LEGRAND DU SAULLE, Ch. FÉRÉ, etc. pour ne citer que les grands noms, ont admis la nature comitiale de certains de ces états obsessionnels paroxystiques. Et ce n'est guère que par un souci nosographique un peu étroit que certains auteurs (dont MARCHAND) n'acceptent pas de voir les faits dans cette perspective. Rappelons à ce sujet que BARUK ¹, étudiant les troubles de la pensée intérieure de l'épilepsie, a admis cette parenté et que MARCHAND lui-même avec AJURIAGUERRA ² ont publié une observation intéressante à cet égard.

Ainsi c'est toute la gamme des impulsions que l'épilepsie déroule aux yeux du clinicien et c'est le premier fait, et *capital*, que nous devons mettre en évidence.

2° *Alcoolisme et impulsions.*

L'impulsivité de l'alcoolique, les brusques décharges de ses réflexes, de ses automatismes, de ses instincts et de ses émotions est d'une importance clinique et médico-légale telle que nous lui devons réserver une place presque égale à celle de l'impulsivité comitiale.

Dans l'ivresse, nous savons bien que les violences, la surexcitation psychomotrice, le comportement frénétique, les accès de colère, de rage, le raptus sont fréquents et particulièrement dans cette forme d'*ivresse excitomotrice*, décrite par GARNIER ³. Il s'agit d'un déroulement incoercible d'actes accomplis dans un violent déchaînement d'agressivité. C'est une « véritable décharge motrice » qui « déchaîne cette fureur aveugle automatique qui s'attaque frénétiquement aux êtres et aux choses, qui frappe et tue au paroxysme de la folie destructive ». C'est justement à la description de GARNIER que nous pensions en présence de ce soldat qui, un jour à l'hôpital de Casablanca, en cours d'observation pharmaco-dynamique que nous lui faisons subir et après l'absorption d'une petite quantité d'alcool, soudainement pâlit et arrachant la baïonnette des mains de la sentinelle, sema dans l'hôpital la terreur par ses menaces et ses vociférations au comble d'une rage terrible. « Le furieux courait droit au but » selon l'expression de GARNIER, c'est-à-dire à l'homicide qui ne fut évité que de justesse. C'était le « furor a potu nimio », l'ivresse « pseudo-rabique » qui se termina ensuite par l'épuisement comme le soulignait encore GARNIER. Il s'agissait d'ailleurs d'un « bataillonnaire » déséquilibré, ce qui illustre encore la description du maître de l'infirmier du dépôt : « l'arme étant toute chargée, l'alcool ne joue que le rôle du doigt qui presse sur la détente... ».

Parfois se rencontrent au cours des ivresses des « *impulsions systématisées* ». Il est fréquent, dit CULLERRE, de rencontrer sous l'influence d'un état exceptionnel d'ébriété,

1. BARUK, *Psychiatria Medica*, pp. 572 et 573.

2. MARCHAND et AJURIAGUERRA, État obsessionnel et impulsions psychosthéniques consécutifs à des crises d'épilepsie, *Ann. Médico-Psycho.*, 1943, I, p. 454.

3. GARNIER, *La folie à Paris*, 1890, p. 79.

...importance clinique et médico-légale de l'impulsivité de l'alcoolisme...

...ivresse excito-motrice : déroulement incoercible d'actes accomplis dans un violent déchaînement d'agressivité...

chez les buveurs d'habitude, la répétition d'actes systématisés et d'impulsions stéréotypées ¹. Un des sujets observés par lui présentait des accès d'excitation ébrieuse libérant des impulsions systématiques à la fugue et des abus de confiance stéréotypés. Un autre usurpait un autre état civil et répétait les mêmes escroqueries. D'autres se livraient à des scènes régulièrement répétées d'exhibitionnisme ou des actes de pyromanie etc... Il n'est guère besoin d'insister sur ces pareils faits que la clinique courante et la pratique des expertises médico-légales nous permettent presque quotidiennement d'observer. Soulignons cependant ce point qui retiendra plus loin notre attention, c'est que l'ivresse dans ces cas ne peut que « libérer » le système pulsionnel toujours prêt à se décharger sous l'influence de l'appoint alcoolique.

Au cours des *accidents subaigus* de l'alcoolisme chronique ou d'attaques de *déli-rium tremens*, autre fait classique, de fortes impulsions se manifestent. Les actes de violences agressives et clastiques, l'excitation forcenée, les coups, les raptus suicides, la défenestration, les fugues, plus rarement dans ces états, les attentats sexuels, expriment la frénésie du vécu délirant ou sub-délirant, les fortes émotions qui polarisent et tyrannisent la conscience au paroxysme de l'exaltation.

Plus intéressantes sont ces impulsions qui se produisent « à froid » chez les alcooliques. Nous ne saurions toucher à ce point sans nous rapporter aux magnifiques descriptions du maître français de la pathologie des impulsions : MAGNAN ². Dans un de ces premiers et fameux mémoires sur les impulsions, il raconte un cas qui illustre bien quelles tendances impulsives, renouvelées dans leur contenu mais identiques dans leur forme, déclenche l'imprégnation éthylique. Il s'agissait d'une « marchande des quatre saisons » âgée de 60 ans et alcoolique qui, devenue brusquement triste, se sentit poussée irrésistiblement à se pendre, plus tard eut peur de placer son pouce sur le cou de sa petite-fille pour l'étrangler, ensuite se sentit poussée à frapper son petit-fils ; une autre fois elle eut la phobie d'être écrasée, ou encore d'être tuée par un homme qui sculptait avec son couteau un morceau de bois... Cette organisation à la fois impulsive et obsédante de la vie psychique de l'alcoolique est admirablement mise en évidence par une observation de TRUELLE ³. Subitement, sans prodromes, sa malade alors qu'elle faisait son ménage, fut prise de l'idée fixe de prendre un couteau et d'en frapper son mari. Elle satisfait cette impulsion irrésistible, passa dans la chambre où il dormait, et plongea l'arme dans son cou. Deux ans après, brusquement elle enjamba la balustrade de sa fenêtre

... l'ivresse dans ces cas ne peut que « libérer » le système pulsionnel toujours prêt à se décharger...

...Plus intéressantes, les impulsions qui se produisent « à froid » chez les alcooliques...

*...Observations de
MAGNAN...*

1. CULLERRE, *Des impulsions systématisées dans l'ébriété du point de vue clinique et médico-légal*, Thèse, Paris, 1919.

2. Cf. notamment MAGNAN : Étude clinique des impulsions et des actes des aliénés, *Tribune Médicale*, mars, 1881.

3. TRUELLE, *Société de Médecine Mentale*, 1913, p. 113. Les travaux de l'école de MAGNAN (LEGRAIN, BRIAND, COLIN, TRUELLE, etc... foisonnent de cas semblables).

« sans comprendre ce qu'elle faisait... ». On trouvera dans le travail de MARCUS¹ (pour ne pas cesser de nous référer à l'époque « classique » de l'étude des impulsions) des faits intéressants qui montrent comment l'alcool agit comme facteur déclenchant quelquefois même, et c'est très commun, comme stimulant recherché ; il en était ainsi dans l'observation de cet obsédé sexuel (observation VI) qui favorisa ainsi l'accomplissement du crime sadique qu'il portait en lui depuis des années.

...l'impulsivité de l'alcoolique, cause ou effet de son alcoolisme ?...

Ceci nous conduit à nous demander si l'impulsivité de l'alcoolique est une cause ou un effet de son alcoolisme, c'est-à-dire à revenir encore sur l'importance des « accès dipsomaniaques », mais cette fois comme facteur déterminant de l'alcoolisme. La dipsomanie fut à cet égard étudiée de façon magistrale par MAGNAN². Il s'élevait contre l'idée d'ESQUIROL³ qui faisait de cette impulsion une « entité » distincte. Pour commencer, c'est dans le cadre du syndrome impulsif des dégénérés que MAGNAN plaça la dipsomanie. Il l'a définie par ses paroxysmes impulsifs, ses prodromes (inquiétude – dépression – exaltation), son association avec d'autres impulsions et tout spécialement le suicide, et enfin par la personnalité déséquilibrée du dipsomane qui était, à ses yeux, un « héréditaire dégénéré ». Sous le nom de « Periodentrunk » ou « Quartalsauf » et « Trunk-sucht », le même trouble a été étudié par les allemands. MEGGENDORFER⁴ à ce sujet rappelle la description poétique, due à Fritz REUTER de cet état de besoin qui constitue déjà une sorte d'ivresse et de rêverie. KIELHOLZ⁵ a examiné dans une « revue générale », consacrée à cette question, les divers travaux des psychanalystes sur cette soif périodique qui comporte un si profond déséquilibre instinctivo-affectif.

Aussi pouvons-nous conclure que, hormis la dipsomanie précisément, l'impulsivité des alcooliques se développe davantage sur le plan des comportements « impulsifs » que des « protopulsions ». C'est que le déséquilibre psychique, les altérations de la conscience et de la personnalité constituent la masse primordiale des troubles d'où émergent secondairement les impulsions des alcooliques.

3° Schizophrénie et impulsions.

L'étude de l'impulsivité des « déments précoces » se confond si exactement avec celle de la « catatonie » que nous avons présentée, qu'il nous sera permis sur ce point d'être encore plus brefs malgré l'importance considérable de telles conduites parfois meurtrières, souvent clastiques et toujours déconcertantes.

...l'impulsivité des « déments précoces » se confond avec celle de la « catatonie »...

1. *Du rôle de l'alcool dans la nocivité des obsédés impulsifs*, Thèse, Paris, 1913.

2. MAGNAN, Leçons sur la « Dipsomanie », *Maladies Mentales*, 1883.

3. ESQUIROL, *Traité*, t. II, p. 72.

4. MEGGENDORFER, *Traité de BUMKE*, VII, p. 196.

5. KIELHOLZ, Trunksucht und Psychoanalyse, *Archives suisses de Neuro. et de Psych.*, 1925, pp. 27 à 35.

IMPULSIONS

Dans la *phase de début* et parfois même comme « signal symptôme », nous rencontrons :

a) *des actes saugrenus*. Les actes intempestifs, les conduites bizarres, de subites violences, des lubies soudaines surprennent l'entourage. C'est une jeune fille qui brusquement fait ses besoins sur le tapis du salon de sa mère ou se lève dans la nuit pour jouer du piano ou fait des fugues plus ou moins prolongées et mystérieuses qui inquiètent sa famille plus affolée encore, à son retour, par ses attitudes énigmatiques. C'est un jeune étudiant qui grimpe sur les toits ou arrache des affiches vantant les mérites d'un savon ou encore un séminariste qui descend l'escalier du métro à califourchon sur la rampe, ou cette institutrice qui saute à la corde à la cérémonie de distribution des prix, etc. Dans de violentes et inexplicables décharges clastiques les malades brisent les carreaux et la vaisselle ou détruisent meubles et vêtements : un malade scie les pieds de tous les sièges de l'appartement de ses parents, un autre enfonce sa tête dans la cuvette des cabinets. Celle-ci découpe avec des ciseaux à broder tous les rideaux et les draps de lit en une après-midi. Celui-là encore joue du cor de chasse dans sa baignoire, etc.

b) *des actes d'agression personnelle*. Parfois il s'agit d'impulsions auto-destructrices particulièrement étranges. Ainsi WESTPHAL (1928) raconte qu'une de ses malades se garnit les organes génitaux avec des chiffons imbibés d'huile et y mit le feu « pour que son âme monte au ciel ». Les auto-mutilations sont effectivement fréquentes et spécialement les auto castrations exécutées dans des conditions de sang-froid, d'étrangeté et de sérénité remarquables. Habituellement les impulsions homicides affectent, dans ces cas, les mêmes caractères de détermination énigmatique, de violence froide et terrifiante : ce sont les fameux « meurtres immotivés » de la « Schizophrénie incipiens ». Un malade du D^r PICARD que nous avons pu observer dans son service, tira un coup de revolver sur son fils, le jour de sa première communion, alors qu'à la fin du repas il chantait, à sa demande, une chanson. La forme « incestueuse » ou mieux « œdipienne » de ces actes homicides est d'ailleurs très connue et le parricide en constitue une des formes les plus habituelles.

Dans la *période d'état*, les impulsions s'observent dans deux conditions différentes. Tantôt il s'agit de grandes crises *d'agitation catatonique* avec fureur clastique, déchargement, bris d'objets, destruction, coups, violences, etc... Les malades restent, pour ainsi dire, toujours « sous pression » même au cours de leurs périodes de calme qui laissent cependant deviner au travers de leurs attitudes bizarres, ironiques ou méditatives, de leur mimique dissociée, de leurs brusques et parfois imperceptibles sautes d'humeur, l'impulsivité latente, toujours prête à se détendre en gestes agressifs ou clastiques. Mais le plus souvent ce que disait GARNIER de l'alcoolique est plus vrai encore du schi-

...actes intempestifs, les conduites bizarres, de subites violences, des lubies soudaines...

...inexplicables décharges clastiques...

...impulsions auto-destructrices particulièrement étranges...

...auto-mutilations...

...meurtres immotivés...

...crises d'agitation catatonique avec fureur clastique...

zophrène : c'est « un fusil chargé ». L'impulsivité sature son *comportement habituel* : introverti et comme plongé aux sources de son autisme, il n'en sort que pour s'opposer au monde violemment ou obstinément dressé par lui contre lui. Est-il vraiment nécessaire de rappeler ici ces brusques et fulminantes décharges automatiques, ces mouvements complexes, ces parakinésies, qui entrent dans le tableau clinique habituel de l'hébéphrène-catatonie, ces propulsions instinctives qui jettent ces malades sur leurs excréments pour s'en barbouiller, les dévorer et parfois même les ruminer, ou sur autrui et les objets pour déchirer, tuer, détruire ou frapper, dans les foudroyantes détente d'un comportement qui déjoue toutes les prévisions ?

Dans la *phase terminale*, les impulsions sont moins fréquentes sinon moins déconcertantes. Cependant LEONHARD ¹, sous le nom de « catatonie prosektique » (prosektische Katatonie) a décrit une forme terminale caractérisée spécialement par l'excitation stéréotypée et les actes en forme de « court-circuit » à point de départ sensoriel. C'est souvent de pareils hyperkinétiques ou parakinétiques avec négativisme, mutisme, soliloques et même avec parfois maniérisme ou bouffonnerie bizarre que l'on observe ces impulsions fulgurantes des vieux schizophrènes longtemps tranquilles. De telles décharges imprévues sont cependant plus excentriques et moins violentes que celles de la période d'invasion ou d'état ; le comportement ayant gagné en froide inertie stéréotypée et monotone ce qu'il a perdu en agressivité systématisée. Mais encore ne faut-il pas toujours s'y fier.

Si donc au cours de la schizophrénie, ce sont les impulsions à type de décharge « en court-circuit » qui sont caractéristiques au début et plus rarement à la fin de l'évolution dans la période d'état, l'impulsivité n'est qu'un symptôme avant-coureur et plus tard un aspect de la vie autistique de telle sorte que ces « *comportements impulsifs* » sont l'expression même de la charge pulsionnelle que constitue l'organisation schizophrénique de la personnalité. Mais nous avons vu, à propos de la catatonie, que, au terme de son mouvement de dissolution des fonctions motrices, elle pouvait aboutir à de véritables désintégrations fragmentaires et chaotiques qui constituent alors précisément les propulsions « élémentaires » lesquelles posent bien tous les problèmes que nous avons, à ce propos, envisagés ².

4° *Les impulsions maniaco-dépressives.*

L'insurrection de la vie affective qui caractérise ces états se confond, et pour ainsi dire nécessairement, avec la structure impulsive de la conscience maniaque ou mélancolique.

1. LEONHARD, *Die defektschizophrenen Krankheitsbilder*, Leipzig, 1936.

2. Cf. notre étude n° 10.

...ces « *comportements impulsifs* » sont l'expression même de la charge pulsionnelle que constitue l'organisation schizophrénique de la personnalité...

Dans la *manie*, le « *comportement impulsif* » est la règle : agitation, violences, jeux, bouffonneries, dénudations, bris d'objets, gesticulation, cris, colères, éclats de rire, exhibitionnisme, injures, actes d'expressions ou de lubricité, etc... tous ces comportements sont désordonnés, expansifs, « pleins » des contenus tumultueux de la vie maniaque. Son impulsivité est « directe », elle ne se constitue que dans l'excès intempestif, les explosions de son humeur coléreuse ou enjouée. Aussi la violence, le vacarme ou la chaleur de tels actes tout en imposant l'idée d'un comportement involontaire « libéré » et instinctif, d'une véritable « anarchie » et parfois d'une explosion de « rage », les soustraient le plus souvent à la notion étroite de la « véritable » impulsion qui exige plus de secret, d'énigme, de paradoxale détente, et comme la soudaine montée d'une force interne. Dans l'éclat de la manie, dans son « soleil », il n'y a pas d'ombre suffisante, pas assez d'obscur et imprévisible détermination pour que le comportement présente un authentique caractère « impulsif ». Cela arrive cependant dans certaines formes de manie et surtout d'états mixtes, où la violence est plus froide et où l'humeur, plus concentrée est sujette à de brusques et totales variations : des actes se déchaînent alors véritablement fulgurants et clastiques. C'est tantôt un raptus coléreux, hétéro-agressif, un acte impulsif à forme de court-circuit (bris d'objets, dipsomanie, attentat sexuel), tantôt un comportement impulsif plus organisé qui, faisant irruption dans un état passionnel violent, un jeu endiablé ou une expérience délirante à thème de persécution ou de jalousie, éclate en conduites d'agitation frénétiques : la menace, la défense, l'extase, le rut, la lutte, le scandale.

Dans la *mélancolie*, au contraire, dans cette forme comme plus dense et ramassée de la conscience morbide, le contraste caractéristique du phénomène impulsif emprunte toute sa valeur à l'opposition qui sépare l'immobilité de statue douloureuse du mélancolique de ses « raptus » forcenés. Il s'agit d'une impulsivité concentrée et tout entière dirigée vers la mort et c'est tout ce que nous dirons plus loin sur le *suicide*¹ qui devrait trouver ici sa place. L'impulsion à se faire du mal, à se tuer, à se mortifier, à se mutiler, mais à tuer aussi, est déchaînée dans une véritable fureur de destruction dirigée contre soi et les siens. Tantôt comme dans l'anxiété délirante, elle est vécue comme un comportement vertigineusement polarisé vers la mort, la peur, la catastrophe et le néant. Tantôt elle se décharge dans les formes stuporeuses ou au déclin des accès² en brusque « *raptus suicides* », soit que les tendances destructrices se projettent en faisceau contre le sujet seul – soit qu'elles se dispersent et visent un « objet élargi », celui de la famille entière – soit aussi qu'elles se déplacent du tout vers la partie et que la

...Dans l'éclat de la manie, dans son « soleil », il n'y a pas d'ombre suffisante, pas assez d'obscur et imprévisible détermination pour que le comportement présente un authentique caractère « impulsif »...

...Dans la mélancolie, au contraire, [...] Il s'agit d'une impulsivité concentrée et tout entière dirigée vers la mort...

...raptus suicides...

1. Cf. notre étude n° 14.

2. Les « queues » de mélancolie sont redoutables en raison de la fréquence et de l'imprévisibilité de ces réactions *impulsives*.

...*auto-mutilation*...

soif de destruction ne vise que certaines parties du corps (auto-mutilations). Parfois de telles impulsions sont rapides et « effrayantes de lucidité », parfois, au contraire, elles émergent, en traits de feu, d'une conscience comme assoupie dans le crépuscule, le clair-obscur de son obscurcissement ¹.

Nous aurons, un peu plus loin, à examiner à propos des déséquilibrés l'importance de la *cyclothymie* dans l'éclosion des obsessions-impulsions, des raptus-pantophobiques et une fois encore des pulsions dipsomaniaques.

5° *L'impulsivité dans le déséquilibre psychopathique et les psycho-névroses.*

Nous avons déjà fait allusion à propos de l'impulsivité alcoolique aux études classiques de MAGNAN ² sur les syndromes épisodiques des « héréditaires » ou des « dégénérés ». Sous le nom de « folie impulsive » (H. DAGONET) d'« impulsive Irresein » (KRAEPLIN) beaucoup de cas de « folie sans délire », de « folie lucide », de « monomanie impulsive », de « folie des actes » (FOVILLE) n'ont cessé en effet d'être rassemblés dans le groupe des « dégénérés » (ZIEHEN, MAGNAN), des « déséquilibrés », des « personnalités psychopathiques » (Kurt SCHNEIDER). Il est incontestable que la « déséquilibration » des fonctions psychiques, comme l'on disait autrefois, constitue un cadre clinique où le clinicien, qu'il le veuille ou non, place tous les cas de « constitution psychopathique » qui faisaient dire à MAGNAN et LEGRAIN que les « déséquilibrés » sont des « irréguliers », des « dysharmoniques », des « asymétriques ». Les analyses structurales les plus modernes rejoignent à cet égard les études classiques pour montrer combien l'impulsivité est un signe de dysharmonie, de malaise pulsionnel, de telle sorte que « l'asymétrie » dont parlait si justement le vieux maître de Sainte-Anne, apparaît plus profondément comme la structure conflictuelle même de la personnalité. Autrement dit, ce que l'école « anthropologique » ancienne appelait « déséquilibre » des fonctions cérébrales, c'est encore ce que l'école « anthropologique » moderne appelle « une manière d'être-au-monde » compulsive (BINSWANGER-GESBÄTTEL, etc.). Tant il est vrai que c'est autour de ces actes forcés ou de ces impulsions « intellectuelles » que gravitait le système des obsessions du temps de MAGNAN comme il gravite encore, dans les travaux récents de STRAUS ³ ou de F. VON GESBÄTTEL ⁴ ou de BINDER ⁵, autour de la

...*l'impulsivité est un signe de dysharmonie, de malaise pulsionnel*...

1. Cf. dans notre étude sur le suicide, les exemples que nous donnons et spécialement celui que nous avons publié avec F. BERNARD, *Ann. Médico-Psycho.*, 1941.

2. On consultera à ce sujet : L'étude clinique des impulsions et actes des aliénés, *Tribune médicale*, mars 1881, les *Leçons cliniques* et plusieurs ouvrages de l'École de Sainte-Anne de cette époque : H. FORTINEAU, *Des impulsions au cours de la paralysie générale* ; G. CARRIER, *Obsessions et impulsions à l'homicide des dégénérés*, Paris, 1899, ou encore les nombreuses publications de FILASSIER, TRUELLE, COLIN, BRIAND, etc., rapportées surtout à la *Société de Médecine Mentale* de 1900 à 1930.

3. STRAUS, Ein Beitrag zur Pathologie der Zwangerscheinungen, *Monatsch. f. Psych.* 1938.

4. FREIHERR VON GESBÄTTEL, Die Welt der Zwangskranken, *Monatsch. für Psych.*, 99.

5. BINDER, Zwang und Kriminalität, *Archives suisses de Neuro, et Psych.*, 1944-45, t. 54 et 55.

structure conflictuelle de la pensée. Et nous trouvons à propos des « incendiaires » dans le travail de H. SCHNEIDER ¹ comme l'écho direct des vieilles discussions sur la pyromanie ². Tout cela se tient comme dans la nature même des choses.

Un premier groupe de faits est représenté par *l'impulsivité systématisée*. Nous connaissons, tous, ces incendiaires, ces kleptomanes, ces pervers sexuels dont la personnalité psychopathique, pour si profondément bouleversée qu'elle soit dans ses soubassements instinctifs, ne se manifeste que par des actes incoercibles d'agression ou d'irrésistibles besoins. L'arriération affective, les stigmates « dégénératifs », les antécédents héréditaires chargés, une organisation défectueuse de la dynamique instinctivo-affective, la tendance aux récides parfois stéréotypées, réalisent un faisceau de traits cliniques auxquels ni le psychiatre ni l'expert ne peut rester indifférent, quelle que soit sa position à l'égard des « monomanies instinctives et impulsives », si souvent et justement critiquées.

Chez nous, les « déséquilibrés » constitutionnels (revendicateurs, idéalistes-passionnés, épileptoïdes, pervers, etc...) ont fait l'objet de nombreuses études et on en trouvera une bonne mise au point dans la thèse de VERCIER ³ ou encore dans le livre de J. BOREL ⁴.

Dans la littérature en langue allemande sur les « personnalités psychopathiques » (c'est-à-dire les « constitutions psychiques » anormales), on trouve toujours régulièrement indiqué un ou plusieurs groupes importants « d'impulsifs ». KRAEPELIN (1909), GRUEHLE (1922), BUMKE (1922), SCHOLZ (1922), HOMBURGER (1926), RUNGE (1928), THIELE (1926), KLAGES (1928), KAHN (1928), SCHULTZ (1930), EWALD (1932), etc... rangent ces cas parmi les « hyperthymiques », les « épileptoïdes », les « instables » (Haltlose), etc.. L'étude clinique si connue de Kurt SCHNEIDER ⁵ nous propose la classification suivante où on reconnaîtra sans peine de nombreux types d'impulsivités constitutionnelles :

Les *psychopathes hyperthymiques* (pykniques) sont, soit « compensés » (ausgeglichen), soit excités (aufgeregt), soit querelleurs (streitsuchtig), soit instables (haltlose) ou mythomanes (pseudologische). Les *psychopathes dépressifs* comprennent des groupes de tristes (schwermütig), de moroses (missmutig) et de paranoïaques. Les *psychopathes anxieux* (selbstunsichere Psychopathen) sont des « sensitifs » (sensitive Selbstunsichere), ou des obsédés (anankastische). La classe des *psychopathes fanatiques* (fanatische Psychopathen) se divise en fanatiques combattifs (Kampf-fanatiker) et butés (matte ou verschrobene Fanatiker). Les *psychopathes vaniteux* (Geltungsbedürftige) peuvent être excentriques (excentrische), fanfarons (renommistische), ou mythomanes (pseudologische). Quant aux *psychopathes à humeur variable* (Stimmungs-labile) on doit

...l'impulsivité systématisée des incendiaires, des kleptomanes, des pervers sexuels...

...étude clinique [de la psychopathie] de Kurt SCHNEIDER...

1. SCHNEIDER, Zur Psychopathologie der Brandstiftung, *Archives suisses de Neuro.* 1946.
 2. MARC (1833), MARANDON DE MONTYEL (1888), etc...
 3. VERCIER, *Les états de déséquilibre mental*, Thèse, Paris, 1938.
 4. J. BOREL, *Le déséquilibre psychique*. Presses Universitaires, Paris, 1948.
 5. Kurt SCHNEIDER, *Die psychopathischen Persönlichkeiten*, 3^{ème} édit., 1934.

les distinguer des épileptoïdes instables (unstete) et instinctifs (Triebmenschen). Le 7^e groupe englobe les *psychopathes explosifs* (Explosible). Le 8^e groupe les *apathiques* (Gemütlose). Le 9^e, les *abouliques* (Willenlose). Enfin une dernière rubrique est réservée aux *asthéniques*. Les déséquilibres « impulsifs » les plus typiques sont les *hyperthymiques* avec une nuance d'hypomanie, d'exubérance et d'instabilité – les anxieux et notamment les *obsédés* en lutte constante avec leur système pulsionnel, les *fanatiques* querelleurs constituent les quérulants, processifs, agressifs – les *épileptoïdes*, surtout quand ils sont buveurs, sont des impulsifs typiques. C'est au groupe des *impulsifs instinctifs* que correspond naturellement celui des comportements impulsifs (pyromanes, dipsomanes, kleptomanes, toxicomanes) qui expriment un besoin (Sucht) irrésistible. Mais les « explosifs » sont aussi des impulsifs pour autant que leur « explosivité » constitue une « forme de réaction primitive » au sens de KRETSCHMER. K. SCHNEIDER ne leur consacre cependant que quelques lignes assez vagues.

Ces descriptions et classifications qui ont fait, à l'étranger, tant de bruit et y ont connu tant de faveur ne nous paraissent pas supérieures aux études que nous devons chez nous à DUPRÉ et à son école.

Quoi qu'il en soit, cette déséquilibration qui conditionne de fortes décharges en forme de raptus ou de comportements impulsifs complexuels, s'inscrit presque constamment dans le cadre d'une biopsychotypologie *épileptoïde, cycloïde ou schizoïde*¹. Tantôt, en effet, ce sont des sujets athlétiques, de constitution « ictafine » (MAUZ), violents, lourds, sensibles à l'alcool des « glyschroïdes » à réactions explosives, à fortes tendances sado-masochistes. Tantôt ils sont, mais plus rarement, « pykniques », instables, exaltés, coléreux, hyperémotifs, en état de perpétuel éréthisme. Tantôt enfin ils sont asthéo-longilignes ou dysplastiques, renfermés, bizarres, systématiques et froids mais susceptibles de fortes décharges agressives. Ces types d'impulsivité s'intègrent plus ou moins dans un comportement de *perversité*, soit pour réaliser le tableau clinique du pervers amoral, cynique, récidiviste, soit pour engendrer des formes de perversions sexuelles systématisées à manifestations plus ou moins épisodiques (pulsions sado masochistes, nymphomanie, fétichisme, exhibitionnisme, etc.) ou d'impulsions complexuelles fortement symbolisées (pyromanie, kleptomanie, dromomanie, etc.). – Tous ces sujets ont le plus souvent une vie superficiellement normale mais leur « destin » est profondément inscrit dans leur structure psychosomatique : l'énurésie tardive, l'appétence toxicomaniaque et la sensibilité aux toxiques, leur inadaptabilité aux conditions familiales et sociales normales, leurs échecs constants, les troubles fréquents de leur sexualité, constituent des signes rarement tous réunis mais souvent associés de leur déséquilibre instinctivo-affectif. Il est assez fréquent qu'ils présentent des traits constitutionnels psychopathiques divers et d'observer que leurs impulsions ne sont pas « monotypes » mais se mêlent ou se substituent les unes aux autres.

1. Nous renvoyons à l'étude fondamentale de Kurt SCHNEIDER, *Die psychopathischen Persönlichkeiten* 3^{ème} édit., 1934 et à la thèse de R. VERCIER, *Les états de déséquilibre mental*, Paris, 1938.

...cette déséquilibration qui conditionne de fortes décharges en forme de raptus ou de comportements impulsifs complexuels, s'inscrit presque constamment dans le cadre d'une biopsychotypologie épileptoïde, cycloïde ou schizoïde...

Par exemple à propos de la pyromanie ¹ on a signalé que, dans près de 30 % des cas, l'impulsion incendiaire succédait à diverses autres modalités de déchaînement instinctif (suicide et homicide surtout). Il en est de même pour l'association énurésie-kleptomanie étudiée par Berta BORNSTEIN, MICHAELS, SECUNDA et GOODMAN ².

Peut-être faut-il ici réserver une place dans cette description clinique aux *réveils impulsifs* que l'on a appelés également avec KRAFFT-EBING ³ des « ivresses du sommeil » (Schlaftrunkenheit). Gehrard SCHMIDT ⁴, il y a quelques années, en a réuni 15 observations typiques éparses dans la littérature (et d'autres moins certaines), il les décrit comme de violents accès impulsifs se produisant dans des conditions qui laissent supposer selon lui un trouble de la fonction hypnique plutôt que l'intervention de facteurs alcool-toxiques ou épileptiques. LOGRE a proposé récemment le terme de « syndrome d'Elpenor » pour désigner ces cas de « réveil impulsif ⁵ ».

Un deuxième groupe de faits est constitué par les *obsessions-impulsions*, c'est-à-dire l'impulsivité névrotique ou encore « *le comportement compulsif* ». Le rapport des faits dont nous allons maintenant nous occuper avec ceux que nous avons déjà décrits, pose des problèmes qui ont été très souvent discutés : relations des obsessions ou des phobies avec les épisodes maniaque-dépressifs, les accidents comitiaux, la « dégénérescence mentale », la schizophrénie, etc.

Si au point de vue phénoménologique, comme nous le verrons, l'obsession-impulsion constitue dans la névrose obsessionnelle un pathologique et caractéristique « Dasein », vécu selon des lois d'organisation propre, elle soutient avec le déséquilibre psychique des rapports incontestables étroits et profonds. Cette réserve étant faite, on peut dire que si l'impulsion se caractérise par des caractères de soudaineté, de violence, d'irrésistibilité et d'aberrance, l'obsession-impulsion se caractérise, elle, ainsi que l'a souligné H. BINDER ⁶, une fois de plus et récemment, par le caractère de *lutte* intérieure qui partage l'obsédé en deux parties, celle de son impulsion et celle de sa résistance. D'où naturellement le caractère classique de *soulagement* après le passage à l'acte qui constitue une « *abréaction* ». Le drame, qui dans la plupart des cas de déséquilibre envisagés jusqu'ici ne paraissait exister que pour la victime et l'observateur, est

...dans près de 30% des cas la pyromanie succède à diverses autres modalités de déchaînement instinctif (suicide et homicide surtout)...

...les obsessions-impulsions, le comportement compulsif...

...lutte intérieure...

...soulagement, abréaction...

1. MOENKEMOELLER (cité par H. DELGADO dans son travail « Psicologia general y Psicopatologia de la voluntad », *Revista de Neuro Psiquiatria*, 1939). On trouvera par contre dans « Zur Psychopathologie der Brandstiftung » de H. SCHNEIDER, *Archives suisses de Neuro*, 194, 5, 56, pp. 239 à 259, un cas de « pyromanie » impulsive pure profondément analysé dans ses rapports avec l'œdipe et la culpabilité.

2. M. BACHET, (*Encéphale*, 1948, pp. 59 à 73), a consacré une bonne étude à ce problème. Il l'a développé, depuis, dans son livre « *Les encéphaloses criminelles* », Foucher, Paris 1950.

3. KRAFFT-EBING, *Médecine légale des aliénés*, trad. française, 1900, pp. 453 à 459.

4. Gehrard SCHMIDT, Die Verbrechen in der Schlaftrunkenheit, *Zeitsch. f. d. g. Neuro*. 1943. 176, pp. 208 à 254.

5. CARROT, VELLUZ et RIGAL, *Presse Médicale*, 30 août, 1947.

6. H. BINDER, *Zwang und Kriminalität*, *Archives suisses de Neuro. et Psych.*, 1944, 45, t. 54 et 55.

ici inscrit en traits de feu dans la conscience de l'obsédé. Son impulsion, c'est-à-dire le système explosif de ses pulsions, il la « contient », elle est la tentation qui l'assiège et ne cesse de croître en exigence monstrueuse. L'obsédé actualise son angoisse non seulement dans ce « corps à corps » avec ce danger, cet ennemi intérieur, mais encore par l'infinité d'actions qu'il se sent *forcé* d'accomplir pour le conjurer. Tantôt, en effet, c'est l'envie horrible de tuer un être cher, le besoin d'accomplir un acte terrifiant, sacrilège ou criminel, mais tantôt aussi c'est l'irrésistible propulsion à se livrer à des « manies », à des excentricités, à des conduites grotesques déplacées ou ridicules (tirer la barbe d'un voisin, compter les marches d'escalier, sauter sur les tables, recompter, défaire ce qui a été fait, se livrer à de stériles « manies », etc.). Et si, dans le premier cas, la lutte atteint un degré d'angoisse horrible, l'obsédé se trouvant attiré par le vertige de son effroyable impulsion, dans le second cas, l'angoisse s'étale et se multiplie en cascade de conduites de dérivation, vertigineuses et infinies. C'est précisément la disposition en série sans fin, d'impulsions, qui se substituent les unes aux autres, se transformant et se déplaçant, qui constitue la structure compulsive de la pensée de l'obsédé, le réseau de conduite forcée où il s'enlise. Sa vie est entièrement placée sous le signe de la contrainte comme si ses actes étaient irrésistiblement déterminés par des ressorts autonomes et étrangers, comme s'ils échappaient à son contrôle, comme si son existence n'était plus qu'une chaotique poussée de mobiles, tous affreusement exigeants et aveugles. Tel est le drame de l'obsédé *assiégé* par lui-même et contraint par lui-même à sortir de ses retranchements. Cliniquement le martyr de l'obsédé, c'est-à-dire l'impulsion qui le ronge et perpétuellement se presse en lui, se manifeste par tous les *moyens de défense* à leur tour « impulsifs » : les procédés-conjuratoires, les rites, les « manies », etc. aussi tyranniques que l'obsession. C'est dire que l'énergie du système pulsionnel se distribue en circuits labyrinthiques et sans cesse renouvelés. Parfois cependant, après de grandes et douloureuses tentations, *l'impulsion passe à l'acte*. Cet homme dévoré par le désir, par le besoin, par l'envie de tuer quelqu'un, exténué d'angoisse et de lutte épuisante, va brusquement s'emparer d'une planche que porte un passant inconnu et l'assommer dans une crise de sauvagerie incroyable ; puis « il revient à lui », se sent détendu, pleure. – Cette autre malade lutte contre l'idée absurde de voler du pain qu'elle a en abondance chez elle ; elle succombe à cette impulsion irrésistible, et éprouve à chaque vol un véritable orgasme libérateur. Naturellement des impulsions plus directement sexuelles peuvent se présenter dans cette structure compulsive mais le fait est relativement rare tout au moins pour les accès immédiatement en rapport avec le noyau du système pulsionnel libidinal (sadisme, masochisme, homosexualité, etc.). Il est au contraire bien plus fréquent d'observer des impulsions qui constituent des formes substitutives ou indirectes de la libido (fétichisme, pyromanie). Tout se passe en effet, comme si l'obsession-impulsion empruntait l'énergie nécessai-

...C'est précisément la disposition en série sans fin, d'impulsions, qui se substituent les unes aux autres, se transformant et se déplaçant, qui constitue la structure compulsive de la pensée de l'obsédé, le réseau de conduite forcée où il s'enlise...

...Parfois cependant, après de grandes et douloureuses tentations, l'impulsion passe à l'acte... agresser, tuer, voler... et pleurer...

re à sa tension à la libido détournée de son mouvement naturel et direct. Ainsi les impulsions dans les structures de déséquilibre et de névrose, affectent-elles généralement la forme de *comportements impulsifs* complexuels. Mais parfois soit sous forme d'impérieux besoins soit plus rarement de décharges motrices automatiques elles se présentent comme de fulgurantes « *propulsions* ». Ceci nous amène à considérer ici un problème fort difficile : celui des « tics ».

Les *tics* (pour autant que l'on puisse échapper à l'ancienne objection que CHRISTIAN opposait à l'identité des phénomènes impulsifs et des phénomènes automatiques) doivent ici être mentionnés comme une forme de motricité anormale, intempestive et répétée qui échappe au contrôle volontaire. Ce sont, a dit JANET, « des *agitations motrices systématisées* ». Elles mettent en mouvement des figures cinétiques plus ou moins caricaturalement expressives. Le vieil ouvrage de MEIGE et FEINDEL¹ constitue la base de toute étude de ces mouvements. A leurs yeux, les tics sont des troubles psychomoteurs. Le trouble mental prédominant devient une « imperfection de la volonté » et plus généralement un « déséquilibre mental ». Quant au trouble moteur : « il est au début une réaction, un tic provoqué, tantôt par une incitation venue de l'extérieur, tantôt par une incitation corticale, une *idée* ». La faiblesse de ce point de vue pathogénique et son imprécision n'empêchent pas ce travail d'avoir au point de vue clinique un intérêt considérable et encore actuel. MEIGE et FEINDEL distinguaient des tics à *forme clonique* avec excès de vitesse et de répétition des mouvements et à *forme tonique* avec excès de durée de la contraction. Dans tous les cas, les gestes – car ces mouvements ont une valeur « gestuelle » – sont excessifs dans leur forme et dans leur intensité. « Ce sont des gestes brusques et saccadés ou des attitudes forcées qui se répètent toujours les mêmes, et exagérément. »

MEIGE² est revenu plus tard sur ce problème à la lumière du démembrement que fatalement, provoqua dans ce groupe de phénomènes, la connaissance de la pathologie extrapyramidale et il définit le tic par son caractère essentiellement clonique. « Il s'agit, dit-il, de contractions musculaires toujours involontaires et intempestives, répétées, brusques, survenant par accès. Leur caractère essentiel est qu'ils sont de forme convulsive ». Quant au caractère « d'actes coordonnés », orientés vers des buts définis, il n'est pas, dit MEIGE, toujours évident mais il faut bien dire que dans la plupart des cas le mot de CHARCOT reste vrai, « le tic est un geste caricatural ». Récemment ROUART³ a, de nouveau, souligné leur caractère d'expression « *mimique* ».

On a donc décrit toutes sortes de tics. Les plus nombreux et les plus caractéristiques se déroulent dans la musculature cervico-faciale : tics de clignotements (nictitation) et d'écarquillement des paupières, tics de moue et de pincement de lèvres, tics de reniflement, de suçotement, de lichage, de claquement, de sifflement et même de croassement et de cloaquement. Quand c'est la musculature cervico-scapulaire qui est intéressée principalement, ce sont les tics de hochement, de salutations, de négation, de haussement d'épaules. Les tics des membres supérieurs intéressent spécialement les mouvements plus significatifs et différenciés de la main : frottement, grattage, (trichoplastie, trichotillomanie). Les tics des membres inférieurs sont plus rares : sauts, changements de pas. Plus souvent les tics intéressent les groupes musculaires phonétones

...Le problème des tics...

...Le vieil ouvrage de MEIGE et FEINDEL constitue la base de toute étude de ces mouvements...

... Les plus nombreux et les plus caractéristiques se déroulent dans la musculature cervico-faciale...

1. MEIGE et FEINDEL, Paris, 1902, 632 pages.

2. MEIGE, Article « Tics », *Pratique Médico-Chirurgicale*, 1931.

3. ROUART, Psychopathologie des tics, *Evolution psychiatrique*, 1947.

et respiratoires : sifflement, ronflement, toux, sanglot, hoquet, sputation, aboiement, gloussement, série qui se continue avec le bégaiement, l'écholalie, la coprolalie...

C'est précisément l'association de tous ces « tics » avec la coprolalie qui constitue la « *maladie des tics* » de Gilles DE LA TOURETTE, appelée en pays de langue allemande « *Mimische Krampf* » (BRESLER, 1896). Cette affection a donné lieu tout naturellement, à propos de l'ensemble de tics qui la constitue, aux discussions qui n'ont pas manqué de se produire à propos des tics en général ¹. La pathologie extrapyramidale avec ses myoclonies, ses spasmes, ses parakinésies, ses hyperkinésies, ses crises oculogyres, etc... a, en effet, incliné beaucoup d'auteurs à considérer les tics comme des mouvements automatiques déclenchés par des désintégrations de fonctions kinéto-toniques dues à des lésions de méso-diencephale. Ceci nous conduit au problème que nous allons examiner dans le prochain chapitre de cette étude.

Disons simplement qu'à notre avis il en est pour les tics comme pour toutes les manifestations motrices, on ne saurait les réduire toutes à un même plan, à une même structure et à une même pathogénie. Dans la masse des tics, il y a certainement beaucoup de symptômes proprement neurologiques, mais les plus caractéristiques sont symptomatiques de la pensée compulsive des obsédés et ils sont comme le langage incoercible et stéréotypé de leur inconscient.

6° *L'impulsivité dans les affections cérébrales et spécialement dans l'encéphalite épidémique.*

Ce que nous venons de dire des « tics » et la question qu'ils posent en ce qui concerne leur origine, leur valeur significative, leur « structure » nous conduit donc tout naturellement à examiner les « impulsions » que nous trouvons au cours des affections cérébrales. C'est, et cela ne nous étonnera pas, sur le plan structural des « *protopulsions* » que se déroulent les manifestations impulsives habituelles au cours des affections qui atteignent, soit les centres d'organisation du tonus statokinétique, soit les appareils de régulation des fonctions expressives. Il s'agit donc dans ces cas de désintégrations de fonctions psycho-motrices plus ou moins complexes. Les troubles qui en résultent sont constitués par une infinie variété de mouvements anormaux parakinétiques ou hyperkinétiques, cloniques et toniques, les spasmes, les impulsions, les dystonies kinétiques, les mouvements forcés et automatiques, les figures motrices induites qui surchargent le comportement, l'interrompent ou le gênent en se substituant aux actes adaptés. C'est, naturellement, toute la pathologie extrapyramidale qui trouverait sa place ici puisqu'elle se définit précisément par la dérégulation des fonctions qui assurent l'ordre et l'harmonie des automatismes. Nous ne pouvons songer ici à exposer en détail ce chapitre immense de la neurologie et à décrire l'ensemble des mouvements forcés que nous avons déjà mentionnés et qui vont depuis les myoclonies et spasmes jusqu'à ces grands mouvements complexes étudiés par ZINGERLE, MUSKENS,

1. Un récent travail de Ed. ASCHER, Psychodynamic considerations in Disease, *Amer. J. of Psych.*, 1948, 105, p. 267 à propos de 5 cas, Gilles DE LA TOURETTE insiste sur les facteurs psychogènes de détermination.

...l'association de tous ces tics avec la coprolalie constituent la « maladie des tics » de Gilles de la TOURETTE...

...Dans la masse des tics, il y a certainement beaucoup de symptômes proprement neurologiques, mais les plus caractéristiques sont symptomatiques de la pensée compulsive...

...C'est sur le plan structural des « protopulsions » que se déroulent les manifestations impulsives habituelles au cours des affections cérébrales...

...C'est, naturellement, toute la pathologie extrapyramidale qui trouverait sa place ici...

VAN BOGAERT, etc... notamment sous leur forme d' « *automatose* ». Depuis 50 ans, c'est-à-dire depuis qu'avec SHERRINGTON, K. WILSON, FOIX, Von MONAKOW, etc. la neurologie s'est préoccupée d'étudier les désintégrations des fonctions motrices et de les classer, on peut dire qu'elle n'a pas fait autre chose, dans ce domaine, que d'établir une étude systématique des mouvements automatiques forcés allant du réflexe à l'acte « quasi-volontaire »... Tandis que l'on n'étudiait au début du siècle que les tremblements, les mouvements choréiques, ou athétosiques, les tics, les spasmes, les expressions émotionnelles spasmodiques, la pathologie extrapyramidale en absorbant de plus en plus d'expressions motrices « névrotiques » et de troubles psychomoteurs « hystériques », s'est considérablement enrichie. L'encéphalite épidémique a montré, à cet égard, qu'une affection atteignant les noyaux gris centraux pouvait provoquer des actes forcés extrêmement curieux, riches d'intentionnalité et qui laissent le clinicien très perplexe en ce qui concerne son diagnostic, en droit et en fait, avec l'hystérie ou les obsessions. Essayons de dresser un inventaire de cette pathologie motrice qui constitue comme le privilège de *l'encéphalite épidémique*.

a) – PROTOPULSIONS KINÉTIQUES.

Tout d'abord, il peut s'agir de brusques et paradoxales variations du tonus statique (*latéro-pulsions – rétro-pulsions*) ou de troubles rythmiques ou itératifs de type classique (*myoclonies, spasmes*) ou encore de *dystonies ou kinésies paradoxales*. A cette série de troubles de la série « réflexe » ou « amyostatique » doivent se rattacher aussi les mouvements forcés et les attitudes anormales qui réalisent, en tout ou partie, le syndrome de *décérébration* et aussi les phénomènes de *préhension forcée* (Grasping-reflex ou *Zwangsgreifen*) ou de *succion*¹. Les phénomènes d'itération ou d'imitation automatiques (*palilalie, palicinésie, échopraxie, écholalie*) sont à mentionner dans ce premier groupe des mouvements forcés en tant qu'ils sont caractérisés par leur forme d'automatisme des fonctions les plus archaïques qui constitue la base *myostatique de la motilité*.

A un niveau supérieur se rencontrent des désintégrations fonctionnelles qui se manifestent par des hyperkinésies plus complexes. Elles se produisent généralement sous forme de *crises* : crises *oculogyres* avec parfois déviation conjuguée de la tête ou torsion du tronc, mouvements de manège, *crises d'automatose*, caractérisées, selon ZINGERLE, par des manifestations motrices « consécutives à des excitations déterminées associées souvent à des mouvements choréo-athétosiques et myocloniques accompagnés d'une rigidité tonique et d'une baisse de régime de conscience allant jusqu'à l'absence du sentiment des automatismes déroulés ». Quant aux figures kinétiques de ces crises elles sont représentées par des mouvements de rotation et d'enroulement

...L'encéphalite épidémique a montré qu'une affection atteignant les noyaux gris centraux pouvait provoquer des actes forcés extrêmement curieux, riches d'intentionnalité dont le diagnostic avec l'hystérie ou les obsessions laisse perplexe...

...Au niveau inférieur :
...dystonies, kinésies paradoxales...

...prévisions forcées...

...palilalie, écholalie, échopraxie...

...puis, hyperkinésies plus complexes avec les crises oculogyres, crises d'automatose...

...rotation, enroulement autour de l'axe du corps...

1. Rappelons que dans la monographie de BARAHONA FERNANDES, *Síndromes Hiper-cinéticos*, 1938, pp. 105 à 117, on trouvera une excellente étude des automatismes de préhension, d'accrochage, etc...

...L'influence de la suggestion apparaît particulièrement nette dans les crises hyperkinétiques expressives...

autour de l'axe du corps, solidaires en partie des attitudes de la tête et des membres et de certains stimulus sensoriels et psychiques. L'influence de la suggestion apparaît particulièrement nette dans les crises hyperkinétiques expressives avec tics, mouvements complexes, attitudes caricaturales (tics de Salaam, salutations, gèneuflexion, aboiement ¹⁾) et surtout automatisme idéo-verbal à type de décharges coprolaliques, d'arithmomane, de paroles forcées, parfois rythmiques ou explosives ou comme emportées dans un tourbillon de décharges incoercibles (*Drang*, des auteurs allemands).

Tous ces phénomènes et particulièrement ces derniers ont fait l'objet, surtout en langue allemande, d'une grande quantité d'études et de discussions ²⁾. La plupart des auteurs qui s'en sont occupés ont naturellement éprouvé le besoin de classer ces phénomènes à peu près comme nous venons de le faire et comme nous l'avons plus haut rappelé. Soit qu'ils séparent les « phénomènes moteurs » des « psychomoteurs » (BARUK). Soit qu'ils distinguent les phénomènes amyostatiques et des troubles psychomoteurs (STRÜMPPELL, KLEIST, BOSTROEM). Ou encore avec KRONFELD que l'on discerne la « Motorik » de la « Motricität ». Soit que, avec BARAHONA FERNANDES, on distribue l'ensemble des hyperkinésies en une échelle de niveaux différents : mouvements réflexes – mouvements réactionnels – mouvements et actes automatiques – actes et mouvements instinctifs qui expriment les tendances de la personnalité.

b) – PROTOPULSIONS INSTINCTIVES.

...Les parkinsoniens présentent aussi de brusques raptus instinctifs, des besoins, des fringales, des ruts...

Les parkinsoniens présentent aussi de brusques raptus instinctifs, des besoins, des fringales, des ruts. Leurs émotions prennent la forme fréquente de réactions « en court-circuit » explosives, brutales, caricaturales, incoercibles et répétées. Ces modalités de déchaînement des instincts et des émotions présentent les caractères d'incoercibilité, d'automatismes, « d'étrangeté » par rapport au Moi, qui ont été soulignés par tant d'auteurs comme « spécifiques » des symptômes encéphaliques alors qu'il s'agit à notre

...déchaînement des instincts et des émotions...

1. Cf. par exemple l'observation que j'ai publiée avec PICARD, (Congrès de Zurich, 1936) ou celle d'HEUYER, VOGT, LANTMANN (*Ann. Médico-Psycho.*, 1936) ou encore celles rapportées à la *Société des Sciences Médicales de Montpellier* en 1931 par BOUDET, BALMES, RIMBAUD et les cinq nouvelles de Ed. ASCHER, *Amer. J. of Psych.*, 1948, 105, p. 267.

2. Nous avons déjà signalé que le vocabulaire allemand est très riche en ce qui concerne les degrés et qualifications des pulsions, tendances, besoins, obsessions et impulsions : *Trieb, Sucht, Antrieb, Impuls, Drang, Zwang*, etc... C'est sur le contenu concret et clinique de ces diverses notions que se sont instituées les discussions sur les phénomènes forcés, impulsifs et obsédants chez les Encéphaliques : A. KRONFELD, Zur Phenomenologie des Triebhaften, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1924, 92, pp. 379 à 395 ; L. BENEDEK, Zwangsmässiges Schreiben in Anfallen als postencephal. Hyperkinesien, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1925, 98, p. 17 ; J. H. BURGER, Ueber Encephaliten und Zwang, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1928, 113, pp. 239 à 245 ; J. ROTHFELD, Der Zwang zur Bewegung, ein striäres Symptom, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1928, 114, pp. 281 à 292 ; G. STEINER, Von Zwangerscheinungen bei organisch. Nervenkr., *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 12, pp. 515 à 527 etc...

avis des caractères généraux d'un niveau structural plutôt que des traits pathognomoniques d'un processus. C'est un système de pulsions profondes et archaïques qui se décharge dans ces mouvements mécaniques, raides, englués de persévération et d'hypertonie et qui se satisfait au travers de circuits fonctionnels sous-jacents à la conscience et à l'organisation complexuelle de la personnalité. Ces protopulsions ont la valeur de brusques et fulgurantes étincelles d'instinct. Elles « poussent » et « forcent » la sphère motrice instrumentale à prendre la forme spécifique des conduites préformées dans les comportements les plus primitifs (celles du rire, des pleurs, du prendre, de s'agripper, de frapper, etc...), à entrer en conflit avec la personnalité du Parkinsonien.

...Ces protopulsions ont la valeur de brusques et fulgurantes étincelles d'instinct. Elles « poussent » et « forcent » la sphère motrice instrumentale à prendre la forme spécifique des conduites préformées...

c) – COMPORTEMENTS IMPULSIFS.

Enfin l'encéphalite réalise¹ des formes d'organisation psychonévrotiques ou psychotiques (schizophrénie, délires chroniques systématisés, névrose d'angoisse, déséquilibre psychique à forme névrotique, etc...) où naturellement se rencontrent les diverses variétés de comportements impulsifs pris dans la masse d'une psychose encéphalitique en évolution. Nous allons simplement rappeler en quelques mots les plus fréquentes variétés de tableaux cliniques.

...Enfin l'encéphalite réalise des formes d'organisation psychonévrotiques ou psychotiques...

Tout d'abord le type *pervers*, mythomane, malicieux, hypocrite, voleur dont le comportement anormal ou immoral s'exprime avec une particulière brutalité et une remarquable stéréotypie dans et par la libération massive des automatismes instinctifs et émotionnels.

...le type pervers...

Mais il arrive aussi que le parkinsonien se montre *anxieux*, pleurnichard, en perpétuel malaise affectif et que la tonalité expressive de sa vie psychique oriente son impulsivité vers les formes mélancoliques de l'auto-destruction (automutilation, suicides, expressions émotionnelles tristes). On sait enfin que si l'on a souvent confondu non sans naïveté le syndrome de rigidité parkinsonienne avec les troubles catatoniques², l'encéphalite néanmoins peut réaliser des *tableaux cliniques de type schizophrénique* au cours desquels les décharges impulsives, les actes agressifs ou bizarres, les fugues, les attentats sexuels, les crises hyperkinétiques complexes, l'agitation stéréotypée, etc... se rencontrent comme expression d'une dissociation psychique à forme hébéphréno-catatonique. Tous ces traits de comportements impulsifs sont alors l'expression d'expériences délirantes autistiques, spécifiquement schizophréniques.

...l'anxieux, mélancolique...

...des tableaux cliniques de type schizophrénique catatonique...

– Ce que nous venons de dire du processus extrapyramidal par excellence, nous pourrions aussi le répéter pour toutes les grandes affections neurologiques qui altèrent le cerveau et en particulier le mésencéphale et le diencéphale. Qu'il s'agisse de tumeurs de la base ou des parois du 3^e ventricule, de lésions vasculaires intéressant les artères

1. Comme nous le verrons dans le quatrième volume de ces études, dans l'étude que nous consacrerons aux troubles psychiques de l'encéphalite épidémique.

2. Cf. Etude n° 10.

de la protubérance ou du bulbe, la cérébrale postérieure ou les branches profondes de la sylvienne, ou de dégénérescences cellulaires frappant les corps striés (maladie de WILSON, pseudo-sclérose de WESPHAL-STRUMPELL), l'hypothalamus, la substance réticulaire du toit ou les amas gris des pédoncules, etc. toutes les lésions inflammatoires, traumatiques, etc. de la tige cérébrale et des noyaux gris centraux et peut-être aussi – si nous en croyons le système de localisation de KLEIST notamment ou les travaux de BOSTROEM (1920) ou ceux plus récents de P. BRICY (1944) – du cortex, toutes ces atteintes des dispositifs qui exercent leur influence sur la régulation de l'activité motrice automatique sont capables de produire cet ensemble complexe de mouvements automatiques et forcés. Dès lors on ne peut les séparer de l'étude des impulsions et de l'impulsivité en général puisque, comme nous allons le voir maintenant, l'idée que chacun de nous se fait de la pathogénie des impulsions dépend de la valeur exclusive, nulle ou limitée qu'il attribue à ces mouvements pour le problème général qui nous occupe.

§ III. – PATHOGÉNIE DES IMPULSIONS

...Nulle part peut-être comme dans cette question, la nécessité de distinguer trois sortes de théories pathogéniques n'éclate avec plus d'évidence...

Nulle part peut-être comme dans cette question, la nécessité de distinguer trois sortes de théories pathogéniques n'éclate avec plus d'évidence. C'est que le problème des « impulsions » n'est que l'envers d'un autre problème, celui de l'acte volontaire et que relativement à ce problème central il n'y a que trois attitudes possibles : assimiler la volonté à l'automatisme ¹ (c'est-à-dire s'interdire de poser le problème des impulsions), assimiler la volonté à une pulsion (c'est-à-dire s'interdire encore de poser le problème des impulsions), ou enfin admettre que l'acte volontaire a une réalité, ce qui revient à définir l'impulsion comme un déficit de l'activité volontaire. C'est à ces trois manières de voir qui forment et qui ferment le cycle des explications possibles que correspondent les théories *mécanicistes*, *psychogénéistes* et *organo-dynamistes* des impulsions.

...Nous devons renvoyer à notre étude pour nous « primordiale » (en ce sens qu'elle constitue le point de départ de toutes nos conceptions) sur la notion d'« automatisme »...

C'est naturellement tout le problème de l'*automatisme* dit « psychologique », « mental », « moteur », conscient ou inconscient, etc... qui se trouve ainsi posé. Nous devons renvoyer à notre étude pour nous « primordiale » (en ce sens qu'elle constitue le point de départ de toutes nos conceptions) sur la notion d'automatisme ², et il sera facile de se rendre compte que trois positions et trois positions seulement, répétons-le, sont à cet égard possibles.

1. DALLEMAGNE (*Physiologie de la volonté*) avait pu intrépidement écrire un développement typique de cette manière de voir qui commence ainsi : « Le réflexe volontaire ou volition... »

2. Henri EY, *Hallucinations et Délire*, 1934. La première partie de cet ouvrage est consacrée à « La notion d'automatisme », étude que nous avons présentée au groupe de *l'Évolution Psychiatrique* le 9 juillet 1930.

Toute conception *mécaniciste* réduit l'impulsion, dans les névroses et les psychoses, à n'être *qu'un mouvement « automatique » primitif*.

Toute conception *psychogéniste* la réduit à n'être *qu'une pulsion « automatique » et primitive*.

Toute conception *organo-dynamiste* la considère comme une *« forme de la dissolution de l'activité volontaire » ou, si l'on veut, une forme plus ou moins dégradée et consciente de l'automatisme psychomoteur, secondaire à un trouble de l'intégration au Moi*.

A. – THÉORIES MÉCANICISTES

Ces théories réduisent tout comportement impulsif au schéma d'un réflexe, c'est-à-dire à un phénomène relativement simple. Et ce réflexe est envisagé lui-même comme une décharge d'un dispositif nerveux localisé, c'est-à-dire préétabli dans toutes ses parties ou sa majeure partie. En dernière analyse c'est à la conception de WERNICKE et de KLEIST que toutes ces conceptions se réfèrent plus ou moins explicitement, sans y trouver d'ailleurs, surtout pour ce dernier, une pleine justification.

Soit qu'on les considère comme issus d'un processus d'irritation ou comme la conséquence d'une libération ou d'une désinhibition fonctionnelle, les phénomènes impulsifs sont interprétés dans cette perspective, comme des déclenchements mécaniques de mouvements réflexes.

Les anciens auteurs, après les expériences de FERRIER, HITZIG, etc... sur les centres *cortico-moteurs*, se représentaient volontiers les décharges impulsives comme des produits de l'irritation de ces centres. C'est ainsi que MAGNAN et LEGRAIN¹ pensaient que « le fonctionnement subit d'un centre ou d'un groupe de centre isolés » d'une part, et « l'impuissance de la volonté à exercer son action d'arrêt » d'autre part, réalisaient l'impulsion, considérée dès lors comme « un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est impuissante à empêcher »². Il ne serait pas difficile de montrer l'essentiel de cette conception dans les écrits de WESTPHAL, de MEYNERT, etc... L'idée d'une « décharge » motrice ou « psycho-motrice », analogue à celle de la fameuse « bouteille de LEYDE », échappant au contrôle de la volonté, se produisant « malgré elle », trouve naturellement son expression la plus imagée dans le « mouvement réflexe » déclenché par une lésion, c'est-à-dire par une perturbation de la dynamique cellulaire, chimique ou électrique de centres localisés. Il est facile de se représenter le système nerveux comme un simple étagement de circuits plus ou moins autonomes qui peuvent se déclencher brusquement et réaliser des actes de « courts-circuits ». La localisation des centres ou dispositifs moteurs ou psychomoteurs d'abord dans l'aire préo-

...Ces théories mécanicistes réduisent tout comportement impulsif au schéma d'un réflexe...

...issus d'un processus d'irritation ou de désinhibition fonctionnelle...

...« un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est impuissante à empêcher » CARRIER.

1. MAGNAN et LEGRAIN, *Les dégénérés*, Paris 1895.

2. CARRIER, *Obsessions et impulsions à l'homicide*, Thèse, Paris, 1899.

[Théorie des]manifestations d'« d'irritation corticale »[...]que l'on voit de nouveau reparaître à propos de certaines naïvetés d'interprétation des récentes techniques psycho-chirurgicales...

landique, puis dans le cerveau préfrontal (BIANCHI, KLEIST, etc.) a permis de considérer les « impulsions » comme des symptômes d'irritation de ces centres et d'expliquer, dans une même théorie les décharges motrices, la crise convulsive comitiale et l'automatisme impulsif des épileptiques, tous phénomènes considérés comme des manifestations « d'irritation corticale ». Nous n'insisterons pas sur une telle conception qui paraissait avoir perdu depuis vingt ou trente ans le prestige dont elle a longtemps joui, mais que l'on voit de nouveau reparaître à propos de certaines naïvetés d'interprétation des récentes techniques psycho-chirurgicales. C'est ainsi qu'une idée analogue est plus ou moins explicitement soutenue à propos du rôle que jouerait en tout ou partie (aire 9) le lobe préfrontal comme centre inhibiteur de la motricité. C'est ainsi également que des faits (qui peuvent être interprétés bien différemment) sont mis en avant pour montrer que l'hypermotilité se confond plus ou moins naturellement avec l'impulsivité ; il s'agit, en particulier, des lobectomies pratiquées chez le singe par KLUVER, RICHER et HINES, RUCH et SHENKIN, etc... Dans ces cas, les observateurs ont noté une grande instabilité et un accroissement considérable des mouvements ; les réactions motrices aux excitations externes sont plus violentes.—Il faut signaler aussi certaines applications de la physiologie des réflexes conditionnels au problème des impulsions, faisant état des processus partiels de désinhibition ou de phases paradoxales des processus corticaux ¹.

Enfin nous devons noter que la conception de KLEIST ² reste à cet égard encore assez ambiguë. Après avoir beaucoup accordé au cerveau antérieur et notamment aux lésions orbitaires, surtout dans le type d'impulsivité qui relève du « Moi affectif » (c'est-à-dire de l'organisation de l'humeur et du caractère), il a assigné un rôle toujours plus grand aux formations de la base du cerveau. Pour les états catatoniques où les syndromes étudiés par WERNICKE comme « psychoses de la motilité » correspondent, selon KLEIST, au segment « encéphalopathique » du système entéroceptif, les impulsions lui paraissent liées à un trouble des impulsions dans la sphère du « Gefühl-Ich » et du « Trieb-Ich », c'est-à-dire qu'il admet, semble-t-il, un trouble primordial diencéphalique.

L'étude des centres « méso-diencephaliques » d'expression émotionnelle (depuis BECHTEREW jusqu'à CANNON et BARD) ou de « régulation de la vie instinctive » (depuis MEYNERT jusqu'à HESS), de régulation psychique (depuis M. REICHARDT et CAMUS jusqu'à GUIRAUD et GAMPER), l'étude surtout des syndromes de régulation du

1. Cf. le travail assez paradoxal, quand on connaît les tendances de cet auteur, de W. RIESE, Le Crime impulsif interprété par les réflexes conditionnels, *Évolution Psychiatrique*, 1935, IV.

2. KLEIST, Psychomotrische Bewegungstörungen im Geisteskrankheiten, 1908, *Gehirnpathologie*, (1934) et Rapport au Congrès allemand de 1936. — Comme le fait justement remarquer BARAHONA FERNANDES, il serait injuste de dire que KLEIST ramène tous les troubles impulsifs aux troubles amyostatiques, mais l'esprit dans lequel il conduit tous ses travaux y incline.

tonus kinéstatique par lésions du tronc cérébral (GUIRAUD, BUSCAINO, SALMON, MUSKENS, MAGNUS, ZINGERLE, Van BOGAERT, etc...) ont naturellement fait glisser la localisation des impulsions de l'écorce vers le diencéphale. Nous avons plus haut souligné l'importance des manifestations motrices et psycho-motrices, impulsions et mouvements anormaux, des décharges émotionnelles et automatiques dans les affections cérébrales et particulièrement dans celles qui, comme l'encéphalite épidémique, atteignent directement les formations bulbo-pédonculaires et le diencéphale. La richesse séméiologique des hyperkinésies sous-corticales, les brusques détentes de mouvements, les émotions soudaines (« sham-rage ») avec leur cortège d'expressions kinéto-végétatives forcées, les désintégrations des fragments de conduite qui surgissent et se déroulent avec une force irrésistible, tous ces troubles de la motilité devaient tout naturellement imposer l'idée d'un rapprochement avec les impulsions que l'on observe dans les psychoses et les névroses. Chez nous, BERNADOU (1922) et GUIRAUD (1924), nous l'avons déjà vu à propos de la catatonie, ont assimilé les comportements impulsifs des déments précoces aux troubles du tonus et aux mouvements des syndromes pallido-striés. En Allemagne le problème a été envisagé surtout au point de vue des analogies entre les « mouvements forcés » des encéphalitiques et les obsessions-impulsions des névroses. Nous devons à ce sujet faire une mention spéciale des travaux de P. SCHILDER¹, WEINBERG², KRONFELD³, LOWY⁴, L. BENEDEK⁵, POLLAK et SCHILDER⁶, BURGER⁷, ROTHFELD⁸, KRISCH⁹, STEINER¹⁰, BERZE¹¹ qui montrent combien, entre 1922 et 1932, les neurologues et psychiatres allemands se sont passionnés pour ce problème. Nous n'aurions garde de signaler dans cet ordre d'idées le très important travail de STECK¹². NOUS AVONS, NOUS-MÊMES, publié¹³ une petite étude sur ce point, essayant de montrer quelle différence structurale sépare les protopulsions automatiques des syndromes striés, des actes compulsionnels de la

...l'étude des syndromes de régulation du tonus par lésion du tronc cérébral ont naturellement fait glisser la localisation des impulsions de l'écorce vers le diencéphale...

...Chez nous, BERNADOU (1922) et GUIRAUD (1924) [...] ont assimilé les comportements impulsifs des déments précoces aux troubles du tonus et aux mouvements des syndromes pallido-striés...

-
1. P. SCHILDER, Zur Kenntniss der Zwangsantriebe, *Zeitsch. f. d. g. Nettro.*, 65, p. 368.
 2. WEINBERG, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 85-86, p. 375.
 3. KRONFELD, Zur Phenomenologie der Triebhaften, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 92, p. 379.
 4. LOWY, *Zeitsch., f. d. g. Neuro.*, 90, p. 200.
 5. BENEDEK, Zwangsschreien in Anfällen als postencephalitisches Hyperkinesien, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 98, 1925.
 6. POLLAK et SCHILDER, Zur Lehre von den Sprachantriebe, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 104, p. 476.
 7. BURGER, Ueber Encephaliten und Zwang, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1928, 113, p. 239.
 8. ROTHFELD, Der Zwang zur Bewegung, ein Stiäres Symptom, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 114, p. 281.
 9. KRISCH, Zur Theorie des Impuis im Zwang, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 130, p. 257.
 10. STEINER, Zwangersch. organisch Nervenkrank., *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 128, p. 515, 1939.
 11. BERZE, *Wien. Medizin. Woch.*, 1932.
 12. STECK, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 97, 1925.
 13. H. EY et PICARD, *Syndromes striés, hyperkinétiques et troubles mentaux*, Congrès de Zurich, 1936.

névrose obsessionnelle. Si certains auteurs comme STEINER ont tendance à confondre les hyperkinésies striées avec les impulsions, la plupart de tous ces travaux montrent précisément que si le problème des analogies se pose, il doit cependant être résolu en admettant la notion de « niveaux différents ».

La belle étude de L. Van BOGAERT ¹ s'inscrivant dans la série des travaux que l'auteur a publiés sur les hyperkinésies fonctionnelles ou hystériques, doit retenir également notre attention. Étudiant d'abord la morphologie de ces mouvements, il adopte l'opinion de MUSKENS ² qui distingue dans ces figures motrices des fragments d'automatismes primitifs : déviation de la tête et des yeux, et chute ou pulsion latérale (phénomène d'HERTWIG-MAGENDIE) réalisant un fragment de mouvements d'enroulement. Ces hyperkinésies correspondraient à trois types kinétiques : le mouvement de manège avec déviation oculo-céphalique conjuguée avec une déviation oculaire horizontale – syndrome d'enroulement axial avec chute et déviation oculaire – syndrome et flexion en arrière ou en avant. Pour ce qui est des relations que soutiennent ces mouvements (et notamment le syndrome de rotation axiale) avec les troubles psychiques (troubles de l'orientation et de la conscience) qui, selon l'auteur, constituent à leur limite « des états de transe, proches de certains états crépusculaires épileptiques », la question se pose de savoir s'il y a lieu de considérer le trouble de conscience comme induit par le trouble tonique ou si on ne doit pas considérer ces hyperkinésies comme de simples automatismes libérés à la faveur des troubles mentaux ? De même que HERMANN pense que les renforcements psychiques et le blocage moteur représentaient les processus primaires, Van BOGAERT, malgré sa première impression contraire, paraît se rapprocher de ce point de vue.

Si nous avons insisté sur ces travaux, c'est pour montrer que la « neurologie » des impulsions, c'est-à-dire leur réduction ³ à des mécanismes partiels, si elle peut s'appliquer aux *protopulsions*, n'atteint en fin de compte que la couche proprement « inférieure » des désintégrations des fonctions motrices ; elle trouve rapidement, et comme d'elle-même, sa limite. Tous les auteurs insistent, en effet, dès qu'ils étudient sérieusement la phénoménologie de ces « mouvements forcés », de ces « hyperkinésies », sur leur caractère « amyostatique ». Mais, malgré certaines ambiguïtés et certaines de leurs positions nettement mécanicistes, dans l'ensemble les travaux de BOSTROEM, FÖRSTER, KLEIST et BARUK concordent pour condamner toute interprétation mécani-

1. VAN BOGAERT, Sur la signification de certains mouvements forcés complexes. *Encéphale*, juillet-août 1935.

2. MUSKENS, *Das Supravestibulär System*, Amsterdam, 1935.

3. Réduction parfaitement légitime quand il s'agit de phénomènes de désintégration partielle, ne dépendant pas d'une altération de la conscience ou de la personnalité, c'est-à-dire quand il s'agit de phénomènes neurologiques.

...la belle étude de van BOGAERT sur les hyperkinésies fonctionnelles ou hystériques...

...la « neurologie » des impulsions, c'est-à-dire leur réduction à des mécanismes partiels, si elle peut s'appliquer aux *protopulsions*, n'atteint en fin de compte que la couche proprement « inférieure » des désintégrations des fonctions motrices...

ciste des impulsions qui consisterait à présenter une théorie de *tous les actes impulsifs* sur le modèle de la désintégration de la motilité élémentaire et instrumentale, c'est-à-dire à « ramener » l'impulsion à une décharge mécanique des mouvements qui dépendraient si peu d'un trouble mental supérieur qu'ils pourraient au contraire le déterminer... De même que l'aphasie, les hallucinoses, l'angoisse n'expliquent pas la démence, le délire ou l'anxiété, de même les protopulsions ne sont la condition ni nécessaire, ni suffisante des comportements impulsifs. Il manque aux théories mécanicistes une perspective dynamiste, celle des niveaux structuraux d'intégration, celle d'une hiérarchie des fonctions, perspective que lui cache sa conception de « centres » simplement superposés ou juxtaposés dans l'« espace » nerveux.

...De même que l'aphasie, les hallucinoses, l'angoisse n'expliquent pas la démence, le délire ou l'anxiété, de même les protopulsions ne sont ni la condition nécessaire, ni suffisante des comportements impulsifs...

B. – THÉORIES PSYCHOGÉNISTES

Nous venons de voir que les théories mécanicistes considèrent l'impulsion comme un mouvement inférieur et extrapersonnel, comme la détente d'un réflexe, c'est-à-dire d'une constellation sensori-motrice se déchargeant « au-dessous » du Moi sans que les tendances de la personnalité interviennent dans son déclenchement. A leurs yeux, l'impulsion est inférieure, hétérogène et sans continuité par rapport à la sphère intentionnelle de la personnalité. C'est précisément dans une perspective exactement inverse que se place toute théorie psychogéniste en recourant nécessairement et exclusivement, pour « expliquer » l'impulsion, à un système de *pulsions instinctivo-affectives*. L'impulsion est alors « ramenée » à la satisfaction d'un besoin ou d'un désir : elle est envisagée seulement dans sa continuité avec les tendances affectives.

[dans la psychogénèse], L'impulsion est alors « ramenée » à la satisfaction d'un besoin ou d'un désir...

C'est naturellement la théorie *psychanalytique* qui constitue le modèle de toute explication de ce genre. Tous les caractères des impulsions (incoercibilité, violence, extranéité, etc...) sont interprétés selon le schéma freudien de l'appareil psychique ¹. Sa force, l'impulsion la tire de l'énergie même de l'affect refoulé, c'est-à-dire de la libido. Son caractère de contrainte irrésistible, aveugle et étrangère provient de la pression qu'exerce l'inconscient sur le conscient. Ce qui se décharge dans l'impulsion c'est toujours l'énergie réprimée de la libido. Mais, comme pour les images du rêve, les manifestations impulsives de l'inconscient ne sont pas toujours directes et c'est souvent par le truchement des déguisements et substitutions que la libido se satisfait dans des actes qui ne manifestent que symboliquement les désirs réels et latents. Ainsi l'impulsion à déchirer ou à mordre pourra *symboliser* l'incorporation agressive du sein maternel – l'irrésistible besoin de voler un pain, l'envie du pénis paternel – l'activité clastique

...Ce qui se décharge dans l'impulsion c'est toujours l'énergie réprimée de la libido...

1. Nous avons nous-même (Étude n° 6, p. 87) souligné que la théorie psychogéniste de FREUD gardait quelque chose de l'atomisme mécaniciste dans une conception pour ainsi dire spatiale de l'appareil psychique. M. BOSS (*Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen*, Berne, 1947) a fortement accentué cette critique à propos des pulsions libidinales.

déchaînée contre les objets en verre ou métallique, la crainte de la castration – l'incoercible tendance à mettre le feu, un désir érotique inconscient, etc. Et non seulement l'impulsion sera chargée de ce sens, ce qui ne nous paraît guère niabile, mais elle sera expliquée par ce sens, ce qui nous paraît une explication insuffisante.

L'exposé de la théorie psychanalytique des impulsions reviendrait à exposer à nouveau ce que nous avons déjà dit sur la psychologie et la psychopathologie freudienne, puisque tout y est ordonné par rapport à la dynamique des pulsions et à leur refoulement. Les forces antagonistes du moi et du sur-moi, la lutte entre les divers instincts de conservation et de mort, le déplacement des émotions et leur inversion, l'énergie accumulée sous forme de complexes, la dialectique sado-masochiste de l'agressivité projetée sur autrui ou dirigée contre soi, la violente sollicitation à satisfaire, à détruire ou à déformer, les exigences des pulsions libidinales, etc... sont autant d'aspects fondamentaux de la conception générale de FREUD et de son application particulière à l'explication des impulsions.

A vrai dire, le problème qui nous occupe ici se pose à peine pour le psychanalyste en ce sens que tout comportement est, pour lui et à sa base, l'expression du système énergétique pulsionnel. Ainsi la psychopathologie des pulsions brutales, fulgurantes, absurdes ou aveugles se prolonge-t-elle dans tous les travaux psychanalytiques et le plus naturellement du monde par la psychologie des caractères, des vocations, ou l'étude des formes de culture ou de société. Tout n'étant que pulsion plus ou moins sublimée, l'impulsion n'est qu'une manifestation plus ou moins forte de l'émergence des instincts. Par là, l'acte impulsif et l'impulsivité apparaissent comme de pures contingences presque sans réalité puisqu'elles se continuent purement et simplement avec les manifestations plus ou moins symboliques de l'instinct, de la libido. L'impulsion dépend dans un tel système théorique uniquement de l'organisation des forces, des pulsions de l'inconscient et la libido est la propre et seule cause de ses manifestations. Le sur-moi lui-même ne constitue-t-il pas un système pulsionnel, une partie de la libido tournée contre elle-même ? C'est à l'intérieur même de cette organisation conflictuelle dans ses modalités de symbolisation, de sublimation, de déplacement, de « Crossing-over »¹, que se trouve avec la compréhension de l'acte impulsif le principe de son « endogène » causalité, de sa « significative » explication : « L'impulsion se déclenche parce qu'elle a été déterminée par une tension de la sphère pulsionnelle : l'impulsion exprime un désir, est un désir.

Dans la mesure où se peut isoler dans la théorie psychanalytique générale une théorie particulière de l'impulsion, elle se confond avec celle de l'agressivité. On sait

1. Ce n'est pas sans intention que nous plaçons ici ce terme de « génétique » pour illustrer la parenté qui existe entre ces théories du « vase clos », ici le germen, là l'inconscient, condamnés tous deux à une autonomie radicale.

...tout y est ordonné par rapport à la dynamique des pulsions et à leur refoulement...

...l'impulsion exprime un désir, est un désir...

que pour FREUD les instincts agressifs sont primordiaux et « dérivés des instincts de mort originels par projection au dehors de ceux-ci au service de la vie »¹. « Ils ne se laissent, dit Marie BONAPARTE², ni refouler, ni sublimer : ils ne savent que changer tels quels d'objectif et d'orientation ». Aussi ce sont eux que nous trouvons dans toutes les formes d'impulsions. Qu'il s'agisse de réactions agressives contre le monde extérieur, contre autrui ou contre soi, qu'il s'agisse même d'actes dont la signification agressive n'est pas directement manifeste, leur forme impulsive même, c'est-à-dire leur aspect saugrenu, forcé et violent, emprunte à l'agressivité déplacée ou symbolisée, son énergie. Nous avons fait remarquer plus haut que l'interprétation mécaniciste n'était absolument insoutenable que par ce qu'elle prétend appliquer sa théorie du déclenchement automatique extrapersonnel à *l'ensemble* du comportement impulsif sans distinguer des plans ou des structures. Nous pouvons dire au sujet des explications psychanalytiques qu'elles aussi sont incapables de s'appliquer à *la totalité* de l'acte impulsif. Si elles mettent justement l'accent sur le *ressort* affectif instinctif ou pulsionnel qui leur confère leur sens, elles laissent de côté la *structure formelle* des impulsions, c'est-à-dire ce par quoi une impulsion vers la réalisation de telle ou telle tendance se présente et se produit, ce par quoi elle prend telle ou telle forme pathologique de conscience ou d'existence. En définitive, tournées vers le contenu pulsionnel positif de l'acte impulsif, vers son *intentionnalité*, et détournées de sa structure négative, des conditions de sa *possibilité*, elles sont impuissantes à rendre compte du déclenchement du système pulsionnel sous sa forme symptomatique de telle ou telle structure³. Aucune théorie des *pulsions* ne saurait expliquer *l'impulsion*, c'est-à-dire la forme particulière de ces pulsions ou, si l'on veut, le passage de leur état de *puissance* à la forme d'un *acte morbide*, inscrit dans une structure régressive de la vie psychique.

...les explications psychanalytiques [...] si elles mettent justement l'accent sur le ressort affectif instinctif [...] elles laissent de côté la structure formelle des impulsions...

C. — THÉORIES ORGANO-DYNAMISTES

Le thèse commune à ces théories est double. D'une part, elles considèrent l'activité volontaire non comme une « faculté » transcendante et simple, mais comme la forme supérieure d'un ordre composé de structures hiérarchiques de comportement. D'autre part, les impulsions sont considérées comme le résultat de la « *décomposition* » de cette évolution fonctionnelle.

Sans doute trouvons-nous, et nous l'avons souligné chez certains mécanicistes, l'idée que les hyperkinésies, les automatismes, les impulsions instinctives, les expressions émotionnelles, sont des « désintégrations » mais n'admettant pas qu'il y ait une

1. FREUD, *Jenseits des Lustprinzips*, 1920.

2. M. BONAPARTE, Introduction à la théorie des instincts, *Revue française de Psychanalyse*, 1934.

3. Tout de même que pour expliquer le rêve (cf. notre étude n° 8), la psychanalyse ne néglige qu'une chose, le sommeil pour expliquer l'impulsion ; elle néglige tout simplement la structure morbide dont celle-ci dépend.

hiérarchie des fonctions qui constitue un « ordre composé », admettant au contraire qu'il n'y a qu'une juxtaposition spatiale de fonctions sans subordination structurale de niveaux fonctionnels, ils considèrent tous les mouvements automatiques, réflexes expressifs ou impulsifs *sur le même plan* et sur le même modèle, celui de désintégration élémentaire des fonctions toniques ou kinétiques. D'où il suit que, pour eux, l'essentiel de l'impulsion, sous toutes ces formes, « et au degré de complexité près », est toujours un « échappement à un contrôle en lui-même intact et non l'effet d'une altération du contrôle », c'est-à-dire que c'est, à leurs yeux et toujours, par son propre déclenchement que l'acte se dresse « proprio motu » en dehors de la volonté et non point parce qu'il est secondaire à un mouvement de dissolution ou de régression plus général de l'activité psychique¹.

Sans doute trouvons-nous également chez les psychogénistes l'idée d'une hiérarchie des fonctions et des niveaux, c'est-à-dire la notion même de stades évolutifs du développement psychique, mais c'est encore l'idée d'une dissolution qui leur fait défaut. Il paraît leur suffire de rapporter l'acte impulsif à tel ou tel stade de développement antérieur, de considérer qu'il a la valeur et la signification d'une régression vers une forme primitive de comportement pour se trouver satisfaits sans se demander la raison de ce retour vers l'archaïsme, vers cet « antécédent » et ce « sous-jacent » qu'est l'inconscient, le pourquoi de cette régression.

Or, à considérer ainsi sous leur aspect purement « positif » les impulsions, mécanicistes et psychogénistes se condamnent à en ignorer leur forme structurale essentielle qui est *négative*, comme nous le verrons un peu plus loin quand nous esquisserons la phénoménologie de l'impulsivité. Ce qui, au contraire, caractérise vraiment, ce qui unifie la double thèse impliquée dans toutes les conceptions organo-dynamistes, c'est la *structure négative* de l'impulsion, c'est-à-dire l'ensemble des déficits fonctionnels *qui la conditionnent*. (*Dissociation schizophrénique dans la conception, de BLEULER, Psychasthénie dans celle de P. JANET, régression de niveau dans celle d'H. WALLON, etc.*)

Cette notion fondamentale d'une hiérarchie des fonctions psychomotrices et de leur dissolution se trouve parfaitement exprimée (pour ne citer que ces deux auteurs contemporains) par KRETSCHMER et par Pierre JANET.

On sait que la conception de KRETSCHMER est résolument génétiste et dynamiste. C'est ainsi que le centre de la personnalité est constitué, pour lui, par le système pulsionnel affectif (Antriebe) de telle sorte que celui-ci représente un équilibre énergétique que les processus psychopathologiques compromettent au profit des forces affec-

1. Nous demanderions volontiers à FOLLIN comment il peut nous faire un reproche qui est celui-là même que nous adressons aux mécanicistes (cf. FOLLIN, *Évolution Psychiatrique*, 1948, n° *exceptionnel*, p. 115). Il faudrait bien choisir pourtant ou de nous reprocher de recourir à la notion de dissolution ou de n'y pas recourir. Aucune dialectique ne nous paraît justifier cette double critique qui se contredit et se détruit elle-même, en quelques lignes.

...à considérer ainsi sous leur aspect purement « positif » les impulsions, mécanicistes et psychogénistes se condamnent à en ignorer leur forme structurale essentielle qui est négative [...], structure négative qui unifie toutes les conceptions organo-dynamistes...

...Conception de KRETSCHMER...

tives ¹. C'est le cas notamment de tous les syndromes « *hypobouliques* » dont l'ensemble constitue toute la pathologie psychomotrice étudiée généralement sous le nom d'impulsion et qui va depuis la « tempête motrice » de la crise d'hystérie jusqu'aux comportements catatoniques. L'appareil psychique contient, selon KRETSCHMER, une poussée énergétique qui détermine le rythme et l'intensité, de toutes les manifestations psychiques. Les troubles de ce foyer de forces pulsionnelles sont, soit des « *anhormies* » par défaut d'activation, soit des « *hyperhormies* » condensées par l'intensité et la rapidité exagérée des réactions, soit, enfin, des « *dyshormies* » caractérisées par une impulsivité irrégulière. C'est au groupe des hyperhormies qu'appartiennent les « hyperkinésies » psychomotrices et au groupe des « dyshormies » que se rattachent les états de catatonie. Ce dispositif énergétique plonge ses racines dans le milieu humoral et végétatif, ce qui nous rend compte de sa dérégulation dans les syndromes hormonaux. Il est d'autre part en relation avec la source cérébrale de l'énergie psychique qui provient surtout du mésencéphale, lequel comprend non seulement le système strio-pallidal mais encore l'hypothalamus et la substance grise du 3^e ventricule. KRETSCHMER admet, avec KLEIST, SCHILDER et FEUCHTWANGER, que l'impulsivité peut être aussi en rapport avec une source corticale, frontale, de l'énergie psychique. Tout le développement de la motricité en rapport avec la source instinctivo-affective obéit à une double loi, celle de la *différenciation* entre les expressions volontaires et les expressions affectives, (les mouvements deviennent progressivement moins affectifs et instinctifs) – celle du *déplacement* du dehors vers le dedans de réactions d'adaptation (c'est la sphère volontaire interne et autonome qui se substitue aux excitations directes du milieu extérieur). Dans la pathologie, on voit apparaître des *réactions primitives* essentiellement impulsives et hypobouliques et il y a lieu de distinguer, à cet égard, les *réactions explosives* comme dans l'ivresse et la crise comitiale, où il s'agit « d'abréactions » par « mécanisme de ventilation », de véritables décharges ou raptus – des *actions de circuits* qui déclenchent des comportements automatiques complexes « en dehors de la personnalité totale » – et, enfin, des *réactions hypobouliques* qui sont essentiellement des mouvements expressifs comme ceux que l'on observe dans la catatonie et la tempête motrice de l'hystérie.

...les équilibres énergétiques selon KRETSCHMER...

Quant à Pierre JANET, on sait que ses études anciennes sur « l'automatisme psychologique » ² et sur les névroses ³ sont axées sur l'idée d'une hiérarchie des fonctions que la maladie détruit, libérant du même coup des formes primitives et automatiques de comportement. Dans ses derniers travaux ⁴, il s'est particulièrement intéressé aux

1. KRETSCHMER, *Psychologie médicale*, pp. 78 à 102 de l'édition française.

2. P. JANET, *L'automatisme, psychologique*.

3. P. JANET, *Les névroses*, 1908.

4. P. JANET, *Les forces et la faiblesse psychologique*, 1932, p. 92.

...Les travaux de P.
JANET...

troubles de la « tension psychologique » comme condition des états de dépense ou de décharges impulsives. Nous ne pouvons pas insister ici sur cette conception d'ailleurs connue de tous. Il nous suffit de la mentionner comme représentant une théorie qui s'adapte très particulièrement et heureusement au problème de l'impulsivité. La notion d'une régression anarchique des conduites plane sur toute la conception « janétienne » de la psychopathologie comme aussi dans les conceptions biopsychologiques de H. WALLON ¹.

De telle sorte que nous retrouvons sans cesse l'idée centrale de toute conception organo-dynamiste : *la maladie libère des forces profondes et impliquées sous forme d'automatisme dans le comportement normal*. L'impulsion à tous ses degrés et sous toutes ses formes est donc une régression vers des formes d'activité plus primitives. Mais voyons cela d'un peu plus près et essayons de préciser ce que peut être une théorie organo-dynamiste de l'impulsivité. Celle-ci comporte trois aspects essentiels : 1° la dissolution de l'activité volontaire ; 2° une classification des niveaux et structures d'impulsivité ; 3° une théorie des dissolutions uniformes des comportements et des désintégrations partielles de la motilité.

1° *Dissolution de l'activité volontaire.*

Toute conception organo-dynamiste suppose que l'on se fait une idée claire de la hiérarchie des formes de comportement. Cette notion qui ne cesse de s'imposer à tous ceux qui étudient les mouvements anormaux, les hyperkinésies, les actes impulsifs, etc., se confond avec celle de *hiérarchie des formes d'intégration du comportement*. Il suffit de se rapporter à tout ce que nous avons précédemment exposé de quelques-uns des innombrables travaux qui traitent de la psychophysiologie de la motricité, de la psychomotricité pour se rendre parfaitement compte que *personne n'échappe à la nécessité de recourir à un schéma représentant la dynamique de l'acte volontaire* ². Nous pouvons rappeler à ce sujet les travaux bien connus de l'école de Würzburg et de ceux de N. ACH ³ et de ses élèves SIMONEIT et KREIPE ⁴, de STRAUB ⁵, etc. On peut, avec eux, décrire à l'acte volontaire plusieurs phases ou aspects phénoménologiques : la constellation des buts qui animent l'acte d'une forte et riche intentionnalité consciente mais aussi inconsciente – l'attitude énergétique de tension (l'érection de l'acte selon la

1. Il suffit pour s'en convaincre de se rapporter au travail de BERGERON sur l'œuvre de WALLON (*Évolution Psychiatrique* n° 2, 1950).

2. Selon l'expression de H. DELGADO dans son excellente étude « *Psicologia general y Psicopatologia de la voluntad* » *Revista de Neuro Psiquiatria*, mars 1939, étude à laquelle nous nous référons spécialement dans cette analyse de l'acte volontaire.

3. N. ACH, *Analyse des Willens*, 1935 et *Gefühl und Wille*, Congrès de Psychologie d'Iéna, 1937.

4. SIMONEIT, ZILIAN, WOHLFAHRL, KREIPE, *Leitgedanken zur Psycholog. Erforschung der Persönlichkeit*, 1937.

5. W. STRAUB a groupé à l'Institut psychotechnique de Dresde des chercheurs appliqués au problème de la volonté (cf. leurs travaux publiés par la *Zeitschrift für angewandte Psychologie*).

...les trois aspects essentiels de la théorie organo-dynamiste...

...nécessité de recourir à un schéma représentant la dynamique de l'acte volontaire...

terminologie de JANET) – l'utilisation des automatismes qui oriente l'acte « malgré soi » dans la direction « voulue » – le substratum « passionnel » pour autant que l'acte de volonté jaillit aussi de la sphère des mobiles et émane de « l'ordo amoris » de la couche affective – et enfin une certaine forme de « suggestion » (nous dirions plutôt de « conformisme ») par le modelage social. L'essentiel de cette analyse comme de toutes celles du même genre que l'on pourrait multiplier à l'infini sans grand profit est de montrer que « l'acte volontaire » représente une certaine « structure » qui, comme le dit SARTRE, exige une conscience assez « réfléchie » pour se constituer en « projet ». A cet égard, l'acte volontaire requiert la plénitude de l'acte psychique et constitue la forme d'intégration suprême du comportement. Sans doute, la « psychologie sans conscience » de WATSON dénie toute réalité à l'acte volontaire mais il est bien difficile d'entrer avec elle dans une voie qui ôte toute signification au problème qui nous occupe. Aussi bien, toutes les analyses concordent pour nous permettre d'affirmer que l'acte volontaire constitue une forme d'existence qui s'oppose à l'automatisme du réflexe, à « la pure spontanéité ». C'est dans cette opposition même que réside toute la dynamique de l'activité en général.

Nous laisserons de côté ici la question de savoir si l'acte volontaire se définit par la liberté ¹ ou par sa « moralité » ². Il nous suffit de constater que la conduite humaine est impensable si elle n'est pas ordonnée par rapport à ces deux pôles de détermination, celui de l'automatisme et celui de la volonté ³.

...une conscience qui se constitue en projet (SARTRE)...

1. On sait que dans la phénoménologie sartrienne la liberté se confond avec l'existence. C'est une modalité de l'être, le *faire* qui ne saurait s'appliquer à une de ses formes d'existence (l'Être et le Néant — Être et faire — La Liberté, pp. 507 à 561). JASPERS par contre a fait une pénétrante analyse phénoménologique de l'acte volontaire qui rejoint sur bien des points celles de BERGSON, de Maurice BLONDEL, de Gabriel MARCEL et d'Arnold GEHLEN, (*Der Mensch*, Berlin 1940). On trouvera dans le livre récent de Josef MEINERTZ, *Moderne Seinsprobleme in ihrer Bedeutung für die Psychologie*, (Heidelberg, 1948), un exposé très intéressant du livre de Nicolaï HARTMANN, *Der Aufbau der realen Welt* (1940), qui est à rapprocher de ces auteurs. Dans la *Structure du comportement* de MERLEAU-PONTY (1942) on trouve notamment à la fin de l'ouvrage une dialectique des ordres physique, vital et humain qui, s'opposant à la *Gestaltpsychologie et à la Réflexologie*, nous paraît bien plus près d'une « Philosophie de la nature », d'une « histoire naturelle de l'esprit » que l'auteur ne veut en convenir. C'est-à-dire qu'il suppose lui aussi que l'ordre humain en tant que « comportement supérieur » est irréductible à l'ordre vital, ce qui conduit fatalement à admettre une phénoménologie génétique (par quoi il nous paraît se séparer de SARTRE), c'est-à-dire une perspective où se pose la question fondamentale pour la présente étude de l'opposition du volontaire et du non-volontaire.

2. A. PFAENLER, *Die Seele der Menschen*, 1933, Max NACHMANSON, *Wesen und Formen der Gewissens*, 1937.

3. Dans son livre « *Les maladies de la volonté* » (1^{re} édition, 1884 ; 33^e édition, 1922), RIBOT répudie formellement ce point de vue et du même coup sa conception « jacksonienne » des dissolutions de la volonté manque d'une dimension fondamentale. Par contre P. FOULQUIÉ (*La volonté*, Press. Univ. Paris, 1949) reprend la définition de la volonté fondée sur sa position antinomique à l'égard de l'instinct.

...même quand « nous nous laissons aller » à l'automatisme [...] il existe en nous une possibilité de nous ressaisir...

Ce qui définit le comportement normal c'est qu'il est subordonné à l'activité volontaire. C'est-à-dire que, même quand « nous nous laissons aller » à l'automatisme d'une habitude, aux mouvements de nos passions, aux élans de nos appétits ou à nos instincts, il existe en nous une possibilité de nous ressaisir. C'est que les phénomènes automatiques de notre comportement pour si impétueux qu'ils soient, s'ils ne sont pas, chacun, voulu, n'en demeurent pas moins subordonnés à la trajectoire idéale de notre existence ou de notre histoire personnelle, et impliqués dans la plasticité de notre vie psychique, de notre liberté.

Il en est tout autrement lorsque l'effondrement du système volitionnel d'intégration livre l'homme à la nécessité impérieuse devenue la loi même et la forme de sa conscience ou de sa personnalité – ou lorsque l'émancipation incoercible des systèmes automatiques qui la composent compromettent son unité.

...Les comportements impulsifs expriment l'organisation névrotique ou psychotique de la vie psychique décomposée...

Les *comportements impulsifs* expriment l'organisation névrotique ou psychotique de la vie psychique décomposée. Les *protopulsions* sont des phénomènes d'aberrance et de désintégration qui se soustraient à l'intégration psychique supérieure.

Cette classification constitue la base empirique de toute théorie organo-dynamiste de l'impulsivité. Nous pouvons en indiquer maintenant l'essentiel.

2° *Classification des impulsions.*

I. – LES COMPORTEMENTS IMPULSIFS DANS LES NÉVROSES ET LES PSYCHOSES

Ils ont un caractère commun et essentiel, c'est qu'ils sont secondaires à une modification névrotique ou psychotique de la personnalité et du niveau de la conscience. Ils constituent des manifestations des diverses formes de structures psychopathologiques, effets de processus de dissolution de l'activité volontaire.

A. – *Les formes d'impulsivité au sein des divers niveaux de dissolution de la conscience.*

L'impulsivité dans les états « d'énerverment ». A l'érythysme émotionnel, à la perplexité et au désarroi des troubles de la conscience sous leur forme la plus élevée correspondent l'instabilité, les troubles de l'humeur ou du caractère. Les réactions de comportement se trouvent d'autant plus brusques et excessives que la conscience a perdu son calme, sa sérénité et sa cohésion. L'irritabilité, l'abaissement du seuil des « réactions impulsives » est le trouble fondamental et initial de la plupart des grandes dissolutions psychotiques.

L'impulsivité dans les désordres thymiques. Absorbée plutôt que centrée par une émotion bouleversante, la conscience morbide « exaltée », « déprimée » ou « angoissée » est traversée de courants émotionnels tumultueux (colère, joie, exaltation érotique, anxiété, désespoir, etc.). Le désordre de la conduite est massif et impétueux. Les malades se jettent, s'abandonnent à leurs émotions dans une frénésie

Classification des impulsions

...dans l'énerverment...

...dans les désordres thymiques...

aveugle. Ils sortent de « leurs gonds » pour se précipiter jusqu'à l'extrême expression du vécu douloureux ou gai, écrasant ou exaltant.

L'impulsivité dans les expériences délirantes hallucinatoires primaires.

Dans l'état crépusculaire, état flou de la conscience qui s'enténébre et où s'infiltrent la fiction, les sentiments de dépersonnalisation, d'étrangeté, les hallucinations, etc., le comportement condense en soudaines et mystérieuses expressions psycho-motrices le drame qui monte, ou transparaît. Détourné de la réalité, le malade obéit hypnotisé aux étranges effets du rêve qui l'enveloppe ou qu'il pressent. Distrait, il chancelle et se livre à des actes chargés de fulgurantes valeurs dramatiques.

...dans les expériences délirantes et hallucinatoires primaires...

L'impulsivité dans les états confuso-oniriques.

Dans l'obscurcissement de la conscience et la substitution d'un monde de rêve à la réalité, toutes ou presque toutes les réactions de comportement sont soustraites à la régulation de l'adaptation au réel ; elles prennent un caractère endogène ou « autochtone » de détermination purement interne, et ainsi elles gagnent en violence compacte ce qu'elles perdent en ouverture sur le monde. Tels sont, par exemple, les « travaux » inconscients de l'alcoolique en état subaigu ou de « délirium tremens », comportements d'agitation forcenée ou de violence agressive qui expriment les images vertigineuses actuellement vécues par la conscience chavirée et en plein désarroi.

...dans les états confuso-oniriques...

L'impulsivité dans les états confuso-stuporeux et comateux.

Au dernier degré de la dissolution de la conscience aux abords de son abolition ou de sa chute totale, le comportement n'est plus figuré que par une « part restante » automatique et archaïque, celle d'une motilité retournée au stade des comportements réflexes du nouveau-né, ou d'une akinésie presque végétative, interrompue seulement de mouvements rythmiques ou convulsifs formés de brusques figures hyper- ou parakinétiques.

...dans les états confuso-stuporeux...

B. – *Les formes d'impulsivité en cours de dissolutions paroxystiques et intermittentes de la conscience.*

...dans les dissolutions paroxystiques...

Nous n'envisagerons que les deux plus « classiques ».

Le rythme de dissolution maniaco-dépressif. Ce sont des « crises brusques et à niveau moyen » correspondant approximativement aux « désordres thymiques » mais pouvant s'approfondir jusqu'aux expériences délirantes primaires et même aux états confuso-oniriques. L'impulsivité est celle que nous avons décrite comme caractéristique de la manie ou de la mélancolie. Comme il s'agit de niveaux où alternent ou s'intriquent (états mixtes) des formes d'organisation émotionnelle opposées, l'impulsivité s'y montre particulièrement désordonnée. Et comme il s'agit de niveaux assez élevés les impulsions y sont généralement conscientes ; parfois cependant on observe, comme nous y avons insisté, des comportements impulsifs inconscients.

...maniaco-dépressives...

Le rythme de dissolution comitial. Ce que nous appelons épilepsie (attaques, convulsions, petit mal, automatisme comitial, impulsions épileptiques, etc.)

...comitiales...

constitue une forme typique d'évolution de troubles mentaux caractérisée par la soudaineté et la profondeur et parfois la soudaineté seulement (automatisme conscient) des troubles. Il s'agit de « crises » essentiellement paroxystiques et tout se passe comme si le seuil des libérations automatiques était chez des malades abaissé, comme si leur équilibre mental était constamment menacé de chutes verticales et profondes au cours desquelles les automatismes « montés » et l'appareil pulsionnel se déchargent avec une brusquerie et une violence typique. Le processus comitial se déroule ainsi en péripéties brèves où le déclenchement impulsif d'actes plus ou moins adaptés joue le principal rôle. Tandis que dans les crises convulsives, la dissolution atteint la couche profonde de la motilité « amyostatique » et libère des formes rythmiques, cloniques et toniques de comportement archaïque ayant tous les caractères de la motilité réflexe, les états crépusculaires, les attaques de petit mal, les équivalents, etc., déchargent l'énergie psychique en constellations psychomotrices moins dégradées, plus significatives, plus infiltrées d'intentionnalité personnelle. Tel est le schéma fondamental de la théorie « jacksonienne » des dissolutions comitiales, pièce maîtresse de toute la conception du grand neurologue anglais.

C. – *Les formes d'impulsivité des personnalités morbides.*

...chez les déséquilibrés...

L'impulsivité des déséquilibrés. Qu'il s'agisse de ces malades violents, hyperémotifs, anxieux qui s'abandonnent « sans frein » aux mouvements de leurs émotions ou de leurs passions, ou de ces formes de comportement qui surgissent vertigineusement de leur inconscient, ou encore de ces polarisations affectives qui accumulent jusqu'à leur décharge instantanée de fortes tensions agressives dirigées contre eux-mêmes ou autrui, cette forme d'impulsivité est liée à l'organisation défectueuse de l'équilibre volitionnel. Ce sont des êtres qui sont restés soudés aux tendances primitives de leur tempérament et de leurs instincts et qui n'ont jamais pu acquérir un affranchissement suffisant de leur personne. Leur personnalité a mal évolué, s'est insuffisamment développée et leur comportement porte l'empreinte de ce défaut de maturation et de pondération.

...les obsédés...

L'impulsivité des obsédés. Ici le besoin irrésistible d'accomplir certains actes est conditionné par l'organisation même de la pensée compulsive, « anancastique ». Tout est forcé dans le monde de l'obsédé comme par l'impérieuse et magique loi qui lie le besoin au devoir en un cercle vertigineux d'incoercibles impératifs.

...les schizophrènes...

L'impulsivité schizophrénique. C'est de l'organisation autistique que montent ces soudains et saugrenus comportements, ces expressions émotionnelles violentes ou saccadées, ces fringales clastiques qui se déchargent tout d'une pièce comme un coup de foudre et se détachent violemment de la conduite énigmatique habituelle.

...les déments...

L'impulsivité démentielle. Comme cela arrive déjà pour les schizophrènes

déments dont tout le comportement stéréotypé reflue vers la forme rythmique et primitive de la psychomotilité, chez le dément ce sont les reliquats automatiques et les vertiges instinctifs qui se déchaînent sous forme de réactions animales, grossières et brutales.

L'impulsivité du délirant chronique. C'est ici à travers les fictions délirantes et de l'activité hallucinatoire surtout, que se réfracte le système de comportement de ces malades, de telle sorte qu'ils sont soumis à de fortes et « incompréhensibles » sollicitations intérieures qui se manifestent par des actes bizarres et forcés, parfois par des violences agressives ou des comportements insolites, brusques et intempestifs rapportés à une volonté étrangère ou au déroulement implacable des événements du délire.

...les délirants chroniques...

II. – LES PROTOPULSIONS DÉTERMINÉES PAR DES DÉSINTÉGRATIONS PARTIELLE DES FONCTIONS MOTRICES.

Les protopulsions

Nous avons affaire ici à deux groupes de protopulsions.

A.– *Les protopulsions kinétiques* (hyperkinésies et parakinésies). Toute une gamme de mouvements automatiques allant du « grasping reflex » et des mouvements choréiques et choréo-athétosiques jusqu'aux spasmes toniques, les syndromes d'automatose et de rigidité décérébrée, etc., constituent l'ensemble des mouvements automatiques et forcés qui se déclenchent sous forme de désintégration de systèmes, de régulation de fonctions spécifiques et isolables.

...kinétiques...

B.– *Les protopulsions expressives* consistent en brusques décharges, soit des mouvements exprimant une émotion (shamrage, rire et pleurs spasmodiques), soit des mouvements destinés à satisfaire un besoin instinctif (rut, appétit, soif, faim, etc.). On sait combien ces phénomènes sont fréquents dans la pathologie du diencephale et notamment de l'hypothalamus.

...expressives...

3° *Théorie des dissolutions uniformes du comportement et des désintégrations partielles de la motilité.*

Pour une conception organo-dynamiste, toutes les impulsions morbides que nous venons de ranger dans une classification aussi cohérente que possible sont des phénomènes essentiellement *déficitaires* en ce sens que leur « libération » exige un trouble qui altère leur intégration. Cette altération affecte deux formes structurales différentes qui définissent chacune le plan de la *psychiatrie* et celui de la *neurologie*.

Les dissolutions uniformes de la vie psychique, la décomposition de l'acte d'intégration suprême qui constitue l'équilibre volitionnel entraînent des *comportements impulsifs*. Ceux-ci constituent des troubles positifs secondaires aux troubles négatifs qui correspondent aux dissolutions de la conscience ou aux altérations de la personna-

...les dissolutions uniformes...

lité. Ils sont d'autant plus conscients, mnésiques et engagés dans la dynamique volitionnelle de la personnalité, qu'ils sont de niveaux plus élevés. Ainsi se déploie en clinique une hiérarchie de formes de comportement allant du plus au moins automatique et ce sont les formes les plus élevées de ces automatismes psychomoteurs qui paraissent être les plus « impulsives », c'est-à-dire celles où le trouble manifeste une « part subsistante » de la vie psychique tellement importante qu'elle se rapproche de l'acte volontaire et lui emprunte certains traits caractéristiques, entraînant notamment le sentiment d'une activité « désirée » ou « voulue », c'est-à-dire d'une activité intégrée encore au niveau d'un système volitionnel seulement altéré mais non complètement détruit. Il est aisé de comprendre que c'est dans les paroxysmes de la conscience compulsive de l'obsédé, de l'état crépusculaire épileptique ou du déséquilibre psychique ou encore au cours de l'organisation autistique de la vie psychique, c'est-à-dire dans tous ces troubles qui constituent une « zone moyenne » de la dissolution de l'activité volontaire, que les comportements impulsifs sont les plus typiques.

...les désintégration partielles...

L'altération à forme de *désintégration partielle des fonctions motrices* « libère » des automatismes dont la décharge contraste avec la conservation de la sphère d'intégration supérieure de la vie psychique. Ils sont représentés par des « figures kinétiques » (fonctions motrices archaïques et spécifiques des automatismes habituels) ou des « besoins » inférieurs qui échappent au contrôle général du comportement. Ce sont des troubles positifs secondaires à des troubles négatifs de dérégulation de ces appareils fonctionnels basaux et instrumentaux de la vie psychique qui en constituent le substratum vital moteur ou végétatif (motilité myostatique et instinctive).

Ceci posé il est clair, 1° que les dissolutions globales les plus profondes atteignent aussi la couche amyostatique et instinctive. C'est ainsi que la chute brutale et comateuse au niveau de conscience dans l'épilepsie ou la dégradation démentielle catatonique sont les formes de troubles psychiques qui « découvrent » le plus le plan « neurologique » des automatismes les plus primitifs. 2° que le diagnostic peut et doit trancher ce qui revient aux formes impulsives « systématisées » à niveau élevé (tics, obsessions, actes forcés délirants) et aux protopulsions de la couche neurologique.

Par cette dernière considération nous saisissons la nécessité pour compléter la théorie organo-dynamiste de recourir à une analyse phénoménologique de ces diverses structures impulsives.

§ IV. – *ESQUISSE PHÉNOMÉNOLOGIQUE DE L'IMPULSIVITÉ PATHOLOGIQUE*

Un enfant chatouillé se tord en convulsions inextinguibles dans un rire convulsif qui lui fait voluptueusement mal... Notre voisin est brusquement secoué d'un formidable éternuement qui, après une seconde d'angoisse, le soulage d'un seul coup... Celui-ci dévoré de prurit eczémateux se gratte furieusement « malgré lui » et trouve dans l'excès douloureux de cette fureur le caressant apaisement à son irritation... Celui-là « n'y tenant plus » poussé « à bout », brusquement, dans l'éruption d'un accès de colère, « donne libre cours » à son exaspération et claque la porte. Ce mari « sort de ses gonds » et casse la vaisselle... Je retiens longtemps et à grand'peine l'envie violente de crier à quelqu'un mon mépris et ce cri « m'échappe », éclate en bordée d'injures... Voyez encore la rage qui « s'empare » de cette femme trompée, le frénétique désir de cet amoureux qui « n'en peut plus », la fringale de cet affamé qui se jette sur une pâtée, les affres du combat que livre avant d'y succomber ce déserteur contre le désir de fuir le danger... Qu'Edipe s'arrache les yeux, qu'Oreste se livre à ses fureurs ou K. à son bourreau, c'est, chez tous, la même violence contenue et qui se déchaîne dans la violente instantanéité des gestes clastiques, des jurons, des coups, du rire ou des larmes. Et sans cesse notre vie contient ces coups de boutoir, ces heurts, ces cahots, ces secousses, ces vellétés et ces éclats irrépressibles qui sourdement se pressent en nous et nous soulèvent. Ce levain qui nous travaille, cette fermentation qui nous agite, ce sont les « bouillonnements de nos passions », le tumulte de notre nature par quoi nous sommes « soudés » à la nature et rivés à ses forces, c'est la couche profonde et première de notre existence que nous portons « en nous » qui est ce que nous sommes d'abord et que nous ne pouvons cesser complètement *d'être* ; mais c'est aussi ce contre quoi nous dressons notre volonté de nous *faire*, de *dominer* la forme de notre existence toute faite ou déjà faite. Ce conflit de forces, ce déchirement de la « conscience malheureuse » de l'homme, que ce soit dans la tragédie antique, cornélienne, shakespearienne ou dostoïewskienne ou plus simplement dans le fait divers banal ou seulement dans nos rêves que nous en recueillons l'image virtuelle ou la fulgurante et sanglante réalisation, ce déchirement qui, nous le verrons, fait trembler en nous l'angoisse, c'est la structure même de l'homme. Nous ne saurions nous étonner de cette dualité, de cette pluralité que notre unité contient puisque nous ne parlons jamais, nous n'agissons jamais que contre une partie de nous-même. Il faut pour être un, que nous nous sentions composés ¹.

...Ce levain qui nous travaille, cette fermentation qui nous agite, ce sont les « bouillonnements de nos passions », c'est que nous portons en nous [...] qui est ce que nous sommes d'abord et que nous ne pouvons cesser complètement d'être...

...ce déchirement qui fait trembler en nous l'angoisse, c'est la structure même de l'homme...

1. Rappelons-nous le nom de SÉNÈQUE qui disait combien il est malaisé ou même impossible de n'être qu'un seul homme : *difficile est unum hominem agere*.

C'est à cette *réalité* de forces que correspondent ces *abstractions*, « automatismes », « volonté », « instinct », « inconscient », etc., que nous avons maniées tout au long de cette étude. On ne saurait, sans naïveté, espérer s'en affranchir totalement, car à ces mots, à ces notions correspond la structure même de notre être, c'est-à-dire ce par quoi nous sommes un tout composé de parties réelles et vivantes et non pas un tout abstrait, une « Gestalt » vide, immobile et homogène.

Mais dès lors, si notre existence laisse transparaître constamment dans « nos émotions », nos « ratés », nos « passions », nos « sautes d'humeur » et nos « réflexes » tant d'actes violents intempestifs, non contrôlés ou mal contrôlés, tant de fusées instinctives, tant d'incoercibles exigences de notre nature, si notre comportement se condense soudain en courts-circuits menaçants ou se décharge en mouvements incongrus, en réactions brutales ou en grimaces spasmodiques, quel est le *sens* réel et concret que nous pouvons donner à la notion d'« *impulsions pathologiques* » ? Quelle est la signification qui, au travers de tant de traits impulsifs immanents au comportement humain, s'attache particulièrement aux impulsions des névroses ou des psychoses et des syndromes neurologiques ?

Nous avons plus haut montré que l'impulsivité psychopathologique se fonde dans la structure même des névroses et des psychoses, qu'elle est inséparable du tout indivisible que forme la vie psychique d'un obsédé, d'un confus, d'un épileptique ou d'un schizophrène. – C'est que, comme nous l'avons fait remarquer dès les premières lignes de cette étude, la notion de troubles mentaux enveloppe celle de comportements involontaires et irrésistibles. Si nous voulons maintenant saisir la réalité phénoménologique que recouvre cette notion de comportement impulsif nous devons *comprendre* ce que signifie et comment est vécu cet « automatisme » dans la névrose et la psychose.

Les névroses et les psychoses constituent, répétons-le, la forme même de l'existence du malade, sa manière « d'être au monde ». La structure de la conscience d'un être normal lui permet toujours, pour si profondes que soient ses chutes dans l'instinct, pour si vifs que soient ses désirs, pour si irruptifs que soient ses besoins, pour si exigeantes que soient ses tendances, pour si incoercibles que soient ses mouvements réflexes, d'en sortir, et de se ressaisir ; l'impulsivité et la réflexivité chez l'être normal ne constituent pas la loi, la forme même de sa conscience. De même que le rêveur ne nous paraît pas fou, non parce qu'il n'est pas fou, puisqu'il l'est quand il rêve, mais parce qu'il *peut*, qu'il *doit* sortir spontanément de sa folie et qu'il ne nous paraît fou que lorsqu'il y demeure rivé, de même l'impulsion ne devient pathologique que lorsque, entre l'impulsif et le monde, s'établit ce réseau de relations jugé par l'observateur et vécu par l'impulsif comme un sentiment vital *d'absolue nécessité*, un « vécu » de contrainte qui emprisonne son existence et le « prend » dans une masse solide de forces auxquelles il ne peut plus échapper. D'où le caractère particulièrement dramatique de la conscience morbide qui, enchaînée à la sphère du « Ça », vit non plus sous

...Si nous voulons maintenant saisir la réalité phénoménologique que recouvre cette notion de comportement impulsif nous devons comprendre ce que signifie et comment est vécu cet « automatisme » dans la névrose et la psychose...

...l'impulsion ne devient pathologique que lorsque, entre l'impulsif et le monde, s'établit ce réseau de relations jugé par l'observateur et vécu par l'impulsif comme un sentiment vital d'absolue nécessité...

forme métaphorique, mais comme donnée essentielle irréfragable la forme réfléchie des verbes pronominaux, par quoi il pense son action « Je me dis », « Je me sens », « Je m'élançe », « Je me tue », « Je me brûle ». Bien plus le « Je » s' affaiblissant au point d'être soumis lui-même à une force en « troisième personne », et dominé par une puissance qui le subjugué, cesse d'être sujet pour devenir objet (Ça me pousse... C'est parti tout seul... C'est plus fort que moi, etc.). L'impulsivité pathologique requiert pour atteindre sa forme « la plus automatique » un écrasement presque total de la réflexion lequel ne s'observe que dans l'inconscience des rapports qui unissent le sujet au système pulsionnel dont il est l'esclave et à ce point seulement où il se tue ou frappe, sans pouvoir penser, autrement que dans l'action et par l'action, la dialectique des termes qui la constituent. Mais cette impulsion « la plus automatique » n'est pas l'impulsion maxima car il est de l'essence de l'impulsion d'engager encore la volonté du sujet, d'être à la fois voulue et forcée, d'être « voulue malgré soi ». Ce qui caractérise l'impulsion dans la névrose et dans la psychose, c'est qu'elle est solidaire d'une modification substantielle de la « maîtrise de soi » par quoi secondairement s'écrase et tend à disparaître la relation qui lie l'acte au sujet. *Aussi est-ce à la pathologie du Moi que se rattache la pathologie mentale des impulsions.*

Il en est tout autrement des protopulsions de type neurologique. Qu'il s'agisse de crises de mouvements automatiques, d'hyperkinésies, de mouvements choréiques, d'irrésistibles besoins à satisfaire, tous ces mouvements, ou ces velléités irrépressibles de mouvements, se présentent à la conscience comme des actes aberrants, qui *se détachent* de soi, se juxtaposent à soi, se situent dans la spatialité du corps mais « en dehors » ou « au-dessous » du Moi. C'est ce trait phénoménologique qui revient comme un leit-motiv dans toutes les études sur les rapports des obsessions et des « actes forcés » des encéphalitiques, par exemple ¹. Nous avons précédemment indiqué (p. 193) combien l'école allemande s'est occupée de cette question. Tandis que BURGER ² accepte l'idée que le mouvement insurrectionnel déterminé par les lésions du mésencéphale, d'abord étranger au moi, peut lui imposer ensuite une véritable contrainte, la plupart des auteurs insistent sur le fait qu'il n'y a pas dans ce cas « atteinte du Moi ». C'est ainsi que J. BERZE ³ oppose les impulsions des postencéphalitiques aux troubles psychomoteurs des schizophrènes, en rattachant les premiers à une atteinte primaire du « Premotorium » (au sens de STERTZ) et les seconds à une insuffisance primaire de l'activité psychique, du « Presensorium ». Mais c'est à Arthur KRONFELD ⁴

...la conscience morbide enchainée au Ça vit non plus sous forme métaphorique, mais comme donnée essentielle irréfragable la forme réfléchie des verbes pronominaux,...

...Bien plus le « Je » s'affaiblissant au point d'être soumis lui-même à une force en « troisième personne », [...] cesse d'être sujet pour devenir objet : « Ça me pousse »...

...Il en est tout autrement des protopulsions de type neurologique... [qui] se présentent à la conscience comme des actes aberrants, qui se détachent de soi, se juxtaposent à soi...

...il n'y a pas dans ce cas atteinte du moi...

1. Les conceptions pathogéniques sur la catatonie (cf. Étude n° 10), tournent autour du même problème.

2. BURGER, Encephalite und Zwang, *Zeitschr. f. Neuro.*, 1928.

3. BERZE, Psychischen Antrieb und Hirnstamm, *Wien. Woch.*, 1932.

4. A. KRONFELD, Zur Phenomenologie der Triebhaften, *Zeitsch., f. d. g. Neuro.*, 1924, 92, pp. 379 à 395.

que nous devons une des premières et des plus profondes études de la différence structurale de ces diverses impulsions. Malgré le sens général de son travail qui tend plutôt à admettre qu'il y a une série continue de phénomènes forcés, après avoir analysé les mouvements extrapyramidaux de l'encéphalite, il conclut que ce qui y est essentiel c'est le sentiment d'une tension active (*Spannungsunlust*) vécu comme une insatisfaction, un vide à combler. C'est naturellement la dynamique de l'impulsion à se gratter qui s'est imposée à son esprit ¹ comme terme de comparaison, car on peut dire que, comme elle, le système impulsif encéphalitique reste « périphérique » par rapport au moi. De telle sorte que si on peut conclure avec l'auteur que toute phénoménologie de l'impulsivité passe nécessairement par les instances psychiques, il semble bien que des structures différentes séparent « *Antrieb* », « *Impuls* », « *Einfall* », « *Trieb* », « *Drang* », « *Sucht* » et « *Zwang* » ² et que ce sont celles de ces formes d'impulsivité qui sont le plus près des décharges de tension d'un système fonctionnel dévolu à une partie du corps qui caractérisent les actes forcés encéphalitiques.

Il nous paraît évident, par le fait même que le débat se soit institué, qu'il y a une différence « sentie » par tous, entre les kinésies qui échappent à l'activité d'un Moi intact – et les comportements « forcés » du Moi altéré ou aliéné qui engagent son dynamisme dans les formes dégradées de sa propre activité.

*
* *

Ainsi avons-nous parcouru toute l'étendue, toute l'épaisseur de l'impulsivité psychopathologique ³ ; elle constitue, comme les « troubles de la mémoire », « l'anxiété », etc., une dimension, un aspect structural de la conscience morbide; conséquence d'une faiblesse de régime de l'énergie psychique elle est vécue comme un événement, c'est-à-dire une relation entre le moi et le monde. Tandis que les « *protopulsions* » neurologiques pour autant que, erratiques, elles représentent une émancipation, un échappement au contrôle du Moi intact sont vécues par lui comme des *accidents*.

Certes, à tous les degrés et sous toutes leurs formes, ces régressions vers l'automatisme sont évidemment « involontaires », mais ce qui définit la manière d'être involontaire de l'impulsion typique et caractéristique des névroses et des psychoses, c'est qu'elle est tout autant un signe de *faiblesse* du moi défaillant qu'un acte de *violence* dirigé contre le monde physique ou social : l'impulsion se charge des forces désorganisées du monde intérieur du sujet pour se détendre contre son objet dans le monde extérieur.

1. Comme à l'esprit de BLEULER quand celui-ci a analysé le concept d'intentionnalité et de désir dans les phénomènes hystériques, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1932.

2. Tendances, pulsions, crises, instincts, impulsions, besoin et obsession.

3. De telle sorte que ce qui définit phénoménologiquement l'impulsion psychiatrique est son caractère de « Moi forcé » et ce qui définit la protopulsion neurologique est son caractère « d'étrangeté par rapport au Moi ». Nous retrouvons ici un problème qui a axé notre étude des phénomènes automatiques verbaux dans notre livre *Hallucinations et Délires*.

...il y a une différence « sentie » par tous, entre les kinésies qui échappent à l'activité d'un Moi intact – et les comportements « forcés » du Moi altéré ou aliéné qui engagent son dynamisme dans les formes dégradées de sa propre activité...

Étude n° 12

EXHIBITIONNISME

9. Les troubles de la mémoire.
10. La catatonie.
11. Impulsions.
12. *Exhibitionnisme*.
13. Perversité et perversions.
14. Le suicide pathologique.
15. Anxiété morbide.
16. Délire des négations.
17. Hypochondrie.
18. Jalousie morbide.
19. Mégalomanie.

Depuis bientôt cent ans tous les Psychiatres et experts ont étudié ce comportement sexuel étrange, consistant à montrer à autrui et publiquement les parties sexuelles ou parasexuelles. C'est en 1877 que LASÈGUE ¹ entreprit la première étude de cette aberration génitale et en a souligné le caractère pathologique sous certaines conditions. Dans cette étude célèbre, LASÈGUE proposa les critères suivants de l'exhibitionnisme « stricto sensu » (celui qui a gardé son nom) : l'instantanéité de l'acte, son non-sens reconnu par le sujet, l'absence d'antécédents génésiques, l'indifférence aux conséquences résultant de l'acte délictueux, la « limitation de l'appétit sexuel à une exhibition qui ne devient pas le point de départ de lubriques aventures », et enfin – il y insistait spécialement – la crise d'anxiété qui précède ou accompagne l'acte.

...LASÈGUE (1877)...

Plus tard GARNIER ² donna de l'exhibitionnisme cette définition : « C'est une perversité sexuelle obsédante et impulsive caractérisée par le besoin irrésistible d'étaler en public et en général avec une certaine fixité d'heure et de lieu ses organes génitaux à l'état de flaccidité en dehors de toute manœuvre lubrique ou provocatrice. Cet acte en lequel se résume tout l'appétit sexuel du malade, met fin à la lutte obsédante, clôt l'accès ».

...GARNIER (1900)...

Tel est l'exhibitionnisme dit *vrai*, ou *impulsif*, ou encore « type LASÈGUE ». C'est donc en tant qu'*outrage public* à la pudeur qu'il a été plus spécialement envisagé à la fin du XIX^e siècle et c'est sous cet angle médico-légal qu'il a d'abord été étudié. Il est en effet de l'essence même de l'exhibition que nous étudions, d'être « *publique* », c'est-à-dire d'impliquer au moins un témoin généralement non consentant, ou en tout cas de s'offrir « par force » ou « par surprise » à la vue d'autrui. On conçoit que l'acte d'exhibition qui devait être le premier étudié, ait été celui dont l'étrangeté et le caractère déconcertant sont les plus évidents. Mais une telle notion pathologique portait dans ces possibilités de description et d'analyse la nécessité d'une extension dont on trouve déjà

...C'est donc en tant qu'*outrage public [médico-légal]* à la pudeur qu'il a d'abord été étudié...

1. LASÈGUE, *Union Médicale*, 1^{er} mai 1877 et *Études Cliniques*, tome II.

2. GARNIER, Congrès International de Médecine, 1900.

dans le mémoire même de LASEGUE une première ébauche. Envisagé comme étalage pathologique des organes génitaux, l'exhibitionnisme ne devait pas tarder à être décrit sous d'autres formes et notamment comme symptômes de diverses affections psychotiques ou névropathiques. Enfin, dans la pratique médico-légale, l'exhibitionnisme est devenu tout simplement synonyme « d'exhibition sexuelle ». Nous pensons que pour conserver la définition essentiellement médico-légale de cette perversion, il conviendrait de réserver le nom d'exhibitionnisme à l'étalage *morbide* des parties génitales, cas particulier d'une classe plus générale : celle des exhibitions génitales. Parmi les « exhibiteurs », pourrait-on dire, « il y a des exhibitionnistes ». Une telle terminologie aurait l'avantage de poser correctement le problème sur le terrain juridique. Mais les études de psychopathologie sexuelle ont déplacé le centre de gravité des études récentes sur l'exhibition sexuelle. Depuis FREUD, on s'est intéressé plus spécialement à la structure inconsciente de cette aberration qui, en perdant un peu de son originalité pour se fondre dans la masse des perversions sexuelles que nous étudierons dans l'Étude suivante, s'est trouvée éclairée par leur dynamique commune.

§ I. – CARACTÈRES CLINIQUES GÉNÉRAUX DE L'EXHIBITIONNISME

Nous allons d'abord étudier les exhibitionnismes de la façon la plus simple et superficielle en mettant en évidence quelques-uns des traits caractéristiques de leur comportement.

1°. Les exhibitionnistes sont presque toujours des *hommes*. La règle n'est pourtant pas absolue et LALANNE ¹, dans sa thèse, a signalé des cas d'exhibitionnisme féminin, mais ils sont loin d'être démonstratifs ; il s'agit généralement de dénudations érotiques et notamment de l'étalage des seins. Comme nous le verrons par la suite, la situation psychologique de la femme dans la recherche amoureuse, l'organisation même de ces tendances érotiques, sont peu favorables à l'exhibition dont la signification essentielle est d'être une initiative d'agression, d'invite ou de provocation, dans laquelle s'investit la charge affective propre à la plus archaïque figuration de l'image phallique ².

1. LALANNE, *Les exhibitionnistes*, Thèse, Paris, 1896.

2. C'est une observation de psychologie courante et qui ne manque jamais d'être rappelée à propos du problème qui nous occupe, que de constater la paradoxale coquetterie de la femme qui se dévoile et se dénude d'autant plus, semble-t-il, qu'elle tient son sexe caché. Comme si, en montrant *presque tout son corps*, elle en exceptait ses parties honteuses ce qui est encore une façon de les désigner. Ceci conduit tout naturellement à penser qu'il y a aussi chez elle un désir de se montrer ; la moindre expérience psychanalytique rend cette constatation à la fois évidente et banale. Rien d'étonnant dès lors à ce que sous forme de « confessions » plus ou moins indirectes ce désir d'exhibition ne se rencontre. Un petit livre assez odieux (*Le courrier des Auditeurs d'un certain FRANÇOIS-GUILLAUME*) contient un recueil de lettres anonymes envoyées à un speaker.../...

... *Les exhibitionnistes sont presque toujours des hommes...*

2°. Quant aux *parties exhibées*, il s'agit dans le plus grand nombre des cas, de l'organe sexuel lui-même, mais il y a aussi l'exhibitionnisme « fessier ¹ ». On a, par exemple, publié l'observation d'un homme qui avait un pantalon spécial qui lui permettait l'exhibition furtive des fesses. LALANNE distingue assez simplement, à cet égard : l'exhibitionnisme antérieur, postérieur et supérieur. . . Enfin l'exhibitionnisme peut affecter trois modalités, au point de vue de l'étalage de la verge, selon que l'organe est en état de flaccidité, en érection, ou que le sujet exhibe non pas l'organe, à proprement parler, mais sa masturbation ².

3°. Quant au mode d'exhibition lui-même il existe généralement un certain nombre de caractères qui se trouvent rarement réunis mais qui doivent figurer dans notre description schématique. Cet acte est généralement *furtif*. L'exhibitionniste se cache et ne laisse entrevoir sa nudité qu'à une, deux ou trois personnes et comme s'il désirait, par ce spectacle soudain et restreint, assurer à son acte la valeur d'une surprise privilégiée ³. D'où les précautions prises (nudité sous un manteau facile à entr'ouvrir, choix de lieux isolés, sombres, peu éclairés, peu fréquentés, rues désertes, abords de vespasiennes, églises, couloirs du métro). Une fois choisi le « poste d'exhibition » (MAGNAN), il se renouvelle au même endroit ⁴. Ce lieu doit être comme le geste lui-

...exhibition de l'organe sexuel lui-même, mais aussi exhibition furtive des fesses...

...verge flaccide, ou en érection, ou sa masturbation...

...Cet acte est généralement furtif...

...Une fois choisi le « poste d'exhibition » (MAGNAN), il se renouvelle au même endroit ...

.../... de la radio. On y relève (p. 383) cette confidence : « Quand passe un homme j'aime me baiser. . . ma jupe se soulève, je les porte toujours très courtes. . . je porte toujours des corsages et des robes très décolletées et je m'arrange pour me pencher quand il y a quelqu'un. Il peut voir alors toute ma poitrine. Je serre toujours ma croupe dans ma jupe pour qu'elle ressorte et j'aime me montrer aux yeux de tous sans paraître le faire. . . » Si nous citons ces « aveux » c'est moins pour leur originalité que pour souligner combien l'acte d'exhibition est chez cette femme dissimulé deux fois puisqu'elle cache ce qu'elle montre et garde ses « aveux » secrets... Cependant si les tendances exhibitionnistes existent chez la femme, l'érotique spécifiquement féminine paraît les exclure. Une récente visite dans une station balnéaire nous a permis de noter un fait bien intéressant à cet égard. Par un assez curieux raffinement il y a dans cet établissement thermal des salles de bain, ouvrant par de vastes fenêtres sur le parc, où il est permis de se dénuder en « s'exposant » à la vue des promeneurs mais sans risque d'être vu ! En effet les carreaux des fenêtres sont des « glaces sans tain » permettant du dedans de voir l'extérieur mais ne permettant pas de voir l'intérieur, du dehors, . . . Si la salle consacrée aux « baigneurs » de sexe masculin ne désemplit pas, nous a-t-on assuré, par contre il a toujours été impossible d'obtenir qu'une femme se dénude derrière ces faux carreaux !

1. Et chez les femmes, nous venons de l'indiquer, des *seins*.
2. Signalons ici la possibilité d'exhiber non pas des organes eux-mêmes, mais leur *photographie*. Ceci conduit naturellement et insensiblement aux formes plus « discrètes » d'exhibition. Dans la note de la page précédente nous faisons allusion aux confessions anonymes. Celles qui dans les « graffiti » étalent complaisamment les vices et les parties sexuelles sont aussi une forme « honteuse » d'exhibitionnisme, un exhibitionnisme paradoxalement caché.
3. Ce n'est pas toujours vrai puisque, par exemple, l'exhibitionniste étudié par M. Boss s'exhibait sur un talus de chemin de fer au passage des trains.
4. Un de nos collègues nous rapportait récemment l'histoire d'un exhibitionniste qui attirait le regard des jeunes garçons dans la cour d'un lycée en leur projetant le reflet du soleil dans un miroir.

même à la fois *public* et *discret*, comme si dans l'offre de ce spectacle valaient ici « donner » et « retenir ».

...faire participer, par la vue de l'organe exhibé, autrui à la propre jouissance sexuelle du sujet...

4°. L'acte d'exhibitionnisme est naturellement érotique, puisqu'il tend à faire participer par la vue de l'organe exhibé, autrui à la propre jouissance sexuelle du sujet. A ce point de vue il s'adresse à des « objets » (à des partenaires) qui sont, soit une ou plusieurs femmes généralement, soit des petites filles, soit plus rarement des petits garçons. Il n'y a guère, semble-t-il, d'exhibitions d'hommes à hommes adultes¹. Parfois l'« objet » est recherché parmi les personnes qui seront les plus choquées (religieuses, personnes en prières).

...association à un certain nombre d'autres manifestations érotiques...

5°. Enfin l'exhibitionnisme peut être associé à un certain nombre d'autres manifestations érotiques. C'est ainsi que MAGNAN avait décrit des « exhibitionnistes frotteurs », dont ABELY et M^{lle} TRUCHE² ont rapporté, il y a quelques années, un cas, à vrai dire complexe, et que DUPOUY et MINKOWSKI ont signalé la coexistence du tatouage et de l'exhibitionnisme. Nous verrons plus loin que l'*homosexualité* peut se rencontrer chez l'exhibitionniste, comme une composante fondamentale de sa sexualité et que, tout naturellement regarder et voir, faisant partie de la même constellation érotique, le « voyeurisme » se trouve cliniquement associé assez souvent à l'exhibitionnisme.

...les exhibitionnistes sont des adultes jeunes de 25 à 35 ans généralement ou plus rarement des vieillards...

Nous avons déjà dit que les exhibitionnistes se recrutent à peu près exclusivement dans le sexe masculin. Ajoutons que les exhibitionnistes sont des adultes jeunes de 25 à 35 ans généralement ou plus rarement des vieillards. J. E. STAEHLIN³, à qui l'on doit un des travaux relativement récents les plus importants, signale parmi les exhibitionnistes psychopathes (exhibitionnismes non symptomatiques) que, sur 31 cas étudiés, il en a rencontré 7 entre 16 et 20 ans, 16 entre 21 et 30 ans, 4 entre 31 et 40 ans, 4 entre 41 et 45 ans. Gilbert ROBIN⁴ a signalé, sans donner de détails, des « tendances exhibitionnistes » chez un tout jeune petit garçon, fait évidemment plus fréquent et même franchement plus banal que les anciens auteurs ne se l'imaginaient. STAEHLIN infirmant l'opinion défendue par HOCHÉ, il y a longtemps (1901), a constaté que les exhibitionnistes sont généralement des sujets timides et même pudiques⁵.

...généralement des sujets timides et même pudiques...

Quant aux relations de l'exhibitionnisme avec les troubles mentaux signalons la statistique d'OLLIVIERS⁶ qui porte sur 700 malades ayant présenté des réactions anti-

1. Cf. cependant une observation de LALANNE. (Observation 6).

2. ABELY et M^{lle} TRUCHE, Exhibitionnisme conscient, *Ann. médico-Psycho.*, 1931.

3. STAEHLIN, *Zeitsch. f. d. ges. Neuro.*, 1926.

4. Gilbert ROBIN, *Enfances perverses*, 1945.

5. Plus récemment N. K. RICKLES (*f. of nerv. and Mental Diseases*, 1942) a encore noté le fait. On trouvera dans deux analyses approfondies de la pudeur (E. STRAUS, Die Scham als historisches Problem, *Archives suisses de Neuro.*, 1933, 31, p. 339 et M. SCHELER, Ueber Scham und Schamgefühl, *Schriften aus dem Nachlass*, Berlin, 1933, p. 57) des aperçus intéressants sur les paradoxes de la pudeur et de l'impudeur.

6. OLLIVIERS, *Journal Belge de Neurologie*, 1931, p. 22.

...sur les paradoxes de la pudeur et de l'impudeur, deux analyses approfondies (E. STRAUS [...], M. SCHELER...)

sociales dont 300 délinquants sexuels. Sur 300 psychopathes sexuels il y avait 115 exhibitionnistes dont 65 arriérés, 14 épileptiques, 27 alcooliques, 3 déments précoces, 4 délirants. En ce qui concerne la proportion parmi les sujets arrêtés d'exhibitions simples ou d'exhibitionnisme pathologique, nous n'avons pu trouver de véritable statistique. B. ATTELBERG, C. SUGAR et T. PFEFFER ¹ ont trouvé parmi les 242 délinquants sexuels par eux observés, 88 cas d'exhibitionnisme. Parmi ces 242 délinquants, 53 paraissaient n'avoir pas d'anomalies psychiques. Signalons que STAHLIN a noté une moyenne de 40 exhibitionnistes arrêtés par an à Munich, et que, en 1926, il n'avait pu dénombrer à la polyclinique de Zurich que 70 exhibitionnistes qui y étaient entrés de 1903 à 1923. Ceci ne saurait faire oublier que l'exhibitionnisme est un « outrage aux mœurs » très fréquent. Il est évident également que la proportion des psychopathes est extrêmement importante parmi ces délinquants.

...la proportion des psychopathes est extrêmement importante parmi ces délinquants...

§ II. – LES FORMES CLINIQUES DE L'EXHIBITIONNISME

Si l'on est très strict et si l'on réserve le nom d'exhibitionnisme à l'aberration génitale décrite par LASÈGUE ², comme cette forme classique est à vrai dire assez exceptionnelle (OLLIVIERS ne l'a pas trouvée une fois sur 115 exhibitionnistes), il est clair que l'exhibitionnisme apparaît alors comme une réaction pathologique rare ³. Mais sans revêtir tous les caractères du « vrai » exhibitionnisme de LASÈGUE, l'acte d'exhibition se présente en psychopathologie avec des caractères de « typicité » suffisants pour lui conférer une physionomie névrotique spéciale, celle d'une perversion angoissante, stéréotypée et incoercible. Si elle se présente comme un système pulsionnel « isolé » elle n'en est pas moins « prise » le plus souvent dans une structure névrotique plus globale (M. BOSS). Mais comme cliniquement il s'agit le plus souvent d'une manifestation « isolée » c'est sous cet aspect que nous l'étudierons en premier lieu.

...la forme classique [de LASÈGUE] est à vrai dire assez exceptionnelle...

[elle présente] une physionomie névrotique spéciale, celle d'une perversion angoissante, stéréotypée et incoercible...

A. – L'EXHIBITIONNISME IMPULSIF « ISOLÉ »

1° *L'exhibitionnisme impulsif « type Lasègue » :*

Le cas le plus connu est celui du fameux exhibitionniste de St-Roch ⁴. L'acte sans cesse récidivant consiste en l'exhibition de la verge à l'état de flaccidité dans un endroit public mais discret. Le poste d'observation est généralement unique. L'exhibition se répète aux mêmes heures, au même lieu (devant une école, dans une église, dans une

...Le cas le plus connu est celui du fameux exhibitionniste de St-Roch...

1. B. ATTELBERG, C. SUGAR et T. PFEFFER, *Amer. Journal of Psych.*, 1944, p. II.

2. LASÈGUE, *Études cliniques*, p. 69.

3. MOLL, par exemple, va jusqu'à éliminer du cadre de l'exhibitionnisme toute exhibition de la verge en érection. [NdÉ: Réf., voir note 5 p. 219]

4. LASÈGUE, *Études cliniques*, pp. 694-695.

...Il lutte contre cette tendance [...], son anxiété est considérable et ne cesse, pour un certain temps, qu'après l'exhibition qui le soulage. Le malade déclare qu'il lui est impossible de résister à ce besoin tyrannique et se déclare indifférent aux conséquences que cet acte impulsif peut entraîner pour lui. Il s'agit vraiment d'une obsession-impulsion, que certains sujets comparent à l'état de besoin du morphinomane ¹.

Tels sont les caractères de l'exhibitionnisme le plus « pur », le plus impulsif. Cliniquement il doit être distingué de la variété suivante dont cependant, à l'analyse, il peut se montrer très proche. Sur 70 exhibitionnistes, STAEBLIN n'a trouvé que 5 cas « typiques » et nous avons déjà signalé que dans la statistique d'OLLIVIERS il n'en figure aucun. Sous cette forme absolument classique, répétons-le, il s'agit en effet d'une éventualité exceptionnelle, d'une véritable rareté clinique.

2° Les exhibitionnismes névrotiques:

On observe bien plus souvent un comportement beaucoup moins anxieux et plus manifestement érotique. L'exhibitionniste présentant sa verge à l'état d'érection, se masturbe, en proie à une vive excitation sexuelle. Ce sont le plus souvent des sujets « tarés », « psychopathes », « dégénérés ». Leur vie sexuelle est profondément altérée. Le narcissisme, l'homosexualité, les tendances sadiques, parfois l'impuissance névrotique constituent des traits manifestes du tableau clinique ; quelquefois ils se retrouvent dans les antécédents et toujours, naturellement, à l'analyse. Les traumatismes infantiles, les conflits inconscients, jouent un rôle évident dans le mécanisme de ces exhibitions. Citons à titre d'exemple une observation de KRAFFT-EBING. Il s'agissait d'un ouvrier de 37 ans, bon, sobre et intelligent. Une sœur de son père et une sœur de sa mère étaient aliénées. Il avait toujours été un peu excentrique et imaginaire, grand lecteur de romans et porté à s'identifier aux héros de ses lectures. Pendant sa jeunesse, masturbation modérée. Coût normal. Il vivait seul mais aimait la toilette et à porter les bijoux. Il se faisait parfois une sorte de « punch » qui l'excitait sexuellement. Ce n'est que vers 35 ans que s'est développée en lui l'impulsion à l'exhibitionnisme. Quand elle le saisissait il sentait en lui une bouffée de chaleur, des palpitations au cœur, il était absorbé par son désir, se regardait ensuite comme un fou et prenait de vaines résolutions de résister.

1. Ceci rejoint l'analyse de V. GEBSATTEL (Süchtiges Verhalten im Gebiet sexueller Verirrungen, *Monatsch. für Psych.*, 1932, tome 82) sur la structure de « besoin toxicomane de l'aberration sexuelle ».

Pendant l'exhibition, le pénis était à moitié érigé mais il ne se produisait pas d'éjaculation. L'exhibition le satisfaisait pleinement : il pensait qu'il donnait un plaisir équivalent à la femme qui le voyait puisque lui-même éprouvait un plaisir violent à voir les parties sexuelles d'une femme. Il avait de nombreux rêves érotiques où il se voyait s'exhibant devant des femmes jeunes et voluptueuses.

L'observation rapportée par M. BOSS ¹ est à rapprocher de ce type, il s'agissait d'un jeune homme timide, craintif et inhibé qui s'était plu de bonne heure aux fantasmes érotiques du regard et s'était abandonné à des rêveries de dénudation devant des « chœurs dansants de jeunes filles ». Sa pudeur était certainement plus forte que son impudicité et la « communion » du regard (Blick Kommunion), comme il disait, constituait l'expérience érotique idéale au cours de laquelle il obtenait l'orgasme.

...L'observation rapportée par M. BOSS...

Nous avons analysé un exhibitionniste typique de ce genre névrotique. Il était également un névrosé anxieux, timide et à moitié impuissant. Constamment en proie à des désirs frénétiques d'exhibition et il s'exhibait facilement tout près des agents de police. Le jour même de son entrée à l'hôpital psychiatrique, il échappa à sa femme pour s'exhiber à plusieurs reprises dans les rues ².

...Nous avons analysé un exhibitionniste typique de ce genre névrotique...

On peut recueillir dans KRAFFT-EBING ³, LALANNE ⁴, MOLL ⁵, GARNIER ⁶, etc., des observations assez nombreuses de ce type clinique.

Dans ce groupe d'exhibitionnistes psychopathiques il faut sans doute placer les 26 cas (déduction faite des 5 « typiques ») de STAEHLIN qu'il divise lui-même en plusieurs groupes : 4 cas de type infantile (exhibitionnismes puérils, naïfs, timides, par « compensation » de la faiblesse sexuelle), 2 exhibitionnistes anxieux (angoisse d'impuissance et de masturbation), 4 exhibitionnistes avec forte excitation sexuelle, 2 exhibitionnistes flaccides et passifs (impuissants), 2 exhibitionnistes hyperexcités, 6 exhibitionnistes hypocrites et présomptueux, 3 masochistes et 1 sadique. Une telle classification offrirait évidemment peu d'intérêt si les observations rapportées n'étaient riches de tout le « contexte » de pathologie sexuelle qui les éclaire.

Rappelons enfin ici les types isolés par KRAFFT-EBING sous le nom d'exhibitionnisme « périodique » et d'exhibitionnisme « neurasthénique ».

C'est, insistons-y encore, sous ces aspects cliniques de l'exhibitionnisme névrotique que l'on observe les plus fréquentes perversions de la vie sexuelle et instinctive : homosexualité, sadisme, fétichisme, tatouage et naturellement aussi les tendances inverses, celles « à voir ».

1. M. BOSS, *Le cas d'Eugen SOMMER*, p. 62. [NdÉ: voir réf. dans la Biblio. de fin d'Étude]

2. Nous rapporterons plus loin quelques éléments de son analyse.

3. KRAFFT-EBING, *Psychopathologia Sexualis* (Observation 210 à 212).

4. LALANNE, Thèse, 1896.

5. MOLL, *Handbuch der Sexualwissenschaften*, 1926.

6. GARNIER, Congrès International de Médecine, 1900.

B. – LES EXHIBITIONS SYMPTOMATIQUES

Nous rappellerons, d'un mot, les plus connus.

1° *Les exhibitionnismes au cours des états confuso-déméntiels.*

...fréquence de l'exhibitionnisme alcoolique...

a) *L'alcoolisme*: LADAME ¹ a insisté sur la fréquence de l'exhibitionnisme alcoolique. On en trouvera des exemples dans la thèse de MARCUS ² et le travail de ROGUES DE FURSAC et CARON ³. OLLIVIERS ⁴ a décompté une forte proportion d'alcooliques parmi ses exhibitionnistes. Par contre STAEHLIN n'a rencontré que 8 alcooliques parmi ses 70 cas, il est cependant d'accord pour déclarer que chez les faibles d'esprit ou les affaiblis, l'appoint alcoolique est presque constant. EAST ⁵ a attribué la régression du nombre des exhibitionnistes (866 en 1913, 548 en 1922) en Angleterre, à l'affaiblissement de la consommation de l'alcool.

b) *États confusionnels toxi-infectieux* : Au cours de la grippe, NAVILLE et DUBOIS-FERRIÈRE ⁶ ont noté la possibilité de telles aberrations dont le caractère contestable ne saurait échapper à personne ⁷.

c) *Épilepsie* : PELANDA (de Vérone) a depuis longtemps ⁸ appelé l'attention sur les faits dont il cita 6 exemples. PRIBAT ⁹ a consacré sa thèse à ce sujet. Il cite une observation de LASÈGUE, 2 observations de GARNIER, 1 de MERET, 1 de HOTZEN et en ajouta 3 d'inédites qui lui furent communiquées par VOISIN. (L'observation VII de cette thèse est intéressante, c'est un cas d'exhibitionnisme des seins chez une épileptique). Il faut naturellement consulter la « *Psychopathia Sexualis* » de KRAFFT-EBING sur ce point comme sur tous les autres ¹⁰. Citons encore l'observation de LHERMITTE ¹¹: il s'agissait d'un prêtre exhibitionniste et épileptique. Tout dernièrement DELAY, ASSAILLY et VERDEAUX ¹² ont publié un cas d'exhibitionnisme où l'électro-encéphalographie révéla un tracé anormal sans être d'ailleurs typique.

...dans l'observation de LHERMITTE : il s'agissait d'un prêtre exhibitionniste et épileptique...

d) *Dans la paralysie générale* : l'exhibition sexuelle fait partie des réactions

1. LADAME, Congrès de Médecine légale, 1912.

2. MARCUS, Thèse, Paris, 1913.

3. ROGUES DE FURSAC et CARON, Congrès de Barcelone, 1929.

4. OLLIVIERS, *Journal belge de Neuro.*, 1931.

5. EAST, *Lancet*, 1924.

6. NAVILLE et DUBOIS-FERRIÈRE, *Archives Suisses de Neuro.*, 1938.

7. Quoiqu'il ne s'agisse pas absolument d'états confuso-déméntiels nous rangeons ici les cas publiés par BRIAND et SALOMON (*Soc. Méd. Ment.*, 1913 et 1914). Ces auteurs ont signalé quelques cas intéressants d'intoxication saturnine et insistent sur la fréquence de l'exhibitionnisme chez les peintres en bâtiments... fait que nous avons pu vérifier.

8. PELANDA, *Archivio di Psichiatria*, VIII.

9. PRIBAT, Thèse, 1894.

10. KRAFFT-EBING, (Observations 203 à 208).

11. LHERMITTE, *Hygiène mentale*, 1935.

12. DELAY, ASSAILLY et VERDEAUX, *Ann. Médico-Psycho.*, 1949, 1, p. 292.

médico-légales les plus connues et habituelles de l'affection. L'acte est absurde, mégalomane dans ses formes les plus caractéristiques. LALANNE en a rapporté plusieurs exemples. Il cite le fameux malade de RITTI qui montrait ses testicules « parce qu'ils étaient en or », citation devenue rituelle. . . Mais c'est à propos des exhibitions délirantes et de l'exhibitionnisme des femmes que l'on trouvera dans sa thèse les observations les plus intéressantes de paralytiques généraux exhibitionnistes.

...dans la P.G. c'est une réaction médico-légale les plus connues et habituelles [...] le fameux malade de RITTI qui montrait ses testicules « parce qu'ils étaient en or »...

e) Dans la *démence sénile* et les *démences organiques*, on rencontre assez souvent l'exhibitionnisme. Par exemple la dernière observation de LALANNE qu'il donne comme un cas d'exhibitionnisme chez les femmes, est typique. STAEHLIN a signalé sur les 70 observations, 4 cas qui sont très démonstratifs des comportements d'exhibitions démentiels.

...dans les démences, observation de LALANNE...

f) Enfin, dans la *Schizophrénie*, il n'est pas rare d'observer des comportements sexuels de ce genre. C'est ainsi que STAEHLIN signale 16 schizophrènes dans sa statistique. Il s'agit souvent d'actes accomplis au cours de fugues ou d'états crépusculaires. OLLIVIERS en cite incidemment 3 cas ; ses malades s'étaient exhibés sans préoccupation du lieu ou du nombre des témoins. Ils déclarèrent sans ambages que la provocation au coït était le mobile de leurs actes. L'impulsion était brusque comme un réflexe et suivie d'un maniérisme théâtral.

...dans la schizophrénie, statistiques de STAEHLIN...

2° *Les exhibitionnistes symptomatiques impulsifs.*

a) *Chez les débiles et les imbéciles* : Nous avons vu de quelle importance a paru être l'oligophrénie aux yeux d'OLLIVIERS, comme prédisposition à l'exhibitionnisme. De même STAEHLIN a trouvé 31 oligophrènes sur 70 malades exhibitionnistes.

b) *Chez les maniaques*: L'érotisme amène facilement ces malades à l'exhibition, le fait est bien connu. Signalons l'observation intéressante de LALANNE (obs. 6). Il s'agissait d'un maniaque qui s'exhibait à des hommes et recherchait les pratiques homosexuelles.

c) *Chez les parkinsoniens* : Nous nous contenterons de renvoyer à titre d'exemple à l'observation de DUPOUY et X. ABELY¹.

d) *Chez les délirants*: L'exhibitionnisme se trouve parfois en relation avec certaines constellations idéo-affectives délirantes. Dans le chapitre que LALANNE consacre à ces cas, il s'agit à vrai dire d'alcooliques, de paralytiques généraux ou de maniaques. Les deux seules observations intéressantes mais bien peu caractéristiques visent deux hallucinées qui montraient « leur postérieur » pour faire constater les viols qu'on leur faisait subir ! Signalons parmi des observations plus intéressantes, celle d'ABELY et M^{lle} TRUCHE où il s'agissait d'un état d'obsession plutôt que d'un délire, et celle d'OLLIVIERS² qui est très intéressante car il s'agit d'un exhibitionnisme vraiment intégré à l'activité hallucinatoire.

...chez les délirants, observations de ABELY et TRUCHE, de OLLIVIERS...

1. DUPOUY et X. ABELY, *Soc. Méd. Ment.*, 1925, p. 81.

2. OLLIVIERS, p. 333.

§ III. – LE PROBLÈME MÉDICO-LÉGAL

...quelques « règles » de conduite dans l'expertise...

En raison de son importance primordiale tant au point de vue pratique qu'historique nous en dirons quelques mots ici, simplement pour fixer quelques « règles » de conduite dans l'expertise.

Comme toutes les fois qu'il s'agit d'une impulsion qui peut se manifester comme un symptôme isolé, le problème est ardu.

Naturellement s'il s'agit d'un exhibitionnisme *symptomatique*, la chose est relativement simple, l'acte vaut ce que vaut le trouble dont il dépend. Quelques cas doivent être envisagés cependant. S'il s'agit d'un alcoolique, l'irresponsabilité n'est généralement déclarée complète que s'il existe un état d'affaiblissement marqué ou de troubles nettement psychopathiques. Au contraire, si l'intoxication alcoolique n'est qu'un appoint, il faudra discriminer par l'analyse concrète de l'acte et du rôle respectif de l'alcool et de l'état psychopathique sous-jacent s'il y a lieu de faire jouer ou non l'irresponsabilité. De même, pour l'épileptique en dehors des grands accès paroxystiques convulsifs ou non, l'appréciation de l'acte sera délicate, car tous les actes d'un sujet épileptique ne sont pas fatalement impulsifs et morbides. La même réflexion peut être faite par exemple pour le « parkinsonisme » fruste.

...On ne conclut généralement à l'irresponsabilité que si l'on est convaincu de la forme névrotique obsédante ou anxieuse, de l'acte accompli par un sujet taré, déséquilibré et dont la sexualité est perturbée...

Mais le problème devient encore plus délicat dès qu'il s'agit de formes d'exhibitionnisme « purement » impulsif. Quand on a affaire à un cas du type LASÈGUE il s'agit d'une obsession-impulsion caractérisée et le cas reste assez simple, mais, nous l'avons vu, c'est une éventualité rare. *Les difficultés s'accroissent dès qu'il faut distinguer l'exhibitionnisme névropathique de « exhibition du dévoyé vulgaire »*. C'est là que réside le nœud du problème. Il ne pourra être tranché que par une analyse rigoureuse de la motivation de l'acte, de ses rapports psychologiques et de la mentalité de l'exhibeur. On ne conclut généralement à l'irresponsabilité que si l'on est convaincu de la forme névrotique obsédante ou anxieuse, de l'acte accompli par un sujet taré, déséquilibré et dont la sexualité est perturbée ¹.

Beaucoup d'experts recommandent de ne pas faire jouer la notion d'atténuation de la responsabilité et le conseil que donnait CHEVALIER en 1893 ² serait encore vrai : « Pas de demi-mesure : ou châtier ou séquestrer. Radical peut-être mais logique ». C'est dire que, pour les cas douteux, quand il s'agit de délinquance primaire il vaudrait mieux déclarer les exhibitionnistes qui peuvent bénéficier de la loi de sursis pleine-

...on peut admettre un exhibitionniste pervers normal, tout de même qu'il y a une homosexualité ou une prostitution non pathologiques...

1. Sans doute, beaucoup de psychiatres et surtout de psychanalystes assurent que « le problème ne se pose pas ». C'est, peut-être qu'ils n'ont guère vu de « vrais exhibitionnistes » ou qu'ils n'ont pas été amenés à analyser le comportement d'entraînement érotique de beaucoup de « simples » dévoyés ou vicieux. On peut dire que tous les travaux sérieux sur la question, toutes les statistiques admettent nécessairement un exhibitionniste pervers normal, tout de même qu'il y a une homosexualité ou une prostitution non pathologiques.

2. CHEVALIER, *L'inversion sexuelle*, 1893.

ment responsables pour leur permettre de se ressaisir. Cette « règle pratique » admet qu'il existerait une certaine *intimidabilité* et que l'« épée de Damoclès » suspendue ainsi sur leur tête renforcerait le plus souvent leur censure morale. Si, au contraire, on a affaire à des récidivistes impénitents, il faudrait considérer alors la récidive comme un trait important du tableau clinique plaidant en faveur de la structure névrotique du comportement délictueux : irresponsabilité et internement. Enfin dans les cas les plus délicats, après une première récidive chez un individu difficile à classer dans le groupe des psycho-névroses, on pourrait faire jouer à titre d'exception la responsabilité atténuée, mais c'est un pis-aller auquel, dans le cas de l'exhibitionnisme, il vaudrait mieux ne pas recourir...

Telles sont les « règles pratiques » de l'expertise généralement conseillées. Elles valent ce que vaut toute position théorique, en présence d'un problème médico-légal, objet d'une expertise essentiellement concrète et particulière, c'est-à-dire à peu près rien. Par contre, la pratique même de l'expertise permet assez aisément de déterminer si l'on a affaire à un malade ou à un dévoyé, à un simulateur. Si nous l'affirmons, c'est évidemment parce que nous avons une certaine expérience de ces expertises et que notre expérience coïncide avec les observations que l'on retrouve dans tous les travaux ¹ sur l'exhibitionnisme et qui admettent, à peu près tous, la possibilité d'une conduite d'exhibition non pathologique.

§ IV. — ANALYSE PSYCHO-PATHOLOGIQUE DE L'EXHIBITION SEXUELLE

L'exhibition sexuelle est une manifestation de la conduite érotique. Elle y est impliquée. Elle en représente le terme le plus concluant et, en un certain sens, le plus décisif. C'est le dévoilement du secret, de la nudité la plus intime. Si la vue de l'organe sexuel est parfois le prélude immédiat de l'acte sexuel et fait partie des « plaisirs préliminaires » du coït, le plus souvent, il le suit dans le déroulement de l'aventure amoureuse et représente l'ultime possession du corps que, ni le contact aveugle, ni la jouissance dans l'orgasme n'ont pu encore entièrement livrer : c'est que la « pudeur » est la gardienne vigilante des tendances exhibitionnistes, tout de même qu'elle détourne le regard sollicité par les tendances « scopophiliques » ² qui, dans le jeu des conduites provocatrices et réalisatrices de l'amour, en constituent la contre-partie. Si nous admettons cela comme un fait que les études de psychopathologie sexuelle moderne ont rendu banal, peut-être pourrions-nous, alors, comprendre que cette ano-

...la récidive impénitente plaide en faveur de la structure névrotique du comportement délictueux : irresponsabilité et internement...

...nous avons une certaine expérience de ces expertises [...] et nous admettons la possibilité d'une conduite d'exhibition non pathologique...

...Si la vue de l'organe sexuel est parfois le prélude immédiat de l'acte sexuel [...] le plus souvent, il le suit [...] et représente l'ultime possession du corps...

1. Ainsi par exemple pour n'en citer qu'un de relativement récent, W. N. EAST (Observation on Exhib. *Lancet* II, 372, 1924, p. 370) oppose aux exhibitionnistes psychopathes, les dévoyés (depraved) qui s'exhibent pour inviter le partenaire éventuel aux relations sexuelles. Point que nous allons envisager dans le paragraphe suivant.

2. Scopophilie ou voyeurisme ou plaisir de voir, de σκοπτομαι, épier.

malie, ce goût systématique, spécial, ce désir de se montrer, de se faire voir, d'être vu dans ses « parties honteuses » n'est pas une « monstruosité » mais l'exceptionnelle manifestation de tendances libidinales spécifiques. Les auteurs classiques étaient assez sobres dans leurs explications sur ce point. Voyons ce que disait à ce sujet GARNIER¹. Citons longuement l'essentiel de son étude qui se proposait de mettre en évidence le caractère paradoxal, trouble et étrange de cette perversion :

...Extraits de l'étude de
GARNIER...

« Depuis le mémoire magistral de LASÈGUE, les travaux de MAGNAN et ses élèves, l'exhibitionnisme est non seulement une expression acceptée par les pathologistes, mais aussi une *espèce* judiciaire et aujourd'hui les magistrats s'inclinent devant la précision des déductions cliniques et la rigueur de la démonstration scientifique, admettant fort bien le caractère morbide de cette exhibition qu'on pourrait appeler platonique, tellement elle se suffit à elle-même. Les cas de cette perversion sexuelle obsédante et impulsive sont d'ailleurs fréquents et sont la monnaie courante des expertises médico-légales. On en a publié un grand nombre. Il n'y aurait peut-être qu'un intérêt modéré à trouver ici la mention d'observations nouvelles. Le fait en lui-même subit si peu de variantes qu'il reste monotone. Pourtant, il comporte parfois certaines particularités curieuses à noter et c'est sur celles-ci sans doute, après cet exposé général, qu'il y a lieu d'appeler l'attention.

Quelques exemples tendent à montrer que le dégénéré psychosexuel, tourmenté par le besoin d'étaler ses organes génitaux, semble parfois obéir dans le choix du *lieu* où il doit s'exhiber à un sentiment singulier difficile à définir. LASÈGUE avait déjà cité l'exhibitionniste de l'église St-Roch ; un autre malade, examiné par MAGNAN, se plaçait dans l'un des tambours de l'église S^t-Germain l'Auxerrois.

Voici maintenant l'histoire forte écourtée d'un sieur X..., négociant, dont la prédilection pour une exhibition dans le *lieu saint* s'est affirmée à bien des reprises et d'une manière aussi nette que possible. Lui aussi avait choisi, comme le malade de LASÈGUE, l'église S^t-Roch. Il fut arrêté plusieurs fois pour avoir étalé ses organes génitaux devant des dames en prières. Ses nombreuses aventures judiciaires finirent par ruiner sa situation commerciale à Paris et il se vit obligé de quitter la capitale. Il alla s'installer dans une petite ville de province. Peu de temps après son arrivée, il était arrêté dans une des églises où il était venu s'exhiber. Condamné à quelques mois de prison, il est à peine en liberté qu'il est arrêté de nouveau dans la *même église*, accomplissant le même acte de façon imperturbable au dire du bedeau. Enfin les pénalités accumulées le contraignirent à abandonner son commerce et X..., de plus en plus dévoyé, désorienté, regagna Paris. Il n'y était que depuis quelques semaines, lorsque le sacristain de S^t-Roch vint raconter au commissaire de police du quartier que, de nouveau, l'église était le théâtre d'actes scandaleux et qu'il croyait bien avoir reconnu en l'auteur de ces actes inqualifiables, l'étrange et obstiné visiteur à l'arrestation duquel il avait autrefois contribué à plusieurs reprises. Une surveillance active fut organisée et, le lendemain, l'irréductible récidiviste était arrêté et conduit au dépôt.

L'outrage public à la pudeur se produisant dans une église cette obscénité révoltante consistant à se découvrir dans le temple, aux regards de dames agenouillées, acquiert une gravité particulière et semble résulter d'un cynisme provocateur qui ne saurait manquer d'attirer une sévérité spéciale sur l'homme capable d'une semblable

1. GARNIER, Congrès Internation. de Médecine, 1900.

...« Il fut arrêté plusieurs
fois pour avoir étalé ses
organes génitaux devant
des dames en prières »...

profanation. Est-ce donc à ce sentiment qu'obéit le dégénéré impulsif en choisissant une église comme le lieu de choix de son exhibition? On peut affirmer qu'il n'en est rien. Et, cependant, il est bien certain que ce n'est pas par le fait d'un simple hasard que les choses se passent ainsi. Un mobile guide l'exhibitionniste. Quel peut être ce mobile? La réponse à cette question n'est pas facile. Les renseignements que nous fournit le malade à ce sujet sont, le plus souvent, vagues, incomplets ; comme dans toutes les affaires de cet ordre, il assure qu'il ne se rend pas bien compte pourquoi il va s'exhiber dans une église plutôt qu'ailleurs, mais il sent bien qu'il faut qu'il y aille. Ce n'est pas l'heure des offices, c'est-à-dire le moment où l'église est encombrée de fidèles, que choisit le perversi sexuel. Il lui faut un peu d'ombre, et de mystère et au moins l'apparence de quelque sécurité dans l'accomplissement de l'acte dont le besoin le domine irrésistiblement. Si son outrage à la pudeur est réputé public, par l'endroit même où il se produit, il est, par le fait, aussi discret que peut l'être une manifestation de ce genre. Il ne vise point tout un concours de personnes. L'un de mes malades déclarait qu'il s'appliquait à n'être jamais vu par plus de deux femmes simultanément, juste ce qu'il fallait pour qu'il y ait [eu] échange d'impressions, ajoutait-il. Après chaque exhibition il s'interrogeait anxieusement : « M'ont-elles vu? Que disent-elles en parlant de moi entre elles?... Oh! que je voudrais le savoir... ».

C'est donc lorsque l'église est presque déserte que le perversi sexuel s'y montre. Il sait qu'il est à peu près certain de trouver là quelques femmes isolées ou par groupes de deux ou trois : il juge alors l'instant favorable et, posté en face d'elles, il se découvre... En présence du langage étrange de quelques exhibitionnistes impulsifs, on en arriverait presque à se demander si quelques sentiments, dominant comme l'impression d'un vague réveil de l'ancien culte phallique en honneur à Rome et à Athènes, n'interviendraient pas dans la solennité avec laquelle ils s'exhibent. X..., habitué de l'église St-Roch, nous faisait cet aveu : « Mon bonheur est dans les églises, pourquoi ? C'est ce que je ne définis pas. Je sais pourtant que c'est là que mon acte est de toute importance. La femme est recueillie et doit bien se rendre compte que cet acte dans un pareil lieu n'est pas une plaisanterie de mauvais goût, ou une dégoûtante obscénité, et que si je viens là ce n'est pas pour m'amuser ! C'est plus grave que ça ¹. J'épie l'effet produit sur le visage des dames auxquelles je montre mes organes. Je voudrais y voir une joie profonde, je voudrais en somme qu'elles fussent portées à se dire : « Que la nature vue ainsi est impressionnante et c'est pourquoi j'y vais malgré moi... ».

Voici, d'autre part, ce que nous disait un jour la femme d'un perversi sexuel arrêté nombre de fois dans les églises, pour exhibition de ses organes génitaux. Au cours d'un voyage, elle visitait une église en compagnie de son mari. Celui-ci se montre distrait, préoccupé, il semble sous le coup d'un malaise indéfinissable, ses tempes sont mouillées de sueur, son corps tremble. Tout à coup, il se déboutonne et s'exhibe, luttant contre sa femme qui connaissait sa passion, et lui crie : « Laisse-moi, laisse-moi, il le faut... ». Rentré à l'hôtel, il sanglote, demande pardon à sa femme, se déclare le plus malheureux des hommes...

Est-ce l'idée d'une odieuse profanation qui faisait agir X...? Assurément non. On peut assurer qu'il n'y avait pas l'intention d'une révoltante offense dans son exhibition : « Ce serait plutôt le contraire » nous déclarait-il, surpris lui-même de cette assertion aux apparences paradoxales. Il avait ce ton éploré et lassé d'un homme qui se sent dominé par une force supérieure à sa volonté.

...C'est donc lorsque l'église est presque déserte que le perversi sexuel s'y montre...

« Mon bonheur est dans les églises, pourquoi ?... si je viens là ce n'est pas pour m'amuser ! C'est plus grave que ça...J'épie l'effet produit sur le visage des dames...Je voudrais y voir une joie profonde... »

1. Dans l'observation d'ABELY et de M^{lle} TRUCHE où l'exhibition a une valeur purificatrice au regard de l'obsédé, on retrouve cette valeur d'impératif névrotique.

« Je sens, ajoutait-il, toute la répulsion que doit inspirer ma conduite. Pourquoi suis-je ainsi? Qui me guérira? ».

De tels faits par la profondeur de l'aberration sexuelle qu'ils révèlent, laissent l'esprit frappé d'étonnement... ».

Pour si déconcertante que soit effectivement; pour nous tous, une pareille conduite, l'étonnement de GARNIER n'est peut-être pas, à tout prendre, moins étonnant. Comme nous le soulignons plus haut en effet, « se montrer » fait partie du jeu sexuel et à ce titre l'exhibition peut, comme toutes les « perversions sexuelles », se déduire d'une sélection systématique des tendances libidinales qui figurent, à un degré plus ou moins marqué, le « vice » ou la « dépravation » dans la longue liste des « plaisirs préliminaires » ou substitutifs de l'acte sexuel.

Mais ici l'originalité propre à cette figure érotique dépend du symbolisme même du sexe masculin comme l'avait pressenti GARNIER. Le phallus est, en effet, une « imago » chargée de « puissance magique » et investie d'une émotion qui trouve une résonance profonde dans la nature humaine comme en témoignent toutes les significations collectives qui l'expriment dans les mythes, le folklore et les rites religieux.

« C'est, dit HAVELOCK ELLIS ¹, le véritable emblème de la génération, partout les hommes ont regardé cet organe avec un mélange de respect, d'horreur et parfois même de dégoût, chez les peuples civilisés. Son image est portée comme amulette pour garantir du mal et invoquée comme un charme pour attirer la bénédiction. Les organes sexuels ont été jadis l'objet le plus sacré sur lequel un homme put placer sa main pour prononcer un serment solennel, tout comme de nos jours, il jure sur l'évangile. Les traditions et la grande civilisation classique nous ont fait hériter de la conception du pénis comme un « fascinus », symbole de toute fascination. Dans l'histoire de la culture humaine il y a eu une signification surhumaine : il a été le symbole de toute la force fécondatrice de la nature, l'incorporation de l'énergie créatrice dans le monde animal et végétal, ce fut un simulacre digne d'adoration et le signe de l'extase par excellence. Comme symbole, le phallus sacré a été lié à toutes les conceptions les plus hautes et les plus profondes de l'humanité et cela si intimement qu'il est possible de le voir partout mais qu'il est impossible de ne le trouver nulle part. De là vient le grand nombre de noms que les hommes ont employé pour le désigner. On peut énumérer plus d'une centaine de synonymes dans la littérature française. . . » ¹.

Symbole de « puissance », organe de la vie et instrument de l'initiative érotique, il est, si nous en croyons l'expérience de la psycho-analyse, objet de la fierté du petit garçon qui craint d'en être privé, de le perdre (complexe de castration), et de l'envie des petites filles qui s'imaginent à peu près constamment au cours des fantasmes sexuels enfantins, en avoir été frustrées. L'organe féminin, plus ou moins identifié à l'anus, dans le fantasme infantile du cloaque, serait l'objet de cette honte du sexe qui, chez la femme, représenterait le sentiment le plus primitif et le plus fort, celui de la pudeur et

1. HAVELOCK ELLIS, Le symbolisme érotique, t. V, des *Études de Psychologie Sexuelle*. Le chapitre V est spécialement consacré à l'exhibitionnisme.

...l'originalité propre à cette figure érotique dépend du symbolisme même du sexe masculin [...] Le phallus est, en effet, une « imago » chargée de « puissance magique »...

...« la grande civilisation classique nous a fait hériter de la conception du pénis comme un « fascinus », symbole de toute fascination...» HAVELOCK ELLIS..

...objet de la fierté du petit garçon qui craint d'en être privé...et de l'envie des petites filles qui s'imaginent en avoir été frustrées...

de la honte ; il serait, sous son aspect fantasmique le plus archaïque, à la base des complexes d'infériorité et de frustration et de l'attitude masochiste féminine ¹. Si donc l'affirmation virile comporte pour ainsi dire nécessairement le geste de « montrer », le comportement érotique féminin impliquerait l'attitude de « cacher ». Aussi l'exhibition de la femme, si elle est « généreuse » pour tout ce qui est le reste de son corps, le plus possible dévoilé, exclut le sexe ². De telle sorte que montrer son sexe, les fesses, le « derrière » n'a pas du tout la même signification pour elle et exprimerait au contraire le mépris et l'injure, si nous en croyons certaines coutumes folkloriques. C'est ainsi que HAVELOCK ELLIS a écrit à ce sujet cette page que l'on nous excusera de citer dans son intégralité mais qui doit être versée au débat :

...montrer son sexe, les fesses, le « derrière » n'a pas du tout la même signification pour [la femme] et exprimerait au contraire le mépris et l'injure...

Sous sa forme primitive, c'est là certainement un acte magique, une sorte d'exorcisme, destiné à chasser les mauvais esprits et aussi les personnes mal disposées. C'est la manière expressive que possèdent les femmes pour montrer leur vulve et ce n'est qu'une forme de cette série d'actes où la mise à nue des organes sexuels possède une valeur rituelle. On a vu ci-dessus que des femmes des Balkans employaient ce moyen magique contre les ennemis en pleine bataille. Au XVI^e siècle, un théologien aussi éminent que LUTHER, attaqué par le diable pendant la nuit, ne réussit à le mettre en fuite qu'en lui montrant ses fesses. Mais le sens spirituel de cette attitude s'est perdu en même temps que les croyances primitives. Il survit cependant comme simple geste d'insulte. Il s'y ajoute que les fesses sont le centre des excréments, l'enveloppe de l'anus, l'élément sexuel des fesses ne joue aucun rôle. Aussi l'exhibitionnisme de ce type n'apparaît jamais chez les individus tant soit peu raffinés. . . , même en laissant de côté tout élément de pudeur ; on en relève très peu de traces dans l'antiquité classique, alors que pourtant les fesses étaient regardées comme un facteur de beauté.

Chez les Égyptiens, au cours d'une cérémonie décrite par Hérodote (livre II, chapitre IX), les hommes et les femmes allaient en barque sur le Nil, chantant et jouant : en s'approchant d'une ville, les femmes sur les barques insultaient les hommes et leur montraient leur sexe. Ce geste spécifique a subsisté chez les Arabes : un homme auquel toute vengeance est interdite exprime ses sentiments en exposant son derrière et en se jetant de la terre sur la tête.

C'est pourquoi, c'est en Europe, tant au moyen âge que plus tard, que ce geste semble avoir le mieux fleuri, comme expression violente de mépris. Il n'était nullement l'apanage des classes inférieures et KLEINPAUL, en discutant cette forme de « langage sans paroles », cite de nombreux exemples de personnes nobles et même de princesses, qui ont exprimé leurs sentiments sous cette forme. Dans les temps modernes, le geste ne semble s'être maintenu que dans les milieux ouvriers et paysans les plus

1. Hélène DEUTSCH (*Psychoanalyse der weiblichen Sexualfunktionen*, 1925 et *La Psychologie des femmes*, trad. française de la 7^e édit. amér. , 1949) et M. BONAPARTE (Passivité, Masochisme et féminité, *Rev. fr. de Psychoanalyse*, 1928 et ses articles récents dans la *Revue fr. de Psychoanalyse* 1949) ont souligné l'importance de cette constellation affective dans la psychologie féminine; J. HARNIK (The various Developments undergone by Narcissism in Men and Women, *Intern. J. of Psychoanalysis*, V, 1924) a bien étudié la différence structurale sur le plan narcissique du complexe de castration chez le garçon et la fille. — Par contre l'infrastructure inconsciente du « Deuxième sexe » est naturellement rejetée par Simone de BEAUVOIR (1949).

2. Cf. la note 3 de la page 212-213.

...D'après HAVELock ELLIS [la femme] ne montrerait ses parties sexuelles que pour « faire peur », laissant à leur secret le soin de « faire envie »...

...la femme [...] peut aller très loin dans la complaisante découverte de son corps, sans cependant aller jusqu'à découvrir ce qui reste, pour son inconscient, de plus secret et de plus honteux, la béance de son incomplétude...

...des « timides », fortement inhibés, trouvent dans cette suprême et rapide hardiesse, un moyen de pratiquer de loin, mais avec la violence d'un viol, une sorte de « coït visuel »...

grossiers : ZOLA en a donné dans *Germinal* une description qu'on peut appeler classique, quand la Mouquette à bout d'injures se retourne et montre son postérieur. Dans d'autres régions de l'Europe, ce geste n'est pas tout à fait hors d'usage, notamment chez les Slaves du Sud ; KRAUSS affirme que lorsqu'une femme yougoslave désire exprimer son mépris le plus profond elle se penche en avant, de sa main gauche relève ses jupes, et de la droite, se frappant les fesses, elle dit en même temps, voilà pour toi ! Une survivance verbale de ces gestes consistant à prier de « baiser son cul » existe encore en bien des endroits, par exemple au pays de Galles et en Cornouailles où cette invitation faite par une femme à un homme, surtout si elle est jeune et jolie, peut déterminer l'initié de deux familles ».

D'après HAVELock ELLIS, la femme ne sortirait de sa réserve, ne trahirait sa pudeur en montrant son intimité « honteuse » que pour donner à son exhibition un caractère d'agressivité et non point d'attraction érotique ; elle ne montrerait ses parties sexuelles que pour « faire peur », laissant à leur secret le soin de « faire envie ». C'est peut-être la raison profonde de l'absence d'exhibitionnisme et même d'exhibition proprement sexuelle chez la femme si l'on en excepte les manifestations sublimées dans la coquetterie qui peut aller très loin dans la complaisante découverte de son corps, sans cependant aller jusqu'à découvrir ce qui reste, pour son inconscient, de plus secret et de plus honteux, la béance de son incomplétude.

*

* *

Reste maintenant à pénétrer dans le mécanisme de cet acte dérisoire qu'est *l'exhibition sexuelle masculine*. Une telle attitude érotique implique une pluralité de mobiles qui vont s'étager, depuis les plus conscients et « compréhensibles », jusqu'aux arcanes de la vie instinctive complexe la plus enfouie.

L'exhibition sexuelle peut avoir la signification d'une « lubrique aventure » comme disait LASÈGUE. C'est la forme la plus brutale de l'invite sexuelle, la forme la plus brève du coït, pour autant que celui-ci puisse admettre, et admet, des formes substitutives ou des simulacres. L'érotisation du regard assure sa fonction d'interpénétration furtive et profonde. Aussi comprend-on que des « timides », fortement inhibés, trouvent dans cette suprême et rapide hardiesse, un moyen de pratiquer de loin, mais avec la violence d'un viol, une sorte de « coït visuel » dans l'espoir du développement, pour le moins imaginaire¹, d'une lubrique aventure, et l'illusion que l'« objet » frappé à la fois de stупeur et de désir va s'arrêter, répondre, acquiescer et se livrer. C'est bien ainsi que nous avons entendu certains exhibeurs analyser leur acte, qui témoigne d'une confiance absolue en la puissance magique du phallus, comme symbole générique, en même temps que d'une particulière défiance à l'égard de leurs moyens personnels de conquête.

1. L'observation de l'exhibitionniste Eugène SOMMER, rapportée par M. BOSS, pp. 62-69, est tout à fait typique.

L'exhibition est dans ces cas furtive, elle s'adresse à des partenaires possibles et désirées. Elle se fait en érection et s'accompagne de manœuvres masturbatoires. Tout ce comportement ridicule et pitoyable a pourtant la valeur d'une provocation au coït et escompte la complaisance et l'émotion sexuelle de la spectatrice jugée, troublée, fascinée et déjà complice. Le mâle exhibe son désir, ses attributs virils, portant à son degré de brutalité le geste de l'initiative sexuelle qui lui appartient en propre : il cherche à provoquer un désir égal à celui qu'il offre. Cette « invitation » directe, cette pressante sollicitation bravant, dans une sorte d'héroïsme, la pudeur et le ridicule est une forme du rut. Et c'est en proie à la plus vive surexcitation que l'exhibitionniste présente sans honte et, si l'on peut dire, sans « fard » sa nudité, comme le plus sûr et, dans la plénitude du sens, le plus *spécifique* moyen de conquête. Un autre mécanisme joue un rôle dans le déterminisme de l'exhibition, mais plus compliqué, moins directement « compréhensible » que celui dont nous venons de parler : c'est l'exhibitionnisme à mécanisme *narcissique*. Le choix « objectal » ne s'est pas détaché du corps propre et celui-ci, investi des plus fixes et exclusives valeurs libidinales, reste l'objet d'une jouissance sexuelle, parfois unique, celle de la masturbation devant le miroir. Le narcissique veut se voir, s'aimer, se montrer¹. L'introduction d'un tiers dans ce circuit narcissique n'en modifie pas la figure essentielle : en se montrant à autrui c'est à lui-même encore qu'il s'exhibe comme si les yeux d'une femme isolée, d'une petite fille supposée complaisante et « enivrée » de la même passion qu'il éprouve pour son propre corps, devaient seulement réfléchir l'image de celui-ci. Ce jeu des images et des miroirs qui les reflètent, introduit de multiples degrés, de nouvelles dimensions dans l'espace clos unissant et séparant la libido de ses objets. Se montrer, voir, s'exposer,

...Cette « invitation » directe, cette pressante sollicitation [...] est une forme du rut...

...Un autre mécanisme [...] c'est l'exhibitionnisme à mécanisme narcissique...

...en se montrant à autrui c'est à lui même qu'il se montre...

1. Nous avons psychanalysé un exhibitionniste dont le narcissisme, le désir de jouissance, passait tout entier dans ses rêves et ses exhibitions. C'était un assez jeune homme plutôt timide et à demi impuissant fortement rivé à la phase narcissique préœdipienne. Ses rêves étaient presque toujours des rêves de puissance et de prouesses.

Voici quelques scènes oniriques du genre de celles qui reparaissaient constamment dans sa vie de rêve : « Je prenais du poisson avec les mains alors qu'aucun pêcheur n'en prenait. Je disais aux infirmiers que ce soir je ne serai pas là, que je passerai à travers des murs. Je volais comme un oiseau mais c'était dans l'eau et j'étais sur le point de jouir. Chaque fois que je sais un tour de force quelconque je veux le faire. Il y avait un mât horizontal et je faisais des acrobaties formidables, des acrobaties au ralenti. Une religieuse brûlait dans un incendie et c'est moi qui la sauvais. Je faisais ce que personne ne voulait faire. Dans mon rêve je trouvais le moyen de faire marcher une voiture sans y mettre de l'essence, l'eau flambait et c'était merveilleux. Ça me fait penser que dans un autre rêve j'allais chercher des perles dans l'eau ». Une telle mégalomanie compensatrice de l'exiguïté de la vie sexuelle inhibée et misérable est tout à fait caractéristique de cette structure perverse dont l'exhibition n'est qu'un aspect. (M. BOSS). La valeur de spectacle offert (exhibition) ou de spectacle « pris » (scoptophilie) constitue le fond existentiel fondamental de ces perversions de l'érotique du regard, où se mêlent dans une atmosphère magique de secret violé les désirs de se montrer, de se démontrer, d'être vu, de se manifester et de capter.

... Nous avons psychanalysé un exhibitionniste dont le narcissisme, le désir de jouissance, passait tout entier dans ses rêves et ses exhibitions...

regarder, épier, c'est mêler le regard à l'amour. C'est se faire de l'amour une image spéculaire qui n'est jamais que le reflet de soi. S'exhiber, ici c'est encore et surtout se regarder. C'est dire que dans ces cas les tendances exhibitionnistes s'intègrent dans un complexe d'homosexualité inséparable de cette forme d'organisation auto-érotique de la vie sexuelle.

...Une autre forme d'exhibitionnisme met en jeu des tendances agressives sadiques...

Une autre forme d'exhibitionnisme met en jeu des tendances agressives *sadiques*. L'exhibition a alors la valeur d'un traumatisme, d'une dévirginisation morale. D'où la nécessité pour l'exhibitionniste de scandaliser l'innocence. Plus l'acte est accompli dans les circonstances de lieu ou de « partenaires » qui inspirent et commandent le respect, plus l'acte est profanatoire et choquant, plus de jouissance il provoque. Le coût « oculaire », la « communion de regard » qu'est l'exhibition, prend ici la valeur d'un outrage et d'un viol. Il n'est plus seulement spectacle, il est sacrilège.

Mais le type de l'exhibitionnisme le plus « vrai » [...] consiste pour un homme à s'exhiber dans une attitude honteuse...

Mais le type de l'exhibitionnisme le plus « vrai », ou comme on le dit parfois, le plus « pur » au sens classique du terme, consiste pour un homme à s'exhiber à la vue de spectateurs (ou plutôt de spectatrices) dans une attitude honteuse, une situation dangereuse et par conséquent dans un état d'anxiété extrême. Tandis que l'organe masculin est doté, dans le système des représentations collectives, d'une valeur universelle de puissance, c'est, flétri et vaincu, qu'il est présenté. Comment interpréter ce renversement de la valeur symbolique de l'attribut sexuel masculin ? Une seule explication paraît possible, c'est que cette exhibition traduit à la fois le désir angoissé de montrer sa virilité et celui de la frapper de punition, de s'offrir à la fois à la contemplation et à l'holocauste. Le mécanisme *auto-punitif et masochiste* de la pulsion exhibitionniste paraît ainsi s'identifier avec la structure psychopathologique de l'exhibitionnisme le plus mystérieux, celui du type LASÈGUE. Le sujet est généralement un hypogénital, parfois même un impuissant (comme l'a souligné spécialement PICARD ¹ en cherchant à rapprocher ce symptôme d'une insuffisance hypophysaire). C'est en tout cas un inhibé très généralement *pudique et pudibond*. Ses fonctions sexuelles sont (quand elles ne sont pas supprimées complètement) frappées d'un interdit en profonde relation avec les complexes narcissiques et homosexuels enfouis sous le complexe d'Œdipe ² et qui exigent une auto punition, une actualisation, sous forme d'angoisse névrotique, de l'angoisse du *complexe de castration*. Nous avons pu nous rendre compte de ce mécanisme en analysant l'exhibitionniste auquel nous venons de faire allusion et qui s'était exhibé en état de flaccidité auprès d'agents de police. Nous croyons ce mécanisme névrotique assez fréquent si l'on en juge par les tendances narcissiques et homosexuelles que l'on rencontre chez la plupart des exhibitionnistes ³. – L'investissement de

...C'est flétri et vaincu qu'il est présenté...

...Le mécanisme est auto-punitif et masochiste...

1. PICARD, *Ann. Médico-Psycho.*, 1937.

2. Point sur lequel RICKLE (1942) après FREUD et tous les psychanalystes, insiste spécialement.

3. Observations d'ADLER, MOLL, HESNARD, p. 61 et CAPGRAS, *Ann. Médico-Psycho.*, 1920 et 1921.

l'organe masculin viril par un sentiment de honte, de culpabilité, et de dégoût équivalant à le supprimer, à le châtrer, à renoncer à la phase phallique pour revenir aux formes plus archaïques de la libido. L'angoisse liée au complexe d'Edipe fait refluer le plaisir sexuel jusqu'à ses sources narcissiques préobjectales. Et d'autre part elle exige le châtiment de la castration. Le mécanisme d'auto-punition rend compte des conditions de religieuse solennité si souvent recherchée, selon les descriptions classiques, il explique aussi la récidive et l'angoisse vertigineuse qui engage le malheureux dans une situation scandaleuse, grotesque, à la fois douloureusement voluptueuse et voluptueusement douloureuse et en tout cas dangereuse puisque le sujet *s'expose* à la fois aux regards d'autrui et au danger d'être châtié.

*

* * *

Il suffit de se rapporter à la hiérarchie de ces mécanismes psychologiques de l'exhibition pour saisir que le premier niveau que nous avons décrit est celui-là même de l'exhibition non pathologique. C'est un comportement encore « normal » : puisqu'il est caractérisé par le développement seulement électif et systématique d'une des tendances dont le faisceau constitue l'expérience érotique humaine. C'est un « vice », un « jeu », un « subterfuge », certes statistiquement inhabituel, mais que l'on ne saurait convenir d'appeler « pathologique » sans s'entraîner fatalement à considérer comme « malades » toutes les prostituées, tous les masturbateurs, tous les homosexuels, etc...

Les autres mécanismes sont essentiellement névrotiques en ce qu'ils supposent une *fixation* ou une *régression* anormales au stade des formes archaïques de la vie des instincts. Aussi ce trouble, comme l'a bien montré BOSS, est-il irréductible à ce que les psychanalystes appellent une « pulsion partielle ». Il s'accompagne effectivement d'une constellation de symptômes psychosomatiques qui constituent le tableau clinique de déséquilibre ou de névrose (perversité, schizoïdie, obsession, mythomanie, infantilisme, troubles hormonaux, etc.), la forme structurale d'un mode d'existence anormale.

Dans cette perspective, le type d'exhibitionnisme impulsif, décrit par LASÈGUE, représente la régression névrotique la plus profonde, car c'est lui qui se situe aux antipodes de la recherche de « lubriques aventures ». Son caractère paradoxal et énigmatique manifeste la structure conflictuelle des pulsions sexuelles. Et c'est à la psychanalyse qu'il faut recourir pour pénétrer dans les significations ambiguës de ce symptôme névrotique majeur que constitue l'acte d'exhiber, au comble de la peur, de l'angoisse et du vertige, un organe châtré de sa virilité...

... Le mécanisme d'auto-punition rend compte des conditions de religieuse solennité si souvent recherchée...

...Et c'est à la psychanalyse qu'il faut recourir pour pénétrer dans les significations ambiguës de ce symptôme névrotique majeur...

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

- LASÈGUE, *Union Médicale*, 1^{er} mai 1877 et tome II des *Études médicales*.
- KRAFFT-EBING, *Psychopathia Sexualis*, 1869, trad. franç, des 16^e et 17^e éditions allemandes par A. MOLL et R. LOBSTEIN, 1931, pp. 388-431.
- MAGNAN, *Communication à la Société de Médecine Légale*. Mai 1890 et *Recherches sur les centres nerveux*, II 1893, p. 205.
- LALANNE, *Les exhibitionnistes*. Thèse, 1896.
- GEORGE, *Les exhibitionnistes impulsifs*. 1899.
- GARNIER, *Congrès Internation. de Médecine*, 1900.
- HAVELOCK ELLIS, *Études de psychologie sexuelle*. Tome V.
- LEY et CHARPENTIER, *Alcoolisme et Criminalité, Congrès des Aliénistes de langue fr. de Bruxelles*, 1910.
- PRIBAT, *Exhibition chez les épileptiques*, 1894.
- FREUD, *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, 1914.
- EAST (W. K.), Observations of Exhibitionism, *Lancet* , 372, 1924, pp. 370-375.
- STAEHLIN (J. E.), Untersuchungen an 70 Exhibitionisten, *Zeitschrift f. N. P.* , 1926, t. 102.
- MOLL A., *Handbuch der Sexualwissenschaften*. Tome I, 1926.
- OLLIVIERS, *Journal de Neuro. et Psychiatrie belge*. 1931 p. 221.
- HESNARD, *Psychopathologie sexuelle*, Paris, 1934.
- RICKLES (N. K.), Exhibitionism, *J. of nerv. and ment. Diseases*, 1942, 95, p. 11.
- APFELBERG (B.), SUGAR (C.) et PFEFFER (Z.), A psychiatric study of 250 sexe offenders, *Amer. J. of Psych.* , 1944, 100, p. 762.
- EAST (W.), Sexual offenders, *J. of nerv. and ment. Diseases*, 1946, 103, p. 626.
- BOSS (M.), *Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen*, 1 vol. , Berne, 1947 (cf. spécialement l'observation pp. 62-69).

Étude n° 13

PERVERSITÉ ET PERVERSIONS

9. Les troubles de la mémoire.
10. La catatonie.
11. Impulsions.
12. Exhibitionnisme.
13. *Perversité et perversions.*
14. Le suicide pathologique.
15. Anxiété morbide.
16. Délire des négations.
17. Hypochondrie.
18. Jalousie morbide.
19. Mégalomanie.

L'étude de la perversité et des perversions exige qu'en soit exclue toute hypocrisie qui risque d'en masquer la nature. En effet, magistrats, moralistes et psychiatres ont parfois tendance à placer de tels écarts du comportement moral et social hors de la nature, soit en les considérant comme un *péché contre nature*, soit en y voyant l'effet d'un processus morbide créateur de tendances *hétérogènes* à la nature humaine. Le « Moralisme » et le « Mécanicisme » méconnaissent ainsi également la nature humaine qui est immanence du vice, du « stupre », de la lubricité, du mal, au plus profond de nous tous.

§ I. – POSITION DU PROBLÈME DE LA PERVERSITÉ ET DES PERVERSIONS PATHOLOGIQUES

Pour saisir dans sa plus naturelle compréhension la notion de « perversion instinctive », il importe de partir d'abord d'une analyse génétique du développement de la personne morale et de surmonter, dans la mesure du possible, un certain nombre d'obstacles que les faits et les notions qui les expriment, par leur obscurité même, offrent à une vue juste de ce problème. Nous sommes donc contraints d'ouvrir cette *Étude* par une manière de « dissertation » dont la nécessité nous fera excuser la longueur.

A. – DÉVELOPPEMENT DE LA PERSONNE MORALE

La couche la plus profonde, la plus enfouie et la plus primitive de notre système pulsionnel est constituée par les tendances spécifiques qui constituent la *sphère instinctive*. *L'instinct* est l'ensemble de ces *tendances spécifiques*. Ce sont elles qui le définissent et leur *existence* rend vaine toute critique de cette notion. L'instinct, c'est en effet la profonde aspiration de l'être vers ses fins naturelles. Mais l'instinct est à la fois violent et mal différencié ; ses bourgeons anarchiques foisonnent. Il plonge ses racines dans l'organisation même des réflexes ¹ et des tropismes et reste soudé à la

...L'instinct, c'est la profonde aspiration de l'être vers ses fins naturelles. Mais l'instinct est à la fois violent et mal différencié...

1. Pas plus que de la notion d'instinct il n'est possible de se débarrasser de celle de réflexe. Chassez-les, elles reviennent au galop. Le tout est de ne pas s'abuser sur leur signification réelle.

forme rudimentaire d'une existence qui ne tend aveuglément et automatiquement qu'à désirer, souffrir, jouir et persévérer dans l'exécution d'un programme vital vague constituant les lignes de forces sinueuses et parfois incertaines de son organisation. L'organisme, à peine né, manifeste des appétits sommaires et plus généralement des tendances au plaisir que FREUD a appelées la « libido ». Ces instincts bruts ou brutaux, mal qualifiés, restent vaguement indéterminés quant au « choix objectal ». Le nourrisson est enfermé dans un cercle étroit de velléités, de tendances, pour ainsi dire subjectif et hédonique : il mange, il se satisfait, s'aime, se défend, jouit en circuit fermé. Ce que la psychanalyse nous a appris de l'autoérotisme, du sado-masochisme primaire, des pulsions agressives du stade prégénital représente ce fond de tendances instinctives qui porte le nouveau-né à mobiliser en masse l'énergie dont il dispose pour leur satisfaction immédiate.

Que les biologistes, les psychologues, les « gestallistes » ou les réflexologistes étudient cette couche primitive des comportements ¹ ou réactions primaires, des tro-

1. A cet égard nous pouvons indifféremment renvoyer aux vieux travaux de ESPINAS (*Des sociétés animales*, Paris, 1878), ROMANES (*Animal Intelligence*, 1882), de LOEB (*Die Dynamik der Lebenserscheinungen* 1906), de BETHE, Th. BEER et de VON UEKULL (1899), de ZIEGLER (*Der Begriff des Instinktes*, 1910), THORNDIKE (*Animal Intelligence*, 1911) ou à ceux que depuis trente ans ont publié BOHN (*La naissance de l'intelligence*), BRUN (*Archives suisses de Neuro*, 1920), RABAUD (*Bull. Soc. de Zoologie*, 1921), de PAVLOV (1924), de KOEHLER (*L'intelligence des singes supérieurs*, 1^{re} édition 1917, 2^e édition 1921, trad. franc., 192), J. VON UEKULL, (*Umwelt und Innenwelt der Tieren*, 2^e édition, 1921), de KAFKA (*Handbuch der vergleichende Psychologie*, 1922, t. I), de K. KOFFKA (*Die Grundlagen der psychische Entwicklung*, 2^e édition 1925), de MALINOWSKI (*Sex and repressions in sorage Society*, 1927), de YERKES et YERKES (*The great Ages*, 1929), ALVERDES (*Social Life in the annual world*, 1927), J. S. BUYTENDIJK (*Psychologie des animaux*, 1928), MONAKOW et MOURGUE (*Introduction biologique à l'étude de la Neurologie et de la Psychopathologie*, 1928), M. ROSS (*La question des tropismes*, Paris, 1929), L. VERLAINE (*L'âme des bêtes*, Paris, 1931), L. VERLAINE (*Psychologie comparée*, Bruxelles, 1932), ROSTAND (*La vie des crapauds*, 1933), S. S. HUXLEY (*Courtship of animales*, *Encyclopedia Britannica*, vol. VI), F. ALVERDES (*Die Tierpsychologie*, Leipzig, 1932), HYATT VERRILL (*Mœurs étranges des insectes*, *Mœurs étranges des oiseaux*, trad. franc., 1939) J. S. ZUCKERMANN (*La vie sexuelle et sociale des singes*, trad. franc., 1937), É. VERLAINE (Les réactions sensitivo-motrices des animaux, *Encyclopédie française*, La vie mentale, 8-28-11), Pierre RAY (La vie sexuelle chez les animaux, *Encyclopédie française*, La vie mentale, 8-38-11), TINBERGEN (An objectivist study of unnnate behaviour animales. *Bibliotheca biotheor.*, I Pars, 2, Leiden, 1942), H. HEDIGER (*Wildtiere im Gefangenschaft*, 1942), W. HORSLEY GANTT (*Exper. Basirof neurolie Behavior in Dogs*, 1944), L. CHOPARD (*La vie des sauterelles*, 1945), J. H. MASSERMAN (*Pringles of dynamic Psychiatry*, 1946), F. ANGEL (*Vie et mœurs des Amphibiens*, Paris, 1947), etc., G. ZUNINI (*Animali e uomo visti da un psicologo*, 1947). Les travaux de l'école réflexologique américaine (LIDDEL, GUTHONE et HULL, etc.) et certains mémoires récents sur le comportement des vertébrés comme par exemple celui de FENELL (*American Naturalist*, 1945) et de GUHL, COLLIAS et ALLÉE (*Phys. Zool.*, 1945) sur les galinacés, de G. ZUNINI (*Rivista di Psicologia*, 1945) sur les chiens, de H. HEDIGER (Die Bedeutung der Miktion und Defekation bei Wildtieren, *Rev. suisse de Psychol.*, 1944), Hans RABER (Analyse des Balz verhaltens einer domestizierten Truthans Behaviour, t.1, 3-4 ; l'étude sur le comportement érotique des dindons qui est intéressante au point de vue de la psychopathologie du fétichisme et de la parure), MONIKA MEYER-HOLZAPFEL (Die Beziehungen den Trieben Junger Tiere, *Rev. suisse de Psychologie*, 1949), etc., ces travaux tiennent au courant des innombrables observations et expériences qui s'accumulent sur le comportement instinctif et les réactions des animaux. Les Revues : *Archives de Zoologie expérimentale*, *Archives Néerlandaises de Zoologie*, *Bulletin de la Société Zoologique de France*, *Genetic Psycho-logy Monograph*, *Journal of the Royal Anthropological Institut*, *Journal of comparative and .../...*

pismes, des instincts, des pulsions ou des tendances chez les animaux, tous, quelles que soient leurs théories, se trouvent d'accord pour décrire une couche primitive de comportement soudée spécifiquement à la forme de l'organisme, à ses dispositifs fonctionnels et à leurs régulations neuro-hormonales. Sans doute cette activité instinctive implique-t-elle une certaine direction, une certaine finalité dont les besoins constituent les axes fonctionnels, mais ces travées d'organisation qui constituent les comportements typiques et adaptés, soit par le jeu inné des dispositions congénitales, morphophysiologiques, héréditaires, soit sous l'influence des situations vitales et sociales où les animaux se trouvent placés, ne déterminent pas rigoureusement une adaptation parfaite de l'instinct à son objet. Il existe, en effet, un grand nombre de variations qui expriment soit les tendances anarchiques des comportements inconditionnés, soit des « conditionnements » qui perturbent les réactions primaires. L'instinct ne constitue pas une ligne droite qui va du besoin physiologique et naturel à sa satisfaction adéquate et conforme à l'adaptation, aux accords parfaits de l'organisme avec son milieu. D'où les décharges émotionnelles perturbatrices, les jeux où se gaspillent les instincts, les aberrations des appétits et des tendances. C'est un monde frénétique, désordonné et aberrant que figure cette couche « archaïque » ou « primitive » d'existence et non point, certes, un ordre de régulation parfait et mathématique. Rien de plus instructif à cet égard que l'étude du comportement sexuel des « babouins » que nous devons à ZUCKERMANN. Le milieu social qui constitue la vie de ces singes est traversé de forces instinctives qui l'organisent et concourent, tant bien que mal, à la préservation et à la reproduction de l'espèce, mais au travers de multiples et incessantes variations paradoxales, de constantes aberrations du comportement instinctif. La sexualité y apparaît comme la forme de cohésion de groupe, mais non point constamment dirigée vers la procréation – et les conduites sexuelles participent plus du jeu, de la colère, de l'intérêt, des adaptations fortuites, du hasard des contacts et des dispositions momentanées que de désir immuable et « naturel » de se reproduire par des rapports hétérosexuels féconds. L'ensemble de ces réactions surtout chez les sujets impubères est flottant et paradoxal. Seule la forte poussée hormonale de la puberté ou, chez la femelle, de l'œstrus, maintient les réactions sexuelles dans un ordre qui reste constamment compromis par les conduites anormales. Ces conduites ne sont pas « amORALES » pour la bonne raison qu'il n'y a pas de « morale » dans ces groupes d'êtres vivants chez lesquels les seules inhibitions qui imposent leur forme aux conduites sont occasionnelles. C'est ainsi que la « dominance » du maître dans le groupe s'exerce seulement par intermittence et que la peur qu'il inspire est

...L'instinct ne constitue pas une ligne droite qui va du besoin physiologique et naturel à sa satisfaction adéquate et conforme à l'adaptation, aux accords parfaits de l'organisme avec son milieu...

...Rien de plus instructif à cet égard que l'étude du comportement sexuel des « babouins » que nous devons à ZUCKERMAN...

.../... physiological Psychology, Journal of experimental Psychology, Journal of experimental Zoology, Behaviour et Zeitschrift für Tierpsychologie (dirigée par O. KOEHLER et K. LORENZ), etc., constituent des moyens d'information qu'aucun psychiatre qui s'occupe des instincts et de leurs variations ne peut négliger.

soumise à des fluctuations de puissance et à toute une série de circonstances biologiques et sociales. Jamais, semble-t-il, une « norme », une « loi », autre qu'un « impératif très hypothétique » de crainte, d'intérêt ou de satisfaction hédonique ne vient contre-balancer la poussée libidinale du désir. La vie anarchique violente de ces singes, tous homosexuels, tous avides, attachés à leur plaisir, obscènes, malpropres, parfois monstrueux, souvent voleurs, coprophiles, nécrophiles, exhibitionnistes, cette vie tout entière soudée aux pulsions libidinales est-elle « perverse » ? Non, puisqu'elle constitue la constante de ces comportements spécifiques et que, pour qu'il y ait des pervers chez ces animaux, il faudrait que tous ne le soient pas.

Mais, chez l'homme, un autre plan se superpose à ce plan, c'est celui des *complexes instinctivo-affectifs personnels*. A ce niveau les tendances émergent de la couche proprement spécifique pour s'organiser et se systématiser en fonction de l'histoire de l'individu et de son développement propre, dans les constellations familiales et sociales dont il fait partie. Dans l'orbe des diverses « sphères sensorielles » naissent des goûts individuels comme dans l'ordre de la sphère sexuelle le choix objectal intervient pour différencier et discipliner, au prix de dures contraintes, la libido diffuse et flottante. Une pareille *intégration* personnelle des tendances spécifiques suppose une sélection, fonction du « caractère » individuel. Les instincts primitifs se trouvent alors, et du fait de cette différenciation, soumis à des processus inconscients de déplacement, de sublimation, de substitution. Si l'on veut employer une terminologie physiologique, on parlera de processus d'inhibition et de réflexes conditionnels ; si l'on veut recourir aux termes psychanalytiques, on parlera de « complexes affectifs », de répressions, de « fixations libidinales ». Sans doute cette « complication » et ces déplacements dans la sphère des conduites instinctives se rencontre-t-elle aussi chez les animaux, et il est fort probable que le « conditionnement » des instincts par le milieu « social » d'un groupe de babouins engendre aussi une série d'inhibitions et de substitutions qui figurent en un certain sens une « pré-morale », selon le mot d'HESNARD, constituée par un système d'interdits et de répressions. Mais chez l'être humain, dès les premiers stades de développement, ce système pulsionnel est lié à des contrepulsions infiniment plus rigoureuses, à la mesure même du monde des valeurs qui constitue la vie sociale de l'homme et la structure virtuellement morale de sa conscience. La dialectique des instincts et de leur « censure » que les psychanalystes nous ont rendue familière, ne peut se comprendre que par cette considération. Dès les premières phases de l'évolution se révèle, en effet, la structure conflictuelle de la personnalité, son oscillation fondamentale entre le « ça » et le « sur-moi », préfiguration du choix entre le désir et le devoir, qui constitue l'infrastructure la plus profonde de la nature humaine. Le dépassement du stade oral d'incorporation de l'objet désiré, la discipline sphinctérienne, les vicissi-

1. Dans le sens, dit-il, dont on parle d'une « Prélogique ».

...Mais, chez l'homme, un autre plan se superpose à ce plan, c'est celui des complexes instinctivo-affectifs personnels...

...Les instincts primitifs se trouvent [...] soumis à des processus inconscients de déplacement, de sublimation, de substitution...

...chez l'être humain, dès les premiers stades de développement, ce système pulsionnel est lié à des contrepulsions infiniment plus rigoureuses, à la mesure même du monde des valeurs...

tudes du choix objectal, l'angoisse œdipienne de la castration témoignent à chaque phase du développement libidinal pré-génital puis phallique, de l'action d'un système contrepulsionnel caractéristique de chacun de ces stades. Aussi se substitue à la nature instinctive une « *supranature*¹ » complexe soumise aux lois de la pré-morale : celle du sur-moi.

Plus tard dans l'histoire du développement plus haut dans la hiérarchie des « fonctions psychiques », l'organisation même de la conscience opposera sa propre action à celle de l'inconscient (avec ses deux faces, celle du « ça » et celle du « sur-moi ») et c'est avec cette organisation définitive et supérieure de l'être que naîtra la véritable « conscience morale », c'est-à-dire, un système de valeurs qui domine le plan instinctif et complexe et subordonne les pulsions (le « ça ») et leurs contrepulsions (le « sur-moi ») de la supranature, à la surnature éthique... Aussi la conscience morale nous apparaît pour ce qu'elle est, une sphère de déterminations « raisonnables » et éthiques, qui constitue non pas la base mais le sommet de l'organisation de la personne. Son existence, loin d'être « instinctive », est une *forme d'existence dirigée contre l'instinct sous toutes ses formes*. Celui-ci en tant que foyer latent d'énergie contenue représente la tendance au « mal ». Car il n'y a pas de « bons » ou « mauvais » instincts, tous sont « mauvais » tant que la conscience morale ne leur a pas imposé la forme d'intégration et de contrôle qui dépend de son « jugement », c'est-à-dire de son système de valeurs et de choix.

Telle est l'organisation du système pulsionnel et sa subordination aux instances morales. Une pareille vue des choses doit nous mettre à l'abri d'une erreur communément commise, celle de considérer que parmi les instincts il en existerait un spécial qui serait « l'instinct de moralité », et que de son développement normal résulterait la vertu, comme de son absence proviendrait la perversité. C'est une commode façon d'escamoter le problème qu'adoptent les « constitutionnalistes » en cette matière. Mais c'est tout simplement méconnaître que la « morale » est le terme antinomique de l'instinct.

La conscience morale, depuis ses premiers rudiments jusqu'à son plein développement, est donc caractérisée par un processus d'inhibition et de choix qu'il faut bien appeler la volonté puisqu'il ne sert de rien de le vouloir appeler autrement². Elle opère ses inhibitions et ses choix en fonction d'une intégration de facteurs sociaux et culturels (motivation sociale) et en fonction de la personnalité (motivation psychologique).

1. Nous employons ce néologisme pour ne pas employer le terme de surnature qui implique un détachement à un niveau supérieur à l'égard de la nature. Nous visons en effet ici dans le développement génétique un niveau qui se tient entre la nature donnée et la surnature qui constitue la personnalité consciente.

2. Ce que nous venons de dire à propos de l'instinct et de la morale peut se dire également du désir et de la volonté. La volonté est antagoniste du désir et ne prend sa valeur et son sens que dans cet antagonisme et non dans l'identification « schopenhaurienne » des deux termes.

...la « conscience morale » [est] un système de valeurs qui domine le plan instinctif et complexe et subordonne les pulsions (le « ça ») et leurs contrepulsions (le « sur-moi ») de la supranature, à la surnature éthique...

...l'instinct en tant que foyer latent d'énergie contenue représente la tendance au « mal »...

Ces choix « moraux » constituent une action de répression à l'égard de tout le système pulsionnel instinctif et complexuel, répression limitée seulement par les nécessités vitales et, si les choix sont plus souvent immoraux que moraux, c'est que le choix moral, comme le chemin de la vertu, est aride, douloureux et difficile, soumis à un principe de valeur « idéale », tandis que le choix immoral suit plus naturellement la pente des inclinations pulsionnelles, c'est-à-dire s'abandonne au principe du plaisir, au système des valeurs hédoniques.

B. – LA « PERVERSITÉ » NORMALE ET PATHOLOGIQUE.

La pathologie de la conscience morale.

Sous son aspect le plus général et négatif, le mal se confond avec l'absence de moralité et toute action est dite immorale tout simplement lorsqu'elle échappe au contrôle de la conscience morale. Mais cet aspect « négatif » du mal ne suffit pas à le définir, le mal n'est pas seulement constitué par l'instinct non intégré dans la sphère morale, il dépend comme « acte », dans son sens le plus fort et positif, d'une « perversion » du système des valeurs morales. Une telle perversion n'est pas seulement synonyme d'absence de moralité, d'échappement au contrôle moral, elle est vécue et sentie comme une volonté de mal, une action « à rebours » et de « contre-pied ». Là où il « faudrait » être bon, le pervers doit être méchant, là où il « faudrait » être respectueux, il doit être sacrilège ; là où il « devrait » éprouver un dégoût, une répulsion, il éprouve une attirance : il y a *inversion de l'acte moral*. C'est ce que DUPRÉ avait bien mis en évidence ¹ quand il écrivait :

« La perversion n'est réalisée dans toute l'acception du mot que par l'apparition et le développement à la place de l'instinct moral, de tendances contraires et de sens nettement opposés : elle est réalisée par l'inversion des penchants normaux. L'agénésie des inclinations tendres et des sentiments de sympathie aboutit à l'indifférence affective, mais la perversion des penchants attractifs est réalisée par la malignité qui se traduit par la tendance à nuire et à détruire, par l'appétit du mal pour le mal, par la jouissance essentielle de la souffrance d'autrui... Dans le cas d'aversion affective et morale, le véritable pervers est poussé par des *tendances mauvaises* à des réactions nettement agressives et dangereuses contre autrui. Dans son activité maligne, il sera toujours entraîné souvent même contre son gré, contre son intérêt personnel évident, à des attentats contre l'honneur, le bien et la vie d'autrui. »

Cela est parfaitement juste mais nous conduit à envisager l'essence de la perversité comme une « volonté de mal » et non point, ainsi que le faisait précisément DUPRÉ, comme une simple tendance constitutionnelle, une « perversion instinctive donnée ». Il n'est pas vrai que (pour parler même des perversions les plus affreuses), manger ses excréments, violer des cadavres, raffiner un supplice, jouir de la souffrance d'autrui et de la sienne propre, soient des perversions « en soi » que l'on ne rencontrerait que chez

1. DUPRÉ, *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, pp. 422 et 423.

...le mal n'est pas seulement constitué par l'instinct non intégré dans la sphère morale, il dépend comme « acte » [...] d'une « perversion » du système des valeurs morales...

DUPRÉ décrit ...« la jouissance [issue] de la souffrance d'autrui »...

des « anormaux » et qui seraient en elles-mêmes et par elles-mêmes des « anomalies ». On ne saurait invoquer une « tendance perverse amoral » fondamentale pour expliquer une « conscience morale perverse » ; qui ne voit clairement, en effet, que la notion de perversité est précisément contradictoire avec l'idée d'une « donnée constitutionnelle simple et primitive » ? *Le « primitif » n'est pas « pervers »*. Mais ce n'est certainement pas le fameux aphorisme de Jean-Jacques ROUSSEAU que nous reprendrions ainsi à notre compte, car c'est, au contraire, pour être ou nous paraître trop essentiellement « amoral », au-dessous de toute morale que nous ne l'appellerons pas « pervers ». C'est pourquoi nous estimons que le sens de perversité ne peut s'attacher ni au comportement des babouins, ni à celui des nourrissons. La notion de perversité requiert une organisation de la conscience morale, c'est-à-dire un système de valeurs dont l'inversion constitue cette « morale » à rebours qui, pour pouvoir enfreindre la loi morale, la doit supposer. Nous comprenons ainsi à quelles difficultés ne peut manquer de se heurter la notion même d'une « perversité pathologique ». Puisque la perversité exige une forme élevée du jugement, une conception du monde et un système de valeurs clairement perçu et calculé, comment peut-elle être envisagée par le médecin (autrement que par les moralistes, les théologiens et les juristes) comme une « maladie » ? – Si la perversité se définit par l'organisation systématique d'un programme vital d'actions cyniques et témoigne, comme nous venons de le voir, d'un travail psychique de sélection, de raffinement et de calcul qui lui confère sa valeur propre de scandale et de vice, une telle forme de perversité de la conscience morale n'est pas, *ne peut pas être fatalement et toujours pathologique*. Ce serait en effet méconnaître et dévaloriser l'existence même de l'acte volontaire que de lui refuser le pouvoir de faire émerger du système pulsionnel, en fonction d'influences et de représentations collectives, d'habitudes ou de goûts savamment entretenus, les principes pervers de détermination et d'orientation de la conduite. Bien plus, la notion d'une perversité pathologique exige pour être acceptée des études et des analyses approfondies, car la perversité apparaît, plus naturellement et fréquemment aux yeux de tous, comme l'effet d'une « mauvaise conscience » que d'une maladie. Si les psychiatres ont eu tant de mal à faire accepter qu'une certaine forme de perversité soit malade, il leur reste à s'interroger sur le fondement d'une distinction qu'ils ont eux-mêmes posée. Mais, après avoir admis qu'il y a une perversité non pathologique qui est précisément la plus « pure », nous verrons *qu'il ne peut pas ne pas y avoir une perversité pathologique*. Nous allons, tour à tour, examiner ces deux aspects du problème.

I – Il est classique de rappeler à propos de la perversité des grandes figures de pervers, monarques, despotes, etc., dont la frénésie, la cruauté, la sanguinaire férocité ont tristement illustré le nom : Néron, Caligula, Richard III, Sade, etc. Que ces personnages qui ont toujours profondément remué l'âme humaine, au point de constituer un

...La notion de perversité requiert une organisation de la conscience morale, c'est-à-dire un système de valeurs dont l'inversion constitue cette « morale » à rebours qui, pour pouvoir enfreindre la loi morale, la doit supposer...

...Si la perversité se définit par l'organisation systématique d'un programme vital d'actions cyniques [...] une telle forme de perversité de la conscience morale n'est pas, ne peut pas être fatalement et toujours pathologique...

...Une difficulté : les conduites humaines subversives, [et l'exemple] des « surréalistes »...

appât d'un sûr attrait pour la lecture ou le spectacle de leurs exploits aient été anormaux, ou pathologiques, est une question qui reste en suspens. Mais il n'est point besoin de faire appel aux héros de l'histoire ancienne. La difficulté qui se présente aux psychiatres est celle des *conduites humaines subversives* et nous pouvons en prendre conscience à propos de ces « pervers » contemporains que sont, par exemple, les « surréalistes », systématiques amateurs de « scandales », de « cynismes » et de « profanations ». « On a fait des lois, des morales, des esthétiques pour vous donner le respect des choses fragiles. Ce qui est fragile est à casser... Nos héros sont Violette Nozières, le parricide, le criminel anonyme de droit commun, le sacrilège conscient et raffiné », s'écriait dans les *Aventures de Télémaque* (1923) Louis ARAGON. Et la poésie, se confondant avec la libre expression de « l'hôte inconnu » qui nous habite, ces poètes vont sans cesse opposer à l'ange doucereux et bénin, la bête déchaînée et puissante, et cela non seulement dans leurs écrits, mais dans leurs actes, la révolution devenant le véritable « art poétique » de la violence. « Jacques VACHE préféra, dit A. BRETON, à la désertion à l'extérieur en temps de guerre qui garda toujours pour lui quelque côté palotin, une forme d'insoumission qu'on pourrait appeler la désertion à l'intérieur de soi-même... un parti-pris d'indifférence totale, un parti-pris de ne servir à rien ou plus exactement à desservir avec application. » Et l'on sait que J. VACHÉ s'est tué peu après l'armistice de 1918 non sans avoir tué (semble-t-il ?) un de ses amis. Au regard de ce drame de l'engagement subversif poussé jusqu'à sa suprême et tragique conclusion, « Dada », forme « infantile » du surréalisme, n'est apparu que comme un jeu d'enfant espiègle qui a rapidement cessé de satisfaire le besoin profond de négation clastique. « Lâchez tout, écrivait, en 1924, A. BRETON, lâchez Dada, lâchez votre maîtresse, lâchez vos espérances et vos craintes. Semez vos enfants au coin d'un bois, lâchez la proie pour l'ombre... » Cette même année ARAGON écrivait encore dans le « libertinage » : « Je n'ai jamais cherché autre chose que le scandale et je l'ai cherché pour lui-même... Tout au monde, Dada, la guerre, la peinture, les femmes, mes amis... le crime, Edith CAVEIX, RIMBAUD, la petite fille coupée en morceaux, le marquis DE SADE, Jacques VACHÉ, l'armée (je fais appel aux jeunes gens : qu'ils désertent en masse). « Paris pendant la guerre » de Bartholomé qui tient un phallus dans sa main, l'ignare PASTEUR, le médiocre BANVILLE, RENANT le masturbateur, les généraux... et par exemple, le sacrement de la communion et le fait de ne pas porter de bretelles, tout cela n'a jamais été pour moi que l'occasion de scandale. » Rappelons encore cette « définition du surréalisme ¹ », « les objets bouleversants et le cassage de gueules, la peinture fantastique, le genre mal élevé, les révolutionnaires de café, le snobisme de la folie, l'écriture automatique, l'anticléricalisme primaire, la discipline allemande, l'exhibi-

...Dada...

1. *Variétés*, numéro surréaliste, 1929.

tionnisme, les plaisanteries pas drôles », qui témoigne de cette vague de destruction se dévorant elle-même qui a secoué, jusqu'au tréfonds de leur nature, ces révoltés. On trouvera dans les livres de Maurice NADEAU ¹ une ample documentation sur ces aventures, ces éclats, ces injures où éclate, sans se briser, la subversité de ces « poètes » qui ont tenté de faire passer leur rêve dans l'action et qui, enivrés d'une révolte infernale, ont poussé, jusqu'à « l'absurdité », le goût insatiable d'un autre monde, de l'envers du monde. *L'Humour noir* (titre du prestigieux recueil de textes choisis par A. BRETON), creuset où se mêlent dans une étrange vapeur tragi-comique les fantasmagories du cocasse, du vice, du crime, du cauchemar, du jeu de la mort, distille les essences « perverses » de la production écrite ou pragmatique de cette poésie qui émane des ruines croulantes de la réalité quand, ébranlée par le gigantesque effort de sa destruction, volent les éclats de sa « convulsive beauté ».

...subversité...

...révolte...

Nous entendons bien que l'on pourrait nous reprocher de prendre notre exemple chez un groupe d' « esthètes » dont la « sincérité est suspecte » et qui peuvent paraître animés surtout du désir de « bluf », de « cabotinage » ou de « publicité ». Ce que nous avons dit précédemment de J. VACHÉ ² nous paraît suffisant pour nous garantir contre ce reproche. Au surplus, il est aisé de comprendre que nous aurions pu soutenir la même argumentation à propos d'autres groupes ³ de « révolutionnaires » dont la frénésie et la subversité apparaîtront plus immédiatement « sincères » ou sérieusement « engagés ».

...révolutionnaires...

Mais même hors de ces « groupes », de ces collectivités qui obéissent à une « morale antimorale », qui opposent aux normes d'une société celles d'une autre société passée, étrangère ou future, nous connaissons tous ces individus qui, « la vipère au poing » et dans l'exaltation de leur jeunesse ou de leurs passions, tiennent tête et font face aux « traditions », aux « routines », aux « bourgeois », aux « principes », à la « Loi » dans une attitude tragique de provocation, de défi et de révolte. Dressés dans leur subversivité esthétique, politique, sociale ou religieuse, ils se tiennent farouchement attachés à leur « idéal » anti-esthétique, antisocial ou antireligieux. Tous ceux-là

...provocation, défi...

...obéissent à une « morale anti-morale »...

1. *Histoire du Surréalisme*, 1946, et *Documents surréalistes*, 1948, Éd. du Seuil.

2. Non point pour de simples espiègleries, ni pour une crise d'originalité juvénile mal liquidée, ni pour des fanfaronnades nous ne tenons ce mouvement frénétique et puissant, mais pour ce qu'il est, c'est-à-dire un tumultueux et vertigineux élan de sincérité et de courage allant jusqu'au sang et à la mort, au drame le plus substantiel et le plus authentique.

3. Si nous avons surtout insisté sur la « subversité », l'antisociabilité des surréalistes, c'est aussi parce que le problème de la valeur esthétique du surréalisme relativement à celle de l'esthétique psychopathologique (cf. notre travail : « La Psychiatrie devant le Surréalisme », *Evolution Psychiatrique*, 1948) [NdÉ : réédition opus cit. p. 208] est le même que celui de la valeur morale du « subversif » surréaliste relativement à la « perversité » pathologique. Tous ces problèmes de valeurs se tiennent et exigent les mêmes solutions. Nous verrons plus loin que « faire le mal » constitue une structure différente de celle de l'« être pervers ».

sont-ils toujours et nécessairement des « malades » ?

– Une autre difficulté se dresse devant le psychiatre, c'est celle du *vice*, de la recherche du plaisir « anormal ». Le plaisir, loi primitive des premières phases de développement de la libido, est évidemment soudé à la couche pulsionnelle de notre nature. Tout besoin, toute tendance, toute pulsion sont liés au plaisir qui les satisfait. Les choses seraient très simples s'il y avait des besoins et des pulsions normaux, traits spécifiques de la nature humaine et si certains besoins et pulsions se montraient « anormaux » en ceci que, ne faisant pas partie de la nature spécifique humaine, ils se présenteraient alors comme des monstruosités. C'est bien de la sorte qu'à l'observation superficielle, se présente la solution « constitutionnaliste » du problème. Mais il n'en est pas ainsi.

Les études de psychologie affective et génétique et principalement celles de l'école psychanalytique et de psychologie animale (auxquelles nous nous sommes plus haut référés) montrent, jusqu'à l'évidence, que les pulsions anormales, les besoins les plus répugnants, les plus antisociaux, les plus agressifs, les plus étranges, etc., se rencontrent dans la masse spécifique humaine, comme dans celle des espèces voisines. Qu'est-ce à dire ? sinon que le développement d'un être humain implique, comme phase primitive de son évolution, le passage par une couche libidinale « archaïque » qui restera latente en lui, quand il aura atteint sa « maturité ». Cette couche constitue la base instinctivo-affective à laquelle toutes les pulsions et les plaisirs possibles nous renvoient nécessairement comme à leur source commune.

Un système pulsionnel ne paraît jamais ni isolé, ni toujours identique à lui-même, il est solidaire de l'organisation libidinale tout entière dont il est contemporain. Ainsi les pulsions orales constituent un faisceau de conduites d'incorporation dans une forme d'existence où les processus d'identification, pour si partiels et limités à la vie d'un organe qu'ils soient, établissent entre le nourrisson et le premier objet de sa connaissance une relation quasi ombilicale de fusion avec autrui. De même les pulsions anales se situent sur un plan d'ouverture au monde où s'ébauchent les premiers conflits entre l'intérieur et l'extérieur, etc. De tels « complexes » ne constituent pas des « choses » toujours identiques à elles-mêmes. Ils sont intégrés aux plans successifs de l'organisation affective : les pulsions agressives sadique-anales se métamorphosent au stade œdipien de la culpabilité et ultérieurement elles seront intégrées ou « sublimées », c'est-à-dire en fin de compte plus ou moins actualisées en forme d'existence qui les réprimeront ou les utiliseront dans des structures de plus en plus complexes et différenciées. Au terme du développement enfin, le système pulsionnel, dans sa majeure partie inconscient ou subconscient, est dominé par les instances proprement morales et sociales du moi. Et ce n'est pas parce que nous en portons en nous l'exigence que nous en sommes nécessairement les esclaves ; bien au contraire notre existence est gouver-

...Une autre difficulté se dresse devant le psychiatre, c'est celle du vice...

née par « nous » contre « ça ». Le « moi » n'est pas une abstraction ainsi que le psychanalyste a fini par le reconnaître¹. Il représente la métamorphose supérieure de l'être, c'est-à-dire la forme définitive adaptée et équilibrée qu'a pris l'ensemble du système pulsionnel primitif. Dès lors une pulsion perverse partielle n'a aucun sens.

Si donc ce n'est pas la présence de pulsions anormales qui caractérise le « vice », si les conduites et goûts qui le composent sont immanents à la nature humaine, alors ce vice nous paraît être, non plus une « donnée » primitive, mais, dans sa forme la plus authentique, une « recherche », une « volonté ». Il exige pour se constituer en forme d'existence, une orientation, un dépassement de l'instinct.

Ce que l'on entend par « plaisirs anormaux », ce sont, en effet, des *plaisirs artificiels* où se satisfont non plus simplement les tendances instinctives fondamentales sous leur forme brute d'utilité spécifique, mais un système pulsionnel qui en se développant s'est écarté de sa finalité primitive pour se « prendre » dans une constellation idéo-affective ou, si l'on veut, un mode d'existence « contre-nature ». Les valeurs de « jeu », d'« art », de « raffinement », de « gratuité », de « défi », de « cynisme », de « scandale », d'« excès », de « provocation », d'« affranchissement », de « complication » ou de « délicatesse » se mêlent chez le « gourmet » comme chez le « libertin » pour tisser la trame du vice où nous reconnaissons les mêmes traits de « malignité », de « culture du mal », de « morale à rebours » que chez les subversifs « amoraux » et « antisociaux ». Pour les uns comme pour les autres, se pose la même question. Ces individus ou ces groupes d'individus (esthètes, dévoyés ou toxicomanes) qui s'abandonnent aux profondes sollicitations de pulsions, communes à tous les hommes mais généralement réprimées, qui laissent éclore en eux et cultivent le goût, le désir et le plaisir de « mal faire », de trahir leur nature en transformant les *moyens* qu'elle leur fournit en *fins* recherchées pour leur valeur hédonique insolite ou même pour leur « idéal² », sont-ils toujours et nécessairement des malades ?

– Poser ces questions, c'est les résoudre par la négative. Il nous paraît *évident*, jusqu'au truisme, que de *tels* comportements humains pervers sont étrangers à la notion même de maladie mentale, qui implique³ un déficit et non une activité de choix ; c'est à cette *évidence* que se sont d'ailleurs toujours rendus tous les hommes qui n'ont pu

...Le « moi » n'est pas une abstraction ainsi que le psychanalyste a fini par le reconnaître. Il représente la métamorphose supérieure de l'être...

... le vice [...] exige pour se constituer en forme d'existence, une orientation, un dépassement de l'instinct...

...un système pulsionnel qui en se développant s'est écarté de sa finalité primitive pour se « prendre » dans une constellation idéo-affective ou, si l'on veut, un mode d'existence « contre-nature »...

...de tels comportements humains pervers sont étrangers à la notion même de maladie mentale...

1. Cf. notre *Étude*, n° 6.

2. Le vice exposé dans toute son abjection dans le *Journal du voleur* de Jean GENET (1949) renvoie (pp. 219 à 223) comme à son reflet le plus humain sinon à une sorte de « vertu » tout au moins à la parole de saint Augustin... « Il y a quelque chose de pire que le vice, c'est la satisfaction de la vertu »... Si faire l'Ange c'est faire la Bête, peut-être aussi le « *démon de la perversité* » peut-il recouvrer quelque chose de son état primitif d'innocence... Quoi qu'il en soit de ces secrets insondables du cœur humain, nous désirons simplement souligner ici que la volonté du mal peut s'exercer sur le plan de la plus dramatique condition humaine sans être pathologique.

3. Cf. notre *Étude*, n° 4.

accepter de considérer la perversité comme nécessairement et « en soi » pathologique.

II –. Mais il nous paraît *évident*, aussi, que certaines formes de « perversité » sont pathologiques et c'est à cette *évidence* que se sont toujours référés les médecins qui, depuis cent ans, se sont appliqués à approfondir l'étude des « amoraux », des « pervers », et de leurs « anomalies » psychosomatiques. Certes, nous venons de voir quelle terrible difficulté, quelle « aporie » redoutable représente pour le psychiatre ¹ le problème de la perversité. Celle-ci est, en effet, d'autant plus « pure » ou, si l'on veut, « maxima » qu'elle se confond avec la démarche de la conscience morale dont le choix inverse les valeurs. Or, sous cette forme, elle ne peut être considérée comme pathologique que par un abus de langage et une déformation des notions les plus fondamentales. Il existe, pourtant, toute une série de faits qui nous font parler de « perversité » ou de perversion à propos d'actes de goûts ou de comportements qui échappent à la plénitude de la conscience morale, qui manifestent un trouble de sa structure, et somme toute de sa liberté. A cet égard, nous nous trouvons en face d'une nouvelle difficulté et une nouvelle analyse de la perversité est nécessaire : elle doit nous rendre compte de la possibilité d'existence d'une pathologie de la conscience morale et des formes de la perversité pathologique.

La perversité, avons-nous dit, n'appartient pas à la « nature instinctive » (qui pour être essentiellement « amoral » ne suppose pas que l'on discerne en elle du moral ou de l'immoral, la norme et l'anomalie). Elle n'est pas de l'ordre des désirs ou des besoins tous également « dans la nature ». Elle n'a de sens et d'existence que pour autant qu'elle suppose une conscience morale qui la choisit et qu'elle viole. Ce n'est qu'en se dressant contre un système d'interdictions qui le rendent illicite et coupable, que naît l'acte pervers. Or ce système, il apparaît très précocement dans le développement humain sous la forme d'abord de la « pré-morale » (HESNARD), du sur-moi (FREUD). A ce niveau « archaïque » la perversion et la culpabilité qui lui est liée dépendent du conflit qui oppose les instances libidinales à l'organisation fantasmique de la conscience, c'est-à-dire que la structure du « mauvais » est pénétrée du jeu même des liaisons magiques que nouent, entre elles, les imagos premières du moi et d'autrui, les objets successifs des investissements libidinaux. Quand plus tard avec la « sublimation » ou mieux « l'oblativité » et la liberté du choix et des valeurs, ce système primitif apparaît tout entier (et comme système pulsionnel du « ça » et comme système contre-pulsionnel du « sur moi »), comme un foyer de forces « mauvaises », de « tentations », de « tendances perverses », alors ce conflit de mobiles et de motifs constitue la structure fondamentale de l'homme. Ainsi, si la perversité nous était apparue jusqu'ici et dans sa forme la plus « pure » comme une volonté de pécher, comme la libre disposition d'une malignité systématique, *le fait que*

1. La même qui « se pose pour le psychiatre devant le surréalisme, devant la sainteté, devant le génie », devant l'angoisse humaine, etc.

...La perversité, avons-nous dit, n'appartient pas à la « nature instinctive »...

la dynamique même de la conscience morale suppose et implique un équilibre de ces forces contraires nous rend compte de la possibilité de leur déséquilibre et par conséquent d'une PATHOLOGIE DE LA CONSCIENCE MORALE, de l'existence de certaines formes pathologiques de perversité ou de perversions, toutes se définissant nécessairement par le fait qu'une conscience morale existe, mais qu'elle est *impuissante*, soit par son immaturité, soit par sa faiblesse à lutter contre ses instances pulsionnelles. Les conditions de cette dysgénésie, de cette débilité constituent la structure négative de cette forme de conscience morbide. Celle-ci n'est pathologique que parce qu'elle est dans sa détermination *secondaire* à des « troubles » du développement de la personnalité ou à un « déficit » psychique dont elle dépend. Autrement dit la perversité ou les perversités pathologiques ne sont pas des tendances « primitives » ou des anomalies constitutionnelles inscrites comme telles dans le patrimoine biologique, le tempérament ou le caractère, considérés comme une mosaïque de traits innés.

Une première forme de perversité ou d'amoralité peut donner l'illusion d'un mécanisme aussi simple, ce sont les cas d'agénésie du développement moral de l'individu qui, empêchant son évolution normale vers les instances altruistes et éthiques, le soude à la couche essentiellement « amoral » des premières phases de son existence. Mais nous verrons précisément que la structure psychopathique de la « moral insanity » est non pas celle d'une amoralité pure ou primitive, mais d'une incapacité d'accéder à la conscience morale, d'une « immaturité » de développement.

Une autre forme de « perversions » risque d'engendrer la même illusion, c'est le cas où le trouble apparaîtra cliniquement « partiel », c'est-à-dire lorsque l'arriération affective, le défaut d'organisation et d'évolution des instances complexuelles se manifesteront par un système pulsionnel apparemment isolé. Mais nous verrons que dans ces cas, dans la mesure même où ils sont pathologiques, la perversion « isolée » est « prise » dans une structure névropathique.

Par contre, un autre versant de la pathologie éthique constitué par les dissolutions « acquises » de la conscience et de la personnalité entraînant des tendances et des comportements moraux, se soustrait d'elle-même à cette erreur.

Ceci nous conduit à poser tout naturellement, et dès ce premier examen du problème et après en avoir ainsi justifié la possibilité théorique, les modalités cliniques de la pathologie de la conscience morale. Nous étudierons : 1° les troubles ou dysgénésies du développement moral : l'amoralité pathologique et les perversions ; 2° les perversions « partielles » ; 3° les régressions amoralales ou perversions acquises, dites « symptomatiques ¹ ».

A propos de chacune de ces formes nous aurons à établir les éléments du diagnostic

...la dynamique de la conscience morale suppose et implique un équilibre de ces forces contraires nous rend compte de la possibilité de leur déséquilibre et par conséquent d'une PATHOLOGIE DE LA CONSCIENCE MORALE...

1. Étant bien entendu que pour nous tous les aspects pathologiques de la perversité et des perversions sont précisément « symptomatiques » ou « secondaires ».

à l'égard de la perversité normale et des autres formes de troubles instinctivo-affectifs.

§ II – LES ANOMALIES DU DÉVELOPPEMENT ÉTHIQUE OU « MORAL INSANITY »

On comprend généralement sous ce nom ou celui de « perversité constitutionnelle » un ensemble de troubles du caractère des appétits et des tendances qui, réunis chez un sujet donné, en font un être radicalement amoral et antisocial. C'est un état psychopatique essentiellement « caractériel » non seulement d'insubordination aux disciplines morales ou sociales et de résistance à toute intimidation, mais encore et surtout caractérisé par un désir constant de nuire et de déplaire.

A. – HISTORIQUE

Sous des synonymes divers : *folie morale*, *moral insanity*, *moralische Schwachsinn*, *monomanie instinctive*, *invalidité morale*, etc., cette forme psychopatique a été décrite et étudiée depuis longtemps ¹. C'est, semble-t-il, à PINEL (1809) que revient le mérite de la première description de cette forme clinique appelée par lui *manie sans délire*, dénomination à laquelle ses infirmiers de Bicêtre préférèrent, dit-on, la désignation de « manie raisonnable ». MARC a pu, à ce propos, écrire : « Il était réservé à PINEL, à un de ces génies de notre siècle, de peindre le premier cet état extraordinaire où sans aberration sensible des facultés intellectuelles, les malades se portent à des actes qui aux yeux du vulgaire ne s'expliquent que par une profonde perversité ». – « M. PINEL, dit à son tour GEORGET, a très bien signalé cette espèce d'aliénation mentale et l'a désignée sous le nom de folie raisonnable et de manie sans délire. » ESQUIROL, après avoir nié l'existence de la « manie sans délire » (1818), modifia son point de vue et dans son mémoire sur la « monomanie homicide », il écrivit à ce sujet : « Quelquefois les facultés affectives sont les seules lésées; quelquefois on n'observe ce désordre que dans les actions » et, naturellement, dans sa description de la monomanie instinctive ou de la monomanie impulsive, on retrouve les traits de la fameuse « manie raisonnable » ou de la *manie sans délire* de PINEL. Dans la suite, ce groupement clinique fut plus ou moins confondu avec d'autres états psychopathiques sous le nom de « monomanie » raisonnable, impulsive, homicide, incendiaire, de kleptomanie, etc., de « folie lucide » (TRÉLAT) ou de « folie des dégénérés » (MOREL) et il donna lieu, on le sait, à de nombreuses et retentissantes discussions.

En Allemagne ², GROHMANN, en 1819, décrivait les « *Moralische Krankheiten der Seele* ». A la même époque (1835), en Angleterre, RUSH isolait le même type clinique

1. La Bible, selon LOMBROSO, ordonnait de mettre à mort, dès sa jeunesse, le criminel-né.

2. Consulter l'excellent travail de DUBITSCHER (*Zeitsch. f. d. g. Neuro*, 1936, t. 154).

dont PRICHARD a approfondi l'étude en le désignant du nom de « Moral Insanity », dénomination qui a fait fortune et est encore aujourd'hui très souvent employée.

Mais contre la doctrine des monomanies, en général, et contre cette variété en particulier, ne tardèrent pas à s'élever un grand nombre de critiques. C'est spécialement J. P. FALRET chez nous et GRIESINGER en Allemagne qui s'insurgèrent contre cette entité. On alla même jusqu'à accuser PINEL « d'avoir créé cette espèce pathologique pour le malheur de la science »...

Dans les premières années de ce siècle, la notion d'une folie morale, d'une « constitution perverse » s'est développée et est devenue classique chez nous avec et après les travaux de MAIRET et EUZIÈRES, de DUPRÉ, de DELMAS, etc. En Allemagne, ces cas entrent dans le groupe des « psychopathies » (K. SCHNEIDER-E. KAHN, etc.). Mais les controverses à son sujet durent toujours ¹...

B. – FACTEURS ÉTIOLOGIQUES

1° *Dégénérescence bio-psychique, hérédité.*

Nous avons indiqué que pour MOREL la folie morale faisait partie des folies des dégénérés, LOMBROSO fit quelques difficultés pour admettre l'identité des « fous moraux » et des « criminels-nés » ; cependant, en mettant l'accent sur le côté biomorphologique, il continuait tout naturellement le mouvement inauguré par GALL et SPURZHEIN qui rattachaient l'instinct de détruire, la sexualité exagérée, les tendances antisociales, à des malformations cranio-cérébrales. Pour LOMBROSO les « criminels-nés » étaient, en effet, des êtres conformés de façon particulière, dont tout révèle la vocation maligne, depuis leur conformation cranienne jusqu'à leurs productions artistiques. Le « criminel-né » est, selon lui, le fruit d'un retour atavique à l'homme primitif, il est tout près de l'animal et de la bestialité ; « l'ignorance de la compassion et de la pitié », l'impulsivité, la violence, la paresse et la « superstition » constituent ses caractères essentiels.

...MOREL...

...LOMBROSO...

MAGNAN a donné une classification de ces sujets qui repose approximativement sur le même principe, c'est-à-dire sur la solidarité de l'état mental et des malformations ou troubles somatiques. Dans sa thèse SÉRIEUX ² exposa la doctrine de MAGNAN ; selon le goût de l'époque, il distinguait : 1° *les spinaux* : actes instinctifs purement *réflexes* ; 2° *les spinaux cérébropostérieurs* : la région cérébrale étant le siège des instincts, il y a prédominance des *actes instinctifs brutaux* ; 3° *les spinaux cérébro-antérieurs* : actes qui suivent les idées et les *sentiments* pervers, c'est le groupe des vrais pervers ; 4° *les cérébraux antérieurs* : pervers intellectuels.

...Thèse de SÉRIEUX...

Quant au rôle de l'hérédité, il est admis comme considérable par beaucoup d'auteurs. HEUYER, confirmant l'opinion de DUPRÉ (1912), estime que l'hérédité similaire

...HEUYER...

1. PENROSE, Moral Deficiency, *Journal of mental Science*, 1947, 93, p. 273.

2. SÉRIEUX, *Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel*, Thèse, Paris.

se retrouve dans 37 % des cas (vol, prostitution, vagabondage des parents). Dans son travail très consciencieux, CORBET ¹ sur 188 cas (malades « aliénés difficiles » de la section Henri COLIN à Villejuif) a noté 32 cas d'hérédité psychopathologique directe ou collatérale (aliénés dans les ascendants ou les fratries). De nombreuses recherches généalogiques ont été poursuivies sur ce point, spécialement en Allemagne. Tout d'abord, certaines familles sont restées célèbres dans les annales de la psychiatrie de ce pays. Ainsi la famille étudiée par JUKES qui, en 1874, comptait 1.200 membres et qui, en 1915, en comptait 2.094 (dont 1.258 vivants). On a pu dénombrer chez elle 300 assistés, 600 faibles d'esprit ou épileptiques, 308 prostituées, 140 criminels dont 7 meurtriers ! JOERGER a publié la généalogie également édifiante d'une autre famille, la famille « ZÉRO ² », et celle (alliée de la précédente) dénommée « MARKUS ³ ». En 1925, F. PANSE ⁴ a rapporté l'histoire d'une lignée de même genre. En 1921, MAGGENDORFER ⁵ a étudié 100 cas de perversité constitutionnelle. Il les a groupés en deux catégories : les unes de type affectif épileptique, les autres « parathymiques (du genre « schizoïde ») ; la parenté de ces derniers était fortement entachée de schizophrénie. HOFFMANN ⁶, parlant de l'étude des familles ZÉRO et MARKUS et essayant de préciser la nature du gène morbide et de son mode de transmission héréditaire, a émis l'hypothèse que ce gène est identique à celui de la schizophrénie et qu'il se transmettrait selon un mode dominant tandis que la prédisposition « à la vie droite » affecterait, dans la lignée, un mode récessif. RÜDIN a admis, par contre, la nécessité des tendances psychopathiques perverses. REISS ⁷, dans plusieurs publications, a fait jouer un grand rôle à la tare bilatérale dans la lignée (les deux parents appartiendraient à des familles psychopathiques). En 1926, LANGE ⁸ étudiant des jumeaux a montré que sur sept paires de jumeaux homozygotes, cinq paires présentaient des réactions perverses concordantes. On trouvera dans le traité de VERSCHUER ⁹ et dans l'excellente étude de DUBITSCHER ¹⁰ des développements très intéressants (et la bibliographie) sur cette question envisagée notamment, par ces auteurs, du point de vue de l'application des lois de stérilisation. L'un et l'autre concluaient à cette nécessité pour le « Moralische Schwachsinn » nettement pathologique.

D'après une statistique que DELMONT a pu établir à HOERDT et qui porte sur cent

1. *Thèse*, Paris, 1938.

2. *Archiv. für Rassen*, 1905.

3. *Zeitsch. f. Neuro*, 1918.

4. *Zeitsch. f. Neuro*, t. 97, p. 570.

5. *Zeitsch. f. Neuro*, t. 66.

6. *Monatsch. f. Psych.*, 1926.

7. De 1910 à 1925, bibliographie dans l'article d'ENTRES, traité de BUMKE.

8. *Zeitsch. f. Neuro.*, t. 112, 1928, p. 283.

9. *Erbpathologie*, 1934, trad. fr. 1943.

10. *Zeitsch. f. Neuro*, 1935, t. 154.

pervers, il existait un aliéné dans trois de ces cent familles seulement, mais dans vingt d'entre elles, il existait des anomalies psychiques considérables (suicide, alcoolisme, criminalité), fait qui correspond aux observations de PANSE.

Les Anglo-Saxons ont étudié également ces dernières années l'hérédité des criminels (ROSANOFF, AANDY et PLESSET ¹, NEWMAN, FREEMAN et HOTZINGER ², PAULW POPVON ³, David ABRAHAMSEN ⁴, etc.). L'étude des jumeaux a appelé spécialement leur attention. D'après ROSANOFF, AANDY et PLESSET les « manifestations antisociales se sont montrées non seulement pratiquement égales en qualité, mais synchrones dès le rythme même de leur apparition ». Le travail de NEWMAN (généticien), FREEMAN (psychologue) et HOLZINGEN (statisticien) a porté sur 119 paires de jumeaux, 150 paires de bivitellins élevés ensemble, 50 paires d'univitellins élevés ensemble, 19 paires d'univitellins élevés séparément. La concordance leur a paru chez les jumeaux du troisième groupe être d'autant plus grande qu'il s'agit de caractères morphologiques. Pour les tendances de la personnalité, l'environnement a paru exercer une nette influence de différenciations. De telle sorte que l'on pourrait conclure de ce travail avec A. ALMEIDA Junior ⁵ que ce que l'hérédité fait, l'ambiance aussi peut le faire... Cependant il nous paraît hors de doute que l'hérédité psychopathique a de profondes affinités avec certaines formes morbides de perversité.

...Études portant sur les jumeaux...

2° Étiologie toxi-infectieuse.

Les théories « de la dégénérescence » ou « lombrosienne » n'excluent pas les facteurs toxi-infectieux « blastophtoriques » ou plus ou moins précocement acquis (alcool, tuberculose, syphilis). C'est ainsi que beaucoup d'auteurs ont admis le rôle de l'hérédo-syphilis, notamment dans la genèse des perversités constitutionnelles.

L'étude de l'encéphalite léthargique a apporté sur ce point une nouvelle et décisive source de documents cliniques. (Sur cent « pervers » internés, DELMONT a noté neuf cas d'encéphalite épidémique.) L'intégration tentée par WALLON des réactions perverses dans certains types d'organisation pathologique du tonus et du mouvement, est à cet égard très intéressante.

...L'Encéphalite léthargique...

Dans la statistique de DELMONT, 19 de ses 100 pervers avaient présenté une encéphalopathie infantile (4 traumatismes obstétricaux, 5 encéphalites, 7 traumatismes crâniens, 3 dégénérescences progressives).

1. ROSANOFF, AANDY et PLESSET, cf. l'analyse critique de ce travail in *Journal of Heredity*, 33/18.

2. NEWMAN, FREEMAN et HOTZINGER, *Twins. A Study of Heredity and Environment*, Chicago, 1937.

3. PAULW POPVON, *Twins and Criminals*, *Journal of heredity*, 27, p. 380.

4. David ABRAHAMSEN, *Crime and the Human Mind*, New-York, 1944.

5. A. ALMEIDA Junior, *Hereditarietà e Crime*, *Revista pênale e Penitenciária de São Paulo*, 1947.

3° Facteurs sociogéniques, éducatifs et familiaux. Le milieu..

Comme nous l'avons vu à propos de l'hérédité, la *famille* joue un rôle essentiel, en tant qu'elle assure et exprime la continuité du patrimoine biologique, des dispositions « endogènes », des « tares », du « tempérament », du pervers. Mais l'influence de la famille dépasse celle de l'hérédité, elle est un milieu qui constitue « l'environnement » affectif et moral, la « matrice » sociale du développement psychique sur les bases des interrelations psychologiques. Les processus de fixation, d'identification, d'introjection qui lient l'individu aux parents constituent un « conditionnement » d'importance majeure. Depuis que FREUD a montré le rôle des *situations complexes*, qu'ADLER a mis en évidence, les mécanismes de compensation idéo-affectives du *complexe d'infériorité*, etc., tous les sociopsychologues, les psychanalystes et les psychiatres – surtout les psychiatres qui s'occupent de psychiatrie infantile – ont mis l'accent sur le rôle des conflits, des réactions au milieu familial, des facteurs éducatifs ou des influences perturbatrices dans les relations de l'enfant à son groupe familial. A cet égard l'importance de la *dissociation familiale* est le plus souvent indiquée ¹. En raison des conditions défectueuses de cohésion affective de la famille et du conflit qu'elles expriment, le développement de l'enfant subit des vicissitudes néfastes. L'importance si considérable de la *frustration* affective et de l'isolement affectif a été mise admirablement en lumière par A. FREUD et Dorothy BURLINGHAM ², MALE ³, ROUART ⁴, MITSCHERLICH ⁵, etc. Et il suffit de se rapporter à l'excellente étude de J. LACAN ⁶ pour se convaincre que la structure de la famille conjugale constitue la forme vivante, initiale et primordiale de la morale, pour autant que celle-ci, ramenée avec BERGSON au « tout de l'obligation », représente, dit-il, « le bien que clôt le groupe humain dans sa cohérence » et s'oppose « à l'élan transcendant de la vie dans tout mouvement qui ouvre ce groupe en immobilisant ce bien ». C'est dire combien la constellation familiale, laisse son empreinte (d'ailleurs de tout temps reconnue) sur le développement moral. Reste à se demander cependant si la « rétivité » du pervers morbide ne précède pas la déformation des relations affectives intrafamiliales, si elle n'y introduit pas elle-même un trouble, de par ailleurs si éclatant d'évidence ?

...l'importance de la dissociation familiale...

...l'excellente étude de J. LACAN...

1. Cf. notamment trois récents travaux : celui de G. MENUT, *La dissociation familiale et les troubles du caractère chez l'enfant*, Paris, 1944 ; celui de J. DOS SANTOS (*Enfance*, 1949) et l'ouvrage de C. HAFTER, *Kinder aus geschiedene Ehen*, Berne, 1948, dont nous avons fait une analyse critique (*Évolution Psychiatrique*, 1949, pp. 433-437).

2. ARNE FREUD et Dorothy BURLINGHAM, *Infants without Families*, New-York, 1944-

3. P. MALE, Un aspect de la psychiatrie infantile pendant la guerre, Conséquence chez l'enfant de la captivité du père. *Évolution psychiatrique*, 1947.

4. J. ROUART, Guerre et Psychiatrie infantile, *Évolution Psychiatrique*, 1947.

5. MITSCHERLICH, Aktuelles zum Problem der Verwahrlosung, *Psyché* (revue allemande), 1947, t. I.

6. J. LACAN, Le complexe facteur concret de la psychologie familiale, *Encyclopédie française*, 8-40-5.

C. – DESCRIPTION CLINIQUE DE LA PERVERSITÉ PATHOLOGIQUE

Le « fou moral » est un *déséquilibré* et l'aspect clinique principal, – mais non le seul – de son déséquilibre est son caractère pervers. Pour présenter ici une description typique et classique (dont nous nous excusons du caractère peut-être trop artificiel et schématique) nous étudierons successivement cinq aspects fondamentaux de pervers constitutionnels : le *noyau caractériel pervers*, le *déséquilibre thymique*, l'*organisation névrotique*, l'*appétance toxicomaniaque* et les « crises ».

1° *Le noyau caractériel pervers.*

Amoralité, inaffectivité, impulsivité, inadaptabilité, tels sont les traits caractéristiques de ce noyau pervers d'après RÉGIS et tous les classiques. Nous pouvons en décrire deux faces : la *rétivité* à l'égard des disciplines et la *malignité* foncière.

a) *Rétivité*. Les réactions du pervers¹ restent celles d'un être incomplètement « mûr » du point de vue moral. Il affirme ses tendances égotistes sans les subordonner jamais, ou en les soumettant rarement, à des sentiments moraux ou sociaux (altruisme, pitié, respect, charité, pudeur). Il n'agit qu'en vertu des exigences soudaines ou tyranniques de ses désirs et caprices. Il n'agit qu'« à sa tête » qu'il a « dure ». Il est tout d'un bloc, hermétique, « inentamable » ; sur lui glissent les ordres, les conseils, les suggestions, les réprimandes et les punitions. Jamais il ne se laisse pénétrer. Il ne paraît ni aimer, ni s'attacher, il ne manifeste ni respect, ni reconnaissance, ni obéissance. Insensible à sa propre douleur, ou à celle des autres, dès son plus jeune âge, entier, capricieux, coléreux, obstiné, buté, il se montre constamment indépendant, indiscipliné, désobéissant, menteur, violent, sournois et vindicatif. A l'école, son attitude de rébellion s'affirme, il fait des *fugues*, organise des « bandes » pour la maraude ou l'école buissonnière². Parfois étrangement isolé dans sa révolte, silencieux et entêté, ironique ou maussade, c'est dans l'ombre, dans les coins, seul, qu'il médite et rumine sa délectation morose. Sa révolte peut l'amener à une rupture complète avec sa famille ou l'atelier où il est placé. Le vagabondage, les larcins, les « coups de tête » et les mauvais coups constituent les traits habituels de sa délinquance. Devenu alors un « affranchi », indépendant, dévoyé, gouailleur, il se tient en dehors des normes sociales, familiales et morales qu'il bafoue et raille.

b) *Malignité*. Mais à ce caractère fondamentalement « réfractaire » et fermé s'ajoute une tendance plus positive : l'attrait et le désir du mal, la volonté de mal faire, le plaisir de faire souffrir, de scandaliser. Non seulement le pervers est en rupture de ban avec la morale et la société dont les conseils, les ordres et les suggestions glissent sur lui,

...tendances égotistes sans les subordonner jamais [...] à des sentiments moraux ou sociaux (altruisme, pitié, respect, charité, pudeur)...

...l'attrait et le désir du mal, la volonté de mal faire, le plaisir de faire souffrir...

1. Nous mettons toute cette description au masculin mais elle vaut à peu près dans les mêmes termes pour « la perverse ».

2. Marianne HOSSENLOP, *Essai psychologique sur les bandes déjeunes voleurs*, Publications de la Faculté de Lettres de Strasbourg, n° 101, 1944.

...voué à une agressivité perfide ou élastique, cruel envers les animaux... il s'ingénie à toutes les vexations...

mais il éprouve un malin et ostentatoire plaisir à se révéler mauvais, vicieux, criminel. Il arbore son immoralité, et sa subversivité comme une provocation et un défi. Voué à une agressivité perfide ou élastique, cruel envers les animaux, il frappe les enfants plus faibles ; malfaisant envers tout et tous, il s'ingénie à toutes les vexations, se délecte dans le scandale et le mensonge. Il cherche à peiner, à blesser, parfois à frapper ses parents, ses maîtres, ses camarades. Il entraîne et pervertit ses camarades, organise des vols, des profanations, des jeux cruels, des « chahuts » et des escapades. Cédant aux imaginations malignes d'une mythomanie calomnieuse, il déconsidère sa famille, ses bienfaiteurs, des inconnus. Sa perfidie lui suggère mille moyens de torturer, de susciter des conflits (lettres anonymes ¹, dénonciations mensongères, etc.). Il accuse ses maîtres, ses parents, va jusqu'à simuler des attentats. Hâbleur à l'occasion, il raconte des « histoires » (mythomanie vaniteuse perverse). Il martyrise ses camarades, ses frères moins âgés. Chez lui, véritable « bourreau domestique », il brise les objets, aime à casser, à déchirer, à détruire. Certains de ces pervers, surtout campagnards, mettent le feu aux granges, posent des pierres sur les rails, torturent les animaux. Leur vie infantile est tout entière formée d'un réseau continu de brutalités, de ruses et de méchancetés sans qu'aucun frein ne puisse modérer leur activité malfaisante, perpétuellement inspirée par une sorte de mauvais génie.

Adolescents ², ils volent leurs parents, leurs patrons ; s'affilient à des bandes de malfaiteurs, vivent en vagabonds, se livrent à des escroqueries. Les filles se prostituent par paresse, défi, goût de l'indépendance et des plaisirs (tel est le « syndrome de la prostituée »). Les « mauvais garçons » cherchent dans l'aventure un champ ouvert à leur soif d'indiscipline, s'engagent paradoxalement dans la marine, la « coloniale » ou « la légion » comme pour constamment frôler ou provoquer la punition. De délinquance en délinquance, couverts de tatouages ³, habitués des prisons et des asiles, récidivistes impénitents, spécialistes des évasions, ils ne cessent de purger leurs peines ou d'échapper aux médecins que pour recommencer à vivre de débauches et d'expédients, devenir des chômeurs professionnels, des épaves sociales ⁴, des parasites, piliers d'hôpital et de

1. H. BINDER, Das anonymes Briefschreiben, *Archives suisses de Neuro. et Psych.*, 1948, 62, pp. 11 à 58.

2. Le petit roman : *La tête contre les murs*, de BAZIN, retrace le drame de ces existences incoerciblement tournées vers le mal, la révolte et les cercles vicieux des crimes et des châtiments. Les « romans noirs » de PETER CHEYNEY (Pas d'orchidées pour Miss Blandisch) ou le « Rocher de Brighton » de GRAAM GREEN contiennent des récits typiques de ces exploits. Parmi cent autres caractéristiques d'une littérature toujours très goûtée du public rappelons encore les livres récents de Maurice SACHS, M. CIANTAR, etc.

3. LEGOURAND DE TROMELIN, Thèse, Marseille, 1934.

4. TERRAMOISE (*La vie et la mort des Clochards*, Thèse, Bordeaux, 1930), a étudié ces frères modernes et citadins des « gueux » de Vilon : « hommes-sandwichs », rauques crieurs de journaux, dockers intermittents, mendians à l'occasion, porteurs des halles, chiffonniers, vieilles prostituées dans une détresse profonde ; personnages interlopes, « sidis », matelots de commerce, routiers, ils sont, dit-il, de toutes les races, de tous les âges, tous unis par une .../...

refuges. Parfois voués à la passion des « courses » ou à la fainéantise, ils vivent en souteneurs, ou de chantages ¹, de cambriolages, de « combines » (contrebande, commerce de stupéfiants, vagabondage spécial, « marché noir », etc.). En « bandes », en « gangs », ils commettent des vols avec effraction et à main armée, des rapt d'enfants, des meurtres. Pris dans la frénésie idéologique de sectes politiques « révolutionnaires », ils commettent des attentats, ourdissent des complots ou exécutent des coups de main. Tirant gloriole de leurs exploits et de leurs mauvais coups, toujours prêts à se quereller, à frapper, à voler, ils s'affirment intraitables et inamendables. Parfois même « moutons » de la police leur duplicité « flirte » avec les services de surveillance, du « Deuxième Bureau », etc. Telle est « l'odyssée » de ces pervers qui ne cessent pas d'être toujours, en tout et pour tout, des « fléaux » (DUPRÉ).

2° *Déséquilibre thymique.*

Nous touchons ici à un des traits les plus constants et les plus remarquables du pervers pathologique : c'est un *déséquilibré*. L'équilibre instinctivo-affectif de sa personnalité est précaire et profondément perturbé. C'est parfois dans son humeur, son « biotonus », qu'il est atteint – ou plus exactement c'est son seuil d'excitabilité émotionnel qui est abaissé. Tantôt il s'agit d'une exaltation permanente avec *hypersthénie*, ton coléreux, irritabilité, susceptibilité et réactions violentes. Tantôt il s'agit d'une excitabilité latente, favorisant de brusques explosions impulsives qui rapprochent de tels sujets des tempéraments *épileptoïdes*. Il est fréquent à noter ces tendances *schizoïdes* chez ces êtres froids, entêtés, renfermés, violents et fortement introvertis dans une méditation sournoise et perfide de leur agressivité. D'autres fois, il s'agit d'*hyperémotifs* à réactions diffuses, désordonnées, théâtrales, apparentées aux hystériques et mythomanes (c'est le type même de la perversité féminine). Plus rarement, c'est une forme *cyclothymique* que l'on trouve sous-jacente aux manifestations perverses. DUPRÉ, qui insistait beaucoup sur le déséquilibre des tendances affectives du pervers, a opposé à cet égard deux types cliniques selon que le déséquilibre des forces thymiques affecte une formule psychomotrice d'inhibition ou d'excitation. Voici comment il présentait l'opposition de ces deux systèmes énergétiques pervers (pp. 409-411) :

« Les différentes variétés de caractères sont conditionnées en dehors de la vie affective qui est la source de toute affectivité, par le degré, et les qualités de l'inhibition. C'est ce pouvoir d'arrêt de ralentissement et de canalisation de l'énergie sensitivo-psycho-motrice en perpétuelle circulation dans l'écorce cérébrale qui constitue la forme la plus haute de la volonté et de toute activité mentale. L'insuffisance de l'inhibition a pour conséquence l'excessive labilité des processus psychiques, la prédominance de l'automatisme, le déchaînement des opérations réflexes : d'où le dérèglement

...L'équilibre instinctivo-affectif de sa personnalité est précaire...

...exaltation permanente...

...ou explosions impulsives...

...ou théâtralisme...

...DUPRÉ, qui insistait beaucoup sur le déséquilibre des tendances affectives du pervers, a opposé à cet égard deux types cliniques...

.../... misère profonde. On trouvera dans le numéro de septembre 1939 du « Crapouillot » une bonne documentation sur « les bas-fonds de Paris, voleurs et mendiants ».

1. A. MELLON, Thèse.

de l'aptitude à agir. De ce vice fondamental de l'inhibition relève le caractère des dégénérés excitables, impulsifs, indociles, turbulents, prompts aux réactions soudaines, explosives, violentes ! L'esprit d'opposition, d'indocilité peut exister ainsi que je l'ai dit aussi bien chez les pervers excitables que chez les pervers apathiques ; chez les premiers il revêt la forme active, agressive, coléreuse ; chez les seconds la forme passive, négative, indifférente. Les dominantes du caractère sont dans le premier groupe des déséquilibrés : l'impulsivité, l'instabilité et la colère. L'impulsivité traduit la prédominance du régime réflexe dans les opérations psychiques. L'instabilité secondaire à l'insuffisance de l'inhibition dans le domaine psycho-moteur, se révèle par l'inattention continue, la mobilité d'idées et de sentiments, enfin par le besoin essentiel de changement de lieu, la tendance perpétuelle aux fugues, à l'errance, et au vagabondage ; la colère, manifestation agressive du sentiment d'aversion, est liée surtout à l'émotivité. Les dominantes du second groupe du caractère sont l'indifférence, l'aboulie et la paresse, secondaire à l'anesthésie affective et morale, à l'atonie générale des réactions motrices et à la nature pénible de l'effort. On conçoit, sans qu'il soit besoin d'insister, la diversité d'expression de la perversité instinctive chez des sujets de caractères si opposés et l'on connaît par l'observation clinique, la variété, les combinaisons possibles entre tous les éléments de déséquilibre du sentiment et de l'action.

DELMONT a noté sur 100 pervers : 11 cas d'instabilité, 3 hyperémotifs, 6 épileptoïdes, 3 cas d'hypomanie chronique, 6 schizoïdes, 2 paranoïaques,

1 cyclothyme, 2 atteints de perversions sexuelles (proportion qui nous paraît bien faible).

...L'école allemande range avec Kurt SCHNEIDER un certain nombre de ces sujets parmi les « hyperthymiques »...

L'école allemande range avec Kurt SCHNEIDER un certain nombre de ces sujets parmi les « hyperthymiques », les « impulsifs », les « frénétiques » (Verbohrte, Verschrobene) et parfois les abouliques (willen-schwache Haltlosigkeit). Plus anciennement TILING¹ insistait sur l'excitation de ces sujets et ZIEHEN², dans son deuxième groupe de « moralische Schwachsinn », estimait fondamentaux les troubles de l'affectivité et BIRNBAUM³ a noté sur les variations du tonus affectif.

Ainsi « la perversité » a paru à beaucoup d'auteurs résulter d'un trouble de la régulation affective, d'un désordre thymique foncier. L'organisation défectueuse du contrôle, le défaut d'intégration des pulsions instinctives dans les cycles du comportement bien adapté, les brusques sollicitations impulsives ou la surexcitation permanente du tonus vital constitueraient à cet égard le déséquilibre instinctivo-affectif dont la perversité caractérielle ne serait qu'un aspect.

La mise en évidence du caractère « secondaire » de la perversité constitutionnelle (considérée souvent à tort comme primitive) à l'égard du déséquilibre thymique dont elle n'est qu'une expression nous paraît fort importante.

...La mise en évidence du caractère « secondaire » de la perversité [...] à l'égard du déséquilibre thymique dont elle n'est qu'une expression nous paraît fort importante...

Il rend compte de ce fait que certaines classifications des états de déséquilibre,

1. TILING, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1896, 52, p. 258.

2. ZIEHEN, *Wien Med. Wschr.*, 1914, 11, 2243.

3. BIRNBAUM, *Die psychopathische Persönlichkeiten*, 1909.

quand elles ont énuméré les formes épileptoïdes, cyclothymiques, impulsives, hyperémotives, d'instabilité, ne trouvent plus rien à mettre sous la rubrique « perversions constitutionnelles » (E. KAHN). C'est que les troubles de l'intégration des affects, des variations de la personnalité ou, ce qui revient au même, l'abaissement du seuil des excitations affectives paraissent bien représenter, en matière de « perversité constitutionnelle » pathologique, une forme structurale certainement primordiale et primitive. Le terme si vague et pourtant si nécessaire qu'il s'impose automatiquement à l'esprit de tous les cliniciens, celui de *déséquilibre*, exprime cette réalité. Ce déséquilibre manifeste, sur le plan du comportement et de la personnalité, la « soudure » de la vie affective primitive aux mouvements désordonnés spécifiques et individuels du tempérament, dont le « pervers » ne peut jamais s'affranchir ou dont, tout au moins, il a la plus grande peine à s'affranchir. C'est l'enchaînement à cette couche vitale des pulsions violentes et anarchiques qui, ne lui permettant pas d'aboutir à l'équilibre de son existence, la lui fait vivre par « à coups » dans le tumulte et le chaos.

3° *L'organisation névrotique de L'affectivité.*

Le pervers souvent rebelle aux confidences, rétif et ombrageux, cynique et gouaillieur, ne se prête guère à l'analyse en profondeur de sa personnalité. Aussi apparaît-il souvent comme fait d'une seule pièce d'un bloc de granit lisse dépourvu d'humanité et d'affectivité. Méchant, buté, cynique et indifférent, il fait figure de « fort » et de « dur ». Et cependant, soit que sa personnalité « hypervirile » compacte et comme ramassée dans son élan agressif, incisif et élastique reflète dans l'image de sa cruauté la sadique adhérence aux couches primitives des tendances destructrices et agressives de l'instinct, soit que, constituée sur un plan plus féminin, l'organisation de ces tendances perverses comme un jeu infiltré de duplicité et de ruses sournoises, un drame aux péripéties passionnées et excessives, traversé de paroxystiques impétuosités, d'éclats, de scènes à grand fracas, le pervers est toujours en profondeur un *arriéré affectif en état de perpétuelle revendication affective*. Il cherche une harmonie, il est toujours en quête d'un « objet » qui lui manque. Resté accroché à un stade de développement de la libido qui transparaît dans sa conduite perverse, certains traits de ses fixations psycho-affectives anormales imposent pour des « facteurs étiologiques » psychogénétiques. Il en est ainsi notamment pour les sentiments familiaux ; la jalousie féroce du pervers, ses tendances incestueuses et homosexuelles, ses haines violentes et sournoises dans l'intérieur même de la famille, ses complexes de frustration créent un climat pathologique assez paradoxal pour être considéré par des observateurs superficiels comme la cause de la perversité. Une analyse plus approfondie ne manque pas de révéler, quand elle est possible ¹, une dysgénésie

...Ce déséquilibre manifeste, sur le plan du comportement et de la personnalité, la « soudure » de la vie affective primitive aux mouvements désordonnés spécifiques et individuels du tempérament...

...le pervers est toujours en profondeur un arriéré affectif en état de perpétuelle revendication affective. Il cherche une harmonie, il est toujours en quête d'un « objet » qui lui manque...

1. Le travail de J. PICARD (Mécanismes névrotiques dans les psychoses, *Évolution Psychiatrique*, 1937, 4) contient quelques observations du plus haut intérêt à cet égard. De même la thèse de SOULAIRAC : *Les réactions pseudo-mélancoliques chez les pervers* (Paris, 1937).

...dysgénésie des instincts, [...] fixation pathologiques, [...] troubles du choix objectif... Ceci est capital...

...relations [évidentes] de la « perversité », de la « délinquance », du « crime » et de l'amoralité, avec les troubles de la sphère sexuelle...

...typiquement la perversité se révèle constante, mais des « décrochages » peuvent s'effectuer...

des instincts, des anomalies dans leur développement et notamment une fixation pathologique au stade des pulsions agressives, sadiques-anales ou orales. C'est dans ce sens que doivent être comprises les relations de la perversité avec le courant sous-jacent des pulsions sadiques ou sado-masochistes et les troubles du choix objectif (complexes incestueux, narcissisme, homosexualité, etc.), etc. Ceci est capital. Sous le masque de la froideur, c'est un *drame* qui se cache comme sous l'indifférence sexuelle assez souvent affirmée, proclamée et systématiquement composée d'attitude de dédain, c'est une profonde perturbation de la dynamique pulsionnelle qui donne à cette surface froideur clinique la valeur d'une complexuelle frigidity.

L'expérience clinique nous montre d'ailleurs avec évidence les relations de la « perversité », de la « délinquance », du « crime » et de l'amoralité, avec les troubles de la sphère sexuelle. Il suffit de jeter un coup d'œil, par exemple, sur les tableaux de la thèse de CORBET (1938) pour discerner quel lien profond unit l'agressivité, les tendances antisociales et les anomalies sexuelles. Des observations comme celles, par exemple, présentées récemment par J. DELAY et F. PACHE ¹, peuvent servir d'exemple pour illustrer l'organisation névrotique de la perversité. Mais au lieu de considérer de tels cas comme de « faux pervers », il paraît plus juste de voir quelle arriération affective (qu'elle soit ou non curable par la psychanalyse) est immanente à la structure perverse. C'est sur ce désordre, sur cette fixation, ces adhérences aux plans profonds ou aux phases primitives de l'existence que s'édifie la structure perverse.

Ceci nous rend compte précisément du fait que si, dans certains cas, les plus typiques (ceux qui servent généralement de modèles à des descriptions un peu schématiques et caricaturales de l'odyssée du pervers !) la perversité se révèle constante, fatale, immuable dans d'autres, des « décrochages » peuvent s'effectuer, soit très tôt dans l'enfance, soit bien plus tard à l'âge adulte. L'évidence par nous pressentie et acceptée de ce dernier fait ne pourrait être mise à jour que lorsque nous disposerons d'un travail méthodique sur le « devenir » du pervers. Nous n'en connaissons aucun et nous sommes obligés de nous référer à notre propre expérience clinique qui nous a montré de « vieux pervers » ou « d'anciennes perverses » qui ont, en prenant de l'âge, subi une véritable « conversion »...

4° *L'appétence toxicomaniaque.*

Il s'agit là encore d'un trait structural de la perversité. Le goût du poison, l'affirmation du vice, l'incorporation d'un toxique qui, en chavirant l'esprit, exalte encore les passions bestiales, l'attitude de défi, l'émulation des records de cabaret, le mépris de la santé, sorte d'hypochondrie à l'envers, le culte de l'artifice et des « fleurs du mal » sont les profondes racines perverses de l'appétence pour les toxiques. C'est du vin qu'il faut

1. DELAY et PACHE.

au pervers « prolétaire » révolté et revendicateur qui traîne de ruisseau en ruisseau sa vie paresseuse et violente. C'est de l'alcool qu'exige ce « raté » mythomane, maître-chanteur, escroc ou aigrefin, habitué des coulisses et des casinos. C'est de la morphine que désiraient les « esthètes » « fin de siècle » en mal de perversions et d'attitudes à la Thomas QUINCEY. C'est encore sur la « came » ou « coco » que les homosexuels et les prostituées des bars se ruent, la « prise » constituant dans ces milieux un brevet d'impureté, un certificat de mauvaise conduite. Le poison consacre le vice, le fortifie tout de même que le vice exige le poison qui le prolonge. Tel est le fameux cercle « vicieux » qui résume les profondes relations de l'appétence toxicomaniaque et de la perversité. L'une et l'autre n'étant en fin de compte que la manifestation d'une profonde angoisse névrotique, d'une originelle insatisfaction, d'une frustration libidinale, d'une « soif » inextinguible comme un effet vertigineux du vide de l'existence. La dépravation, le dégradation toxicomaniaque, satisfont aux exigences désespérées d'un frénétique sado-masochisme ; c'est comme on l'a dit un « suicide permanent ».

5° *Les « crises ».*

Sans doute la vie de certains pervers se déroule-t-elle dans le calme, la froideur et l'égalité d'une implacable volonté de mal. Mais le plus souvent, soit sous l'influence de l'exaspération, de la colère, de soudaines tensions des événements familiaux ou sociaux, soit plus souvent encore sous l'action des toxiques et notamment de l'alcool, éclatent des accès de colère, de fureur, d'anxiété, ou de révolte. Généralement toutes ces émotions se trouvent mêlées pour composer des « crises » oscillant plus ou moins du pôle hystérique au pôle épileptique. Nous observons actuellement dans notre service de femmes, six cas absolument démonstratifs. Toutes ces jeunes malades (de 18 à 35 ans) se sont montrées incapables de vivre en liberté. Délinquantes ou criminelles (morphinomanie, avortement, incendie volontaire, mythomanes), constamment agressives, elles sont prises soudain d'attaques hystéro-épileptiques où se mêlent les comportements de théâtralisme, de revendications, de rébellions, de jalousie, de refus d'aliments et les tentatives suicidaires ; elles présentent de brusques pertes de conscience avec convulsions. Ce type de réactions nous paraît être très caractéristique de la perversité féminine. Les grands accès impulsifs liés à l'imprégnation alcoolique sont au contraire les formes les plus habituelles des crises de violence auto- et surtout hétéro-agressive des pervers du sexe masculin. Ces crises, quelle qu'en soit la « nature » (types hystérique, maniaco-dépressif, épilepsie, accès subaigu), témoignent toujours des oscillations de l'instabilité du seuil d'excitabilité émotionnelle ou toxique de ces « déséquilibrés ».

Pour en terminer avec cette description clinique, nous devons envisager la question de la *débilité* intellectuelle de ces sujets. Il convient à ce propos de rappeler que si la notion de « perversité » en France s'est dégagée à partir du concept de « monomanie instinctive » ou de « manie raisonnable », à l'étranger, et notamment en Allemagne, elle s'est

...le fameux cercle « vicieux » qui résume les profondes relations de l'appétence toxicomaniaque et de la perversité...

...Ces crises, quelle qu'en soit la « nature » (types hystérique, maniaco-dépressif, épilepsie, accès subaigu), témoignent toujours des oscillations de l'instabilité du seuil d'excitabilité émotionnelle...

...typiquement contraste
entre le développement
intellectuel normal et
parfois supérieur et la
faiblesse du « sens
moral »...

développée à partir d'observation sur le « Schwachsinn » ou le « Blödsinn », c'est-à-dire des états d'arriération intellectuelle. Naturellement la plupart des cas et les plus typiques de perversité manifestent un contraste entre le développement intellectuel normal et parfois supérieur et la faiblesse du « sens moral ». Mais toutes les statistiques, tous les travaux font état d'un contingent plus ou moins important d'oligophrénies dans la masse des pervers. C'est naturellement quand l'observation porte surtout sur des cas « asilaires » que l'arriération apparaît la plus fréquente ; si elle prend pour point de départ les délinquants et criminels infantiles ou adultes, la proportion de « débiles » paraît généralement plus faible aux auteurs. J. H. WILLIAMS ¹, cité par Dubitscher, a trouvé sur 470 pervers, 30% de débiles... R. MICHEL ², tout en reconnaissant que beaucoup de ces sujets sont normalement ou supérieurement intelligents, admet qu'en moyenne ils ont une intelligence au-dessous de la normale. BERZE ³, utilisant les critères de SCHAEFER pour le « moralische Schwachsinn », a noté parmi eux une caractéristique « intellektuelle Schwäche ». DUPRÉ soulignait « qu'aux perversions instinctives s'associent toujours d'autres éléments morbides » et signalait parmi ces éléments « les degrés et les variétés de débilité intellectuelles » (p. 104). Il ajoutait : « Chez les pervers, comme chez les sujets doués de moralité, l'impulsivité et les dispositions à la violence sont en général proportionnelles à la débilité intellectuelle ». « Plus la débilité est profonde, remarquait-il encore, plus les réactions perverses sont impulsives, c'est-à-dire frustes, et s'éloignent pour autant de la personnalité perverse proprement dite. » DELMONT a trouvé chez ses 100 pervers : 31 débiles avec troubles du caractère, 3 débiles cyclothymiques, 11 débiles épileptoïdes, 5 imbéciles, 5 cas de débilité à évolution schizophrénique.

Signalons enfin l'importance, quand ils existent, des *syndromes psychomoteurs*, des stigmates dégénératifs, morphologiques, ou fonctionnels, des troubles endocriniens. Mentionnons tout particulièrement le bégaiement, le strabisme, le syndrome de débilité motrice de A. DUPRÉ, l'énurésie ⁴, les insuffisances génito-hypophysaires, etc.

D. – FORMES CLINIQUES DE LA PERVERSITE INFANTILE

Il y a lieu d'étudier spécialement les formes infantiles de la perversité comme étant les plus fréquentes sinon les plus typiques. C'est naturellement dans le jeune âge, parmi les enfants « difficiles », « délinquants » ou « caractériels » à manifestation d'in-

1. J. H. WILLIAMS, *Delinquency*, Monographie, n° 1, col. Whitter, 1919.

2. R. MICHEL, *Mitt. Kriminalbiologische Ges.*, 1929, t. II.

3. BERZE cité par DUBITSCHER.

4. Les relations de l'énurésie et du vol, par exemple, ont été très bien étudiées par BACHET {*Encéphale*, 1949, n° 2, pp. 59 à 73 et son livre *Encephaloses criminelles*, 1950). Il rappelle les travaux de Berta BORNSTEIN (1934) et surtout des Américains MICHAELS, SECUNDA et GOODMAN (1934 à 1944). Nous retrouverons plus loin les relations de l'énurésie avec l'urolagnie et le fétichisme urinaire.

stabilité, d'épileptoïde, de névroses, ou d'arriération, chez les écoliers paresseux ou maraudeurs, les voleurs précoces, les fugeurs, les mythomanes, etc., que certains types d'enfants ou adolescents anormaux se présentent comme essentiellement pervers. Le cynisme, la cruauté, l'indifférence affective, l'indiscipline, la sexualité précoce et dépravée, les « réactions antisociales » constituent les traits cliniques les plus fréquents de ces personnalités psychopathiques infantiles ou juvéniles. De tels sujets ont fait l'objet d'innombrables études ¹.

Rappelons d'abord l'excellente et originale description que WALLON a consacrée à un certain type de perversité avec hypertonie ². C'est l'occasion pour lui d'indiquer les rapports de la perversité et de la motricité.

Dans les syndromes d'hypertonie, on note une orientation projective de l'activité. Sans doute est-ce le mode d'activité impulsive frustrée que l'on trouve le plus souvent. Les réactions sont du type tout ou rien : le sujet est violent, buté et versatile. Les modes réactionnels sont brutaux et contradictoires. L'arrière-fond est fait de paresse, de lenteur, d'inertie. À la contracture semble répondre la rétivité, une rétivité figée avec insensibilité absolue aux encouragements, aux promesses, aux menaces, associés à un certain degré de méfiance, d'insociabilité et d'effronterie. Aux troubles du tonus spasmodiques correspond l'humeur réfractaire, le goût de la parade. La rétivité devient rébellion, goût du contre-pied et de l'opposition, dans la vie intellectuelle, elle devient esprit de contradiction. Il y a persévérance aveugle dans l'attitude, difficulté du renversement de la vapeur. La perversité la plus authentique se double d'un état affectif d'insatisfaction. Il y a dans la perversité besoin de défi et c'est ce qui fait que des réactions de salacité ne sont chez les idiots que défaut de dégoût des autres et de soi-même. Les goûts de ces pervers traduisent tous une inversion habituelle de la sympathie (recherche de la souffrance d'autrui, de salir, de casser, de détruire, c'est la cruauté).

L'étude de WALLON, dont ces quelques lignes ne peuvent donner qu'un vague aperçu, analyse très minutieusement les conditions du passage de la salacité primitive à la saleté, du défaut de répugnance à la recherche du répugnant, c'est-à-dire de l'inversion du dégoût qui se ramène, selon lui, à l'inversion de la sympathie, et dont les conditions seraient réalisées par les attitudes d'opposition. Ce besoin de contraste est lui-même inscrit dans l'exercice des automatismes, pour autant que, détachés de leur fin, ils sont poursuivis pour eux-mêmes. Et c'est à ce point de jonction des attitudes mentales et des syndromes psychomoteurs que WALLON situe la genèse des réactions perverses dans les grands syndromes psychomoteurs et notamment l'hypertonie. Tentative ingénieuse pour raccorder les impulsions perverses du parkinsonisme post-encéphalique aux comportements pervers des enfants « nerveux » et « turbulents ».

G. ROBIN a proposé la classification suivante des enfants et adolescents pervers :

1. Citons en France la thèse de G. HEUYER (1912), celle de Marnier (1912), les travaux de Gilbert ROBIN, MALE, NERON, etc.

2. L'Enfant turbulent, pp. 267-285.

...l'excellente et originale description que WALLON a consacrée à un certain type de perversité avec hypertonie...

...c'est à ce point de jonction des attitudes mentales et des syndromes psychomoteurs que WALLON situe la genèse des réactions perverses...

...Description de G.
ROBIN...

d'abord les *perversions constitutionnelles* (type DUPRÉ) et les *perversions par impulsions* (débilité morale). Ensuite, les *perversions acquises* symptomatiques (encéphalite, héredo-syphilis, démence précoce, cyclothymie et névropathies d'origine affective). Il a insisté spécialement sur les difficultés du diagnostic différentiel avec les pervers et les paranoïaques. Nous devons à P. MALE¹ une étude très approfondie. Il distingue chez l'enfant : la *réaction perverse* (impulsions, brutalité dangereuse à l'égard des autres enfants, tendance sadique à torturer les animaux, fugue précédée de vol, tendance à mettre le feu et même homicide) dont le caractère électif n'est pas exclusif d'une forme épileptoïde de l'impulsion, et le *noyau pervers* composé des traits classiques : indifférence, inintimidabilité, inéducabilité. La mimique de ces petits pervers est caractéristique par ses dérobades, sa sornioiserie, son « approbativité » souvent plus suspecte que son opposition. L'absence de réactions émotives ou leur caractère purement extérieur et démonstratif constitue un trait caractéristique, mais il faut savoir à quel point l'émotivité peut être « enfoncée, enfouie, cachée ». Dans les épreuves des *tests de caractère*², il se montre très suspect, il fait des réponses avec indifférence ou les « truque » systématiquement. Il existe toute une gamme d'indifférence, depuis celles qui sont complètement simulées jusqu'aux indifférences-oppositions, aux indifférences-hostilité, aux indifférences-obtusions jusqu'à cette profonde indifférence perverse qui suppose véritablement, même chez les sujets bien doués, « une certaine forme de trouble intellectuel ». MALE propose de diviser le groupe des pervers infantiles en un certain nombre de types cliniques :

1° *Pervers par troubles des instincts et arriération affective*. Ce sont des pervers pré-génitaux. Le syndrome est constitué par la non éducation sphinctérielle, l'onanisme, la saleté, l'absence de pudeur, l'impulsivité, c'est-à-dire par tous traits du caractère ou du comportement qui font de ces pervers, des « nourrissons prolongés ». A ces traits s'ajoutent une certaine obtusion intellectuelle et certaines tendances épileptoïdes. La perversité est plus faite de réactions perverses que du noyau pervers.

2° *Pervers fonciers organisés*. Ce sont les pervers sthéniques. Ici le noyau pervers est net et primordial. On note au lieu de la viscosité du premier groupe, une assurance, une vanité, une hâblerie, une ironie tout à fait caractéristiques.

3° *Les pervers* en défense contre un milieu défavorable ou abandonnés dont les perversions sont à base de conflits.

4° *Les pervers sexuels dysglandulaires* : « groupe de pervers hyper-génitaux avec dysendocrinies marquées par des insuffisances ou des troubles morphologiques qui reflètent la bissexualité originelle de l'être avec, de plus, participation d'autres facteurs glandulaires manifestant une sorte de morcelage somatique qui a sa correspondance psychologique ».

Nous pouvons à propos de ces classifications rappeler quelques types dont certains constituent d'ailleurs de simples variétés cliniques :

1. *Évolution Psychiatrique*, 1938, III.

2. Cf. note 1 p. 265.

a) *Le pervers intelligent*. Il met au service de sa malignité des capacités qui en font un individu redoutable, retors et raffiné (machiavélisme, sournoiserie, crimes habilement perpétrés, type de l'intellectuel cruel et criminel).

b) *Le débile pervers*. C'est un type assez fréquent (type de la brute malfaisante), dont les réactions nocives manifestent l'inconsistance de la personnalité.

c) *Le paranoïaque pervers*. Il s'agit d'une éventualité plus rare. Ici le trait dominant est le caractère de révolte, de rébellion, et déjà de revendications sociales dirigées contre l'autorité paternelle, les instituteurs, la famille, les camarades, etc.

d) *Le cyclothymique pervers*. Le perversité affecte dans ce cas soit une forme torpide ou apathique, soit au contraire une forme exubérante avec versatilité, c'est la forme agitée ou irritable de la folie morale (« manie raisonnante » de CAMPAGNE). Des troubles intermittents du caractère ont été signalés par LOGRE.

e) *Le pervers émotif*. Il présente des attitudes perverses ou commet des actes antisociaux au cours d'accès de colère, d'irritation ou d'anxiété. C'est une forme de perversité impulsive tout à fait spéciale avec violence, injures, outrages, crises de nerfs, exaspérations, etc. C'est un type de déséquilibre très fréquent chez les femmes.

f) *Le pervers instable*. Il est remarquable par la faiblesse de l'attention, la mobilité des sentiments, la turbulence. Les réactions les plus fréquentes sont les fugues¹, les métiers successifs (chasseurs, grooms). C'est « l'instabilité morale » de MAIRET et EUZIÈRES. Parmi eux se recrutent, disent ces auteurs, les escrocs au mariage, les polygames professionnels, beaucoup de prostituées, etc.

g) *Le pervers hystérique*. C'est un mythomane, pathomime, simulateur avec crises, névropathiques, refuge dans la maladie.

h) *Le pervers schizoïde ou héboïde*. Il est renfermé, bizarre ; tout le comportement antisocial a quelque chose de fantasque et d'énigmatique et prend parfois le caractère d'une rêverie ou d'une bouderie morbide. L'hostilité froide, l'impulsivité, les perversions sexuelles, parfois un fond de psychasthénie ou d'angoisse constituent la toile de fond des réactions de ces pervers introvertis.

Mais cette énumération de « types pervers » n'épuise pas le problème clinique. Il s'agit, en effet, de trouver dans la masse de la perversité infantile des niveaux structu-

1. Parmi les travaux récents sur l'abandon du foyer par l'enfant, depuis les ouvrages de GREGOR et VOIGTLANDEN (*Die Verwahrlosung*, etc., Berlin, 1918 et Leipzig, 1922), la thèse de HAIG YASMADJIAN (*Essai de psychopathologie générale de la fugue, fugues infantiles*, etc., Paris, 1927), celle de G. NÉRON (*L'enfant vagabond*, Paris, 1928), le livre d'August AICHORN (*Verwahrloste Jugend. Die Psychanalyse in der Fürsorgeerziehung*, Vienne, 1925) nous pouvons citer les travaux de K. WILMANS (*Das Vagabundentum in Deutschland, Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1940, 168, p. 65), de D. LAGACHE (*Fugue et fuite de soi-même, Évolution Psychiatrique*, 1947, n° 4), de MITSCHERLICH (*Aktuelles zum Problem der Verwahrlosung, Psyché* (revue allemande), 1947, I, p. 103), etc.

raux de perversité. Ces structures perverses ne peuvent s'ordonner que par rapport à la question qui ne cesse de se poser : de savoir si ces pervers sont simplement « asociaux » ou « amoraux », c'est-à-dire, en fin de compte, s'ils restent simplement des arriérés affectifs ou s'ils sont des enfants à « noyau pervers » ? Il semble impossible de ne pas considérer qu'il existe, à cet égard, toute une gamme de perversité enfantine.

...1) les arriérés à réactions perverses. *Toujours « indisciplinés » par impossibilité de dressage et d'éducation, ils sont foncièrement asociaux, plutôt qu'amoraux...*

Tout d'abord les *arriérés à réactions perverses*. Toujours « indisciplinés » par impossibilité de dressage et d'éducation, ils sont foncièrement asociaux, plutôt qu'amoraux. Les réactions perverses s'inscrivent dans le cadre de désordres hormonaux et nerveux qui, témoignant de leur « dégénérescence », constituent des séquelles d'encéphalopathies infantiles. Depuis l'idiot jusqu'au débile, nous avons affaire à toute une série de sujets entrant dans le « moralische Schwachsinn ». Le défaut de développement intellectuel est manifeste et généralement en proportion inverse du degré de « perversité » : plus les enfants sont « malins » au sens d'intelligents et plus ils sont « malins » au sens de « pervers ». Entre les réactions agressives lubriques et bestiales de l'idiot et les ruses malicieuses et perfides du débile toute une gamme de comportements manifestent l'incapacité d'un contrôle réfléchi et efficace de la base instinctive.

...2) les formes de perversité qui contiennent le « noyau pervers »...« morale à rebours », de la rétivité et de la malignité, formes caractérielles qui s'édifient sur un infantilisme persistant...

A un niveau plus élevé se situent les formes de perversité qui contiennent le « noyau pervers », c'est-à-dire qui représentent une forme dysgénétique d'organisation caractérisée par le fait que la personnalité qui se constitue sur le plan du caractère, engage la couche complexuelle dans une manière d'être pathologique, celle d'une « morale à rebours », de la rétivité et de la malignité, formes caractérielles qui s'édifient sur un infantilisme persistant et adhérent aux pulsions instinctives et anarchiques primaires. C'est cette immaturation de la conscience morale, l'impossibilité de s'achever dans la forme sociale de l'être, cette absence de sympathie et d'altruisme qui caractérisent cette forme de perversité prise dans une forme de rétivité systématique. Leur morphologie, leur mimique, les troubles neuro-endocriniens (énurésie, troubles du tonus), les traits d'un tempérament épileptoïde ou du syndrome de débilité motrice de DUPRÉ constituent chez de tels déséquilibrés des traits cliniques bien connus de tous les psychiatres. Le visage chaffouin, les sourires narquois, le mutisme obstiné, le regard fuyant, une pointe d'ironie, l'air « fermé » et buté de la physionomie sont les expressions du cynisme, de l'intimidabilité et de l'inéducabilité de ces « mauvais sujets ». Fermés aux sentiments altruistes de respect, de pitié ou de sympathie, entêtés, murés dans leurs égotismes, imperméables à tout échange affectif – inaccessibles aux observations – impulsifs et surnois cherchant toujours à nuire et à déplaire, ils présentent une structure caractérielle qui les rapproche souvent des paranoïaques et des schizoïdes, tant il est vrai que toutes les « constitutions psychopathiques se mêlent et s'enchevêtrent, en clinique, pour former le tableau du « déséquilibre ». De telles formes d'organisations anormales de la personnalité expriment l'impossibilité ou tout

au moins l'extrême difficulté d'un développement harmonieux vers les formes supérieures d'humanité et de sociabilité : elles constituent, selon le mot de MAIRET et EUZIÈRE, une *invalidité morale*.

A un niveau plus élevé encore, nous trouvons les *structures perverses névrotiques* organisées autour des « pulsions partielles » que nous étudierons plus loin et où l'élément d'angoisse et de poussée compulsive sont prédominants. L'enfant se présente alors comme un hyperémotif, un anxieux, un sensible, délicat et timide. Dans son comportement social inhibé transparaissent les fortes pulsions complexes qui le rivent à la constellation affective familiale : des vices précoces, des défauts stéréotypés, l'oncophagie, le bégaiement, son indiscipline, sa paresse, ses mensonges, ses réactions haineuses ou jalouses, ses fugues, ses tendances au suicide, ses chantages affectifs souvent tyranniques, sont comme noyés dans une atmosphère d'angoisse et d'impulsivité inquiète. – A côté de ce type de névrose obsessionnelle ou phobique, il y a lieu de décrire le type hystérique : mythomanie, crises névropathiques, scènes, malignité perverse, érotisme avec parfois de fortes tendances agressives se traduisant par des vols, et même des actes criminels comme des tentatives d'homicide (notamment parricide) ou la pyromanie. La description de toutes les névroses infantiles qui participent à la fois de la « perversité », des perversions sexuelles, des « troubles de caractères » et de la « délinquance » du jeune âge, nous entraînerait ici à une énumération sans grand profit de tous les types « constitutionnels » épileptoïdes, paranoïaques, schizoïdes, etc.

Enfin, chez l'adolescent et le jeune adulte, nous voyons s'organiser des formes « *antimorales* » de comportement qui expriment au sein d'une conscience morale en voie de différenciation et d'organisation, un choix systématique de révolte et de mal. De telle sorte que c'est bien au moment où l'adulte se substitue à l'enfant, au moment où se liquide normalement le complexe d'originalité juvénile si bien étudié par DEBESSE¹ que se pose la question de la perversité normale ou pathologique. Car c'est seulement à partir du moment où la conscience morale doit atteindre sa maturation qu'il peut être question d'insuffisance pathologique de son organisation.

Ainsi comprenons-nous que la notion de perversité chez l'enfant est une notion très difficile et délicate à manier, puisque jusqu'à cet âge où il passe de l'adolescence à l'âge adulte, l'enfant « baigne » dans l'amoralité. Il serait sage de n'y recourir que pour caractériser soit les arriérés à réactions perverses, soit les sujets à noyau de perversité, soit les « névrosés ». Pour les autres, c'est-à-dire pour tous les autres enfants, leurs mensonges, leurs chapardages, leur indiscipline leur délinquance seront considérés (comme par la loi² qui considère, avec raison, que la délinquance infantile est inscri-

3) les structures perverses névrotiques organisées autour des « pulsions partielles » où l'élément d'angoisse et de poussée compulsive sont prédominants...

...c'est seulement à partir du moment où la conscience morale doit atteindre sa maturation qu'il peut être question d'insuffisance pathologique de son organisation...

...la notion de perversité chez l'enfant est donc une notion très difficile et délicate à manier...

1. DEBESSE, *La crise d'originalité juvénile*, Paris, 1936.

2. Cf. notes 1 et 2, p. 268.

te dans les traits même de la nature de l'enfant) sans le « préjugé psychiatrique » qui, tendant à appliquer à tous les enfants délinquants insubordonnés ou difficiles l'étiquette de « pervers pathologique », risquerait de lui retirer tout son sens.

...les facteurs éducatifs...

Ceci nous amène à considérer un autre aspect également fondamental des délinquants et « pervers » infantiles, nous voulons parler des facteurs éducatifs, de milieu ou de conflit, dans la « genèse de la perversité ». Si l'on s'en tient à ce que nous venons d'exposer, on évitera la mythologie de l'exogénèse (psycho- ou sociogénèse). Sans doute beaucoup d'auteurs ont raison de s'insurger contre l'opinion que les enfants pervers ne sont pas « de véritables pervers », mais c'est dans la mesure même où certains traits du caractère et du comportement infantile (délinquance, fugues, vols, réactions agressives, familiales, etc.) étant précisément fonction de la mauvaise éducation, de l'abandon ou de la dissociation familiale, de l'ambiance affective, du foyer ou de l'école, etc., ils ne sont pas, de ce fait, pathologiques. C'est justement dans ce sens que DUBITSCHER ¹ a pu mettre en garde contre la décision de stériliser les enfants à « comportement asocial » (*asoziale Verhaltenweise*) dus à de pures actions nocives du milieu et de l'ambiance (*reiner Umwelt und Milieu-Schädigungen* ²).

*

* *

Il doit suffire de lire attentivement les pages qui précèdent – comme il suffit d'avoir un peu d'expérience clinique de ce problème – pour saisir la « vulnérabilité » de la notion de perversité ou de perversion pathologique. Il s'agit d'une notion « extrêmement dangereuse », écrivait PICHON ³, et on comprend que, après tant d'autres, PENROSE ⁴ nous ait, récemment encore, mis en garde contre cette notion. On doit, selon lui, l'abandonner « dans l'intérêt de la recherche scientifique et du progrès de l'administration ». Certes, tout ce que nous avons écrit en posant le problème de la perversité nous incline à en restreindre le champ pathologique et à cet égard nous estimons que le psychiatre doit être très strict dans l'usage d'un concept qui se prête facilement à son

...Mises en garde contre la notion de perversité (PICHON, PENROSE...)

1. DUBITSCHER, dans son article, paraît distinguer avec raison cette forme de perversité comme une forme non pathologique pour autant qu'elle ne se confond ni avec l'arriération morale ni avec la sociabilité morbide, c'est-à-dire avec les formes de « moralische Schwach-sinn », de « noyau pervers » ou de structures névrotiques.

2. C'est dans ce sens également qu'ALEXANDER et STAUB (*Der Verbrechen und seine Richter*, Vienne, 1929, trad. franc., 1930) considèrent comme « normaux » les criminels dont le crime est une réaction sociologiquement conditionnée. Et nous pourrions multiplier de semblables citations et opinions.

3. PICHON, *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent*, 1936, p. 160.

4. PENROSE, Moral deficiency, *Journal of Mental Science*, 1947, vol. 93, p. 273. Les difficultés inhérentes à cette notion sont les mêmes que celles que l'on a soulignées à propos du concept de « déséquilibre » ou de psychopathie en général. Les Anglo-saxons s'en sont récemment beaucoup préoccupés. Cf. spécialement l'excellent historique de MAUGHS (*J. crimino. Psych.* 1941 et 1942) — CURRAN et MALLMISON. (*J. Ment. Sc.* 1944 — CLACKLEY et MALLMISON (*J. Ment. Sc.* 1944). — Ben KARPMAN (*J. of nerv. and Mental Diseases* 1946 et *Amer. J. of Psych.* 1948). — O. KINDBERG (*J. of Ment. Sc.* 1947), etc.

extension abusive. Mais on ne saurait d'un trait de plume rayer de nos papiers un terme qui correspond certainement à une réalité clinique, celle-là même que nous avons tenté de faire passer dans notre description. Cette réalité les cliniciens en prennent conscience par l'examen minutieux du comportement, des antécédents du mouvement évolutif de la *personnalité* ¹. C'est elle et elle seule qui fonde l'étude clinique de la perversité pathologique.

E. — LE PROBLÈME MÉDICO-LÉGAL

C'est au travers de ses *réactions antisociales* que le « pervers » social ou amoral parvient le plus généralement au psychiatre. Elles constituent la substance même de tous ces troubles désignés sous le nom de perversité constitutionnelle. Il est bien difficile d'en donner une classification qui ne soit pas arbitraire. Bornons-nous à énumérer les principales : vagabondage, fugues avec ou sans délinquance, dénonciations calomnieuses, faux témoignages, lettres anonymes, chantage, escroqueries, vols, abus de confiance, attentats aux mœurs, coups et blessures, homicide (parricide, infanticide), incendie volontaire, insoumission, désertion, prostitution, excitation de mineurs à la débauche, trafic de drogues ou de denrées contingentes, etc.

La notion de *récidive* domine toutes ces réactions. Une autre condition du crime ou du délit de ces sujets, c'est *l'intoxication alcoolique*, l'ivresse. Voici la petite statistique fournie par DELMONT (1938) à l'égard des réactions sociales des cent pervers qu'il a observés :

1. Instabilité, fugues et vagabondage	4
2. Vagabondage et vols.....	19
3. Vols.....	
a) vols à répétition.....	9
b) cambriolage	1
c) escroqueries	5
4. Vols et incendies	2
5. Vols et violences.....	16
6. Coups et blessures, violences	10
7. Tentatives d'homicide	5
8. Homicide seul.....	8
9. Meurtre et vol	3
10. Homicide sexuel.....	4
11. Menaces de mort.....	2
12. Agressions sexuelles.....	4
33. Agressions sexuelles avec vols	2
14. Exhibitionnisme	2
15. Délinquance sexuelle variée.....	4
16. Viol de sépulture	1

101

...C'est au travers de ses réactions antisociales que le « pervers » social ou amoral parvient le plus généralement au psychiatre...

...statistiques de DELMONT...

1. On utilise en psychiatrie infantile des « tests de caractère » tels que les questionnaires type WOODWORTH-MATHEWS, le test de barrages PRESSEY OU les tests de MAY et HATSHORNE.

On notera la fréquence de la criminalité sexuelle. Les homicides sexuels concernaient soit le meurtre sadique d'une prostituée, ou d'enfants de sexe féminin, avec ou sans viol, soit le meurtre d'un partenaire au cours d'une scène paysanne d'ivresse avec homosexualité. Les « agressions sexuelles » concernent toutes des attentats avec violences commis par des fétichistes, des masturbateurs impuissants, etc. Plusieurs cas, assure DELMONT, devraient être ajoutés à cette rubrique : des sujets incarcérés pour violences ou meurtres s'étaient livrés à de telles agressions en d'autres circonstances.— On remarquera aussi que les vols représentent 52 % de l'ensemble de ces réactions.

...statistique de CORBET...

Nous pouvons encore, à titre d'exemple, donner quelques indications sur la statistique de CORBET. Cet auteur ne s'étant pas placé au point de vue qui nous occupe ici, nous avons dû tirer, nous-mêmes, de ses tableaux, les renseignements suivants. Sur un total de 188 « aliénés difficiles » de la section Henri COLIN, à Villejuif (malades correspondant presque tous au diagnostic de « perversité »), 12 seulement n'avaient jamais présenté de réactions antisociales (tout au moins sanctionnées par une action judiciaire).— Vingt-six n'avaient accompli qu'un seul acte antisocial (tout au moins sanctionné par un jugement) : il s'agissait d'un outrage public à la pudeur ou d'un attentat sexuel dans 4 cas, d'un vol ou d'une escroquerie dans 8 cas, de vagabondage dans 3 cas, d'une tentative d'homicide dans 1 cas, d'incendie dans 2 cas, de coups et blessures ou tentatives d'homicides dans 3 cas, d'outrages à agents ou magistrats dans 3 cas, d'une infraction à la loi sur les stupéfiants dans 1 cas, d'une manifestation antimilitariste dans 1 cas.— Pour les 160 autres cas il s'agissait de récidivistes ou de multidélinquance. Dans 30 cas il existait un état quasi permanent de délinquance mineure (vagabondage, filouterie, menus vols) et dans 6 cas quelques attentats ou outrages à la pudeur.— Le nombre des voleurs récidivistes est considérable. CORBET en rapporte 38 cas dont certains avec 20 ou 25 condamnations et quelques-uns (8) avec attentats sexuels— 17 de ces sujets étaient des récidivistes pour coups et blessures, outrages, scandale, etc.— Le nombre des attentats sexuels récidivistes n'étaient que de 8, probablement parce que la punition ou

Chez nous, HEUYER, Mlle COURTIAL, DUBLINEAU et NERON (*Annales Médico-Psychologiques*, juillet 1934) ont publié un intéressant mémoire sur ces tentatives pour révéler le caractère et notamment les tendances perverses. Leur article comporte une bibliographie des travaux les plus importants. Nous devons noter aussi le travail de MIRA (*Archivios de Neurobiologia*, 1933). En langue allemande il faut signaler les travaux de Neumann (*Z. pädagogik Psychol.*, 1912), de H. ROTH (*Das sittliche Urteil der Jugend*, 1915), de H. S. SANDER (*Z. angen. Psychol.*, 1920, 17, p. 59), de A. HUTH (*Z. pädagogik Psychol.*, 1921), de J. LANGE (*Verbrechen und Schicksal*, Leipzig, 1929) et les travaux de SZONDI (Berne, 1947). Naturellement tous les « tests de projections » (RORSCHACH, MURRAY, etc.) sont également utilisés dans ce but. Ceux d'histoires incomplètes ou de fables de Madeleine THOMAS (1932) et de Louisa DÜSS (1940) sont les plus connus chez nous et en Suisse. Récemment BARUK (BARUK et M. BACHET, le test « Tsedek ». Paris, P. U. 1950) a proposé un nouveau test du sens moral. Sa constatation (p. 88) que ce test est impuissant à mesurer la conduite morale des gredins qui l'exécutent fort bien est assez décevante car, enfin, que peut être une « morale » qui ne soit pas une « raison pratique » ?

l'internement, dans ces cas, ont mis les sujets à l'abri des récidives. Les réactions homicides à répétition étaient également, et pour la même raison, rares (2), mais dix fois des tentatives de meurtres se sont associées à de multiples vols. Tous les autres cas témoignent d'une délinquance variée (délits militaires, infractions à une interdiction de séjour, vagabondage spécial, trafic de stupéfiants, etc.).

Toutes les autres statistiques que nous pourrions reproduire nous montreraient à peu près les mêmes comportements antisociaux.

Le problème de la responsabilité se réduit naturellement à un problème de diagnostic. Mais une question, toujours la même, le domine : les sujets qui correspondent à la description que nous venons de présenter sont-ils des malades ? Nous avons suffisamment établi le bien fondé de cette question et l'on ne saurait méconnaître, par doctrine ou par lacune, le fait que la conscience perverse peut être « normale ». Il ne faudrait pas aboutir en effet à une règle absurde : plus un criminel sera criminel, et plus irresponsable il sera ! Beaucoup de psychiatres par l'abus de la notion de perversité pathologique paraissent peut-être enclins à reconnaître tous les pervers, tous les mauvais sujets, comme des psychopathes. Mais beaucoup d'autres, au contraire, n'envisageant, assurent-ils, ces problèmes que « d'un point de vue pratique », recommandent de traiter les pervers (considérés cependant par eux-mêmes comme des anormaux) comme entièrement responsables pour ne pas « énerver la répression sociale » nécessaire. Ainsi les uns et les autres répugnent à la solution intermédiaire de la responsabilité limitée ou atténuée. Pourtant, en droit comme en fait, il y a lieu, il ne peut pas ne pas y avoir lieu de distinguer les pervers sans déséquilibre psychique, sans caractère morbide, entièrement responsables de leurs actes, des pervers psychopathes dont la responsabilité peut être atténuée dans une mesure proportionnelle à l'importance des troubles qui conditionnent leur perversité, leur amoralité. Cela revient à dire que le propre de la perversité pathologique est de ne pas être « pure », mais d'apparaître comme *secondaire à un état de déséquilibre ou de dysgénésie* de la personnalité, état qui peut être d'un niveau plus ou moins profond. C'est là un premier critère essentiel.

Un second critère résulte encore de l'analyse structurale : c'est celui de *l'incompréhensibilité* de la réaction. Nous avons eu l'occasion à maintes reprises de dire que le trouble mental comportait une structure déficitaire et négative (à laquelle nous venons précisément de faire allusion dans les lignes précédentes en parlant du « caractère secondaire » de la perversité pathologique relativement au trouble primordial qui la conditionne). C'est à ce trouble que correspond dans l'analyse phénoménologique l'altération formelle de la pensée et du comportement (que les termes de « déséquilibre », d'« impulsivité », de « noyau » pervers, etc., expriment sans cesse), par quoi cette pensée perverse, ce comportement pervers échappent à la compréhension psychologique. Et cela dans deux sens différents. Tout d'abord en ce que les motifs, les

...une question, toujours la même, domine : les sujets qui correspondent à la description que nous venons de présenter sont-ils des malades ? ...

...en droit comme en fait, il y a lieu de distinguer les pervers sans déséquilibre psychique, sans caractère morbide, entièrement responsables de leurs actes, des pervers psychopathes dont la responsabilité peut être atténuée...

...la pensée perverse, le comportement pervers échappent à la compréhension psychologique...

...le comportement et la pensée pervers ne sont pas de simples « réactions » aux événements et aux circonstances...

mobiles psychologiques échappent à toute compréhension, c'est-à-dire à toute relation significative pour la conscience du sujet comme pour la conscience de l'observateur. Ensuite en ce que le comportement et la pensée pervers ne sont pas de simples « réactions » aux événements et aux circonstances, c'est-à-dire ne sont pas en relation compréhensible de signification avec les situations vitales.

Ces deux critères structuraux sont à la base du contenu empirique et médico-légal de toute définition de la perversité pathologique.

...Précisions pour le diagnostic de perversité pathologique...

Nous pouvons préciser encore d'un point de vue plus pratique notre point de vue en soulignant les trois aspects séméiologiques fondamentaux de la perversité pathologique :

1° Toute perversité qui paraît *secondaire* à un trouble primordial du développement psychique est pathologique. Ces troubles primordiaux apparaissent à l'examen clinique sous forme grossière dans les cas d'arriération et sous forme plus discrète mais toujours décelable dans les cas de « déséquilibre », de structure psychopathique de la personnalité ou de « névrose ».

2° Toute perversité qui est irréductible à l'analyse psychologique des motifs ou à l'analyse psychosociologique des réactions aux situations ou des influences de milieu a des chances d'être pathologique.

3° L'importance des tares héréditaires, des « stigmates dégénératifs », des troubles de dysgénésie du système nerveux doit entrer en ligne de compte pour le diagnostic.

Ces conclusions rejoignent, nous semble-t-il, à peu près celles de DUBITSCHER à propos d'un autre problème médico-légal qui pour nous être étranger ne s'en pose pas moins dans les mêmes termes, celui de la « stérilisation » des pervers (en Allemagne de 1933 à 1945).

Chez l'enfant naturellement, c'est-à-dire chez l'être en formation et plus ou moins près encore de sa nature proprement instinctive ou de sa « supranature complexe » essentiellement « amORAles » ou « asociales », le problème de la responsabilité ne se pose pas ¹. Et c'est justice. Mais c'est justice dans la mesure même où elle se pose pour les adultes ².

1. L'ordonnance du 2 février 1945 abolit la loi de 1912 et supprime la distinction entre mineurs de moins de 13 ans et ceux de moins de 18 ans pour admettre une irresponsabilité totale et absolue des mineurs délinquants.

2. Ceci est un des aspects les plus décisifs des rapports de la psychiatrie et de la criminologie. Supposons en effet que l'on étende à tous les adultes, à l'humanité tout entière les dispositions justement adoptées pour les enfants parce que précisément ils sont des enfants et l'on voit à quelles absurdités on aboutirait : tout criminel étant jugé « hors de toute notion de culpabilité morale », c'est-à-dire de « responsabilité », serait traité comme un irresponsable. Or, si tout enfant peut être considéré du point de vue psychique comme un être irresponsable, tout adulte délinquant ou pervers ne saurait être traité *ipso facto* comme tel. Et c'est parce qu'il y a lieu de traiter différemment au point de vue psychique un enfant d'un adulte que la notion de « maladie mentale » a un sens, celui d'un retour ou d'une fixation aux premières phases du développement.

F. – LE PROBLÈME D'ASSISTANCE

Il se pose lui aussi très différemment, selon qu'il s'agit d'adultes ou d'enfants.

1° *Les amoraux ou pervers pathologiques adultes.*

Généralement délinquants, récidivistes, ils sont souvent condamnés puis, sortis de la prison où ils accumulent les griefs contre la société ou préparent des mauvais coups, leur désir de représailles, leur soif de jouissance, de scandale et de subversivité ne tardent pas à les précipiter dans une cascade de réactions antisociales, jusqu'au jour où, tôt ou tard, une expertise mentale les fait interner.

A l'asile, ils briment les autres malades, fomentent des complots et des évasions. Ils lassent la patience de tous et finissent dans des quartiers d'aliénés difficiles.

Dès 1905, GARNIER avait demandé la création d'asiles-prisons, d'asiles de sûreté pour anormaux dangereux, psychopathes vicieux et débiles difficiles. En effet, en Belgique on a institué depuis longtemps des quartiers spéciaux de « Défense Sociale » et le sort des assistés est réglé par une « Commission spéciale ». En France, on a créé des quartiers spéciaux d'aliénés difficiles (Villejuif, Hoerdt). Certains médecins légistes préconisent l'installation d'établissements, distincts des prisons, des asiles, où ces sujets seraient placés en vue d'un « traitement pénal » pour une durée indéterminée, qui seraient à la fois école, atelier, hôpital, colonie de travail, asile de sûreté, selon les cas, permettant le maximum de traitement de correction ou d'utilisation ¹.

Autant dire que l'assistance de ces sujets dont l'amendement est le plus souvent illusoire est à peu près nulle et que l'on se contente le plus souvent de les empêcher de nuire en les tenant enfermés.

2° *Les pervers infantiles.*

On se trouve presque toujours en présence de jeunes délinquants présentant des troubles de l'humeur et du caractère avec des réactions antisociales plus ou moins graves. Indépendamment des trop rares sujets justiciables du traitement médical, psychanalytique ou psychothérapique, du placement familial à la campagne ou dans des conditions sociales meilleures, ou encore des cas où il s'agit d'une simple perversion par le milieu psycho-social, il reste toujours une série de cas à peu près irréductibles.

On a, depuis vingt ans, en France, tenté de nombreuses réformes et modes de rééducation. Le sort de ces sujets est généralement réglé par des tribunaux spécialisés. L'ordonnance du 2 février 1945 a institué au sein de chaque tribunal de première instance un « Juge des enfants ». Délégué dans ses fonctions pour trois ans, il est chargé à l'aide des services sociaux spécialisés de mener une enquête approfondie sur la situation matérielle et morale de l'enfant et de sa famille. Cette enquête sociale est complétée par un examen médico-psychologique. Le juge, s'il s'agit de mineurs de moins

...Dès 1905, GARNIER avait demandé la création d'asiles-prisons, d'asiles de sûreté...

...L'ordonnance du 2 février 1945 a institué au sein de chaque tribunal de première instance un « Juge des enfants »...

1. Cf. la thèse de CORBBT 1938.

de treize ans, ordonne soit le renvoi à la famille ou auprès d'une personne digne de confiance, soit la remise à la garde d'une œuvre privée, soit le placement dans un internat, soit le placement dans une institution d'éducation de formation professionnelle ou de soins, soit la remise à l'assistance publique. Si le mineur a plus de treize ans, il peut être placé dans une institution publique d'éducation surveillée ou d'éducation correctionnelle. Si le mineur a plus de seize ans et a commis un crime, il est jugé par le tribunal pour enfants complété par le jury de la cour d'assises.

L'ensemble de ces sujets est donc placé sous le régime provisoire, préjudiciel ou définitif de la *liberté surveillée*.

Ainsi disposons-nous d'un ensemble de mesures qui constituent une gamme de conditions de réadaptation assez satisfaisante. L'administration pénitentiaire, au cours de ces dernières années, a fait de gros efforts pour que les fameuses « maisons de correction », appelées souvent « bagnes d'enfants », deviennent des maisons d'éducation nouvelle (M. E. S.). Celles de la *Lamote-Beuvron* et de *Saint-Jodard* fonctionnent selon ces nouvelles normes. Les cas les plus difficiles sont généralement envoyés à *Aniane* (garçons) ou à *Chevilly* pour les filles. Certains établissements sont des institutions privées (Bon-Pasteur, patronages, etc.). Enfin, des *centres d'observations* réglementés par ordonnance du 25 octobre 1945 apportent une aide très efficace au dépistage, au traitement et à la rééducation de ces enfants et adolescents. Dans le ressort du tribunal de la Seine, il existe aussi deux centres modèles. Celui de *Savigny* et celui de *Villejuif*.

Telles sont les grandes lignes et les réalisations du plan de redressement qui a été mis dans notre pays au service de « l'enfance en danger moral » dont le contingent le plus difficile est évidemment représenté par les « pervers ».

*
* *

L'« amoralité », la « perversité » avec son cortège de délinquance à répétition nous apparaît donc entrer dans le cadre de la pathologie mentale lorsqu'elle manifeste un état dysgénétique du développement de la personnalité. Nous avons tenté de dresser le bilan clinique et de mettre en évidence la structure propre de ces états d'anomalies du développement sous le nom d'« invalidité morale », de « moral insanity », de « moralische Schwachsinn », etc. Cette forme de déséquilibre psychique s'est imposée à l'observation des cliniciens. Nous avons tenté de la sauver de deux erreurs qui ne cessent de la menacer.

La première erreur consiste à confondre cette forme de *folie morale* avec la perversité normale, celle qui est solidaire de la trajectoire de la personnalité qui se construit chez chacun de nous en fonction d'une part des événements, de l'histoire, du « personnage » que nous sommes ou devenons et, d'autre part, de l'idéal de soi, de la conception du monde. A cet égard toute perversité est d'autant plus « pure » qu'elle est moins pathologique. Est seule pathologique celle qui exprime une *impuissance* à accé-

Etablissements aux services de « l'enfance en danger moral »...

...toute perversité est d'autant plus « pure » qu'elle est moins pathologique...

der aux formes supérieures du choix moral. Celle qui résulte d'un *choix* à la fois « moral » (en tant qu'il engage la conscience morale) et « immoral » (en tant qu'il préfère le mal) n'est pas pathologique. Tout notre effort d'analyse clinique a porté principalement sur ce point essentiel et a tenté de montrer que le « pervers pathologique » est enfermé dans un monde d'existence rétréci et qu'il reste nécessairement soudé aux couches infantiles du développement, à celles qu'il n'a jamais pu dépasser. L'autre erreur consiste à se représenter que la perversité due à une dysgénésie du développement de la personnalité est « constitutionnelle » en tant qu'elle exprime cette forme d'organisation anormale de l'être psychique, et qu'elle dépend d'une « constitution amoralité ». Si l'on veut exprimer par là une pure tautologie ¹ et se borner à dire que l'immoralité ou la perversité constitue un trait fondamental de la personnalité, d'accord. Mais si l'on veut entendre par là que l'amoralité de la perversité est une propriété génétique au même titre que la couleur des cheveux ou des yeux, c'est faux. Car l'« amoralité » n'est pas une propriété spécifique et statique, c'est une résultante. À la base, tous les hommes nouveau-nés ² comme les animaux sont immoraux. L'amoralité constitutionnelle ne dépend pas de l'inclusion à la base d'une disposition anormale, elle exprime un trouble du développement, une anomalie de l'évolution psychique humaine, une *dysgénésie*.

...le « pervers pathologique » est enfermé dans un monde d'existence rétréci et reste nécessairement soudé aux couches infantiles du développement...

§ III. — LES PERVERSIONS « PARTIELLES » (PERVERSIONS SEXUELLES)

A une observation assez superficielle, il paraît légitime d'admettre à côté de la perversité pathologique constitutionnelle que nous venons de décrire des « perversions isolées ». Tout de même qu'on se représente celle-là comme une disposition élémentaire, basale et innée, on se figure une mosaïque de tendances instinctives dont chacune peut être isolément pervertie. C'est à une conception de ce type que se sont arrêtés DUPRÉ et ses élèves ³. « Les grands instincts, écrivait-il, se manifestent normalement sous la forme des tendances multiples et variées. » Et il étudiait « successivement » les déviations ou aberrations de l'instinct *de conversation* (alimentation, soif, propriété, épargne, argent, vanité, etc.), de l'instinct *de reproduction* (érotisme, frigidité, inversion sexuelle, bestialité, masochisme, sadisme, fétichisme, exhibitionnisme) et des instincts *d'association*, « c'est-à-dire, précisait-il, des instincts sociaux altruistes relatifs à la vie collective (malignité constitutionnelle, mystification, tendance à l'opposition,

...on se figure une mosaïque de tendances instinctives dont chacune peut être isolément pervertie...

1. Cf. notre « critique de la notion de constitution » (*Évolution Psychiatrique*, 1932) et au Congrès de Limoges (1932).

2. « Nous naissons tous des criminels-nés » (ALEXANDER et STAUB, *Le criminel et ses juges*).

3. DUPRÉ, Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française. Tunis, 1912 (in *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, pp. 357-427).

irréducibilité, etc.) ». Nous n'insisterons pas sur le caractère arbitraire d'une pareille classification. Si nous avons tenu à le placer en tête de ce chapitre, c'est qu'elle nous paraît, comme celle de DELMAS qui dérive des mêmes principes, procéder de cette idée, que les perversités instinctives sont non seulement des aberrations, des déviations des tendances innées, ce qui est à certains égards certainement juste, mais qu'elles sont toujours et nécessairement des anomalies « en soi » génétiquement déterminées, ce qui est certainement faux. C'est pour satisfaire les besoins de la symétrie et par les exigences quelque peu artificielles d'une classification a priori des instincts qu'on a décrit, sous le nom « perversions instinctives », à la fois sur le même plan et comme des phénomènes distincts, la gourmandise et la nécrophilie, les tendances à la mystification et l'homosexualité, etc. En fait, sous ce nom, on désigne essentiellement des aberrations des tendances érotiques. Et si nous avons déjà vu à propos du comportement pervers et des réactions antisociales des pervers combien les attentats sexuels et les anomalies sont fréquents. Nous allons voir maintenant à propos des perversions sexuelles combien le comportement d'agressivité et de mensonge, les vols, les crimes, etc., se trouvent liés à ces formes de vie sexuelle anormale.

Ainsi la distinction entre la « perversité » et les « perversions isolées » ne devra pas être prise dans un sens trop absolu mais, au contraire, il importera de ne jamais perdre de vue que les anomalies foncières de la conscience morale se trouvent liées aux anomalies isolées du système pulsionnel et inversement. Pour bien comprendre le lien naturel qui, sous les apparences superficielles, anastomose aux perversions sexuelles, la « perversité », considérée comme « une invalidité morale », une « moral insanity », il convient de bien saisir que la « perversité isolée » n'est pas une aberration partielle, qu'elle est non seulement une altération de la sphère libidinale mais encore une perturbation globale de la « manière-d'être-au-monde ».

Si les « perversions » énumérées par exemple dans la classification de DUPRÉ étaient présentées classiquement, il y a encore quelques années, comme des aberrations innées de tendances instinctives partielles et si la « clinique » de ces perversions les décrivait comme des sortes d'impulsions, de besoins incoercibles émergeant d'un psychisme « de par ailleurs inaltéré », nous ne pouvons plus aujourd'hui souscrire à une pareille conception « atomiste » de la pathologie instinctive. La « dipsomanie », la « pyromanie », la « kleptomanie », la « mythomanie », la « nymphomanie », le « fétichisme », l' « homosexualité », le sadisme, la nécrophilie, etc. (comme nous venons de le faire remarquer plus haut) étaient présentées comme des « pures anomalies » de comportement instinctif laissant intactes les facultés intellectuelles et même morales des sujets « porteurs » de ces perversions. Certes, tout n'est pas faux dans cette manière de voir les choses puisqu'en effet le psychiatre est amené à constater que de tels sujets peuvent, malgré leurs perversions, être fort intelligents, réussir dans leurs

...les anomalies foncières de la conscience morale se trouvent liées aux anomalies isolées du système pulsionnel et inversement...

carrières et faire des œuvres esthétiques parfois géniales. Mais nous ne saurions sans examen clinique et critique approfondi prendre acte des déclarations et des attitudes de ces « pervers » ou « perversis » qui se présentent eux-mêmes comme atteints d'une « disposition » qui leur resterait étrangère et qu'ils satisferaient sans y participer. Tout de même que l'école anthropologique au XIX^e siècle, celle de MOREL, de KRAFFT-EBING, de MAGNAN avait mis en évidence chez ces malades des « stigmates dégénératifs », un état de « déséquilibre » foncier et parfois héréditaire, des « prédispositions », etc., l'école anthropologique contemporaine (celle qui dans les pays de langue allemande s'enracine d'une part dans le courant biologique de V. UEXKULL et de V. WEISACKER et dans la phénoménologie de M. HEIDEGGER ¹) ne cesse de mettre en évidence sous l'apparence d'une « pulsion partielle » une perturbation basale de l'existence dans ces perversions. En ce sens, les travaux fort importants de E. V. GEBSATTEL ², de E. STRAUS ³, de L. BINSWANGER ⁴, de O. SCHWARZ ⁵, de H. KUNZ ⁶ et aussi de celui de M. BOSS ⁷ qui, quoique dirigé contre certains points de vue de ces auteurs, en reste cependant très solidaire, toutes ces analyses montrent comment la « perversion isolée » n'est qu'une partie d'un bouleversement structural des relations de la personne avec autrui et le monde, c'est-à-dire en dernière analyse de sa moralité. « La coprophilie, dit STRAUS, ne consiste pas dans un tropisme qui lie la mouche à l'excrément mais passe par une intentionnalité de contre-pied à l'égard du normal (Norm-windigkeit) qui constitue le « nerf » (Lebensnerv) de la perversion. » De même, dit Oswald SCHWARZ, « la signification d'une existence homosexuelle est son absence de sens ».

Cela ne suffit pas encore à M. BOSS pour qui la perversion sexuelle est, non seulement une déformation structurale de l'existence, un « morcellement » (Zerstückelung) ou un démembrement (Zerteilung), mais une anomalie du mode d'existence à deux, sorte d'envers de l'amour, anomalie qui reste cependant vécue, encore sur le registre de l'amour et constitue, au fond, une forme de la dialectique passionnelle qui lie le moi à autrui. La perversion ne constitue donc pas seulement l'aberration d'un point ou d'une ligne du système pulsionnel. La « Daseins-analyse » de huit

...la « perversion isolée » n'est qu'une partie d'un bouleversement structural des relations de la personne avec autrui et le monde...

...travaux de BOSS...

1. M. HEIDEGGER, *Sinn und Zeit*, édition 1935.

2. E. V. GEBSATTEL, Ueber Fetichismus, *Nervenarzt*, 1929 et Ueber süchtiges Verhalten im Gebiete sexueller Verirrungen, *Monatschr. f. Psych.*, 1932, 82, pp. 115 et 131.

3. E. STRAUS, *Geschehnis und Erlebnis*, Berlin, 1930.

4. L. BINSWANGER, *Monatschr. f. Psych.*, 1931.

5. O. SCHWARZ, Ueber Homosexualität. Ein Beitrag zu einer medizinischer Anthropologie, Leipzig, 1931.

6. H. KUNZ, Zur Theorie der Perversionen, *Monatschr. f. Psych.*, 1942, t. 105 et Die Agressivität und die Zierlichkeit, Berne, 1946.

7. M. BOSS, *Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen*, Berne, 1947. C'est à ce récent et excellent ouvrage que nous emprunterons le plus sur ce point. L. BINSWANGER à qui l'auteur a tant emprunté vient d'en faire une remarquable analyse (*Psyché, revue d'Heidelberg*, 1949).

cas de perversion sexuelle lui permet de conclure que c'est tout le réseau des rapports existentiels et des « tourments » (*Sorge*) de « l'être-au-monde » qui est rétréci et investi dans ses relations amoureuses (*duale Seinmodus*) d'une signification antivitale de résistance (*Widerstandung*) et d'hostilité (*feindlich*). Sans doute apparaissent-elles superficiellement comme des formes fragmentaires et périphériques, comme des « corps étrangers », mais elles ne sont pourtant que des manifestations d'un bouleversement structural plus global. Par là, répétons-le, *un pont peut être jeté, au niveau d'une coupe plus profonde que la simple observation clinique, entre la « perversité » que nous avons étudiée plus haut et les perversions que nous devons maintenant envisager.*

Que toute « perversion » en tant que tendance à faire mal, que satisfaction à mal faire, que désir de perturber l'ordre « moral » et « naturel », qu'assouvissement d'une pulsion « mauvaise », soit un « bourgeon de l'instinct », c'est ce que le premier examen du problème qui nous occupe nous a montré à l'évidence. Dès lors, il suffit de s'éloigner de l'analyse atomistique et abstraite des instincts particuliers ou partiels, il suffit de remonter à leur source commune, à celle de l'« instinctivité » ou de l'« instinct fondamental ¹ » ou, comme l'a appelé FREUD, de la « libido », pour saisir que toute perversion est fatalement soudée à la dynamique de la vie instinctive et spécialement de son aspect « libidinal » ou, si l'on veut, « sexuel ». D'une part les perversions sexuelles procèdent d'une structure vitale qui dépasse la sphère des rapports strictement érotiques pour s'insérer dans un « ordo amoris » plus global. D'autre part l'organisation complexe de la libido et notamment ses qualifications et investissements successifs au cours des vicissitudes du développement du « choix objectal » déterminent des « manières d'être-au-monde » qui dépassent les fonctions et les instincts strictement génitaux. De telle sorte que la critique que Boss adresse aux conceptions « mécanicistes » et « abstraites » des psychanalystes, à qui il reproche de faire constamment intervenir les « pulsions partielles », nous paraissent mal fondées. (Lui-même d'ailleurs recourt constamment aux notions et à la technique de l'école de FREUD.) Quoi qu'il en soit en effet de l'abus évident que certains font des notions de « fixation » ou de « régression » partielle, FREUD a ouvert *une large voie de communication entre le monde de la perversité et celui de la libido*. Rien n'est plus conforme à la nature même des choses puisque les divers aspects de l'amoralité, de l'associabilité ou de l'antisociabilité et des perversions sexuelles sont cliniquement et profondément intriqués.

Cependant si les vues de FREUD sur le travail instinctif de base qui lie le nourrisson à autrui au travers des imagos complexuelles nous paraissent exactes, par contre nous nous séparons de sa « Métapsychologie ». Le niveau où « libido » et « moralité »

1. Cf. à ce sujet l'étude de DELGADO, *Psicologia general e psicopatologia de las tendencias instintivas*, *Revista di Neuro-Psiquiatria*, septembre 1938, pp. 255-353 et spécialement p. 270 et pp. 316-322.

...le développement du « choix objectal » déterminent des « manières d'être-au-monde » qui dépassent les fonctions et les instincts strictement génitaux...

se confondent est en effet seulement celui de la première organisation affective de l'être. C'est aussi naturellement celui où la perversion pathologique reste fixée ou revient. Cette réserve étant faite, nous pouvons souligner quel lien profond sous les apparences superficielles différentes, unit, dans les états pathologiques, la perversion et l'amoralité.

Si donc il nous paraît impossible de séparer radicalement la « perversion constitutionnelle », l'amoral insanity des « perversions isolées », que sont ces perversions et comment les classer ? L'énumération à laquelle DELGADO se résigne, faute de classification véritable ¹, comprend les rubriques suivantes : propension au suicide, les anomalies des tendances relatives à la défense et à la possession du corps (indifférence aux rigueurs de la température et autres expressions physiques, détachement et aversion à l'égard du vêtement et de la toilette, propension de l'automutilation), anomalies de la faim et de l'appétit (anorexies, boulimie, sétiophobie, sitiomanie, pica, rumination), anomalies du sommeil (agrypnie, hypersomnie, narcolepsie, somnambulisme, pavor nocturnus, cauchemars) et enfin les anomalies de l'instinct sexuel : anomalies quantitatives (frigidité, impuissance, satiriasis, nymphomanie, donjuanisme, messalinisme, érotomanie), anomalies de l'instinct sexuel selon un ordre chronologique de développement (érotisme précoce, puberté tardive, « amours crépusculaires » de l'involution, onanisme), anomalies qualitatives ou « perversions sexuelles » (homosexualité, algolagnie sous forme sadique ou masochiste, pédophilie, gérontophobie, exhibitionnisme, scoptophilie, fétichisme, coprophilie, zoophilie, nécrophilie).

...énumération des perversions par DELGADO...

Nous pourrions donner avec celle-ci, ou celle de DUPRÉ, bien d'autres « classifications » du même genre. Mais à quoi bon ? Ce qui les vicie toutes, même dans l'esprit des plus éminents chercheurs, c'est qu'elles tentent de se constituer sur des tendances isolées, sur des « membra disjecta » de la vie instinctive considérée comme un agrégat de fonctions *siégeant* dans des organes. Un tel principe de classification aboutit nécessairement à une infinité de catégories et à de multiples confusions et « doubles emplois ».

Si nous voulons présenter une classification plus naturelle des perversions, nous devons nous référer à ce que nous avons précédemment établi, c'est-à-dire nous donner comme principe de classification la loi même de toute perversion : toute perversion ins-

1. DELGADO a tenté, sans poursuivre d'ailleurs systématiquement l'entreprise, de s'appuyer sur la classification d'Alexander PFAENDER (*Die Seele der Menschen*, 1938). Celui-ci divise les tendances instinctives en deux grands groupes : les tendances *transitives* (dirigées hors du sujet) et les tendances *réflexives* (dirigées vers le sujet). Dans chacun de ces deux groupes il distingue des tendances fondamentales : 1° de possession et de défense, 2° de soumission, 3° d'activité, 4° de vie transitive ou réflexive. Les biens et les maux qui incarnent les buts recherchés ou évités par les tendances transitives appartiennent au corps, au vêtement, à l'habitation, à la propreté, à la nature infrahumaine, à la nature humaine, à la société, aux formes culturelles, etc.

...une perversion instinctive pathologique est [...] une régression vers la couche instinctive qui est à l'origine de nos rapports avec autrui...

tinctive pathologique est une perversion de la vie libidinale pour autant qu'elle est une régression vers la couche instinctive qui est à l'origine de nos rapports avec autrui¹.

Revenons encore une fois à l'évolution de la libido, c'est-à-dire au développement des fantasmes vécus qui, à chaque étape, en caractérisent la « manière d'être-au-monde » ou encore au déploiement de cette force qui, après avoir enraciné le corps dans son environnement physique et familial primitif, incorpore, dans la succession de ses métamorphoses, le personnage dans le monde prochain ou lointain d'autrui. Au terme normal et normatif de ce travail où s'équilibrent les lignes de force des désirs et de leurs contre-pulsions, l'être, transcendant ses premières déterminations vitales, émerge et rayonne dans la plénitude de son choix, de ce choix qui peut le porter soit à se détacher de sa « nature » ou de sa « supranature complexe », soit à s'y complaire.

La perversion et la perversité représentent sous leur aspect pathologique une chute de ce potentiel évolutif, chute vécue dans et par les archaïques fantasmes libidinaux en un tout qui est, à la fois, une forme de vice particulier et d'immoralité générale.

Les perversions constituent donc, comme nous y avons insisté, des accidents évolutifs non seulement de l'instinct sexuel mais de la moralité. Cependant leur structure propre est conditionnée par une forme singulière de l'érotique qui en constitue le centre sans en limiter le rayonnement.

Dans cette perspective la classification de ces perversions nous conduit à envisager deux sortes d'accidents évolutifs selon que leur figure centrale est représentée par un vice du choix objectal ou par une aberration de la sensibilité voluptueuse.

La perversion peut en effet représenter une fixation à un stade archaïque ou une régression vers les fantasmes propres à chaque étape du *choix objectal*, c'est-à-dire de la trajectoire qui va de l'auto-érotisme à l'amour pour un « objet », constitué par un être de sexe opposé. Entre les deux extrémités de cette ligne de force se situent toutes les possibilités et par conséquent toutes les formes substitutives ou symboliques de choix paradoxaux et inadéquats.

D'autre part les perversions peuvent atteindre une couche encore plus profonde, celle des sources corporelles de la volupté, au point où, dans l'indifférenciation des sensibilités, la libido investit de désir toutes les situations, pour autant qu'elles ne sont pas seulement données mais prises dans l'avidité d'un besoin, et quelle que soit la forme de sensibilité qu'elles émeuvent.

Voici donc la classification que nous allons suivre pour exposer les diverses formes de ces perversions :

I. *Les déformations de l'image du partenaire* (anomalies du « choix objectal »).

1. Les sept péchés capitaux, les confesseurs le savent bien, se réduisent au péché de luxure. Tous y reviennent. Tous en partent.

...[notre classification distingue] le vice du choix objectal, de l'aberration de la sensibilité voluptueuse...

- 1° Autoérotisme. Narcissisme. Onanisme.
- 2° Pédophilie. Gérontophilie. Inceste.
- 3° Homosexualité.
- 4° Zoophilie.
- 5° Fétichisme.

II. *Les déformations de l'acte sexuel* (érotisations substitutives).

- 1° Érotisation de la douleur (algolagnie, sado-masochisme).
- 2° Érotisation du regard (scoptophilie, exhibitionnisme).
- 3° Érotisation de l'appareil digestif (érotisation du goût et des fonctions digestives. Coprophilie).
- 4° Érotisation de l'urine et des fonctions urinaires (onidinisme).

Dans le premier groupe de perversions l'image du partenaire est altérée par un jeu de fantasmes qui en vicie l'identification. La perversion rive le comportement érotique à un partenaire « inadéquat ».

Dans le deuxième groupe c'est la situation érotique elle-même, c'est-à-dire la forme de l'union sexuelle, qui est altérée parce qu'elle se joue essentiellement sur un autre registre perceptif que celui qui est propre à la sensibilité génitale. La perversion déforme le comportement érotique et le détourne de son modèle spécifiquement génital en l'engageant dans des situations voluptueuses paradoxales.

Nous nous proposons de revenir plus loin sur le problème de la nature pathologique de ces perversions, problème d'autant plus compliqué que toutes se trouvent impliquées dans l'exercice normal de la vie sexuelle. Pour le moment il nous suffira de décrire leurs formes les plus typiques ¹.

...toutes ces perversions se trouvent impliquées dans l'exercice normal de la vie sexuelle...

1. On trouvera de très intéressantes observations et de bonnes analyses cliniques sur ces perversions dans de grands ouvrages consacrés à la psychopathologie sexuelle. TARDIEU, *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, Paris, 1887 ; *Étude médico-légale sur la folie*, Paris, 1872 ; Paul MOREAU (de Tours), fils, *Les aberrations de l'instinct sexuel*, 1887 ; SCHRENK-NOTZING, *Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen der Geschlechtsorgane*, 1892 ; A. MOLL, *Les perversions de l'instinct génital*, trad. franç., PACTET et ROMME, Paris, 1893 ; KRAFFT-EBING, *Psychopathologia sexualis*, trad. des 16^e et 17^e éditions en français par Albert MOLL et R. LOBSTEIN, avec une préface de Pierre JANET, 1931 ; HAVELOCK ELLIS, 1^{re} édition, 1897, trad. franç. par GENNEP, *Études de psychologie sexuelle*, Mercure de France, Paris, 1934 ; LAUPTS, *Perversions et perversités sexuelles*, Paris, 1896 ; LACASSAGNE, *Vacher l'Éventreur*, Paris, 1899 ; P. GARNIER, Section de psychiatrie, *Congrès International de Médecine*, 1900 ; Ch. FÉRÉ, *L'instinct sexuel, Évolution et Dissolution*, Paris, 1899 ; EULENBURG, *Sadismus und Masochismus*, 1902 ; FREUD, *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, 5^e édition, 1922 ; MAGNUS-HIRSCHFELD, *Sexualpathologie*, Bonn, 1917-1918 ; STECKEL, *Störungen Trieb und Affektlebens*, 7 volumes, Berlin, Vienne, 1925 ; KRONFELD, *Sexual-pathologie*, Leipzig, 1923 ; O. FENICHEL, *Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen*, Vienne, 1931 ; MARANON, *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*, 1930 ; H. W. GRUHLE et Max MARCUSE, in *Handwörterbuch der Mediz. Psychologie*, Leipzig, 1930 ; HESNARD, *Traité de sexologie*, 1933 ; G. W. HENRY, *Sexvariants*, New-York, 1941 ; M. BOSS, *Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen*, Berne, 1947, etc. Naturellement tous les ouvrages de FREUD et des psychanalystes, les revues de psychanalyse (cf. notre étude n° 6) sont littéralement remplis d'études sur les anomalies de la vie sexuelle. Des revues comme *Abhandlungen aus dem Gebiete der Sexualforschung* (depuis 1918), le *Bulletin de l'Association d'études sexologiques* (Paris, depuis 1932), les *Publications of the British society for the study of sexual psychology* (Londres, depuis 1920), *Schriften zur Psychologie und Sociologie von Sexualität und Verbrecher* (Stuttgart, depuis 1928) et *Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik* (Berlin, depuis 1914), etc., ou des index.../...

A. — ANOMALIES DU CHOIX OBJECTAL

Normalement la sexualité s'exerce par l'acte qui constitue l'union complémentaire des sexes, c'est-à-dire dans le rapprochement des organes génitaux de deux individus de sexes différents. L'instinct sexuel est le lien virtuel qui prépare l'accouplement, c'est la force qui dirige un individu vers un autre individu adéquat. C'est cette « adéquation », chez l'homme surdéterminée par une masse de facteurs biologiques, psychiques, sociaux et moraux, qui est altérée dans les perversions de ce premier groupe. Le partenaire recherché pour la copulation réelle ou désirée, *l'objet* de la libido ne correspond plus à l'objet biologiquement, psychologiquement, socialement et moralement « adéquat ¹ ».

1° *Autoérotisme, narcissisme, onanisme.*

Nous nous trouvons tout d'abord en face d'une anomalie, d'une « triche » dans le jeu de la sexualité qui constitue l'inversion sexuelle la plus totale, puisqu'elle se définit par le fait que *l'objet* de la libido est le *sujet* lui-même. Il s'agit d'une forme de « sexualité » sans « partenaire ». C'est le moyen (le plaisir éprouvé dans son propre corps) qui devient fin. Mais comme c'est de ce plaisir primitif que s'élance tout le mouvement libidinal d'attraction vers un corps spécifiquement complémentaire, on comprend que cette « anomalie » soit à la fois la première et la plus répandue. C'est en effet à l'éveil même de la sexualité et tout au début de l'existence, à l'orée de la conscience du corps que se produit, comme premier investissement des forces d'amour, le plaisir

comme la *Rose mystique* de CRAWLEY ou *Science of Sex* de GODFREY, etc., contiennent une abondante documentation sur ce sujet. Le numéro de « *Crapouillot* » (mai 1938) consacré au crime et aux perversions instinctives et rédigé par R. ALLENDY doit être spécialement signalé. Enfin, des ouvrages littéraires ou d'autobiographie plus ou moins déguisés constituent de véritables observations ou analyses cliniques : J.-J. ROUSSEAU, J. CASANOVA, SADE, RESTIF DE LA BRETONNE, S. MASOCH et de nos jours : M. PROUST, GIDE, J. GENET, etc. — L'ouvrage de HESNARD le plus récent et le plus accessible aux lecteurs français est d'un très grand intérêt. Nous lui ferons au cours de cette étude quelques emprunts. Il divise l'étude des perversions sexuelles en *perversions de but* caractérisées par le fait que l'individu recherchant un objet normal répugne à l'acte sexuel ou lui est indifférent et tend à le remplacer par un des dérivés ou plutôt de ses « éléments » et en *perversions d'objet* qui « comportent tous les états cliniques caractérisés par le fait qu'indépendamment du but qui est bien entendu approprié à l'objet, l'individu est entraîné vers un objet qui normalement n'est pas excitant. Il place parmi les perversions de but les « perversions visuelles » et le « sado-masochisme » et dans les perversions d'objet, l'homosexualité, le fétichisme, la zoophilie, le vampirisme et la nécrophilie. Il est aisé de constater que l'intention est la même qui a déterminé la classification de HESNARD et la nôtre. Mais il nous paraît évident que l'on ne peut séparer correctement les « perversions d'objet » et les « perversions de but » pour la bonne raison que « but » et « objet » sont des notions identiques. A notre sens ce qui distingue les deux grands groupes de perversions — pour autant qu'elles soient différentes autrement que par le noyau de comportement qu'elles représentent — c'est que dans un cas les tendances érotiques sont déplacées dans leur application à l'objet privilégié et que dans l'autre elles sont modifiées dans leur structure de comportement.

1. En formulant en des termes si simples et, somme toute, naïfs le problème, nous sommes parfaitement conscients des difficultés qu'il implique à l'égard de la nature « pathologique » des perversions, problème que nous envisagerons plus loin.

... l'objet de la libido ne correspond plus à l'objet biologiquement, psychologiquement, socialement et moralement « adéquat »...

éprouvé dans et par son propre corps. Obscure satisfaction d'une sensibilité réfléchie sur elle-même, cet auto-érotisme ne connaît pas le dégoût (HESNARD). Les manipulations du corps, ou de ses « excréta » le jeu des fonctions digestives, d'absorption ou d'expulsion sont l'objet d'une jouissance aveugle qui ne tarde pas à se concentrer sur les zones érogènes et spécialement après les fonctions orales et anales sur les organes génitaux (stade phallique). A la présexualité diffuse succède alors la conscience vague de sensations spécifiquement génitales désormais recherchées. Telle est la première forme d'onanisme qui se manifeste chez le jeune enfant le plus souvent vers quatre ans. C'est, dit HESNARD, une « vague de volupté organique, sorte d'âpre vertige à peine distinct et la satisfaction d'un prurit spécifiquement localisé aux organes sexuels ». Cette forme de masturbation autoérotique est celle que l'on rencontre chez les animaux et telle qu'on l'a décrite « chez le cheval, le chien, le chameau, l'éléphant » (FÉRÉ) et que ZUCKERMANN et tant d'autres auteurs ont observé chez le babouin.

A mesure que se développe le système de contre-pulsion ces jeux libidinaux « auto-érotiques » sont généralement refoulés et la masturbation prépubertaire devient relativement rare entre cinq et dix ans. D'après Alfred KINSLEY¹ – s'il était besoin de recourir à la statistique pour établir un fait aussi commun aux yeux de la pratique médicale ou pédagogique – 88% des garçons ou jeunes adultes célibataires se masturbent en moyenne deux fois par semaine. La constance d'un tel comportement trouve son explication dans le développement de la vie sexuelle. Rivée au corps à son début, elle se fixe soit, au moment du choix objectal, sur les images parentales, soit, au moment de la forte poussée pubérale qui érotise le corps, avant de se projeter sur l'objet hétéro-sexuel, dans un fantasme essentiellement narcissique, l'image de soi.

Il y a lieu de distinguer trois directions libidinales, trois finalités différentes de l'onanisme : tout d'abord *l'onanisme auto-érotique* qui rejoint la masturbation sans fantasmes du jeune enfant, ensuite *l'onanisme à fantasmes de partenaire* par lequel la masturbation sortant de la véritable « ipsatio » n'est plus un vice solitaire dans la mesure où s'y associe l'image d'un partenaire, enfin *l'onanisme à fantasmes narcissiques* ou « l'autre » ne peut être que l'image, renvoyée par le miroir, de son propre corps. L'onanisme auto-érotique est exceptionnel sous sa forme d'onanisme « réflexe » équivalent au prurit et où l'orgasme recherché impulsivement pour lui-même, a la valeur d'une décharge de la tension physiologique. L'onanisme à *fantasmes de partenaire* permet à de multiples fantasmes érotiques de se satisfaire en se mêlant à l'acte masturbatoire qui les actualise et auquel en retour ils prêtent une forme de « réalité »². Ainsi, malgré toutes les images virtuelles de perversion que présentent ces fantasmes, ils

...Obscure satisfaction d'une sensibilité réfléchie sur elle-même, cet auto-érotisme ne connaît pas le dégoût (HESNARD)...

...Il y a lieu de distinguer trois directions libidinales, trois finalités différentes de l'onanisme...

1. Alfred KINSLEY, *Sexual behaviour in the humour male*, 1948.

2. Les représentations fantasmiques, « véritables pages d'album érotologique que l'imagination solitaire enfiévrée feuillette avec complaisance ou avidité » (HESNARD), sont si naturellement.../...

constituent déjà un moyen terme vers l'acte sexuel normal qui, lui aussi, admet une part fantasmatique. Quant à l'*onanisme narcissique*, il investit d'une valeur privilégiée et parfois exclusive l'image du propre corps. Il s'accompagne de fantasmes ou de mises en scène scopophiliques dont le miroir constitue l'indispensable foyer destiné à renvoyer à l'onaniste l'image unique mais dédoublée de sa concupiscence ; et ceci naturellement nous rapproche beaucoup des fantasmes de l'homosexualité.

Nous ne saurions que répéter ce qu'écrivait HESNARD au sujet des pratiques onanistes: il existe suffisamment d'études de la masturbation pour que nous n'insistions pas sur cette description banale et peu instructive. Indiquons simplement que l'emploi de corps étrangers, la recherche d'attitudes, de situations favorables à l'orgasme, la participation de zones érogènes autres que génitales (uréthrales, anales) varient à l'infini ce comportement qui contient en germe toutes les perversions exactement comme le rêve lui-même qui ne constitue, somme toute, comme lui, qu'une réalisation de fantasmes dans un monde clos, secret et individuel.

Cette couche « auto-érotique », dont l'onanisme est l'expression habituelle, est dominée « normalement », c'est-à-dire lorsque la libido trouve à s'investir, sans difficulté et dans la plénitude de son élan, dans l'amour. Il existe cependant des individus pour qui ce simulacre épuisant et stérile représente l'essentiel et parfois l'unique forme de l'activité sexuelle. Tantôt, en effet, certains masturbateurs narcissiques ne parviennent pas à détacher leur libido de son adhérence primitive à leur propre image somatique et ils s'adonnent au « plaisir solitaire » avec une frénésie qui satisfait à la fois leur auto-érotisme et leur désir inconscient d'auto-punition. HESNARD cite le cas d'un malade « qui se masturbait soixante fois dans une journée et ne s'endormait que la verge isolée soigneusement et à proximité d'un circuit électrique comportant une sonnerie, avertissement destiné à le réveiller en cas d'érection ». Le raffinement et les ingéniosités de leurs pratiques remplissent leur existence. De par ailleurs timides et anxieux, souvent hypochondriaques, ils vivent dans l'espace sordidement rétréci de leur perversion. Tantôt débordant d'angoisse, leur onanisme est plus un tourment qu'un plaisir, quand il n'est pas les deux à la fois, et leur existence se passe dans le cercle infernal de l'obsession à s'épuiser dans la masturbation et dans la crainte des dégradations physiques et morales qu'elle entraîne.

Enfin, le « complexe narcissique » peut ne transparaître que dans le *caractère auto-philique*. C'est là une des manifestations les plus fréquentes de l'auto-érotisme féminin, mais il se voit également chez les hommes et spécialement chez les acteurs, vedettes, esthètes, etc., goût de la toilette, de la parure, contemplation devant le miroir, culte du corps, tendances exhibitionnistes, plaisir des confidences et des confessions,

.../... incluses dans la pratique onaniste qu'HESNARD (pp. 550-562) en décrit les diverses fantaisies complexes à propos de la masturbation.

...ils s'adonnent au « plaisir solitaire » avec une frénésie qui satisfait à la fois leur auto-érotisme et leur désir inconscient d'auto-punition...

projection du « portrait » dans les œuvres d'art, satisfaction par la publicité de la presse ou de l'écran, etc. Mais ainsi s'élargit et se dissipe jusqu'à la vanité, cette profonde adhérence de l'être à lui-même dans le dédoublement spéculaire par quoi il commence et, parfois, il continue à s'aimer.

2° *Pédophilie, inceste, gérontophilie.*

C'est la différence d'âge et ce qu'elle comporte de transfiguration de l'image du partenaire qui constitue ici l'inadéquation à l'objet. Au regard de la sexualité, l'âge est naturellement d'une importance majeure puisqu'il modèle la figure, la morphologie et la psychologie du « partenaire » et peut aller jusqu'à en inverser la valeur érotique. De ce point de vue l'image de l'enfant, par son ambiguïté même, l'indécision de ses formes, la virginité qu'elle exprime, contraste violemment avec celle du vieillard figé et comme vidé de son attraction sexuelle. C'est de ce contraste que naît la perversion des tendances pédophilique chez les adultes et surtout les vieillards des deux sexes ou gérontophilique chez les adolescents ou jeunes adultes.

L'enfant est naturellement pour l'enfant un objet d'attraction sexuelle et les jeux enfantins sont très rarement exempts de « vice », de ces « curiosités malsaines » qui manifestent les premiers émois de l'éveil sexuel. Les fixations érotiques de cet âge peuvent devenir très vives, puissantes et même tyranniques. Mais on voit des adultes sollicités impérieusement par l'image passée de leurs partenaires infantiles de même sexe ou de sexe opposé. Un malade que nous avons eu l'occasion d'observer reste, par exemple, fixé hors de tout autre objet possible à l'image presque irréaliste d'une petite fille qu'il n'a cessé d'adorer dans sa forme infantile alors qu'elle est mariée maintenant et mère de famille. Mais c'est surtout avec le déclin de la vieillesse que surgissent les fantasmes des partenaires adolescents ou enfants. Le fait est bien connu mais sa banalité même ne nous dispense pas, et au contraire, de le rappeler ici. La plupart des attentats sexuels commis sur des enfants que l'on observe dans la pratique médico-légale ont pour auteurs des vieillards et l'on sait le goût des femmes âgées pour les jeunes gens, de la femme de Putiphar pour le jeune Joseph...

Inversement, et le fait est encore plus paradoxal, des enfants ou des jeunes adultes s'éprennent dans une passion parfois exclusive pour des personnes âgées, des vieillards malpropres, de vieilles prostituées¹. La frénésie de ces choix passionnés parfois jus-

...cette profonde adhérence de l'être à lui-même dans le dédoublement spéculaire par quoi il commence et, parfois, il continue à s'aimer...

...l'image de l'enfant, par son ambiguïté même, l'indécision de ses formes, la virginité qu'elle exprime...

...c'est surtout avec le déclin de la vieillesse que surgissent les fantasmes des partenaires adolescents ou enfants...

...[inversement] des enfants ou de jeunes adultes s'éprennent [passionnement] de vieillards malpropres, de vieilles prostituées...

1. Le choix objectal exclusif fixé sur la prostituée, manifestant l'attraction œdipienne mais comme détachée de toute culpabilité, est une des constantes de comportement érotique. Tibor AGOSTON (Some psychological aspects of prostitution ; the pseudo-personality, *Intern Journal of Psychoanalysis*, 1945, 25, pp. 62-67) a très bien analysé la situation socio-érotique de la prostitution. Une telle dilection provient du fait que l'individu invinciblement attiré par le bordel ou la péripatétienne se désincarne de son histoire, se dépouille de sa personnalité, et que, ne pouvant aimer en étant lui-même, débarrassé avec son identité de sa culpabilité, il peut goûter aux « plaisirs de l'amour » qu'il paye et qui ne comporte pas « d'amour ».

qu'à la mort, pour des partenaires flétris, laids, malades, infirmes et exigeants, ces soumissions sordides où se mêlent les intérêts matériels, le jeu des situations sociales ou professionnelles, la promiscuité sexuelle, etc., ne se rencontrent pas seulement dans les romans. Les médecins connaissent souvent les secrets de ces liaisons « honteuses » et de ces dépravations.

Certes, ces variations paradoxales du choix objectal sont connues depuis longtemps et même depuis toujours, mais leur réfraction dans le complexe d'Œdipe, c'est-à-dire leur signification « incestueuse » symbolique, a été mise en pleine lumière seulement par l'école psychanalytique. La forme la plus typique et la plus « scandaleuse » de ces attirances est représentée en effet par les liens érotiques qui s'établissent contre le « tabou » de l'inceste : viols des filles par leur père, des soeurs par leurs frères, fixation érotique sur le père ou la mère... C'est d'ailleurs plus souvent au travers du complexe d'Electre que par l'effet de l'Œdipe proprement dit, que se nouent les relations incestueuses. Leur milieu le plus habituel est celui de la vie rurale ou de la promiscuité des taudis ouvriers, sans, bien entendu, que soient exclues ces aventures soigneusement tenues dans une clandestinité hypocrite et qui se cachent sous les dehors de la plus religieuse et traditionnelle morale bourgeoise. Ces faits expriment naturellement la forte attraction incestueuse dont la puissance même est frappée dans la plupart des sociétés humaines d'un interdit rigoureux et particulièrement sévère ¹. L'universalité de la répression, la rigueur de la contre-pulsion sont pour ainsi dire le garant de la violence spécifique de cette pulsion. Nous savons depuis FREUD combien le choix objectal, qui se fixe sur le parent du sexe opposé, contrarie la libre expansion de la sexualité vers son objet naturel. C'est ce terrible drame de « l'Œdipe » et de la culpabilité inconsciente dont il frappe la sexualité qui déterminent ultérieurement les artifices, les déformations et les déviations d'un choix objectal qui se porte vers des « objets » à la fois aimés et frappés d'interdiction. C'est dire que le choix des partenaires doit alors

...C'est plus souvent au travers du complexe d'Electre que par l'effet de l'Œdipe proprement dit, que se nouent les relations incestueuses...

...La prohibition de l'inceste est quasi universelle...

1. La prohibition de l'inceste est quasi universelle. On cite généralement quelques exceptions : chez les Tinnehs, les Ichipennes, les Kamagrants, etc., chez les Weddes où l'union est permise entre frère aîné et sœur cadette. Chez les Perses, les Grecs, chez divers peuples d'Asie Mineure (et notamment les anciens Juifs) les unions entre frère et sœur étaient autorisées. Mais l'hypothèse de la « promiscuité primitive » (Mac LENNAN, GIROUD, TEULON, etc.) ne paraît pas devoir être retenue. La structure familiale des clans, des hordes, tout autant que celle de nos sociétés modernes, implique un certain ordre, une certaine hiérarchie dont les formes de tabou et de totem représentent les lois les plus implacables (cf. *Totem et Tabou* de FREUD). Si, comme l'indique LACAN (Le complexe facteur concret de la psychologie familiale, *Encyclopédie française*, 1936), le mythe du parricide originel inventé un moment par FREUD n'est pas soutenable, l'image du père domine cependant toute la série des interdictions. Et même dans les cultures matriarcales où c'est l'oncle maternel qui assure l'autorité et où MALINOWSKI (*La sexualité et sa répression dans les sociétés primitives*, trad. franç., PAYOT, 1932) a pu montrer qu'un équilibre affectif se trouve mieux réparti, « cet équilibre, dit LACAN, démontre heureusement que le complexe d'Œdipe est relatif d'une structure sociale, mais il n'autorise en rien le mirage paradisiaque contre lequel le sociologue doit se défendre ». On consultera spécialement sur cette question le livre de Lord RAGLAN, *Le tabou de l'inceste* (trad. franç., Paris, 1935).

satisfaire à la fois à l'investissement œdipien de l'image parentale et au désir de punition qui s'attache à ce péché sexuel « originel ».

3° L'homosexualité¹.

Nous venons d'exposer quelques accidents du choix objectal dont certains consistaient (dans le premier cas) en une impossibilité de choisir un objet autre que son propre corps. Rester attaché à son propre sexe c'est infliger à l'image de « l'objet » une déformation telle qu'elle se confond avec la propre image du sujet. C'est la formule même d'une perversion, l'homosexualité dont la fréquence répond précisément à la multiplicité des mécanismes et des fantasmes capables de compromettre « l'altérité » totale de l'objet du choix libidinal. Cette « altérité », ce caractère radicalement « autre », strictement opposé et « complémentaire » de l'objet de la sexualité définit précisément la

...l'homosexualité dont la fréquence répond précisément à la multiplicité des mécanismes et des fantasmes capables de compromettre « l'altérité » totale de l'objet du choix libidinal...

1. Nous devons signaler quelques ouvrages de premier plan soit par leurs analyses soit par leur documentation sur cette question si importante. Il va de soi que tous les travaux que nous avons indiqués comme indispensables à l'étude des perversions sexuelles en général traitent longuement de l'homosexualité. Le livre de A. MOLL (trad. franc., 1893) contient un exposé très complet des études sur l'homosexualité du XVII^e au XIX^e siècle. On se rapportera spécialement, depuis le fameux mémoire de WESTPHAL (*Archiv. f. Psych.*, 108, II, p. 73), aux ouvrages suivants : J. CHEVALIER, *De l'inversion de l'instinct sexuel au point de vue médical* Thèse, Paris, 1885 ; DUGAS, *L'amitié antique d'après les mœurs populaires et les écrits des philosophes*, Paris, 1894 ; LAUPTS, *Perversions et Pervertis sexuels*, 1896, (avec une préface de É. ZOLA et une très intéressante auto-observation d'un inverti qui avait confié son histoire à l'écrivain) ; KRAFFT-EBING, *Psychopathologia sexualis* ; HAVELOCK ELLIS, *Études de Psychologie sexuelle, L'Inversion sexuelle* ; A. MOLL, *Les perversions de l'instinct génital. Étude sur l'inversion sexuelle*, trad. franc., 1893 ; *Dos Sexuelleben beim Kinde*, 1909 ; FREUD, *Eine Kindheitserinne-rung an Leonardo Vinci*, Leipzig et Vienne, 1910 ; S. FERENCZI, *Zur Nosologie der männlichen Homosexualität*, *Inter. Zeitsch. f. Psychoanalyse* ; M. HIRSCHFELD, in *Handbuch der Sexualwissenschaft* de J. BLOCH, Berlin, 1914 ; A. ADLER, *Der Problem der Homosexualität*, Leipzig, 1930 ; GOLDSCHMIDT, *Mechanismus und Psychologie der Geschlechtbestimmung*, Berlin, 1920 ; FREUD, *Ueber die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität*, *Inter. Zeitsch. f. Psychoanalyse* ; A. KRONFELD, *Ueber psychosexuellen Infantilismus*, Leipzig, 1921 ; W. STECKEL, *Onanie und Homosexualität*, Vienne et Berlin, 1921 ; TOEPEL, *Zur Psychologie der lesbischen Liebe*, *Zeitsch. f. d. g. Neuro*, 1921, t. 72, p. 237 ; M. ALLAIX, *De l'inversion sexuelle à la formation et à la détermination des sexes*, 1930 ; OSWALD SCHWARZ, *Ueber Homosexualität*, Leipzig, 1931 ; H. SCHULTZ, *Ueber Homosexualität*, *Zeitsch. f. d. g. Neuro*, 1942, t. 140, p. 305 ; HESNARD, *Traité de Sexologie*, 1933, pp. 630-667 ; OSWALD SCHWARZ, *Sexualpathologie*, Vienne et Berne, 1935 ; M. BOSS, *Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen*, Berne, 1947, pp. 99-122 ; R. KLIMMER, *Ist der Homosexualität psychogenetisch oder anlagenbedengt ? Nervenarzt*, mars 1949. Les travaux des psychanalystes les plus importants sont ceux de FREUD, FENICHEL (1931), FERENCZI et SADGER (1921). La littérature générale est très riche, comme chacun le sait, de romans, essais, pièces de théâtre, etc., sur le thème de l'homosexualité. Pour l'homosexualité féminine on pourra se rapporter (sur le conseil de HESNARD) à DIDEROT (*La Religieuse*), BALZAC (*La fille aux yeux d'or*), T. GAUTIER (*Mademoiselle de Maupin*), ZOLA (*Nana*), LAMARTINE (*Régina*), P. MARGUERITE (*La garçonne*), CATULLE MENDES (*Les protectrices*), etc. Sur l'homosexualité masculine les écrits des littérateurs et des philosophes est bien plus vaste ; des noms viennent naturellement à l'esprit : PLATON, LÉONARD DE VINCI, WINCKELMANN et de nos jours : OSCAR WILDE, VERLAINE, RIMBAUD, PROUST, GIDE, COCTEAU, J. GENET, etc. Des homosexuels notoires ont écrit des études sur leur perversion. Le plus connu est Karl Heinrich ULRICH, substitut dans le Hanovre qui écrivit de 1864 à 1869 une série de brochures. La revue *Jahrbuch für sexual Zwischenstiefen* a un intérêt du même ordre.

sexualité¹. C'est elle, dans son existence et pour autant qu'elle oriente la manière d'être au monde, qui se trouve négativée, jusqu'à son inversion, dans la formule érotique homosexuelle. S'il est exact, comme nous le savons mieux depuis FREUD, que la sexualité, loin de s'élaner selon une trajectoire simple, tendue vers son « objet » unique, ne s'établit qu'après une longue phase d'hésitation, de tâtonnements, au travers les conjectures d'une histoire où s'inscrivent les formes successives de la libido, la structure familiale, les forces contre-pulsionnelles du sur-moi, le jeu des fantasmes d'identification et de projection, etc., nous pouvons alors mieux saisir combien peut se trouver compromise l'image érogène d'un « être » de « l'autre sexe ». C'est en effet seulement au terme et non à l'origine de l'évolution de la libido que la forme sexuelle se fixe sous la poussée hormonale de la puberté sur son « objet » radicalement différent du sujet et, dès lors, violemment et passionnément désiré pour son « altérité ». Nous étudierons plus loin les déraillements, les conflits d'identification, les fixations qui mettent ainsi en péril une polarisation si nette quand elle s'achève et réussit qu'il semblerait impossible ou absurde *à priori* d'en supposer la fragilité, si les multiples modalités (historiques, culturelles ou érotiques) de l'homosexualité n'en révélaient la précarité. Bien plus, la « sexualité » qui suppose le désir d'union réciproque des deux sexes « opposés », peut se trouver naturellement mal définie, car le sexe lui-même en tant que système anatomo-physiologique (organe soumis à une régulation neurohormonale) est moins solidement fixé dans sa morphologie et ses activités fonctionnelles qu'il ne le paraît. Si bien que nous devons, pour dresser un inventaire aussi complet que possible de l'homosexualité, aller jusqu'aux formes ambiguës de l'hermaphrodisme.

A. FORMES CLINIQUES DE L'HOMOSEXUALITÉ. Les comportements qui manifestent l'attirance érotique pour les individus de même sexe sont très variés et s'étagent en une gamme de conduites qui vont depuis les attitudes et les goûts « à composante homosexuelle » jusqu'aux aberrations tératologiques de la différenciation sexuelle. Nous allons décrire successivement *le comportement homosexuel inconscient, les formes mixtes d'homosexualité et d'hétérosexualité, l'homosexualité ambiguë, l'inversion sexuelle* et enfin, *l'hermaphrodisme*. De toutes ces formes les plus typiques sont l'homosexualité ambiguë et l'inversion sexuelle. Un mot de précision est ici nécessaire au sujet de ces deux modalités de conduites homosexuelles. Si nous distinguons ces deux groupes de faits et proposons le terme « d'homosexualité ambiguë » c'est pour bien marquer deux aspects de l'érotique homosexuelle qui ne sont généralement pas aperçus dans leurs *différences profondes*. *L'inversion sexuelle* est caractérisée, pour une femme, par sa conduite et ses aspirations viriles et la recherche d'un « objet » purement féminin ; pour un homme, par sa conduite et ses aspirations féminines et la

1. Les notions de bissexualité et d'hétérosexualité sont des pléonasmes relativement à celle de sexualité.

...C'est en effet seulement au terme et non à l'origine de l'évolution de la libido que la forme sexuelle se fixe...

...De toutes ces formes les plus typiques sont l'homosexualité ambiguë et l'inversion sexuelle...

recherche d'un « objet » purement masculin. L' « homosexualité ambiguë » constitue une forme ambivalente d'homosexualité où les éléments masculins et féminins interfèrent dans la structure somato-psychique de l'objet comme dans la conduite même du sujet de telle sorte que l'homosexuel recherchera un « objet » ni masculin ni féminin, comme, par exemple, un adolescent et que l'homosexuelle cherchera à avoir encore un comportement de femme à l'égard d'une partenaire plus ou moins masculine. Sans doute les termes d'homosexualité « active » ou « passive » visent-ils à atteindre une distinction de ce genre mais sans y parvenir clairement pour la simple raison que les termes actif-passif¹ s'inversent selon qu'il s'agit de la liaison homosexuelle féminine ou masculine et que le comportement érotique lui-même, comme nous le verrons, n'est jamais complètement « actif » ou « passif » et cela justement dans les formes érotiques « ambiguës » de l'homosexualité.

L'homosexualité inconsciente. Depuis que la psychanalyse nous a appris à distinguer les plans du « manifeste » et du « latent » dans les expressions psychosomatiques, il est devenu habituel de parler de la « composante homosexuelle » inconsciente qui exprime les fantasmes narcissiques ou d'identification au parent de sexe opposé et se révèle par une conduite en désaccord avec le comportement propre au sexe auquel appartient l'individu. — Ce type d'homosexualité « de tendance » se manifeste chez la femme par les conduites de « protestation virile », exprimant le désir inconscient du pénis² : indépendance, attitude de « garçonne », désir de dominer et de conquérir, goût pour les travaux intellectuels ou de force, pour la « camaraderie » masculine, pour les sports violents, les costumes, gestes prérogatives sociales, habitudes ou modes d'existence de caractère masculin. L'aspect négatif est constitué par une « défense » agressive à l'égard des hommes et des rapports physiques ou sociaux avec eux : une certaine forme de flirt et de coquetterie, qui traite le soupirant en « pantin », une frivole désinvolture ou, au contraire, une rigoureuse sévérité à l'égard de l'amour et du mariage sont à cet égard très caractéristiques. Moins cependant que la *frigidity* qui oppose dans une soumission apparente un refus de la féminité à l'étreinte de l'homme, et qui reflète, dans ses fantasmes, l'angoisse du pénis perdu dans les châtements sanglants de la castration. — Chez l'homme c'est naturellement le contraire. Son homosexualité inconsciente se tra-

... [L'homosexualité inconsciente] exprime les fantasmes narcissiques ou d'identification au parent de sexe opposé et se révèle par une conduite en désaccord avec le comportement propre au sexe auquel appartient l'individu...

1. L'étude de K. SCHNEIDER (Bemerkungen zu einem phänomenologischen Psychologie der invertierten Sexualität und erotische Liebe — *Zeitsch. f. Neuro. und Psych.* 1921, 71, p. 346 à 351) est très intéressante par son analyse et situations homosexuelles irréductibles aux pôles passif-actif.

2. On trouvera dans le travail de G. ZILBOORG (*Masculine and feminine, Some Biological and Cultural Aspects Psychiatry*, 1944, t. VII, pp. 256-296) une analyse très approfondie de la mentalité féminine et de la situation de la femme dans la société que l'homosexualité inconsciente tend à inverser. Des ouvrages comme ceux de BARTH (*La doctrine de la création et Dogmatique*) ou de Simone DE BEAUVOIR (*Le deuxième sexe*), d'ailleurs écrits dans des perspectives bien différentes, sans s'inspirer de ce point de vue ou le justifier entièrement, ne cessent cependant d'y renvoyer.

duit par son comportement d'identification féminine : choix de la profession (cuisinier, coiffeur, couturier, valet de chambre, etc.), coquetterie, travaux de ménage ou d'aiguille, goûts casaniers, sensibilité capricieuse, amitiés féminines, etc. ; parfois l'identification à la mère, à la sœur prend un aspect caricatural d'imitation et tel jeune homme ne se plaît que dans leur compagnie, tel autre adopte leurs gestes, leurs idées, leurs goûts. Par contre, l'attitude à l'égard des « véritables » personnes de l'autre sexe est empreinte de gêne, de timidité, parfois de froideur agressive, et quand vient le moment ou l'occasion du commerce sexuel ils se déroberent ou échouent, ne parviennent à vaincre leurs résistances que par le truchement d'une projection de l'image maternelle sur la partenaire. Quand c'est la « composante narcissique » qui prédomine, la masturbation, les fantasmes de gloire et de vanité, les raffinements de toilette et d'hygiène corporelle, les soins et les soucis dont la personne physique et morale ne cessent d'être l'objet, forment le tableau caractéristique de cette auto-adoration.

Il n'est pas nécessaire d'allonger cette description, même pour l'enrichir des mille détails qui incorporent à soi l'image du sexe opposé. Ce type d'homosexualité est extrêmement fréquent et s'il passe inaperçu au sujet et à son entourage il n'échappe pas à l'œil du clinicien. « Complexe d'homosexualité », l'homosexualité latente s'exprime avec évidence dans les rêves, les productions littéraires ou artistiques, etc. Il se manifeste aussi, et tous les psychiatres le savent bien, dans la projection délirante et hallucinatoire ¹,

Les formes mixtes d'homosexualité et d'hétéro-sexualité. L'homosexualité inconsciente, dont nous venons de parler, entrave et parfois abolit l'activité proprement « bissexuelle », mais le plus souvent elle est compatible avec une vie conjugale à peu près normale et même parfois avec une vie sexuelle très active avec des partenaires de sexe opposé. Nous avons en vue maintenant ces cas beaucoup plus fréquents qu'on ne se l'imagine parfois où l'activité sexuelle est vécue pour ainsi dire en partie double. On ne peut pas ne pas être frappé des chiffres que, par exemple, donne A. KINSEY : 27,3 % d'hommes se livrent ou se sont livrés à des pratiques homosexuelles aboutissant à l'orgasme. Sans doute y a-t-il lieu de tenir compte d'une sorte de forme « physiologique » de l'homosexualité, celle de l'enfance et de la première adolescence, mais nous croyons, d'après l'expérience que tout psychiatre peut acquérir soit par les récits des névrosés et l'étude de leur milieu familial ou social, soit surtout par l'expérience médico-légale, que les pratiques homosexuelles de l'adulte habituellement hétérosexuel sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le suppose.

Tous les travaux sur l'homosexualité ² s'accordent d'ailleurs et soulignent la fré-

1. Cf. la thèse de HUMBERT, *Homosexualité et Psychoses*. Paris, 1935.

2. HIESCHFELD a évalué à 4 % en 1919 en Allemagne les cas d'homosexualité mixte. — Cf. spécialement : CHEVALIER, *L'inversion de l'instinct sexuel*, 1885 ; LAUPTS, *Perversions et Perversités sexuels*, 1890 ; KRAFFT-EBING ; HIRSCHFELD, *Die Homosexualität des Mannes*, 1914 ; HAVELOCK-ELLIS, etc. — Voir plus loin, page 309 (note 1).

...d'après A. KINSEY :
27,3 % d'hommes se
livrent ou se sont livrés à
des pratiques homo-
sexuelles aboutissant à
l'orgasme...

quence de cette forme d'homosexualité. Elle est soit *occasionnelle* et « provoquée » par la rencontre de partenaires homosexuels vrais ou de prostitués (pour les hommes, car la prostitution homosexuelle féminine n'existe pour ainsi dire pas) ou par les conditions d'isolement carcéral par exemple, ou encore « *réactionnelle* » à une situation vitale (veuvage, passion déçue, etc.) ou enfin *secondaire* aux processus d'involution ou aux influences toxiques. Mais si elle peut ainsi s'actualiser « à la faveur » de toutes ces conditions, c'est qu'elle était latente sous forme du complexe d'homosexualité inconsciente ou infantile. Il est rare dans ces cas que l'homosexualité domine l'hétérosexualité, elle va de pair avec elle et, somme toute, elle ne constitue qu'une expérience d'extension de l'activité sexuelle qui demeure assez fixement attachée à son objet naturel pour le trahir sans y renoncer.

L'homosexualité ambiguë. Elle est caractérisée par le fait que le choix objectal se porte d'une manière privilégiée et le plus souvent exclusive sur un être « ambigu », sur un partenaire psychiquement « hermaphrodite », « déssexualisé ». C'est l'homosexualité de « troisième sexe ». C'est à notre avis la plus fréquente et celle dont l'étude doit nous conduire jusqu'au cœur de la perversion homosexuelle, dans le jeu des fantasmes qui « déssexualisent » l'image de l'objet et enferment le couple dans le cercle d'une érotique unisexuelle. Ce qui fausse généralement l'étude de l'homosexualité c'est qu'elle est envisagée seulement sous l'angle du dimorphisme sexuel. A cet égard deux femmes ou deux hommes qui s'accouplent entre eux formeraient une figure où l'un est pourvu du sexe réel et l'autre d'un sexe imaginaire et toute homosexualité est alors considérée comme une inversion radicale où les deux sexes sont « représentés ». Ceci nous paraît faux pour un grand nombre de cas d'homosexualité où précisément les deux partenaires unissent leur même sexe, investi d'une seule et unique valeur fantasmatique. Il y a lieu, en effet, de faire intervenir dans l'étude du comportement sexuel non seulement la morphologie sexuelle des partenaires mais le jeu des fantasmes qui s'y surajoutent et dominant l'anatomophysiologie génitale. C'est ainsi que même dans les accouplements de sexes opposés, bien des images qui tendent à en inverser l'exercice « pur et simple » ne cessent d'intervenir, soit en modifiant le vécu propre à chaque sexe, soit en déformant l'image du partenaire, de telle sorte que, sous l'apparence morphologique orthodoxe de l'amour, des « composantes homosexuelles » se manifestent dans les sentiments, les attitudes, les positions et les sensations qui en composent soit la figure physique, soit la structure affective. A plus forte raison en est-il de même pour les relations homosexuelles : si, comme nous le verrons plus loin, il existe des cas d'inversion sexuelle complète qui réalisent des couples « bissexués » quoique d'une morphologie sexuelle identique, les couples homosexuels « réalisés » (ou seulement « imaginés » dans le fantasme érotique) dans la pratique homosexuelle ambiguë consistent en liaisons somatiques ou affectives d'où « l'autre sexe » est exclu. Chez les femmes l'exclu-

...[L'homosexualité ambiguë] est à notre avis la plus fréquente et celle dont l'étude doit nous conduire jusqu'au cœur de la perversion homosexuelle, dans le jeu des fantasmes qui « déssexualisent » l'image de l'objet...

...les deux partenaires unissent leur même sexe, investi d'une seule et unique valeur fantasmatique...

sion du phallus est naturellement d'autant plus aisé que son substitut organique (clitoris) est rudimentaire. Mais la structure même de l'érotique homosexuelle de ce type constitue à cet égard une exigence bien plus profonde. Ce sont deux féminités qui se pénètrent, se caressent et jouissent l'une de l'autre dans cette forme unisexuée de saphisme. Sur le plan passionnel les sentiments d'identification totale de la sensibilité enveloppent d'un narcissisme fondamental cette fusion de deux êtres qui se vivent et s'éprouvent comme rigoureusement identiques. Chez les hommes il en est de même, c'est le culte du phallus qui les unit à l'exclusion de toute féminité dans leurs rapports réciproques. C'est ainsi que la sodomie pour autant qu'elle utilise le substitut organique du vagin (rectum) est assez généralement écartée, comme « répugnante », de leur union charnelle. Celle-ci consiste en un accouplement « sui generis » où les fantasmes complémentaires de la bisexualité font défaut au profit des fantasmes érotiques de la fusion de deux corps semblables qui se prennent par leurs parties communes. Dans l'ordre sentimental ces homosexuels s'éprennent d'une sorte d'adoration narcissique, celle de ces « amitiés particulières ¹ » établies sur l'identité même du sexe et des modes profonds de sensibilité.

Les « couples » ainsi formés ne sont faits ni d'un homme et d'une femme ayant tous les attributs des sexes opposés, comme dans l'amour normal, ni d'un homme-femme appartenant paradoxalement au même sexe, comme dans l'inversion vraie, mais d'individus de sexualité ambiguë (efféminés, androgynes, ou viriloïdes). Ces « couples » ne sont pas des couples car le couple suppose précisément une certaine hétérogénéité complémentaire et, ici, ce sont les formes indécises de la puberté, de l'adolescence et de l'enfance qui deviennent le canon de l'esthétique et de la liaison amoureuse laquelle reste systématiquement en deçà de la différenciation sexuelle. La dynamique de la libido qui les unit exprime cette indifférenciation soit dans le vécu de leurs sensations érotiques qui restent ambiguës même dans leur identification faible à leur propre sexe ou dans leur identification forte au sexe opposé, comme dans le choix objectal de la représentation du partenaire qui figure elle aussi une image spéculaire de cette ambivalence.

L'homosexualité à forme d'inversion sexuelle. Le paradoxe érotique s'accuse ici jusqu'à inverser le sens de la libido et à renverser le rapport qui l'unit à la structure somatique de l'individu. Comme on l'a répété mille fois, ce sont « des femmes dans des corps d'hommes » et des hommes dans des corps de femmes (anima mulieris in corpore virile et vice versa). Malgré et contre la nature corporelle s'édifie un système libidinal qui en trahit le plan structural. Les choses ne sont pas cependant si simples qu'on le pourrait supposer. En effet, une homosexuelle, pour si invertie qu'elle soit, non

1. Le roman de PEYREFITTE (*Les amitiés particulières*) dépeint admirablement ce type de relations amoureuses de jeunes éphèbes. Cet amour de l'adolescence reste le prototype de la passion homosexuelle chez les homosexuels.

seulement ne peut pas ¹, mais ne tient pas à s'accoupler avec une « femme », mais avec une « femme-ayant-des-goûts-spéciaux ». C'est en cela qu'entre le groupe précédent et celui-ci, le sens profond de l'homosexualité jette un pont. Mais il n'en reste pas moins que dans cette catégorie d'homosexualité un pas de plus est fait dans l'aberration de la sexualité. L'homosexualité devient un simulacre d'hétérosexualité. Le jeu des fantasmes qui investissent le vécu sexuel, ou l'image des partenaires, d'une signification, d'un signe, qui en spécifient le caractère masculin ou féminin, n'abolit plus la structure bipolaire du couple mais l'exige. Chaque homosexuel de ce type s'identifie à l'intérieur de son propre sexe ou dans le fantasme du sexe opposé à un partenaire d'un couple hétérosexué mais contre nature. L'homme veut être soit homme à l'égard d'un homme qui lui servira de femme, soit femme à l'égard d'un homme à qui il servira de femme et non point comme dans les couples normalement bissexués homme à l'égard d'une femme qui aime les hommes ou femme à l'égard d'un homme qui aime les femmes. Le dogmatisme de l'inversion homosexuelle est, ici, total et absolu. D'où la nécessité pour décrire cette forme d'inversion de la considérer, quel que soit le sexe morphologique des individus qui le composent, dans l'hétérogénéité d'un *couple* ; chez les hommes (comme chez les femmes) un des deux partenaires sera « viril » dominateur et pénétrant et l'autre sera passive subjuguée et pénétrée, la symétrie étant profondément identique pour cette modalité de relations sexuelles, dans le couple d'invertis ou d'inverties. L'identification au couple hétérosexuel est ici poussée si loin que tout ce qui peut se dire des amours normales dans l'alcôve, le boudoir, le salon ou la rue peut être dit du « commerce » homosexuel et c'est précisément ce qu'exige que soit dit aussi de lui, le couple d'invertis.

C'est ici que doit être mentionné une forme spéciale de cette inversion qui l'apparente au fétichisme, c'est le *travestissement* ou *éonisme*. Dans la plupart des cas ², l'inversion sexuelle se situe alors uniquement sur les apparences sociales de costume. C'est une inversion de « surface » comme vidée de sa substance organique. C'est le masque seul, le vêtement sexuel qui est changé et échangé, mais sous une forme qui pour être seulement d'apparence n'en est pas moins totale.

L'hermaphrodisme. Très loin – et, dans certains cas, très près – de l'inversion sexuelle se situent ces formes d'ambiguïté sexuelle qui sont des « perversions » de la nature plus que des individus.

« Nec duo sunt, sed forma duplex nec femina
« Nec puer ut possit neutrumque et utrumque videtur.

Ces deux vers d'OVIDE (*Métamorphoses*, 1. IV) suffisent à souligner l'ambiguïté de

... *L'homosexualité devient [dans l'inversion] un simulacre d'hétérosexualité...*

...*L'homme veut être soit homme à l'égard d'un homme qui lui servira de femme, soit femme à l'égard d'un homme à qui il servira de femme...*

...*le travestissement...*

...*L'hermaphrodisme, perversion de la nature...*

1. Puisque toute « partenaire » cesse, pour elle, d'être une femme à féminité totale, c'est-à-dire entièrement acceptée.

2. A. MASSON, *Le travestissement*, Paris, 1935.

...Hermaphrodisme...

nature de tels êtres et l'embarras devant lequel ils mettent l'état civil et les sexologues. La définition de cette monstruosité qu'en a donnée Geoffroy SAINT-HILAIRE est restée classique ; c'est « la réunions chez le même individu, des deux sexes ou de quelques-uns de leurs caractères ». Depuis le fameux traité de J. DUVAL¹, des cas célèbres ont été publiés, celui de MARIN LE MARCES, de la demoiselle d'ANJOU, de l'éthiopienne de R. COLOMB, de Joseph ou Joséphine MARZO, de Marie-Madeleine LEFORT, les cas D'ÉVERAND, SCHNEIDER, VIRCHON, TARDIEU². Une riche littérature de langue allemande a étudié spécialement l'aspect culturel et esthétique de l'hermaphrodisme³. Nous aurons l'occasion de revenir sur le problème biologique de ces formes d'intersexualité. Voici, d'après HUGUET⁴, comment se présente actuellement le problème de la morphologie de ces êtres « bissexués ». Il existe un hermaphrodisme *glandulaire* dû à la présence de gonades mâles et femelles et qui peut se manifester par une morphologie variable et parfois latéralisée (mâle d'un côté, femelle de l'autre), un hermaphrodisme *tubulaire* (ou pseudo-hermaphrodisme) qui manifeste une diminution entre le sexe et la glande et celui des canaux. Ce pseudo-hermaphrodisme est parfois interne, mais le plus souvent (90 % des cas) il est externe ; il est généralement masculin (71 à 90 % de cas de garçons à morphologie féminine).

Pour la plupart des cas il s'agit de malformations des voies génito-urinaires, de la partie externe du tractus génital, c'est-à-dire de pseudo-hermaphrodisme. Les cas d'hermaphrodisme glandulaire posent des problèmes bien plus délicats. Notons simplement ici que lorsqu'il s'agit de dysgénésies génitales externes la vie sexuelle est très fortement et normalement polarisée dans le sens d'une sexualité bien orientée. Seuls les quiproquos sociaux auxquels ces malformations peuvent donner lieu sont responsables de certaines difficultés sexuelles ou de certaines « anomalies » qui sont plutôt à base d'erreurs que d'aberrations.

Tels sont les divers aspects cliniques des aberrations du choix objectal qui se fixent sur un partenaire inadéquat à la forme anatomo-physiologique du sexe. Seulement virtuelle ou parfois occasionnelle elle plonge ses racines dans l'organisation défectueuse de la libido et parfois même dans les anomalies des fonctions et même des organes de l'appareil génital. D'où la perplexité, les hésitations et les discussions qui n'ont pas manqué de s'établir sur la pathogénie de l'homosexualité.

B. PATHOGÉNIE DE L'HOMOSEXUALITÉ. Il en est de cette « perversion » comme de toute forme de « perversité », elle peut s'expliquer soit en admettant qu'elle est une

1. J. DUVAL, *Traité des Hermaphrodites*, 1612.

2. Cf. à ce sujet : Ch. DEBIERRE, *L'hermaphrodisme*, 1895 ; H. MEIGE, *Infantilisme, Féminisme et les Hermaphrodites antiques*, *l'Anthropologie*, 1895 ; PANCRAZI, *L'hermaphrodisme*, 1910 ; OMBRÉDANE, *Hermaphrodisme et Chirurgie*. Paris 1939.

3. WELCKER, KURSERITZKY, FURTWANGEL, ROBERT HERMAN, etc.

4. HUGUET, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.

« disposition constitutionnelle » génétique, originale, et originelle dont l'homosexualité serait alors l'expression phénotypique et tératologique, soit, qu'en tenant compte au contraire, du fait qu'elle est latente chez tous les hommes, on admette qu'elle constitue une anomalie du développement. Anomalie chromosomique des propriétés de l'espèce ou anomalie du développement libidinal dans l'histoire de l'individu, telles sont les solutions qui s'offrent à l'esprit de tous les auteurs qui se sont occupés de ce problème.

L'examen de cette question suppose une appréciation exacte de cinq faits fondamentaux : les comportements homosexuels *primitifs*, l'homosexualité dans certaines formes de structure *sociale*, les *fantasmes* inconscients de l'homosexualité, les faits biologiques connus sous le nom d'*intersexologie*, les *processus organiques* capables de déterminer des comportements homosexuels.

Comportements homosexuels infantiles et animaux. Nous avons déjà eu l'occasion de noter que dans la phase d'auto-érotisme le jeune enfant manifeste un intérêt et un plaisir très vif pour son propre sexe. Un tel investissement libidinal sous sa forme narcissique s'étend à l'ensemble de sa personne et ne tarde pas à englober les êtres du sexe identique que les jeux, les conditions d'éducation scolaire ou d'existence collective placent auprès de lui et identifient à sa propre existence. La vie des pensionnats ¹ est notamment très favorable à ces projections libidinales homosexuelles sur des camarades, des surveillants ou des maîtresses. Tout ayant été dit et redit sur ces faits connus de tous les éducateurs et médecins ; il ne nous suffit pas, cependant, de les mentionner, nous devons aussi en souligner l'importance primordiale. Une telle « valence » homosexuelle, tendant à se saturer avec une pareille régularité et parfois une violence passionnée chez les enfants, constitue une *constante* de la vie sexuelle humaine. De telle sorte que tout ce que l'on pourra dire avec O. SCHWARZ et M. BOSS (pour ne citer que deux auteurs qui ont récemment étudié très profondément l'homosexualité) contre la notion d'homosexualité infantile, ne paraît fondé qu'en partie. Certes, ces auteurs ont raison de souligner qu'un monde sépare ces « degrés inférieurs de la sexualité normale » de l'homosexualité de l'adulte, mais il nous paraît, par contre, impossible de séparer radicalement le comportement homosexuel de l'adulte des tendances homosexuelles qui, avec une si remarquable constance (au degré et à l'occasion près), s'observent dans la vie sexuelle infantile. FREUD a montré que la structure même de la sexualité infantile l'inclinait vers le partenaire du même sexe tant en ce qui concerne la recherche du but sexuel (*Sexualziel*) que pour le choix objectal (*Sexual-objekt*). Le monde sexuel de l'enfant est en effet gouverné d'une part par le principe du plaisir, le désir du plaisir qui s'identifie avec la manipulation des zones érogènes et d'autre part

...dans la phase d'auto-érotisme le jeune enfant manifeste un intérêt et un plaisir très vif pour son propre sexe...

...FREUD...

1. OBICI et MARCHESINI, *Le amicizie di collegio*, Rome 1898 ; PEYREFITTE, *Les amitiés particulières* ; le film *Mädchen in Uniform*, etc. Cf. aussi le livre de A. MOLL, *Dos Sexual-leben beim Kinder*, 1909 et FREUD, *Drei Abhandlungen sur Sexualtheorie*, 1914.

...La masturbation d'abord et la masturbation réciproque ensuite sont les formes les plus primitives de l'érotique infantile...

par le narcissisme qui réfléchit sur l'image de son propre sexe l'énergie libidinale. La masturbation d'abord et la masturbation réciproque ensuite sont les formes les plus primitives de l'érotique infantile. Le jeu « entre camarades » qui exclut le plus généralement l'autre sexe, constitue souvent la forme première et homosexuelle de la liaison amoureuse. Certes, les virtualités du développement ultérieur et l'indifférenciation, le « polymorphisme » même de la vie sexuelle à cet âge confèrent à cette homosexualité infantile une structure propre et assez différente du monolithisme de l'aberration homosexuelle de l'adulte, mais ce fait demeure central à l'égard du problème général des tendances homosexuelles.

...« L'homosexualité existe dans beaucoup d'espèces animales... (HESNARD)

Il en est de même pour une autre forme d'homosexualité : celle que l'on observe dans les espèces animales ¹. Il semble bien à cet égard que les formes de l'instinct sont d'autant plus fixes et d'autant moins soumises à la variation, que l'on descend dans la série des espèces. Voici ce qu'HESNARD écrit à ce sujet : « L'homosexualité existe dans beaucoup d'espèces animales non seulement chez les animaux inférieurs, comme les fourmis (HUBER) dont les mâles violent les ouvrières aux organes génitaux atrophiés et par suite d'apparence plutôt mâle, chez les abeilles et les animaux vivant en sociétés ouvrières – conséquence pour SCHULTE-VAERTING du développement d'un instinct homosexuel facultatif – mais chez les animaux supérieurs : chats, chiens, singes, etc. » Et à propos des singes le même auteur raconte qu'il a pu observer un chimpanzé « robuste et très intelligent » qui plutôt hostile aux femelles « débauchait » tous les singes mâles surtout jeunes qu'on mettait dans sa cage et pratiquait la masturbation simultanée du partenaire et de lui-même. Cette observation qui a pu paraître à son auteur singulière est celle-là même que ZUCKERMANN ² a pu vérifier sur une plus grande échelle chez ses « babouins ».

...Observations de ZUCKERMANN chez les babouins...

On sait que ces singes se groupent de la façon suivante : autour « d'un mâle » (le maître) vit un « harem » composé d'un certain nombre de « femelles » qu'il domine et de « célibataires » (mâles jeunes ou adultes sans femelles). Les rapports de « dominance » à l'intérieur de ce groupe sont variables et expriment à la fois l'agressivité et la sexualité. Les réactions sexuelles chez « ces primates subhumains » ne sont pas toujours conditionnées par l'excitant physiologique spécifique. « Nombre de situations qui ne paraissent pas se rapporter directement à la sexualité déterminent des réactions sexuelles. Par exemple un singe se mettrait en position sexuelle lorsque l'on le maltraite » (p. 93). Il n'existe pas de promiscuité sexuelle à l'intérieur du groupe, les rapports sexuels étant réglés sévèrement (les femelles sont généralement fidèles au « maître » et les célibataires sont exclus des rapports sexuels). Mais il se produit parfois d'étranges violations à cette « morale » sexuelle. Ainsi une femelle infidèle surprise par son mâle, pendant la fureur de celui-ci et elle-même étant très excitée, se fit

1. A. MOLL, *Libido sexualis*, 1898, t. I, p. 369 ; P. KARSCH, *Jahrbuch für Sexualwünschentiefen*, t. II, pp. 126-154, Cf, aussi les travaux que nous avons indiqués, p. 232.

2. S. ZUCKERMANN, *La vie sexuelle et sociale des Singes*, trad. franç., incomplète de J. ROSTAND, Paris, 1937.

inviter par deux mâles devant qui elle s'était mise en position. Mais « il est fréquent que les membres d'un groupe de femelles pratiquent l'homosexualité... »

Des soins mutuels, l'examen des parties génitales et l'activité de coït peuvent être pratiqués par le maître et le célibataire attaché à sa suite ou par l'un ou l'autre de ceux-ci et un mâle quelconque de la colonie, sans considération d'âge, avec qui des relations amicales s'établissent provisoirement. De telles relations commencent, d'ordinaire, par des mouvements rapides des lèvres, des mâchoires et de la langue (que l'on décrit ordinairement comme un claquement des lèvres), tels qu'il s'en produit au cours de l'activité de nettoyage. Ces mouvements des lèvres et de la langue font partie essentielle de toutes les relations amicales et sexuelles, à la fois comme préliminaires et concomitants. Par exemple, deux animaux étant assis l'un auprès de l'autre, ils tourneront la tête, les yeux se rencontreront, et ils commenceront immédiatement à claquer des lèvres. Par surcroît, l'un de ses animaux peut se lever, et se mettre en position devant l'autre. Alors viennent des claquements de lèvres plus marqués, parfois une série rythmique de grognements sourds et bas, et alors, ou bien les animaux se nettoient l'un l'autre, ou se chevaucheront, ou bien ils feront l'un et l'autre. Les femelles d'un harem se livrent également à l'homosexualité ; une femelle jouant le rôle du mâle et montant l'autre. Puisque les femelles des différents harems n'entrent pas en contact les unes avec les autres, le comportement homosexuel féminin n'apparaît que dès que les harems comportent plus d'une femelle. Les femelles jouent également le rôle du mâle pour monter de jeunes mâles, et il arrive rarement d'ailleurs, que des femelles adultes montent les célibataires attachés à leurs harems (pp. 117-178).

...S. ZUCKERMANN, *La vie sexuelle et sociale des Singes*, trad. J. ROSTAND, 1937, Paris...

... Le comportement sexuel prépubère des chimpanzés ne se circonscrit pas à des relations hétéro-sexuelles. Ils ont également des activités homosexuelles. DWINA était la plus grande et la plus puissante des anthropoïdes de BINGHAM et, au début, ces relations physiques avec d'autres animaux, à part celles que le jeu pouvait déterminer accidentellement, se limitaient presque entièrement à des étreintes où elle les tenait de façon protectrice. Plus tard, son attitude devint plus manifestement masculine. Une fois, elle prit les parties génitales externes de WENDY dans ses lèvres – quoique, contrairement aux autres, elle fût personnellement indifférente aux attouchements exercés sur ses parties génitales. Comme si elle avait été un mâle elle couvrit fréquemment WENDY, et à l'occasion rechercha également le contact génital ventro-ventral avec elle. BINGHAM rapporte une observation qu'il avait faite précédemment de chimpanzés femelles plus âgées se comportant homosexuellement, et attire l'attention sur ce fait que, là encore, c'était la femelle la plus grande qui jouait le rôle de mâle dans la copulation. Il décrit également une réaction homosexuelle particulière où les femelles parvenaient au contact génital mutuel en se tenant à quatre pattes, la face dans des directions opposées. Un comportement de même ordre chez les singes à toque adultes femelles a été observé dans le jardin zoologique de Londres. BINGHAM a observé moins d'activité homosexuelle dans son groupe entre les deux mâles, BILLY et PAN, qu'entre les femelles, WENDY et DWINA (pp. 209-210).

... Chez le mâle, de telles activités prennent une forme caractéristique. L'un joue le rôle de la femelle et est monté par l'autre. Chez les femelles, on peut distinguer deux types distincts de contacts dit homosexuels. Le premier correspond à l'activité homosexuelle masculine, une femelle jouant le rôle du mâle et montant un compagnon femelle. La deuxième forme a été décrite dans un paragraphe précédent : deux femelles y recherchent le contact génital mutuel en se tenant à quatre pattes, face à des directions opposées. La signification de cette dernière réaction ne saurait être discutée, puisque l'on ne sait rien de son développement et puisque, pour autant que l'on puisse

le savoir, il n'a jamais été signalé que deux fois. Il est peut-être significatif que ces deux observations aient été faites sur des primates subhumains femelles qui étaient encagées sans mâle, et que cette réaction n'ait jamais été observée chez des babouins femelles vivant en colonie. Quelle que soit sa signification, c'est une réaction qui, si on la compare avec la première forme de contact homosexuel des femelles, n'apparaît que rarement (p. 217).

... Même si l'on parvient à montrer que les jeunes primates subhumains ont de plus fortes tendances hétéro-sexuelles qu'homosexuelles, les faits n'en suggèrent pas moins que, si l'on néglige la fonction de reproduction, il n'y a pas de différence appréciable entre les manifestations de ces tendances différentes. On peut imaginer qu'à partir du moment où les mouvements d'un singe ou d'un anthropoïde sont bien coordonnés, il vit dans un milieu social qui détermine les réactions sexuelles. Dans une situation déterminée, il joue le rôle sexuel dominant, celui du mâle, tandis qu'un compagnon prend le rôle inverse, celui de la femelle et de la soumission. Un tel comportement peut être soit homosexuel soit hétérosexuel. Le comportement copulatoire dépend donc essentiellement de la domination qu'exerce l'animal, et à ce point de l'analyse, il semble que ce soit par accident si telle ou telle réaction se manifeste de façon homosexuelle ou hétérosexuelle (p. 219).

Naturellement dans tous ces comportements instinctifs le coït homosexuel paraît à la fois fréquent, facultatif, fortuit et déterminé par des situations affectives ou sociales contingentes, c'est-à-dire ne réalise pas un type d'homosexualité systématique. Mais comme nous le disions plus haut pour l'enfant, ces faits montrent que le comportement hétérosexuel dominant chez l'adulte, est précaire et facilement dominé aussi bien chez l'homme avant la puberté que chez le singe hors du « rut ». Il y a lieu de remarquer en effet, avec ZUCKERMANN, que la forte poussée hormonale de l'œstrus chez la guenon (comme la forte poussée hormonale de la puberté) maintient solidement chez elle (et « par ricochet » chez le mâle) les tendances sexuelles dans leur direction spécifiquement hétérosexuelle.

Les mœurs homosexuelles sociogénétiques. Nous venons de voir à quelles profondes racines l'homosexualité plonge dans la couche primitive de la sexualité et de l'amoralité. Nous avons déjà vu et verrons encore plus loin qu'elle peut à certains égards se confondre avec un « vice » de la nature, une « malformation ». Et cependant elle a pu entrer dans les mœurs de peuples civilisés et apparaître même à certains égards et à certains moments de l'histoire comme une forme « supérieure » des liens qu'ÉROS noue entre les hommes. Il est assez curieux de remarquer que c'est l'homosexualité masculine qui, si nous en exceptons les fameux concours de LESBOS et de TÉNÉDES, s'est donnée comme une forme idéale de l'« Amour ». Nous serons brefs sur cet aspect du problème tout entier dominé par l'image de SOCRATE caressant, avant de mourir, et loin de XANTIPPE, la chevelure de PHÉDON¹..., celles de GANYMÈDE ou du

1. L'historique de l'homosexualité à travers les âges, les civilisations et chez les personnages illustres est très bien fait dans les livres de J. CHEVALIER (1893, pp. 57 à 159) et A. Mou. (trad. franç., 1893, pp. n à 76). Depuis lors rien de nouveau n'a été ajouté.

...ces faits montrent que le comportement hétérosexuel dominant chez l'adulte, est précaire...

...l'homosexualité a pu entrer dans les mœurs de peuples civilisés et apparaître même à certains égards et à certains moments de l'histoire comme une forme « supérieure » des liens qu'Éros noue entre les hommes...

bel d'ALCIBIADE ou encore, celles-ci virgiliennes, de NISUS et EURYALE. Les écrits de PLUTARQUE, d'ARISTOPHANE, de XENOPHON, les poèmes d'ANACRÉON, les *Épithalames* de CATULLE, les *Épigrammes* de MARTIAL, les *Satires* de JUVÉNAL, le *Satyricon* de PÉTRONE nous ont transmis les mœurs des « gymnases » ou des « commensations » de la « décadence païenne ¹ ».

L'esthétique de l'hermaphrodite dans la sculpture, les cultes phalliques, l'homosexualité de MICHEL ANGE ², de LÉONARD DE VINCI ³ ont naturellement trouvé leur écho dans les nostalgies de WINCKELMANN ⁴ comme de nos jours dans des œuvres comme celles de PROUST ⁶ ou de GIDE. Contenue dans le mythe de la création hermaphrodite d'URANUS et inspiratrice du péché contre les Anges à Sodome, érigée en règle d'or par les écoles philosophiques de l'Hellade, ou en pratique plus ou moins ésotérique par les Caïnistes, les Nicolaïstes, les Cathares et Templiers, suspects de « bougrerie ⁶ », en mode raffiné à la cour d'HENRI III, tout au long de l'histoire dans l'Antiquité, chez les Grecs du temps de PLATON et d'ALEXANDRE ou à Rome (Jules CÉSAR, AUGUSTE, NÉRON, TIBÈRE, CALIGULA, HÉLIOGABALE, etc.), au Moyen Age dans les cours européennes, chez les princes turcs ou persans, à la Renaissance chez les artistes italiens et dans toutes les contrées du monde (le « Mal d'Orient » en Chine, au Japon, etc.), l'homosexualité masculine a pu paraître à des civilisations entières non seulement un vice « honorable » mais le paradigme de l'amour. Il faut bien pour que cette « perversion » ait pu ainsi s'élever périodiquement au niveau d'une institution sociale qu'elle trouve quelque complaisance dans la nature humaine et même qu'elle en exprime, comme nous l'avons vu, une aspiration primitive. Peut-être est-ce aussi, comme l'écrit O. SCHWARZ, parce que l'amour homosexuel comporte un aspect tragique que les natures romantiques et les poètes, avec BYRON ⁷ et RIMBAUD ⁸, ont trouvé dans leur génie lyrique un accord profond entre l'amour « maudit » et leur sensibilité. Mais quelle que

...Il faut bien pour que cette « perversion » ait pu ainsi s'élever périodiquement au niveau d'une institution sociale [...] qu'elle en exprime, comme nous l'avons vu, une aspiration primitive...

1. Cf. DUGAS, *L'amitié antique d'après les mœurs populaires et les écrits des philosophes*. Paris 1894.

2. *La vie de Michel-Ange*, par Romain ROLLAND et Henry THODE, *Michel-Angelo und das Ende der Renaissance*.

3. Cf. l'étude de FREUD, *Eine Kindheitserinnerung des Leonardo de Vinci*, 1910.

4. Cf. JUSTI et MOLL, *La vie de Winckelmann*. Dans son livre *Les perversions de l'instinct génital* (trad. franc., 1895) A. MOLL avait consacré plusieurs pages au cas de J. J. WINCKELMANN le grand critique et esthète allemand (1717-1768).

5. La *Recherche du Temps perdu* nous découvre presque à chaque page la doublure homosexuelle des relations sociales et cette confrérie si magistralement décrite dans les premières pages de *Sodome et Gomorrhe* (édition originale, 1921, p. 269). Le livre de A. MAUROIS, *A la recherche de Marcel Proust* (1949) permet de saisir « le côté » de l'auteur auquel nous renvoie « le côté » des personnages de cette prestigieuse vision spéculaire du monde.

6. Les « mœurs impures » de ces sectateurs ou hérétiques paraissent d'ailleurs peu plausibles (cf. par exemple un livre ancien *Le livre des Mystères*, de HENNÉ AM. RHYN (1869) et un ouvrage récent : *La croisade contre les Albigeois*, de BERPERRON (1944, p. 75).

7. Cf. HAVELOCX ELLIS, t. II, pp. 45-66.

8. GARMA, *Essai de Psychanalyse d'A. Rimbaud*, *Revue fr. de Psychanalyse*, 1938, 10, p. 383.

soit l'étendue vertigineuse de ce problème, il nous suffit ici d'en avoir marqué la valeur anthropologique cruciale.

Les fantasmes inconscients de l'homosexualité. Le jeu des fantasmes qui investissent l'image de soi et du partenaire d'une valeur homosexuelle est une des découvertes les plus importantes de la psychanalyse. Nous ne pouvons plus penser de nos jours le problème de l'homosexualité sans y projeter les imagos inconscientes, les « complexes » fondamentaux du développement libidinal. Elle ne nous paraît plus comme une « donnée » simple mais comme un composé où se réfractent, pour le constituer, les divers stades de l'identification et de l'objectivation sexuelle. R. KLIMMER ¹ a récemment exposé l'ensemble des « mécanismes » inconscients de l'homosexualité d'après les conceptions de FREUD, de FENICHEL, de SCHULTZ-HENKE, etc. Chez l'homme il énumère : la fixation à la mère, l'angoisse de la castration secondaire à l'œdipe ou le jeu de l'inceste quand le garçon est fixé à sa mère. Quand il s'agit d'une mère « méchante » il y a destruction précoce de la valeur amoureuse de la femme et identification au sexe dont dépend la plus grande frustration (mère sans pénis), d'où le désir d'être aimé par le père. Quand le père est un « père terrible » la libido reste refoulée au stade sadique-anal. Quand le père est, au contraire, « bon » il y a investissement érotique de sa personne. Chez les femmes, KLIMMER expose beaucoup plus sommairement qu'il peut s'agir soit d'une *frustration* d'amour de la part du père, qui porte la petite fille à refuser ou à craindre l'amour bissexuel, soit d'une *identification* au père, soit d'un désir d'aimer comme le père aime la mère, etc.

Toutes les observations publiées par les psychanalystes, tous les ouvrages et revues de psychanalyse sont remplis d'innombrables analyses de « mécanismes » de ce genre. Elles ne manquent pas de paraître souvent artificielles, confuses et parfois contradictoires tant la dialectique et la casuistique de ces sentiments et de ces attitudes vitales se prête peu à des formulations algébriques et géométriques. Cependant il suffit d'avoir conduit quelques analyses pour se rendre compte que, pour si amphigouriques qu'elles soient, les analyses des fantasmes inconscients saisissent une réalité. Cette réalité il nous faut tenter de la décrire, au travers de la complexité des liens qui se nouent et se rompent entre les imagos fondamentales de la situation triangulaire que composent entre elles l'image sexuelle de soi et les images des parents.

Le problème ² qui se pose au petit garçon dans son programme vital de maturation sexuelle est de s'identifier au père et à sa fonction virile aussi détachée que possible de l'image incestueuse et tabou de la mère. Il doit pouvoir aimer une femme comme son

1. KLIMMER, *Nervenarzt*, 1949.

2. Il peut paraître absurde de regarder comme un « problème » ce qui paraît être « si naturel » et inscrit, dans la finalité la plus profonde de l'être. Les tâtonnements de l'instinct sexuel dans l'enfance et le nombre considérable d'anomalies de la vie sexuelle sont pourtant *des faits* qui permettent de considérer le *problème vital* qu'ils posent.

...[avec la psychanalyse, l'homosexualité] ne nous paraît plus comme une « donnée » simple mais comme un composé où se réfractent, pour le constituer, les divers stades de l'identification et de l'objectivation sexuelle...

père aime sa mère sans aucune gêne ou entrave provenant soit d'une trop grande opposition à l'identification au père, soit d'une trop grande affinité pour l'identification à la mère. Ce problème se résout quand est tranché le nœud gordien du fantasme de castration, c'est-à-dire l'angoisse liée à l'œdipe. Si nous ajoutons enfin que l'enfant doit rompre une autre adhérence plus profonde encore, celle qui l'unit à lui-même et qui risque de l'empêcher de projeter sa libido dans un objet autrement sexué, nous aurons une vue à peu près claire des difficultés de son choix objectal. Ce sont les accidents de ce mouvement de projection objectale, c'est-à-dire les fixations à un certain nombre d'accrochages possibles, qui constituent les fantasmes de l'homosexualité.

Voici comment peuvent se schématiser les diverses figures complexuelles qui altèrent chez *le garçon* la fixation libidinale sur un individu d'un autre sexe. Tout d'abord *les fantasmes narcissiques et auto-érotiques* peuvent fixer la libido sur son propre corps et ultérieurement, adolescent et adulte, il ne pourra désirer chez le partenaire que lui-même. C'est dire que son choix objectal sera à tendance homosexuelle. – Vis-à-vis de *l'image maternelle*, deux situations œdipiennes fondamentales doivent être considérées. D'abord l'identification à la mère, pouvant aller jusqu'à l'incorporation totale de l'objet aimé, jusqu'à l'introjection et l'assimilation sexuelle (les fantasmes de la « mère phallique » en sont une expression). Ensuite celle de la sexualité perçue à travers les images de la rivalité du « père terrible et castrateur », punissant la culpabilité incestueuse, à l'égard de la mère. Dans le premier cas, ou bien l'objet se laisse investir et devient l'image de la mère captative, ou bien il se dérobe et détermine un sentiment profond de frustration qui ne se compense que par l'assimilation nostalgique au sexe maternel. Dans le deuxième cas l'image du sexe maternel est soit frappée de tabou (impuissance), soit « autorisée » seulement sous forme d'un choix objectal symbolique et paradoxal (partenaire à type « maternel »). – A l'égard de *l'image du père*, si l'image maternelle est dominée (mère méchante, père tendre) par l'image du père, il s'établit soit une identification érotique au père, mais une identification incomplète dont le choix objectal sera encore le sexe masculin (c'est-à-dire qu'au lieu de s'identifier à la virilité paternelle dirigée vers la mère, l'enfant s'identifie à la virilité du père tournée vers lui), soit une terreur du père telle que la peur d'être puni dans les rapports hétérosexuels refoule la sexualité vers le plan de l'homosexualité narcissique et même de l'érotisme sadique-anal.

Le problème qui se pose à *la petite fille* est analogue sans être toutefois identique tant en raison du rôle de la mère auprès du nourrisson des deux sexes que de la valeur inégale de la morphologie sexuelle dans les fantasmes enfantins. Le but poursuivi – et, encore une fois, moins simple ou facile qu'on ne se l'imagine comme en témoignent les cas si nombreux de « frigidité » de la femme – est l'identification à la fonction féminine et maternelle de la mère. Une des plus grandes difficultés rencontrées est ici l'acceptation de la féminité, c'est-à-dire de l'absence de pénis, difficulté liée naturellement

...Ce sont les accidents de ce mouvement de projection objectale, c'est-à-dire les fixations à un certain nombre d'accrochages possibles, qui constituent les fantasmes de l'homosexualité...

...chez le garçon...

...chez la fille...

...Chez le petit garçon l'auto-érotisme est celui de la propriété phallique, chez la petite fille il est encore « phallique », mais indirectement...

à la fixation œdipienne sur l'image du père et à son assimilation. Les *fantasmes narcissiques et auto-érotiques* sont, chez la petite fille, neutralisés par les fantasmes de la perte du pénis par la castration, de telle sorte que la forme la plus répandue d'auto-érotisme est centrée sur le clitoris en tant qu'il est un organe non pas « féminin » mais « masculin ». Chez le petit garçon l'auto-érotisme est celui de la propriété phallique, chez la petite fille il est encore « phallique », mais indirectement par les fantasmes de « l'envie du pénis ». Dans les deux cas l'auto-érotisme rive la libido à l'homosexualité (celle du phallus qu'ont les petits garçons, celle du phallus perdu ou réduit des fantasmes de la petite fille). – *l'image paternelle* exerce en tant qu'image de l'autre sexe une attirance privilégiée ; l'identification au père est cependant chez la petite fille moins forte que l'identification à la mère chez le jeune garçon car l'investissement du corps de la mère et spécialement de ses seins et de ses soins la contrebalance. Elle prend plus profondément ses racines dans « l'envie du pénis » qui devient envie du pénis paternel et oriente le système libidinal vers une tendance à une « protestation virile » essentiellement homosexuelle. Les relations qui unissent la petite fille à son père sont naturellement frappées d'interdiction et le complexe de castration s'introduisant dans le circuit libidinal prohibe l'acte hétérosexuel dont le fantasme primitif consacre le caractère criminel et punissable. – *L'image maternelle*, celle à laquelle la petite fille doit s'identifier jusqu'à assumer son rôle de femme et de mère est troublée par la fixation œdipienne sur l'image du père. Deux éventualités là encore peuvent orienter vers l'homosexualité. Soit celle de la « mère castratrice » dont le sexe apparaît comme une menace et dont les relations sexuelles avec le père se présentent comme un acte dangereux, fantasme qui refoule encore la libido de l'enfant vers l'identification à l'image protectrice du père, c'est-à-dire du sexe opposé ou à celle de la « mère captative », bonne en soi et hors de toute relation dangereuse avec le sexe opposé, fantasme qui identifie ici tellement la petite fille à sa mère que celle-ci devient un objet érotique et homosexuel.

...Ainsi tous les accidents de la dialectique instinctive qui unit l'enfant à l'image de ses parents conduisent à l'homosexualité ou tout au moins à l'inhibition de l'hétérosexualité...

Ainsi tous les accidents de la dialectique instinctive qui unit l'enfant à l'image de ses parents conduisent à l'homosexualité ou tout au moins à l'inhibition de l'hétérosexualité. Qu'est-ce à dire ? Ceci : que les forces d'aimantation ou « d'aimance » qui constituent la libido ont tendance dans leur circuit naturellement fermé à s'investir dans la période d'indifférenciation du choix objectal sur des objets inadéquats à l'exercice de fonctions sexuelles adultes. C'est naturellement dans les « imagos », c'est-à-dire dans les fantasmes qui expriment ces relations que se jouent les drames les plus profonds de l'humanité, ceux-là même que la tragédie antique a érigés en images fulgurantes et imprescriptibles. L'action qui est vécue au travers des personnages de la situation triangulaire fondamentale est celle-là même qui se déroule inscrite sur le plan des « perversions ». L'homosexualité, c'est-à-dire la déviation de la forme sexuelle sur

un objet « artificiel », est une des « scènes » les plus fréquentes de ce théâtre des ombres, car elle invertit, en les investissant sur l'image de l'autre, toutes les forces par quoi l'enfant doit s'identifier à l'un de ses parents, et seulement à une moitié du couple qu'ils représentent, à la moitié qu'il est et doit être. C'est parce que le « sujet » et l'« objet » de la vie sexuelle d'un enfant ne sont pas rigoureusement déterminés dans cette situation, parce que ce qu'il doit être n'est pas strictement équivalent à ce qu'il est, que le développement même de son existence risque de se fixer malencontreusement aux personnages qui lui ont donné la vie, que l'enfant peut se prendre aux illusions du miroir qui, sous de multiples faces, lui renvoie soit l'image de lui-même, soit, à la place de l'image de l'être qu'il doit être, celle de l'être qu'il doit aimer.

Toute la psychologie de l'inconscient de l'adulte reflète ce renversement, ces confusions, ces dédoublements d'image et, par conséquent, des tendances affectives qu'elles représentent. On s'étonne parfois de la subtilité des analyses qui décomposent ou retrouvent, sous la diversité des plans, la stéréotypie des clivages, la fixité des contours, les inversions ou juxtapositions de formes, les imagos directrices de la trajectoire érotique, mais ce ne devrait être que pour les admirer. Par contre, après avoir rendu hommage à sa sagacité, il faut bien demander à la psychanalyse si c'est bien à cette organisation de l'inconscient qu'est due toujours et nécessairement la triche sexuelle par quoi un homme se plaît à être femme ou à aimer le corps d'un homme, par quoi une femme se plaît à être homme ou à aimer le corps d'une femme. Autrement dit, après avoir mis en évidence la réalité des fantasmes homosexuels inconscients, il s'agit de savoir s'ils sont une condition nécessaire et suffisante de l'homosexualité, si notamment la structure même du moi, c'est-à-dire la forme de son développement n'intervient pas pour modifier l'élan inconscient, le dépasser ou y revenir.

L'intersexualité anatomo-physiologique. Nous avons déjà signalé plus haut – et c'est un leit-motiv de cette étude – que non seulement les fonctions sexuelles étaient soumises à des variations qui altéraient leur finalité hétérosexuelle, mais que l'appareil génital lui-même pouvait, dans les cas d'hermaphrodisme, souffrir de curieuses malformations qui juxtaposent des caractères de l'un et l'autre sexe dans le même organisme. Tous ces faits se rejoignent pour imposer l'idée que le « sexe » se différencie seulement au cours du développement et qu'il existe des états initiaux « ambosexuels » qui persistent plus ou moins longtemps. De telle sorte que le problème de l'« indifférenciation » sexuelle, de l'ambosexualité, de l'hermaphrodisme et à certains égards de l'homosexualité pourrait se réduire à un problème chronologique et structural, celui du retard de la différenciation. L'idée centrale d'une pareille hypothèse est donc celle qui correspond au concept d'« intersexualité ¹ », dominé lui-même par la loi de l'« ambosexualité » primitive.

...C'est parce que le « sujet » et l'« objet » de la vie sexuelle d'un enfant ne sont pas rigoureusement déterminés [...] que l'enfant peut se prendre aux illusions du miroir qui [...] lui renvoie soit l'image de lui-même, soit, à la place de l'image de l'être qu'il doit être, celle de l'être qu'il doit aimer...

...le « sexe » se différencie seulement au cours du développement et il existe des états initiaux « ambosexuels » qui persistent plus ou moins longtemps...

1. Cf. sur ce problème: R. GOLDSCHMIDT, *Mechanicismus und Physiologie der Geschlechtsbestimmung*, Berlin, 1920 ; Knud SAND, *Der Hermaphroditismus in Wirbeltieren*, in *Handbuch...*

Les glandes sexuelles dérivent de l'ébauche gonadique (éminence génitale, voisine de l'ébauche surrénale). Leur tissu reproducteur est sexuellement indifférencié, alors que leur tissu endocrinien est sexuellement différencié. Quant aux « voies génitales » leur ébauche embryonnaire est primitivement double (canal de WOLF et canal de MULLER). DU canal de WOLF dérivent l'épididyme, le déférent et les vésicules séminales ; le canal de MULLER constitue par son développement les trompes, le canal utéro-vaginal chez la femme et l'utricule prostatique chez l'homme. Les organes génitaux externes se différencient dans la région du bouchon cloacal, leur formation et celle de l'urètre sont inséparables (chez la femme, clitoris et grandes lèvres). La physiologie expérimentale a permis de réaliser par injections hormonales des états intersexuels mais essentiellement transitoires, c'est-à-dire que le développement qui se polarise systématiquement vers la formation de tous les organes propre à un sexe peut être entravé et changer *momentanément* de sens. Rappelons les expériences de DANTCHAKOW chez les oiseaux : il a injecté de la folliculine, au quatrième jour, à des embryons de poulets destinés à devenir des mâles ; la gonade gauche de ces embryons s'est développée en produisant une couche d'ovocytes tandis que la gonade droite a donné un ovotestis. Par contre, la masculinisation expérimentale s'est montrée plus précaire. Les caractères sexuels secondaires portant sur les *phanères* (poils, plumage, écaille des poissons, cellule fragmentaire, « parure de noces »), sur le *tonus muco-élastique-érectile* (crête) et les *dépôts graisseux*, le principe de toutes les expériences entreprises est d'opérer une castration ou des greffes et d'étudier ensuite le rôle des « cholones » et des « hormones » sur ces caractères. Les expériences de PEZARD, chez les galinacés, sont à cet égard intéressantes : la castration des poulettes détermine la production d'ergots propre au sexe masculin, les greffes réalisent de véritables « mosaïques » des caractères. Ces modifications expérimentales dans la morphologie des animaux en voie de formation demeurent cependant rares.

C'est dans une tout autre perspective que se placent CHAMPY et TUSQUES. Pour eux un certain nombre de caractères ambosexuels sont dus à la maturité génitale quelle que soit son orientation vers l'un ou l'autre sexe. (C'est à cette catégorie de caractères qu'appartiendraient notamment les *hormones sexuelles*.) Il existerait donc, commune

der normal und patho. Psychologie, 1926 ; G. MARANON, *L'évolution de la sexualité et les états intersexuels*, Paris, 1931 ; M. ALLAIX, *De l'inversion sexuelle à la formation et à la détermination des sexes*, Paris, 1930 ; TUSQUES, *Les caractères ambosexuels et l'ambosexualité des hormones sexuelles*, Paris, 1935. On trouvera dans *l'Encyclopédie médico-chirurgicale* un excellent article de HUGUET sur les caractères ambosexuels et les états intersexuels. Les travaux expérimentaux les plus connus sont ceux de STEINACH (1894), PEZARD (1918), ceux de Knud SAND, sur les cobayes (1926), de CHAMPY et ses collaborateurs (1922-1930), de CANDROIT (1930), de E. WOLF, etc. *Le traité de Sexologie*, de HESNARD, contient une bonne mise au point pour l'époque, notamment dans les chapitres consacrés à la sexo-morphologie et à la sexo-endocrinologie. Il a étudié spécialement l'aspect hormonal des problèmes dans son étude « Homosexualité et endocrines » (*Évolution Psychiatrique*, 1933) III, p. 33).

aux deux sexes, une couche de caractères morphologiques et de comportements sexuels. Il est inutile de souligner l'importance de ce substratum ambosexuel pour le problème de l'homosexualité. C'est ainsi d'ailleurs que pour TUSQUES le comportement polarisé sur un objet hétérosexuel est un phénomène « secondaire ». Une telle conception des faits d'intersexualité permet donc d'aller plus loin que les travaux de SAND, PEZARD, etc., ne l'indiquaient. Les variations spontanées ou expérimentales des caractères ne manifestent pas seulement la possibilité de passage d'un sexe à l'autre, mais découvre un fond commun de la morphologie et au comportement sexuel, fait qui concorde avec cet autre fait auquel nous faisons allusion plus haut, savoir que le développement embryologique se produit à partir d'une indifférenciation primitive.

...substratum ambosexuel
et homosexualité...

Reste donc à supposer que c'est le *milieu hormonal* qui est le facteur déterminant du sexe. Or à cet égard, les conceptions des physiologistes et biologistes se sont beaucoup modifiées depuis plusieurs années ¹. Du point de vue physiologique, ces hormones n'ont pas un pouvoir exclusif de masculinisation ou de féminisation. Ainsi la testostérone a un pouvoir féminisant chez la souris castrée ou la rate impubère, la folliculine à forte dose est masculinisante et peut développer la crête du chapon, la progestérone a un pouvoir plus nettement virilisant encore. De plus, on a pu mettre en évidence des hormones de l'un et l'autre sexe dans les tissus de l'homme et les sécrétions des animaux et de l'homme normal. Ainsi LOEWE et VOSS-SUBKE, etc., ont trouvé des androgènes dans les urines de femmes (20 à 50 unités internationales de déhydroandrostérone par litre) et des œstrogènes chez l'homme (40 à 70 U. S. par litre d'urine).

On a donc pensé que la différenciation sexuelle pourrait être déclenchée par d'autres glandes endocrines tenant sous leur dépendance les gonades. Longtemps on s'est tourné vers l'hypophyse (ASHEIM et ZONDEK), soit sur l'adeno-hypophyse ou la pars intermedialis. Actuellement les travaux des biologistes et chimistes se portent sur les stéroïdes surréniaux (17 cétostéroïdes). A part l'œstrone, tous sont des androgènes. D'après BROSTER ² l'enfant possède une forme originelle qui est « vaguement » hétérosexuelle (*sexualité chromosomique*). Jusqu'à la huitième semaine l'embryon ne paraît pas manifester d'activité glandulaire (réactions à la ponceau fuchsine chez les femmes). Après cette période chez les mâles apparaît une différenciation histologique due à la sécrétion androgénique surrénale qui dure jusqu'à la vingtième semaine et diminue ensuite ; chez les femelles cette période d'activité androgénique apparaît également mais dure seule-

...rôle des glandes endocrines dans la détermination du sexe...

1. Du point de vue chimique les substances endrogènes, la *testostérone* (C 10, H 28, O 2), l'*androstérone* (C 19, H 30, O 2) et la *déhydroandrostérone*, qui ne diffère du cholestérol que par sa fonction cétone en C 17, diffèrent assez peu de la *folliculine* (stérol à carbone condensé dont la formule brute est C 18, H 22, O 2 et dont la formule développée indique une fonction phénol en position 3 et une fonction cétone en position 17) et encore moins de la *progestérone* (C 21, H 30, O 2) à fonction cétone fixée en C 17.

2. BROSTER, *Adrenal Cortex and intersexuality*, 1938 et BROSTER et CLIFFORD ALLEN, *British Médical Journal*, 1945.

ment de la onzième à la quinzième semaine. BROSTER admet que cette phase androgénique chez la femelle survient au moment de la différenciation des cellules du lobe antérieur de l'hypophyse et que c'est l'influence pituitaire qui inhiberait le développement androgénique amorcé chez elle. La femelle serait donc un « mâle supprimé ¹ ».

...rôle du facteur chromosomique...

Ceci nous conduit maintenant à envisager un autre aspect biologique de la question, le rôle du facteur chromosomique, de l'hérédité. En effet, en dernière analyse, les travaux sur la physiologie hormonale de la différenciation des sexes nous ramènent à des notions du genre « de sexe chromosomique » ou de « formes génétiques de la sexualité », etc. En définitive tout paraît se passer comme si le développement endogène de la spécialisation sexuelle utilisait des mécanismes neuro-hormonaux et notamment pituito-surréno-gonadiques, mais dépendait d'une fonction génétique fondamentale d'orientation. GOLDSCHMIDT ², étudiant les croisements de « lysmatria dispar », a pu réaliser, en une série ininterrompue, la production de toute la gamme des formes hermaphrodites possibles. Il a été ainsi conduit à admettre que les facteurs M (masculin) et F (féminin) figurent chez tous les individus. Il admet que la formule « mâle » est de type M. M. F. et la formule « femelle » M. M. FF. Certains individus sont constitués selon une répartition génétique de ces facteurs telle que, lorsque F domine M, à leur structure génétique correspond une homosexualité phénotypique. C'est précisément ce qu'a tenté de démontrer en une série de travaux statistiques Théo LANG ³. Il est parti de l'hypothèse de « L'intersexualité » que GOLDSCHMIDT dans ces travaux de 1912 à 1929 avait, comme nous venons de le voir, établie sur une base expérimentale. Selon cette hypothèse il y aurait plus de sujets masculins (phénotypiquement masculins) dans les fratries d'homosexuels hommes que dans la moyenne de la population.

Il a étudié d'abord les fratries de 500 « Probanden » homosexuels de Munich et il a trouvé effectivement la proportion 115,25/100 par rapport à la moyenne au profit du sexe masculin.

1. Que les hormones tiennent sous leur dépendance tout ou partie du mécanisme de différenciation sexuelle, reste donc un problème irrésolu. Certains faits, non pas seulement des faits « expérimentaux » (et peut-être à cet égard conjecturaux de par leur rareté même) mais des faits d'observation courante, montrent cependant l'importance du milieu hormonal: les poussées de la puberté, de l'œstrus donnent incontestablement une hyperactivité sexuelle dans le sens de la différenciation. Inversement (MARANON) la castration et l'involution ont tendance à opérer une « dédifférenciation ». Les résultats thérapeutiques par la castration des pervers sexuels sont à ce sujet impressionnants, cf. les travaux de Knud SAND (*Nord Med.*, 1940), de A. L. C. SALIES et S. S. WINTE (*Psych. Bl. Néerl.*, 1941), de Carl Heinz RODENBERG (*Off. Gerdh, Dienst*, 7 A 225, 1941) et de THUERLMANN (*Archives suisses de Neuro.*, 1940) qui ont obtenu jusqu'à 80 pour cent de succès par ce traitement des anomalies sexuelles.

2. GOLDSCHMIDT, *Meckanismus und Physiologie des Geschlechtsbestimmung*, Berlin, 1920.

3. Théo LANG, Beitrag zur Frage der genetischen Bedingtheit der Homosexualität, *Zeitsch. f. d. g. Neuro*, 5 articles de 1937 à 1940, t. 155 à 170.

En ne tenant compte que des « vrais » homosexuels (ayant plus de 25 ans) la proportion atteignait 122,64./100

Chez les homosexuels mariés elle n'était plus que de 107,9/100.

Le nombre d'hommes dans les fratries d'homosexuelles était seulement de 75,24./100

Chez les demi-frères de même père la proportion était de 146,3. /100.

Chez les demi-frères de même mère 93,1./100

Il a ensuite décompté 925 frères et sœurs de 364 homosexuels de Hambourg qui ont donné la proportion de 130,1/100 et chez les « vrais » homosexuels 140,1/100.

Il existait plus de jumeaux que dans la moyenne de la population. Le fait que certains jumeaux bivitellins sont tous deux homosexuels ¹ lui semble indiquer que le développement hormonal de l'un d'eux a modifié l'orientation sexuelle à l'autre. Cette nouvelle recherche a donc confirmé la première et il conclut en émettant cette hypothèse que dans la détermination génétique du sexe les « vrais homosexuels » dérivent de la combinaison de 2 x-chromosomes.

Malgré les critiques de SCHULTZ ², on ne peut pas ne pas être impressionné à la lecture des travaux de Théo LANG. Ils semblent indiquer que tout au moins pour un petit nombre (10 à 20 %) de cas d'homosexualité il s'agit d'individus dont la structure génotypique est intersexuelle, celle « d'hommes-femmes », puisque là, où les prévisions conformes aux statistiques portant sur la population moyenne on devrait trouver 106 hommes pour 100 femmes, on trouve 121 hommes pour 100 femmes ³.

Ce type de mélange hermaphrodite (androgynes, gynandrie, féminisme, virilisme, etc.) de caractères ambisexuels a toujours été soigneusement recherché par les cliniciens, notamment par l'étude des caractères sexuels secondaires. On sait que ceux-ci se répartissent dans les deux sexes selon le schéma spécifique suivant : chez l'homme pilosité faciale et sternale, pilosité pubienne remontant sur la ligne blanche, prédominance du système locomoteur et du développement scapulaire sur le pelvien, larynx

1. Cf. les cas réunis par SANDERS (Homosexuelle Zwillinge. *Genetica*. 1934). MOREL et MONTMOLLON (*Archives suisses de Neuro.*, 1943, 51, p. 150) ont publié un cas de jumeaux univitellins concordants au point de vue de l'homosexualité.

2. SCHULTZ, Bemerkungen zu der Arbeit von Théo LANG über die genetischen Bedingtheit der Homosexualität, *Zeitsch.f. d. g. Neuro.*, 1937, 137, pp. 575-578.

3. Théo LANG, Etude of the genetic determinative of homosexuality, *J. Nervous and Mental Diseases*, 1940, 92. Depuis lors R. A. DARKE (Heredity as an etiological factor in homosexuality, *The J. of Nervous and Mental Diseases*, 1948, 107, pp. 251 à 268) ayant étudié 100 homosexuels au Centre Médical de Prisonniers de Springfield MISSOURI, n'a pu mettre en évidence ce facteur héréditaire de l'homosexualité. Pour les « sodomistes » passifs il existait un plus grand nombre de femmes dans la parenté que moyennement. — Les recherches de LANG ont été encore infirmées par S. KOLLER (*Zeitsch. f. Mensch. Vererb.* 1942) et confirmées par K. JENSCH (*Archiv. l. Psych.* 1941).

...études des caractères sexuels secondaires...

très développé, répartition typique abdominale de la masse adipeuse. Chez la femme : chevelure longue, absence de pilosité faciale et sternale, triangle pileux pelvien, système locomoteur faible, développement pelvien, larynx peu développé, répartition de la graisse dans le tissu adipeux fessier et mammaire. C'est en fonction de ce schéma que l'on a pu noter fréquemment¹ chez l'homosexuel masculin des caractères sexuels secondaires féminins (graisse, développement pelvien, voix aiguë, impossibilité de siffler, démarche à petits pas, etc.) et chez l'homosexuelle des caractères masculins (développement scapulaire et musculaire, voix grave, possibilité de siffler, pilosité faciale et sternale, etc.).

Ainsi le problème de l'homosexualité touche à sa limite à celui de l'hermaphroditisme et s'il est absurde de vouloir réduire toute l'homosexualité à l'hermaphroditisme (en ignorant l'écart qui sépare les formes d'homosexualité de la libido et ses déterminations biologiques) il est peu raisonnable de n'en pas tenir compte (en ignorant l'importance du courant hormonal et de l'orientation chromosomique dans la différenciation du sexe).

Les processus organiques de déviation homosexuelle. Nous avons déjà dit pour ce sujet l'essentiel en mentionnant les expériences sur l'action des hormones, de la castration, etc. Mais nous devons, pour être complets dans notre « tour d'horizon » des problèmes pathogéniques de l'homosexualité, faire état d'un certain nombre de faits. Notamment nous devons signaler l'influence des *affections cérébrales* sur l'homosexualité. Nous aurons l'occasion de revenir plus loin (et surtout dans l'Étude que nous consacrerons aux troubles psychiques de cette affection) sur les perversions de *l'encéphalite épidémique* qui affectent assez souvent la forme d'aberrations sexuelles à type d'homosexualité. Dans une statistique portant sur 55 cas d'homosexualité masculine observés au « Medical Centres of Federal Prisoners », Daniel SILVERMAN et William R. ROSANOFF² ont trouvé des troubles cérébraux dans 16 cas et des antécédents neurologiques dans 22 cas. Dans 75 % des cas il existait une altération de l'E. E. G. Très intéressants sont aussi les cas de *crises* d'homosexualité de type de la « Kempf's disease », dont Ben KARPMANN⁷ a rapporté une observation. W. SCHULTE⁴ a signalé

...le problème des perversions sexuelles dans l'encéphalite épidémique...

1. Cf. MARANON, *L'évolution de la sexualité et les états intersexuels*, Paris, 1931. MAGNUS HIRSCHFELD (*Sexualpathologie*, 1917-1918) et MOSKOWICZ (*Intersexualitätslehre und Hermaphroditismus und Homosexualität, Klin. Wochenschrift*, 1930) sont peut-être les auteurs qui ont accordé le plus d'importance à ces stigmates « hermaphrodites » de l'homosexualité.

2. D. SILVERMAN et W. R. ROSANOFF, Electroencephalographie and neurologie studies of Homosexuals, *J. of and ment. Diseases*, 1945.

3. Ben KARPMANN, Mediate psychotherapy and the acut homosexual Panic. *J. of ment. Diseases*, 1945, 98, p. 493.

4. Walter SCHULTE, Temporäre homosexuellen Triebumkehr bei Störungen die Schlafwachsteuerung, *Nervenarzt*, 1942, p. 68.

un fait analogue de pulsions homosexuelles associées à des troubles de la régulation hypnique. Si ces cas qui pourraient indiquer comme celui de PARHON¹ une atteinte de la région infundibulo-hypophysaire ou plus généralement d'encéphalique sont rares, ils ne peuvent pas cependant être tenus hors du débat. De même que l'action des *toxiques*, spécialement de l'alcool et surtout de la cocaïne².

Les diverses théories pathogéniques qui se proposent d'expliquer l'homosexualité n'ont donc que l'embaras du choix. Elles y échappent généralement en présentant une conception de l'homosexualité qui « scotomise » tous les faits qui n'entrent pas dans la catégorie qui constitue le centre de leurs explications.

De la première et de la troisième catégorie de faits dépend la conception psychanalytique de l'homosexualité. Celle-ci consiste, selon FREUD, en un retour à la vie infantile ou dans la fixation à un système de pulsions partielles, selon les schémas complexes que nous avons exposés.

De la deuxième catégorie de faits se déduit une explication de l'homosexualité qui la considère comme une forme de l'amour pour autant qu'il constitue un mode d'existence, une « manière d'être au monde » qui dépend de son monde³. C'est pourquoi les points de vue anthropologiques comme ceux de SCHWARZ ont tendance à centrer le problème sur les formes « supérieures » de l'homosexualité, c'est-à-dire au point où l'homosexualité coïncide avec un monde de valeurs propres tout en s'efforçant de les présenter comme une forme pathologique et vide de l'existence. Ceci naturellement appelle et justifie la critique de M. Boss, qui y voit dans le cas de sa patiente Claudine, une modalité propre de « l'être-deux » dans l'amour, mais convient que cette manière d'être est comme « étranglée » ; ce qui nous paraît revenir au sens « tragique » de l'homosexualité d'après O. SCHWARZ. Tant il est vrai que dans cette perspective le problème des valeurs étant à peu près impossible à poser, les notions de « normal » et de « pathologique », de « déformation » ou « de mode d'existence » perdent peut-être leur sens mais non leur exigence.

C'est enfin sur la quatrième et cinquième catégorie de faits que s'appuient les conceptions « biologiques » et notamment « constitutionnalistes » et « génétiques » ou « hormonales » de l'homosexualité considérée comme une forme de l'hermaphroditisme, c'est-à-dire comme une « malformation » et non plus comme une « perversion ». Mais il est bien évident qu'il est impossible de faire entrer tout le champ de l'homosexualité dans cet étroit secteur et la notion même de « perversions » homosexuelles à peine chassée revient au galop...

...Les diverses théories pathogéniques qui se proposent d'expliquer l'homosexualité n'ont donc que l'embaras du choix...

...il est bien évident qu'il est impossible de faire entrer tout le champ de l'homosexualité dans cet étroit secteur de la biologie...

1. PARHON, *Annales Médico-Psychologiques*, 1931.

2. MAIER, *La cocaïne*, trad. franç., PAYOT, 1930.

3. « L'individualité, disait HEGEL, est ce qui est son monde comme sien. » « Die Individualität ist, was ihre Welt als die Ihre ist » (cité par M. Boss).

Toutes les études, toutes les conceptions de l'homosexualité se résument en ces quelques positions. Toutes y ramènent... toutes en partent. Pour nous il suffit de les énoncer pour voir clairement qu'aucune d'elles ne peut nous satisfaire qu'à la condition de forcer les faits et qu'il importe là encore de considérer le problème en fonction des structures hiérarchisées de l'être et des niveaux de modalité d'existence.

...L'ouvrage le plus important écrit ses dernières années sur le problème qui nous occupe est certainement celui d'Oswald SCHWARZ (1931)...

C. LES NIVEAUX STRUCTURAUX ET LES FORMES D'EXISTENCE HOMOSEXUELLE. L'ouvrage le plus important écrit ses dernières années sur le problème qui nous occupe est certainement celui d'Oswald SCHWARZ (1931) auquel nous avons fait, déjà plusieurs fois, allusion.

Après avoir exposé les principales données contemporaines sur l'hermaphrodisme, l'intersexologie de GOLDSCHMIDT et la conception hormonale et génétique de la sexualité pour qui il n'y a pas « d'organes de la sexualité » mais une « sexualité de l'organisme », il souligne l'importance de la notion de « bissexualité » dans la psychologie et la psychologie sexuelle moderne. Il propose une classification a priori des divers types d'homosexualité (qui ne le satisfait pas et uniquement dans le dessein d'en adresser un catalogue aussi complet que possible). Il propose donc d'étudier deux types d'homosexualité : l'homosexualité chromosomique (ou *constitutionnelle*) et l'homosexualité *hormonale* (ou encore « exogène » ou encore « réactionnelle » aux situations) et d'intercaler entre les deux types l'*homosexualité infantile*. La plus grande partie de l'ouvrage est consacrée à l'*homosexualité constitutionnelle* envisagée sur le thème biologique fondamental de la bissexualité de tout être vivant. C'est sur cette base que se constituerait la « maladie » homosexualité. Mais il convient, précise O. SCHWARZ, de ne pas oublier que cette théorie appliquée sur le plan psychosexuel anéantit le concept de l'homosexualité en le dépouillant de ses caractéristiques psychologiques (p. 24). De ce point de vue, il critique les corrélations qui ont été statistiquement établies entre l'intersexualité et l'homosexualité par HIRSCHFELD notamment qui s'est fait le champion de la thèse hormonale constitutionnelle de l'homosexualité et par MOZKOWICZ. Examinant la structure psychique de cette forme d'homosexualité, il approfondit l'érotique propre à l'homosexualité, ce qui le conduit à voir dans le comportement homosexuel dans les relations qui unissent l'homosexuel à son objet et non à sa propre fonction de sujet et d'objet¹, essentiellement une modalité vitale de la *stérilité*, un défaut de *maturation* et une *forme de fétichisme* attaché au corps du partenaire et détaché de l'ensemble de sa personne. Ces modalités structurales complexes interdisent de voir dans l'homosexualité un « simple » aspect de l'hermaphrodisme (pp. 18-75).

Examinant ensuite la question de l'homosexualité infantile, c'est-à-dire la théorie Freudienne de l'enfant « pervers polymorphe », il critique cette conception et se refuse, non sans raison, à voir dans l'homosexualité de l'adulte une « simple » persistance de l'homosexualité de l'indifférenciation sexuelle infantile (pp. 75-83).

Dans la troisième partie de son livre (pp. 83-103) il étudie l'homosexualité névrotique pour autant qu'elle est conditionnée par une série de facteurs exogènes (intoxications, situations ou influences endocriniennes) et il écarte tous ces facteurs comme incapables de déterminer le « radical » homosexuel sorte d'absolu qui ne saurait être

1. A cet égard l'analyse que nous avons faite plus haut de l'érotique de l'inversion sexuelle peut être confrontée sans d'ailleurs s'y confondre avec les pages que O. SCHWARZ consacre aux analyses anthropologiques de FERENCZI et GEBSATTEL, etc.

envisagé comme un phénomène de la nature ou objet de la biologie.

L'homosexualité doit au contraire être l'objet d'une analyse *anthropologique* qui la présente pour ce qu'elle est, une forme d'existence tragique centrée sur l'immaturation (Unreife) de la personnalité qu'elle soit déterminée par une anomalie psycho-physique (infantilisme somatopathologique) ou par la situation problématique parentale (Elternproblematik). Le sens profond d'une existence homosexuelle est d'être dépourvue de sens ¹.

Comme nous le faisons remarquer, nous ne pensons pas que ce point de vue « anthropologique » qui nivelle tout le problème le rende totalement intelligible et s'adapte à tous les faits. Nous sommes maintenant assez familiarisés avec tous les problèmes psychiatriques particuliers pour savoir qu'ils se présentent tous de la même façon, qu'ils s'offrent à nous, par leur « tranche », sous le même aspect et que par conséquent ils doivent être tous traités de la même façon. Nous retrouvons ici les mêmes difficultés inhérentes au problème de l'hystérie, des hallucinations, des délires, de l'anxiété, de l'hypochondrie, etc. Car ce que dit O. SCHWARZ excellemment de la thèse de l'intersexologie, qu'elle n'explique l'homosexualité que dans la mesure même où elle détruit son concept ², peut se dire des théories mécanicistes de l'hystérie des délires et de l'hypochondrie, etc. L'étude de la totalité séméiologique de ces formes anormales de la vie psychique nous contraint d'admettre que, si à leur base ou sous leur forme la plus « neurologique », ces phénomènes se confondent avec les perturbations qui les fondent (troubles sensoriels, neuro-végétatifs, du schéma corporel, etc.), ils sont aussi l'expression d'un écart organo-clinique qui caractérise les structures psychopathologiques. Cela revient à dire que – et c'est le thème principal et sans cesse retrouvé de ce volume d'études – nous appelons d'un même mot des phénomènes de structure très différente, de niveaux différents. Sans doute y a-t-il quelque chose de commun à tous les faits d'homosexualité, c'est la satisfaction érotique recherchée avec un partenaire du même sexe. Mais les conditions psychiques de ce désir, de ces pratiques, la phénoménologie même des relations qui unissent l'homosexuel à son objet ou à l'image qu'il s'en fait, l'érotique propre du vécu ou des fantasmes du sujet, la différenciation même de son propre sexe et de sa dynamique fonctionnelle sont autant de variables qui diversifient jusqu'à l'infini les niveaux d'une « homosexualité », irréductible en tous cas, à un dénominateur commun qu'il soit biologique, psychanalytique ou « anthropologique ». Si nous avons jeté dans l'étude de cette perversion – pour nous dispenser de le faire pour toutes – cette masse de documentation, c'est afin, précisément, de la présenter sous son véritable jour qui est celui de la diversité structurale.

Si nous voulons, dès lors, ne fût-ce que pour synthétiser les analyses fragmentaires

...nous ne pensons pas que ce point de vue « anthropologique » qui nivelle tout le problème le rende totalement intelligible et s'adapte à tous les faits...

...les niveaux de l'« homosexualité », diversifiés jusqu'à l'infini [sont] irréductibles en tous cas, à un dénominateur commun qu'il soit biologique, psychanalytique ou « anthropologique »...

1. « Der Sinngehalt einer homosexuellen Existenz ist ihre Sinnlosigkeit. »

2. « Die Intersexualitätstheorie erklärt die Homosexualität damit das sie ihren Begriff aufhebt » (p. 33).

éparses dans cette étude, considérer les niveaux les plus typiques d'homosexualité, nous pouvons les réduire au schéma suivant qui « recoupe » d'ailleurs la plupart des classifications proposées, ce qui pour nous est une manière d'en démontrer le bien fondé.

1° *L'homosexualité du niveau éthique*¹ Elle est alors « vertu » ou « vice ». *Vertu* dans les formes de société ou encore dans ces fragments de société, ces milieux culturels où elle représente un « idéal », le fameux idéal de « l'amour grec » ou de la « subversivité » des « esthètes ». *Vice* quand, au regard de l'inconscience morale jugée comme telle, faisant figure de « faute », de « péché », elle est recherchée ou éloignée comme tel. Dans ces deux cas, elle est prise dans un monde d'intentionnalité qui tend vers la production d'une forme érotique exceptionnelle, seule capable d'exhausser l'être hors de sa nature ou de lui faire goûter à un plaisir défendu. La « contre-nature », la valeur artificielle de l'érotique homosexuelle se confondent ici avec l'idéal éthique et hédonique de l'amour. C'est sur le plan de l'esthétique-éthique du καλὸς καγαθος ou de l'esthétique du « maudit », du « noir », du « vice » et du crime qu'elle est vécue et voulue. L'homosexualité affecte alors et dans les deux cas une forme d'existence passionnelle, c'est-à-dire qu'elle représente une tension de l'être qui s'exaspère ou se consume dans la recherche d'une fin tragique au drame du désir. Même sous la forme platonicienne de la sérénité du bien et de l'équilibre, elle a toujours réservé chez le philosophe la part du feu, la communication orgiaque avec Éros. Par là, elle rejoint certaines frénésies des romantiques et des esthètes modernes. Inversement, mais sur le même plan, le culte du mal, les appétits de jouissance nouvelle et perverse, le goût du scandale, le désir ou la tentation de s'affranchir des préceptes moraux (de les consacrer en leur désobéissant), le besoin de s'abandonner aux pulsions les plus primitives, de retourner aux formes brutales et cyniques du plaisir des sens, sans égard pour la « bien-séance », le « devoir » ou les « convenances » favorisent l'éclosion et les exigences du système pulsionnel refoulé et d'autant plus « actualisé » qu'il est plus « prohibé ». Cette forme de « vice » ou de « vertu » de l'homosexualité trouve donc dans l'homosexualité inconsciente non pas les conditions suffisantes, mais les forces nécessaires à son érection. C'est la structure du moi, la « manière-d'être-au-monde », le système des valeurs morales, sociales et esthétiques qui assurent et assument son assomption perverse ou tragique des profondeurs de l'inconscient individuel et collectif. L'analyse de O. SCHWARZ, corrigée par l'analyse existentielle de M. BOSS, nous paraît s'appliquer spécialement à cette forme d'homosexualité. C'est dans une telle homosexualité cultu-

...sur le plan de l'esthétique-éthique du καλὸς καγαθος [...] l'homosexualité affecte alors une forme d'existence passionnelle, c'est-à-dire qu'elle représente une tension de l'être qui s'exaspère ou se consume dans la recherche d'une fin tragique au drame du désir...

1. Qu'elle soit vertu pour l'homosexuel pour qui elle est une manière d'idéal ou qu'elle soit vice pour la plupart des hommes, c'est sur le plan de la « conscience morale » qu'elle se joue. Ici, « éthique » est pris dans la double acception du terme « ἠθὸς » qui implique une signification commune aux mots « mœurs » et « morale ».

relle ou occasionnelle que l'on trouve généralement les formes mixtes d'homosexualité et d'hétérosexualité. Ajoutons encore que, même chez l'homosexuel « isolé », l'idéal « à rebours » de la dépravation non seulement aboutit à la participation au groupe, à la « confrérie » ou à la « franc-maçonnerie » homosexuelle, mais en procède par avance, quand ce n'est pas en collectivité, au pensionnat, au régiment, dans les « cénacles » ou dans les prisons qu'elle a pris son premier essor ¹.

2° *L'homosexualité du niveau de l'inconscient* ². Nous n'entendons pas viser ici seulement les « formes inconscientes » de l'homosexualité, mais toutes les formes de l'homosexualité *déterminées* par le jeu des fantasmes inconscients. C'est dire qu'il s'agit ici de ce que l'on appelle généralement l'homosexualité *névrotique*. C'est l'homosexualité qui correspond au maximum aux troubles compulsifs de la sphère instinctive. Sa structure fondamentale est celle du *conflit*. Conflit avec le monde social et particulièrement avec le monde familial où se projette, parfois de façon caricaturale, l'ombre de l'œdipe, conflit du sujet avec lui-même, avec son sexe. Le malaise de la vie intérieure comme de l'existence sociale est vertigineux. Le besoin érotique jamais assouvi est un tourment et sa satisfaction reste constamment compromise par l'angoisse de la culpabilité. C'est un drame qui est vécu, drame de la honte ou de la pudeur, de la timidité et de la culpabilité, d'une culpabilité automatique comme le couperet de la guillotine. C'est dans une atmosphère d'inquiétude et d'anxiété que, à l'exclusion du sexe tabou (de *l'autre* sexe), se constitue et se développe une *homosexualité ambiguë*, celle du « troisième sexe ». Forme essentiellement fantasmique où circulent les lignes de forces des courants libidinaux primitifs (narcissisme, frustration, fixation œdipienne, fantasmes de castration, etc.), ce mode d'existence érotique enferme dans le cercle magique d'un sexe unique toutes les forces désordonnées et tumultueuses d'une sexualité vidée ainsi de sa substance, ou ayant perdu, selon le mot de SCHWARZ, toute signification. Le *déséqui-*

...C'est l'homosexualité qui correspond au maximum aux troubles compulsifs de la sphère instinctive. Sa structure fondamentale est celle du conflit....

1. Le nombre des homosexuels (pour ne parler que des invertis du sexe masculin) qui composent cette « franc-maçonnerie bien plus étendue, plus efficace et moins soupçonnée que celle des loges, car elle repose sur une identité de goûts, de besoins, d'habitudes, de dangers, d'apprentissages, de savoir, de trafic, de glossaire » (M. PROUST), ce nombre a été dans certaines civilisations ou est dans les grandes cités modernes de tous les pays considérable. Il témoigne, par son importance et ses fluctuations en fonction des mœurs, pour un homme quel qu'il soit, par engagement occasionnel ou habituel dans cette légion du vice, de la *possibilité* de s'y enrôler. D'après ULRICH, il y avait en Allemagne, en 1868, 25.000 « uranistes », soit un pour 500 hommes. Mais comme le fait remarquer A. MOLL, ULRICH, qui était lui-même « uraniste », devait avoir tendance à diminuer plutôt qu'à augmenter ce « taux » d'homosexualité. D'après CARLIER (cité par CHEVALIER), à la même époque, la Préfecture de Police de Paris s'était occupée de 6.342 pédérastes. Mais il est probable que les « bas-fonds » et certains quartiers de Londres, de Shangai, du Caire, d'Anvers, de Naples ou de New-York, les abords de la place « Djema-el-Fna » de Marrakesch ou le « barrio chino » de Barcelone contiennent une population et une prostitution homosexuelles bien plus importantes que ces chiffres ne le laissent supposer.

2. Si dans la forme précédente l'homosexuel puise dans son inconscient le désir de son homosexualité, celle-ci n'en dépend pas directement comme dans la forme que nous allons envisager.

libre des fonctions vitales est ici tellement évident que c'est ce terme même qui sert à désigner le trouble fondamental dont souffrent ces êtres voués à la clandestinité, à l'isolement, à la « clôture » de leur homosexualité réalisée ou le plus souvent seulement « imaginaire ». C'est également à eux que s'applique le mieux la notion d'immaturation (SCHWARZ), d'« arriération affective », tant ils restent soudés aux formes infantiles de l'existence, à ses terreurs, à ses craintes, à ses délicatesses et à ses fragilités. Même quand ils ont trouvé dans une passion plus tendre que tendue, un apaisement, même quand ils ont pu parfois réussir à poser sur eux le masque du cynisme, – l'émoi d'une force qui en eux bouillonne, sans se canaliser, transparaît dans leur comportement de « honteux », de « maudits », de « vaincus », d'éternels « inassouvis ».

3° *L'homosexualité du niveau de la malformation hermaphrodite*. Nous avons eu l'occasion de noter que les hermaphrodites présentent un bimorphisme sexuel qui se trouve généralement polarisé vers le sexe opposé à leur sexe manifeste. Mais nous avons en vue ici l'hermaphroditisme biologique, « génétique » ou « hormonal » qui sans trop altérer la forme sexuelle du corps en dérive le sens fonctionnel¹. Ce sont des êtres qui se sentent d'un autre sexe que le leur et dont l'observation objective va permettre de supposer qu'ils expriment une réalité quand ils affirment qu'ayant les apparences d'un homme, ils *sont* femmes ou qu'ayant les apparences d'une femme, ils *sont* hommes. La psychologie de ces « *invertis* » est très différente de celles que nous venons de décrire. Ce n'est pas dans une atmosphère d'angoisse névrotique qu'ils éprouvent les élans de leur « homosexualité » (MOHR). Tranquilles – sûrs de leur sexe – indifférents à la plastique corporelle du sexe opposé dont aucun fantasme de désir ne les a jamais sollicités, ils se conduisent tout naturellement comme s'ils appartenaient à l'autre sexe. Leur polarisation sexuelle est normale en tout sauf sur un point qu'elle ne s'applique pas à l'objet correspondant à leur morphologie ! L'érotique des rapports sexuels est celle de l'inversion totale cherchant à se satisfaire par toutes les positions, les dispositifs anatomiques ou les artifices qui peuvent leur permettre d'assumer le rôle « naturel » que la nature a dissimulé sous une apparence « trompeuse ». Ce qui est vécu ici comme pathologique c'est l'anomalie de la conformation somatique et non la direction de l'instinct. Si bien que même lorsqu'ils prostituent leur inversion ce sont leurs partenaires qui sont mis par eux dans le rôle de pervers... Il y a ici perversion de la nature et non de l'individu, en quoi, selon le mot très juste de SCHWARZ, cette forme de perversion cesse de l'être... Ni aux inflexions ou déformations de la conscience morale ni à l'histoire de leur développement libidinal, ni à leurs fantasmes inconscients, il

1. L'observation de H. BINDER, *Das Verlagen nach Geschlechtumwandlung (Zeitsch. f. d. g. Neuro., 1933, 143, p. 84)* et les trois observations de G. AUBERT (*Trois cas de désir de changer de sexe*, Thèse de Lausanne, 1947) particulièrement le cas A, constituent des exemples vraiment saisissants de cette forme hermaphrodite de l'homosexualité.

...Ce sont des êtres qui se sentent d'un autre sexe que le leur et dont l'observation objective va permettre de supposer qu'ils expriment une réalité quand ils affirment qu'ayant les apparences d'un homme, ils sont femmes [...] Tranquilles, ils sont sûrs de leur sexe...

n'est possible de réduire, pour l'expliquer, leur homosexualité. C'est à propos d'eux que STECKEL, par exemple, a pu dire « qu'il n'a jamais vu un homosexuel guéri par la psychoanalyse ». C'était peut-être le cas de cette homosexuelle qui, « guérie » par Hélène DEUTSCH, était effectivement débarrassée de son angoisse... « quand elle avait des rapports avec une femme »...

Il nous reste à nous poser deux questions au sujet de ces trois types d'homosexualité : Quels sont les « vrais » homosexuels ? Quels sont les homosexuels pathologiques ?

... Quels sont les « vrais » homosexuels ? ...

La notion de « vrai » et de « pseudo » – nous en avons fait la remarque bien des fois – par sa fréquence même dans la pathologie en exprime l'incertitude (asthme et « pseudo-asthme », angines « pseudo-diphthériques », etc.). Il semble que touchant un phénomène aussi « clair » que celui de l'homosexualité, il devrait être facile de s'entendre. Elle se définit par l'attrait exercé sur un individu par les individus de son sexe. A cet égard tous les faits que nous avons décrits sont également homosexuels. Une exception semble toutefois devoir être faite pour le cas où précisément le sexe de l'individu étant mal déterminé, est « mis en question » le concept même d'homosexualité. Les choses sont donc moins claires qu'il ne le paraît à première vue. Il faut pour saisir l'homosexualité dans son « radical », ou si l'on veut dans son « essence », mettre l'accent sur le contraste qui existe entre la morphologie sexuelle de l'individu et les tendances sexuelles contraires à cette morphologie qu'il présente. L'homosexualité « maxima » est donc définie par la forme où ce contraste est le plus grand. Pour la première catégorie des faits, tels que nous les avons classés plus haut, les *mœurs* homosexuelles sont patentes, ils contrastent au maximum avec l'anatomo-physiologie et l'individu. Dans la deuxième catégorie, la différenciation psychosomatique sexuelle n'étant pas parvenue à sa maturité ce contraste est moins net, l'homosexuelle ou l'homosexuel ayant non pas le comportement d'une femme ou d'un homme, mais le comportement d'un « androgyne ». Enfin, dans la troisième catégorie, par définition même, l'homosexualité n'admet pas de contraste puisque sous les apparences il y a accord entre la sexualité « vraie » mais cryptogénique et le comportement qui la manifeste. Ainsi l'homosexualité la plus authentique apparaît-elle être l'homosexualité engagée dans l'acte même qui la soustrait aux exigences physiques et lui inflige la distorsion, la « perversion » maxima, celle qui en définit l'essence, celle des *mœurs* se jouant sur le plan de la conscience éthique.

...l'homosexualité la plus authentique apparaît-elle être [...] celle des mœurs se jouant sur le plan de la conscience éthique...

D'où vient alors que l'on a tendance à appeler « vraie ¹ » l'homosexualité hermaphrodite. C'est que pour le médecin la monstruosité homosexuelle se présente le plus souvent comme une malformation, c'est-à-dire comme un vice de la nature. Autrement dit, c'est par sa forme pathologique « maxima » qu'il a tendance à définir la « vraie » homosexualité.

1. Théo LANG, HIRSCHFELD, etc. Tout de même que MOURGUE et tant d'autres appellent hallucination « vraie » celle qui est la plus « organique », la plus « sensorielle » !

Ceci nous conduit précisément à lier les deux questions que nous examinons et de passer à la seconde. Quels sont les caractères qui confèrent à l'homosexualité sa qualité morbide ? Certes il est facile dans ce problème comme dans tous les autres du même genre (dont nous examinons certains dans les « études » de ce volume consacré à l'anxiété, à la jalousie, à l'exhibitionnisme) de déclarer que la « question ne se pose pas » et que, puisqu'il s'agit d'un comportement si peu conforme à la nature, donc anormal, il est absurde de se poser la question « de par ailleurs » insoluble et « vaine ». Pour que cette façon d'escamoter le problème soit justifiée, il faudrait effectivement que l'homosexualité (comme la « perversité » en général) s'offre à nous sans aucun rapport avec l'organisation même de la nature humaine. Or nous avons vu qu'à cet égard l'homosexualité (comme la perversité en général) si elle n'est pas « donnée » ni « constituée » dans la plénitude de sa forme structurale chez l'enfant, représente pourtant une composante constante de sa libido. Dès lors le caractère normal ou pathologique de cette « tendance » ne dépendant pas de sa « présence » mais de son « actualisation », ce sont des conditions de cette « actualisation » qu'il doit dériver. Et nous retrouvons ici la nécessité de « déployer », comme nous l'avons fait, les comportements homosexuels en une série allant du plus au moins libre. Un être normal est un être qui a dominé ses tendances et les hésitations de son choix objectal. Mais dominer ne veut pas dire s'y soustraire. C'est le propre précisément de la perversité que, pour les réfracter dans la conscience morale, de s'abandonner aux tendances primitives en leur imposant ainsi la marque d'une intentionnalité majeure. Dès lors, ce qui nous a paru être l'homosexualité la plus « pure » est aussi celle qui est la plus « perverse » ou la plus « raffinée » et aussi la plus « normale ¹ ». Par contre, l'homosexualité la plus pathologique sera celle qui, inscrite au plus profond du déterminisme de la nature corporelle, constituera un vice de cette nature. Quant à la deuxième catégorie des faits, ceux qui correspondent à l'homosexualité névrotique du niveau de l'inconscient, elle est pathologique du fait même que sa structure porte la marque d'une « immaturité » ou d'un « déséquilibre foncier ».

Ainsi, pour nous, comme pour J. CHEVALIER contre l'opinion de A. MOLL à la fin du XIX^e siècle, l'homosexualité tout à la fois maxima et normale, est celle de la « perversité des mœurs » ou ce qui revient au même (du point de vue psychologique) celle qui dépend des mœurs : c'est un aspect normal de l'amour qui se satisfait, dans le vice, contre la nature. L'homosexualité pathologique est soit *névrotique* quand elle est

1. Notre analyse ne cessant tout au long de cette étude de se conformer à l'énoncé du principe qui l'inaugure et d'être purement psychologique et non morale nous ne nous trouvons pas le moins du monde embarrassés de dire qu'un homme ou une femme peuvent être monstrueusement pervers et normaux. Une telle méthode nous interdit naturellement de confondre les jugements de valeur morale et de réalité et de voir dans le « péché » ou la « faute » pour si monstrueux ou répugnants qu'ils soient, une anomalie, une maladie.

...ce qui nous a paru être l'homosexualité la plus « pure » est aussi celle qui est la plus « perverse » ou la plus « raffinée » et aussi la plus « normale »...

régression ou fixation à la « supranature » complexe ambiguë, soit *hermaphrodite* quand s'inversent dans la nature l'apparence et la réalité du sexe.

4° *Zoophilie érotique, bestialité.*

Cette forme de perversion « la plus épouvantable du péché de Sodome », comme le rappelle HESNARD, fait le pont entre celles que nous venons d'examiner et celles qui feront l'objet des paragraphes suivants ¹.

Deux modalités assez différentes de ce comportement érotique sont à discerner : une modalité « rurale », celle des bergers ou bergères, ou des peuplades primitives qui ont des rapports sexuels avec des animaux domestiques (chiens, chevaux, lamas, brebis, etc.) ; elle est *presque* exclusivement le propre du sexe masculin ; une modalité « citadine », celle des prostituées, des dépravés de l'un et l'autre sexe mais où le sexe féminin renouvelant le mythe de Léda et de Pasiphaé paraît prédominant (chiens, singes, etc.).

5° *Le fétichisme.*

Si « l'objet » libidinal est tout à fait insolite, neutre ou contingent à l'égard de son pouvoir « physiologique » d'excitation érotique on l'appelle « fétiche ». En lui s'investit passionnément, magiquement et, dans les formes les plus typiques, exclusivement, la libido. Tout le monde connaît à ce sujet les fantaisies de RESTIF DE LA BRETONNE ². Certains fétichismes fragmentent le corps du partenaire pour ne s'attacher qu'à sa représentation plastique (pygmalionisme, photographies, etc.) ou à une partie de ses parties (seins, fesses, pied, cheveux, etc.) ou encore à ses vêtements (mouchoirs, bas, pantalons, souliers, gants, bijoux, corset, etc.). D'autres déplacent si loin la valeur objectale dont ils investissent les objets inanimés (étouffes, soies, cuir, fourrures, pain, etc.) que leur signification érotique échappe complètement à l'observateur. C'est ainsi que les fétiches les plus étranges peuvent être objets de collectionnismes ³ déconcertants. Certaines formes de fétichisme au contraire se confondent avec les fantasmes même d'autres perversions (anus pour les homosexuels masculins, ceintures ou fouets pour les sadiques, coprophilie pour les masochistes et sadique-anaux, etc.). Des situations sociales ou même de simples « positions » du corps peuvent également être pourvues d'une valeur « fétichiste ». Ainsi un malade de DE SAUSSURE ⁴ éprouvait un plaisir particulier, allant jusqu'à l'orgasme, en se mettant en station renversée sur la tête. On peut dire que le « comportement fétichiste » peut s'étendre à presque toute la psychopathologie des perversions sexuelles

... la zoophilie est presque exclusivement celle du sexe masculin...

...Tout le monde connaît au sujet [du fétichisme] les fantaisies de RESTIF DE LA BRETONNE (*Le joli pied*, 1785)...

1. Cf. KRAFFT-EBING, pp. 593-604. On trouvera dans cette « Somme » de la perversion des exemples extraordinaires de fétichisme (fétichisme du nez, des perruques, de l'oreille, de la claudication, du moignon des amputés, des roses, etc.).

2. RESTIF DE LA BRETONNE, *Le joli pied*, Paris, 1785.

3. CODET, *Le Collectionnisme*, Thèse, Paris, 1921.

4. O. SAUSSURE, Fragments d'une analyse d'un pervers sexuel, *Revue française de Psychanalyse*, 1930, t. III, pp. 631-689.

...il faut définir le fétichisme par la concentration de la libido sur un « objet » d'idolâtrie détaché du champ libidinal au point d'en paraître étranger. *Le fétiche est l'envers d'un tabou, c'est un tabou positif...*

...Fétichisme et école phénoménologique...

...Fétichisme et école freudienne...

pour autant qu'elles consistent en déplacements libidinaux. C'est ainsi que O. SCHWARZ considère en définitive l'homosexualité comme un fétichisme d'une partie du corps de même sexe. Si l'on veut être strict, il faut définir le fétichisme par la *concentration de la libido sur un « objet » d'idolâtrie détaché du champ libidinal au point d'en paraître étranger*. Le fétiche est l'envers d'un tabou, c'est un tabou positif. Le cas de Konrad SCHWINGS, analysé avec tant de pénétration par M. Boss ¹, est tout à fait démonstratif à cet égard. Il s'agissait de fétichisme du gant de femme, avec horreur angoissée du sexe féminin liée à un intense complexe d'Œdipe et de castration; le fétichisme affectait, chez cet homme, la valeur d'un véritable « culte », d'une « mystique ». Et c'est pourquoi l'auteur critique la conception de GEBSATTEL ². Pour ce dernier qui a accepté les idées de HIRSCHFELD sur la fonction « d'attrance partielle » (Teilanziehung) du fétiche, le fétichisme est une « inversion » ou une « déformation » de l'amour : tandis que la passion amoureuse normale se dirige vers la totalité de son objet, le fétichisme est une érotique de la partie et du symbole de la partie. Autant dire que pour GEBSATTEL le fétichisme est une déformation artificielle de l'amour tandis que pour M. BOSS le fétiche est l'objet d'une « véritable » adoration. Mais, comme l'indique GEBSATTEL, les « paraphiles », qu'ils soient coprophiles ou attachés à un objet quelconque, n'ont pas une simple tendance vers l'objet, leur perversion passe nécessairement par un foyer de valeurs libidinales qui inverse la signification érotique des objets. La coprophilie, dit-il, n'a pas une tendance à se satisfaire au contact excrémental, il investit ce contact d'une signification destructrice des valeurs érotiques.

Quoi qu'il en soit – et les analyses de V. GEBSATTEL nous paraissent même après celles (sinon à leur lumière) de Boss, exactes – la valeur érotique ou exclusive des fétiches a été approfondie par l'école freudienne. C'est d'un « objet » perdu ou désiré que le « fétiche » paraît être le symbole. Et à cet égard FREUD ³ a montré qu'il était la plupart du temps le symbole du phallus. Le « pied chaussé » serait le symbole de l'organe de la « mère phallique ». Pour la femme, le fétiche, selon le mot de V. GEBSATTEL, serait « la femme elle-même ». Il y aurait à distinguer, d'après l'opinion de E. STRAUSS ⁴, un fétichisme actif et étranger masculin (aktiven Freund-fetichismus) et un autofétichisme passif féminin (passiven Autofetichismus). Naturellement l'investissement libidinal du biberon, de la sucette, du pouce, du jouet pour l'enfant représente pour les psychanalystes ⁵ le prototype de l'attachement fétichiste. L'érotique excrémentielle de l'enfant ne pouvait pas ne pas être aperçue par les psychanalystes dans la perspective du

1. M. Boss, pp. 35-49.

2. E. V. GEBSATTELJ Ueber Fetichismus, *Nervenarzt*, 1929, 2.

3. FREUD, *The International J. of Psychoanalyste*, t. X, et SCHREIB, t. XI, p. 396.

4. E. STRAUSS, *Geschehen und Erlebnis*, Berlin, 1930.

5. A. S. LORAND a saisi « à l'état naissant » un fétichisme de souliers de femme chez un enfant de 4 ans (*Intern. Zeitsch. f. Psychoanal.*, 1930, XVI, pp. 86-94).

symbolisme de *l'argent* ou de *l'or*. L'enfant, comme le roi Midias, transforme en « or » ses matières fécales, et on sait que ce symbolisme représenté dans le *Jardin des Délices* de Hiéronymus BOSCH dans toute sa crudité, est une des constantes collectives de l'humanité. Ainsi se lie « tout naturellement » la perversion fétichiste au *vol*, à l'appropriation d'argent ou de quelque autre objet à fonction de symbole libidinal ¹.

La « cleptolagnie », c'est-à-dire la *volupté* du *vol* avait été aperçue par certains auteurs qui se sont occupés du vol pathologique ². Cependant ni KRAFFT-EBING, ni BOAS, ni naturellement ANTHEAUME, qui paraît s'être donné la tâche de scotomiser le problème, n'ont aperçu les relations profondes qui unissent souvent l'acte de voler et les pulsions sexuelles. H. ELLIS rapporte à LACASSAGNE, « pionnier de génie », le mérite d'avoir compris « que le vol peut être accompagné d'une excitation sexuelle due au rayonnement émotionnel de la crainte d'être pris et que c'est cet élément voluptueux qui est le motif de l'acte ». C'est STECKEL ³ qui a étudié le premier et le plus complètement la racine sexuelle de la kleptomanie. Depuis, les travaux de Mary CHADWICK ⁴, de HEALY ⁵ et d'HAVELOCK ELLIS, etc., ont dans le pays anglo-saxon largement développé, à la lumière de la psychanalyse, cette manière de voir ⁷.

Nous avons pu observer le cas d'une voleuse soumise à notre expertise et qui volait dans l'angoisse d'un orgasme irrésistible, des pains longs et fendus. Le fantasme œdipien de la « mère phallique » était évident et le vol satisfaisait à la fois sa libido et sa culpabilité. Les facteurs inconscients de l'impulsion névrotique à voler peuvent en effet se trouver comme dans ce cas dans le déterminisme compulsif de l'acte de *s'emparer* d'un « objet », de *se l'incorporer*, alors que c'est un objet *qui ne vous appartient pas*, qu'il est fortement *désiré* et *interdit* et investi, par conséquent, magiquement d'une valeur de *fétiche*, d'une irrésistible envie de *le posséder* et *d'être puni* de cette appropriation.

...Ainsi se lie [...] la perversion fétichiste au vol, à l'appropriation d'argent ou de quelque autre objet à fonction de symbole libidinal...

...Cleptolagnie : volupté du vol...

1. Cf. par exemple le travail de Fritz WITTELS, in *Journal of Criminal Psychopathology*, octobre 1942.

2. LASÈGUE, Le vol aux étalages, *Archives générales de Médecine*, 1880 ; LACASSAGNE, Vol pathologique dans le grand magasin, *Congrès d'Anthropologie criminelle*, Genève, 1896 ; DUBUISSON : Les voleurs de grand magasin, *Archives d'Anthropologie criminelle*, janvier 1903 ; ZINGERLE, *Gebner für Psychiatrie*, 1900 ; DUPOUY, Kleptomanie, *Journal de Psychologie*, 1905 ; JUCQUELIN et VINCHON, *Les limites du vol morbide* ; G. de CLÉRAMBAULT, *Archives d'anthropologie criminelle*, 1908 et 1910 ; B. GLUECK, *Studies of Forensic Psychiatry*, ch. V, Boston, 1916 ; WIMMER, *Annales Medico-Psycho.*, mars 1921 ; GODET, *Essai sur le collectionnisme*, Paris, 1921 ; BENIGNO DI TULLIO, *Rassegna di studi sessuali*, juillet-août 1924 ; ANTHEAUME, La légende de la kleptomanie, *Encéphale*, 1925 ; Rapport de RAVIART sur le « vol pathologique », *Congrès de Médecine légale*, 1927 ; HAVELOCK ELLIS, La cleptolagnie., *Études de Psychologie sexuelle*, t. XIV, trad. franç., Paris 1933.

3. STECKEL, Die sexuellen Wurzel der Kleptomanie, *Zeitsch. für Sexualwissenschaft*, octobre 1908, puis en 1923 : *Der Fetichismus*, dans son traité : *Störungen, Trieb und Affektleben*, t. VI.

4. Mary CHADWICK, A case of Kleptomanie, *International J. of Psychanal.*, 1915.

5. HEALY, *The individual Délinquance* (1915) et *Mental conflicts and Misconduct* (1917).

6. On consultera spécialement FREUD, *Totem et Tabou* ; W. REICH, Der triebhaften Charakter, *Neue Arbeiten zur ärztliche Psychanalyse*, n° 4 et Léo DEUTSCH, Zur Frage der Kleptomanie, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1935, 152, pp. 208-234.

B. – LES DÉFORMATIONS DE L'ACTE SEXUEL (ÉROTISATIONS SUBSTITUTIVES)

Sans doute l'acte sexuel onaniste, homosexuel, fétichiste, etc., est-il profondément modifié dans sa forme puisqu'il exprime le désir de trouver une issue libidinale hors du contact des organes sexuels d'un être de sexe opposé. Mais c'est tout de même dans la sphère génitale que se jouent les actes ou les fantasmes dont l'orgasme se trouve dépendre. Et, somme toute, la figure érotique essentielle reste, malgré le déplacement de son objectif, celle d'un *plaisir sexuel*. Nous allons envisager maintenant des perversions où c'est la modalité de sentir, d'éprouver la volupté qui se trouve profondément bouleversée. L'orgasme qui, dans les perversions précédentes, était obtenu par voie seulement indirecte, est ici transposé sur le registre des « contresens ». C'est par la « synesthésie » paradoxale qui lie l'érotique aux autres sensibilités que se définissent ces « métatropismes » (HIRSCHFELD), ces voluptés étranges et parfois horribles ou répugnantes, par quoi les sensations les plus étrangères ou même les plus contraires au plaisir sexuel sont érotisées.

1° *L'algolagnie (le sado-masochisme)*.

C'est dans la douleur, par la douleur que la volupté est ici, dans une inversion totale de la sensibilité, recherchée. Il appartenait à deux personnages désormais illustres ¹

1. Donatien-Alfonse-François de SADE naquit à Paris en 1740, il mourut en 1814, interné à Charenton. Il avait épousé, en 1763, Renée de MONTREUIL. Il fut emprisonné plusieurs fois puis « embastillé », notamment à propos des mauvais traitements qu'il fit subir à Rose KELLER (avril 1768). Une lettre du marquis de DUFFAUD à Horace WALPOLE donne le récit de cette scène mémorable à laquelle le « divin marquis » doit sa célébrité, somme toute, et, en un certain sens, usurpée. Car si ce « libertin » se montra « sadique » ce fut, semble-t-il, dans d'assez rares occasions et non sans quelque modération. Pour J. PAULHAN il faudrait même le considérer, avant la lettre, comme un « masochiste », ce qui depuis FREUD ne saurait plus nous étonner. Ses écrits les plus fameux sont : *Justine ou les Malheurs de la Vertu* (1791) ; *Le philosophe dans les boudoirs ou les Instituteurs immoraux* (dialogues destinés à l'éducation des jeunes amants), Londres, 1795, 2 volumes ; *La nouvelle Justine ou les Malheurs de la Vertu, suivie de l'histoire de Juliette, sa sœur*, en Hollande, 1797, 10 volumes ; *Aline et Valcourt ou le Roman Philosophique* (écrit à la Bastille), 8 volumes in-12 ; *Pauline et Belval ou les Victimes d'un amour criminel*, 3 volumes ; *Les crimes de l'Amour et le Délire des passions* (nouvelles historiques et tragiques précédées d'une « Idée sur les romans »), Paris, an VIII, 4 volumes in-12 ; *Zoloe et ses deux acolytes ou quelques décades de la vie de trois jolies femmes*, an VIII ; *Les 120 journées de Sodome ou l'École du Libertinage* (manuscrit perdu et publié seulement en 1904). Il fit aussi de nombreuses pièces de théâtre. D'après G. APOLLINAIRE il aurait écrit cinq comédies dont le *Misanthrope par amour ou Sophie et Desfrancs* (reçue à l'unanimité au Théâtre Français, en 1798, mais qui n'y fut jamais jouée), quatre drames, etc. Anatole FRANCE lui attribue un « plan de maison publique » qui l'aurait mis en compétition avec celui de RESTIF DE LA BRETONNE « son ennemi ». Un de ses drames, *Oxtiern ou le Malheur du Libertinage*, fut représenté deux fois à Paris (octobre-novembre 1791) au Théâtre Molière et une fois à Versailles (1800). D'autres de ses drames et comédies furent joués au Théâtre Favart (1792), au Théâtre de Bondy (1790), etc. Le marquis fut donc beaucoup plus un écrivain qu'un « praticien » et son œuvre est une sorte de philosophie de la morale à rebours. Pour lui l'instinct sexuel est souverain et nous devons nous y livrer en foulant aux pieds préjugés moraux, traditions, croyances et scrupules. Les utopies sexuelles du ministre Saint-Fonds dans *Juliette* rejoignent à certains égards les utopies sociales de Saint Simon .../...

...envisageons les perversions où c'est la modalité de sentir, d'éprouver la volupté qui se trouve profondément bouleversée...

...Notice sur D. A. F. marquis de SADE...

de donner leur nom aux deux versants de cette même perversion : le « sadisme » et le « masochisme ». Le sadisme se satisfait sexuellement dans la douleur, les tortures, les flagellations, les blessures et les contraintes *infligées* au partenaire. Le masochisme se satisfait dans les mêmes supplices *endurés*. C'est dire combien, malgré la forme antinomique de ces perversions ou par cela même, elles sont soudées par leurs racines communes, *l'algotagnie* (érotisation de la douleur). On sait que FREUD et son école ont mis en évidence l'importance cruciale du substratum du *sado-masochisme* dans le système des pulsions primaires ¹. Le couple pulsionnel, tendance à l'hétéro- et à l'auto-destruction, est à leurs yeux primordial et contemporain de la phase sadique-anale et c'est de ces pulsions primitives élaborées ensuite dans les systèmes d'agressivité ou d'autopunition au travers de l'œdipe et du complexe de castration que montent les images sanglantes qui fondent dans la même sauvage unité le plaisir et la douleur, la volupté et la cruauté.

Le *sadisme* se manifeste dans sa forme la plus sanguinaire, dans les *crimes et dépèchements sadiques*. Certains monarques ou tyrans (Néron, Tibère, Caligula) sont restés le prototype de ces assassins lubriques. Naturellement on ne manque jamais non plus de citer GILLES de RETZ ², le fameux Maréchal de France (dit « Barbe Bleue ») qui vivait au XV^e siècle. Le « triste sire » prétendait avoir tiré précisément de SUÉTONE l'inspiration de ses forfaits : il tua ou fit tuer, selon l'acte d'accusation des « procédures civiles », plus de deux cents enfants. « La gorge coupée avec une dague, un poignard

...FREUD et son école ont mis en évidence l'importance cruciale du substratum du sado-masochisme dans le système des pulsions primaires...

...Gilles de RETZ...

Les descriptions des scènes sadiques abondent mais pas plus que les autres. Il semble cependant que le « despotisme » de la conduite amoureuse constitue pour lui la base érotique fondamentale (en quoi il se montre justement aussi masochiste que « sadique »). Le but essentiel est d'« ébranler la masse de ses nerfs par le choc le plus violent possible ». Pour lui le coït anal est le plus naturel ; il recommande la bestialité particulièrement avec le chien, le singe, la chèvre ou mieux le bouc et le dindon, « à condition de lui couper la tête au moment critique ». Un de ses « héros » tue un jeune homme, sodomise son cadavre et coïte avec sa meurtrière sur sa dépouille ; la coprophagie fait les délices de Saint-Fonds et « rien n'est plus délicat que l'union charnelle des familles », etc. (On consultera sur le personnage et l'œuvre de SADE : Alc. BONNEAU, *Analyse de Justine et Juliette*, La curiosité littéraire et bibliographique, 1882 ; MARCIAT, *Le marquis de Sade et le Sadisme*, in *Vacher l'Éventreur*, ouvrage publié sous la direction de LACASSAGNE, Paris, 1899 ; Eugen DUHREN, *Der Marquis de Sade*, Berlin, 1900, trad. franç., 1901 ; Guillaume APOLLINAIRE, *L'œuvre du Marquis de Sade*, Bibliothèque des Curieux, 1909 ; S. SARFATI, *Essai Médico-Psychologique sur le Marquis de Sade*, Thèse, Lyon, 1930. Parmi les ouvrages ou travaux récents nous mentionnons : KLOSSOWSKI, *Sade mon prochain*, Paris, 1947 ; Maurice BLANCHOT, A la rencontre de Sade, *Les Temps modernes*, octobre 1947 ; D. A. F. de Sade, par Gilbert LELY (morceaux choisis et bibliographie), Paris, 1948.— Sur Sacher MASOCH, on consultera le fameux ouvrage de SCHLICHTEG-ROLL, *Sacher Masoch und der Masochismus*, Dresde, 1901 et S. NACHT, *Le masochisme*, Rapport à la 10^e Conférence de Psychanalystes de langue française, de 1938, réédité récemment (1948). (Nous avons déjà donné sur le masochisme quelques indications et quelques références bibliographiques dans notre *Étude*, n° 6, pp. 117 et 118.)

1. FREUD, *Le problème économique du Masochisme*, trad. franç., dans la *Revue fr. de Psychanalyse*, 1938, pp. 211-223.

2. MICHELET, *Histoire de France*, t. VI, pp. 316-320 ; cf. aussi le livre que É. BOSSARD et R. de MAULLE (Paris, 1880) lui ont consacré.

ou une longue pique, il jouait de l'enfant palpitant.

Il lui coupait les membres, ouvrait la poitrine ou le ventre. Parfois il s'asseyait sur le corps de ses victimes. » Selon sa confession au juge ecclésiastique « cum ipsis vicium et peccatum sodomicum committebat ». Mais depuis lors certains assassins « célèbres » se sont acquis une réputation qui se perpétue dans tous les travaux sur les perversions sadiques. Andréas BICHEL, étudié par FEUERBACH¹, violait des jeunes filles et les coupait en morceaux (« Je lui ouvris la poitrine et avec un couteau je fendis les chairs et j'ai débité le corps comme un boucher ferait d'un veau. Je l'ai fendu en deux avec une hache pour le faire entrer dans le trou que j'avais creusé »). VERZENI² éprouvait une volupté incomparable à sentir souffrir les femmes qu'il tuait ; il entraînait en érection et éprouvait « un grand plaisir à boire le sang du pubis de ses victimes et encore plus à retirer les épingles de leurs cheveux... » JACK l'Éventreur³ tua dans le quartier de Whitechapel, en 1889, au moins onze femmes. Il jouissait de la mort de ses victimes et emportait leurs parties sexuelles pour se procurer des jouissances ultérieures soit en les regardant, soit en s'en servant pour se masturber. VACHER l'Éventreur⁴ tua – selon ses seuls aveux – quatre garçons, six jeunes filles et une vieille femme dans l'Isère entre 1894 et 1897. Ce fameux « chasseur de bergers et bergères », dit LACASSAGNE, « constamment en rut assouvissait rapidement ses lascivités bestiales utilisant un « manuel opératoire » toujours uniforme : procédés d'attaque, strangulation, égorgement, parfois éviscération ou mutilations diverses ». Depuis ces « prototypes » qui ont illustré les premières annales des archives policières, de nombreux « vampires » et dépeceurs ont répandu et continuent à répandre la terreur dans diverses régions (Peter KÜRTEEN, le vampire de Dusseldorf ; HAARMAN, le boucher de Hanovre⁵ ; WEIMANN, etc.).

Mais de telles monstruosités criminelles sont exceptionnelles et le « sadisme » s'exerce plus généralement sous une forme mineure : les *tortures* (piqûres, flagellations⁷, souillures, mutilations, etc.). Il s'agit le plus souvent d'une véritable « mise en

1. Il nous a été impossible de retrouver la référence exacte. Celle que donne LACASSAGNE (*Archiv. f. Psych.*) est fautive.

2. Observation de LOMBROSO, *Goldtanimer's Archives*, t. 30, p. 13 (cité par KRAFFT-EBING, p. 156).

3. Étudié par Mac DONALD, *Jack the riffer* (traduction française de son ouvrage : *Le criminel*, Lyon, 1894).

4. Il a fait l'objet d'un ouvrage de LACASSAGNE, *Vacher l'Éventreur et les crimes sadiques*, Lyon-Paris, 1899, qui contient une excellente documentation sur le crime sadique.

5. Sur HAARMAN consulter *Haarman le boucher de Hanovre*, de E. QUINCHET, 1 vol., sans date, édité à Paris et le n° du « Crapouillot », mai 1938, où R. ALLENDY a rapporté le cas.

6. Sur les flagellations, outre naturellement la multitude des publications pornographiques plus ou moins clandestines, on se documentera dans les fameux et curieux livres de MEIBONNIUS, *De lagrorum usu in re medica*, Londres, 1765 et de BOILEAU, *The history of the flagellants*, Londres, 1783. Cf. parmi les travaux contemporains *Flagellants et flagellantisme*, de Pierre SCHNYDER, *Archives suisses de Psychologie*, 1932, 23, p. 279, etc. Sur la clinique de cette pratique, voir KRAFFT-EBING, trad. franç., 1931, pp. 184-199 et W. STECKEL, *Sadismus und Masochismus*, Berlin-Vienne, 1925.

scène » où la victime forcée ou à demi-consentante ¹ par sa composante masochiste complémentaire, enchaînée, ligotée, bâillonnée est implacablement tailladée, fouettée, mordue ou cravachée. La frénésie, la véritable rage du supplice administré dans les hurlements, l'angoisse et le sang, provoque alors l'orgasme soit que la jouissance physique jaillisse de la souffrance infligée, soit qu'elle soit aidée par toutes les formes sado-masochistes de l'excitation sexuelle (viol, pédicatio, coprophagie, etc.).

Le sadisme peut aussi s'exercer d'une façon plus indirecte « morale », « sublimée » ou « symbolique », par le goût pour les mauvais traitements, les vexations et plus généralement toutes les formes d'une agressivité sans cesse déguisée et inlassablement tourmentante ou irritante.

La *pyromanie* nous paraît constituer une autre forme de criminalité sexuelle.

Nous ne pouvons nous égarer ici dans une étude de l'impulsion à mettre le feu, du plaisir de « faire brûler » ou de « voir brûler ». Nous rappellerons simplement quelles valeurs symboliques ont été reconnues au feu après les études de FREUD ², de CHRISTOFFEL ³, de FENICHEL ⁴, de BACHELARD ⁵, etc., sur les névroses dont l'image du feu est comme dans le mythe de Prométhée, et dans tant de métaphores du langage de l'amour, centrale ⁶. Les analystes ont parfaitement vu – et H. SCHNEIDER ⁷ y insistait dans son étude du cas Johann ALBI – que la flamme est un symbole phallique qui exprime « l'ardeur », la « destruction » et la « beauté ». Ce symbole recouvre par conséquent le binôme essentiel des tendances, la « libido destrudo » dont le sado-masochisme constitue l'expérience la plus profonde. Il est alors plus facile de comprendre que cliniquement la pyromanie se trouve « associée » aux pulsions agressives homicide et suicide. Les délires alcooliques oniriques qui mêlent les images du feu et du meurtre sont, à cet égard, hautement significatifs. Les deux dernières malades (deux jeunes filles) que nous avons étudiées à ce point de vue nous ont intéressées. Dans un cas il s'agissait d'une hystérique dont l'incendie d'une meule était profondément liée à l'impulsion au suicide ⁸. Dans l'autre, il s'agissait d'une obsédée dont l'investigation narco-analytique a mis en évidence le complexe d'Edipe, comme dénominateur commun d'une série d'images (feu, chaleur, homme, amour, viol par le père, « feu quelque part », etc.) et processus inconscients du désir et de la crainte de mettre le feu.

Le feu dans de tels cas jaillit comme une flamme terrible qui purifie et exige tout à la fois le fantasme du « meurtre du père »... La « Schadenfreude » de la pulsion pyro-

...Le sadisme peut aussi s'exercer d'une façon plus indirecte « morale »...

...La pyromanie...

...images du feu et du meurtre...

...deux de nos expertises...

1. Dans le cas d'Érich KLOTZENS, analysé par M. Boss (p. 69 de son ouvrage, 1947), ce sadique ne tirait son plaisir que du plaisir inverse et *réel* de la partenaire. Il recherchait en cela à refermer le cercle vicieux du sado-masochisme sur sa figure érotique essentielle.

2. FREUD, Bruchstück einer Hysterieanalyse, *Ges. Werke*, 1924.

3. CHRISTOFFEL, *Trieb und Kultur*, Bâle, 1944.

4. FENICHEL, *Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen*, Vienne, 1931.

5. BACHELARD, *La psychanalyse du feu*, Paris, 1938.

6. PFISTER, Ist die Brandstiftung ein archaischer Sublimierungsversuch ? *Intern. Zeitsch. f. Psychoanalyse*, 1915, m.

7. Hans SCHNEIDER, Zur Psychopathologie der Brandstiftung, *Archives suisses de Neuro. et Psych.*, 1946, 56, pp. 239-259.

8. Gustav DONALIES (Selbstmord und Brandstiftung, *Nervenarzt*, 1949, p. 133) a récemment publié un cas qui illustre également la racine commune du suicide et de la pyromanie.

maniaque constitue donc un système auto- et hétéroagressif fortement enraciné dans les couches instinctives au point où la perversité noue le plaisir à la douleur par un indissoluble et symbolique lien.

Soulignons que les comportements « sadiques » ne sont pas particuliers aux hommes naturellement et KRAFFT-EBING ¹ cite de nombreux exemples de sadisme féminin. Il est à peine besoin de rappeler que, cela va de soi, les actes sadiques se produisent aussi bien dans les pratiques d'homosexualité que d'hétérosexualité ² et qu'ils s'accompagnent aussi de fétichisme, de bestialité ³, de scopophilie ⁴, etc.

Le masochisme, sous sa forme totale de soumission aux forces de destruction et de désir de mutilations sanglantes et mortelles, ne s'observe guère ou tout au moins les cas de ce genre se trouvent-ils absorbés dans la psychologie et la psychopathologie du suicide ou de l'accident mortel. Bien plus typique sont les comportements qui ne constituent qu'un aspect symétrique de la perversion sadique (flagellation, fouettage, morsures, blessures, tortures, etc., voluptueusement subies). *Le masochisme érogène* ⁵ a pour type précisément la flagellation dont l'image de Jean-Jacques ROUSSEAU châtié par M^{lle} LAMBERCIER ⁶ constitue l'illustration célèbre. Le fameux contrat entre « M^{me} Fanny de RISTOR et M. Léopold de SACHER MASOCH ⁷ » en représente la charte. Par là les pratiques agolagniques de souffrance physique rejoignent le « masochisme moral » car, comme nous allons le voir, l'érotique sado-masochiste tend à réaliser un état d'esclavage, de servitude sexuelle (pagisme) totale. Le masochiste se ravale, se déprave, s'anéantit dans une véritable fureur de souffrir, d'être maltraité, honteusement piétiné et humilié, réduit aux pires abjections, aux conditions de la plus basse turpitude. C'est en quoi le masochisme se continue tout naturellement par les autres formes d'érotisation des sensations les plus répugnantes (léchages organiques immondes, coprophagie). C'est, si l'on veut, une inversion voluptueuse de la nausée ⁷.

Une des formes où les pulsions de sado-masochisme convergent dans la réalisation des actes les plus affreux qu'on puisse imaginer est la *nécrophilie* :

Les dépeçages de cadavres, l'extraordinaire fureur de dilacération, ces morcellements et ces massacres de corps fraîchement enterrés constituent le pôle « sadique »

1. pp. 219-245.

2. Cf. à titre d'exemples les observations 252 à 260 de KRAFFT-EBING. Les relations profondes qui peuvent lier le sadisme, l'homosexualité et l'œdipe sont illustrées dans le cas de LINTZ (in CARLIER, *Les deux prostitutions*, 1889) qui, ayant poignardé son père, le viola.

3. Cf. KRAFFT-EBING, observations 81, 82, 83 et 326.

4. Cf. KRAFFT-EBING, observations 87, 88, 89.

5. Cf. NACHT, *Le Masochisme*, 1938.

6. R. LAFORGUE, Étude sur Jean-Jacques ROUSSEAU, *Rev. fr. de Psychanalyse*, 1927.

7. Cf. NACHT, *Le Masochisme*, pp. 40 et 41 et KRAFFT-EBING, pp. 238-240.

8. Cf. l'étude de MITLUF, « L'Asco » (La nausée), *Revista de Neuro. Psiquiatria*, 1947, p. 300.

...Le masochisme érogène a pour type précisément la flagellation dont l'image de Jean-Jacques ROUSSEAU châtié par M^{lle} LAMBERCIER...

...La nécrophilie...

de la nécrophilie, qui peut effectivement, comme dans les meurtres sadiques dont nous avons parlé plus haut, s'exercer après l'assassinat de la victime. L'horreur, la putréfaction de cadavres exhumés et dévorés parfois dans une orgie cannibalique qui défie « la nausée », en constitue le pôle masochiste. Les profanations nécrophiliques procèdent généralement de cette double tendance. ARDISSON ¹ qui, selon les termes de KRAFFT-EBING, « devorare solebat sperma proprium », « loco quo mulieres urinaverunt totium bibere solebat » et pratiquait sur les femmes qu'il déterrait la « sucio mamma » et « cunnilinctus » et « seulement exceptionnellement le coït et la mutilation ». Tout le monde sait que le cas le plus connu et le plus étrange est celui du sergent BERTRAND ². Voici les déclarations que fit ce « monomane » au cours de son procès : « J'éprouvais le besoin irrésistible de la destruction et rien ne m'arrêtait pour me lancer dans un cimetière afin d'y assouvir cette espèce de rage de mutiler les cadavres, mais sans m'occuper ni sans rechercher le sexe ». Le chirurgien major MARCHAL. (de Calvi) qui comparut à titre de témoin au procès fit au nom de BERTRAND « qui ne pouvait se décider à parler lui-même » la « solennelle » déclaration suivante qui laisse nettement sous-entendre que BERTRAND était nécrophage : « A tant d'horreurs ³ j'ajoute un excès d'horreur. La monomanie destructive s'est compliquée d'une autre... à laquelle la science donne un nom spécial. Cette monomanie s'est produite, mais il est essentiel de faire remarquer que c'est assez longtemps après les premières mutilations, à titre d'aggravation de cet horrible état mental. Je crois pouvoir me dispenser d'entrer dans les détails minutieux sur les faits nouveaux dont il s'agit. J'ai cru un instant qu'il pouvait y avoir quelque chose de plus et l'on se demande si c'est possible. Oui, c'est possible : car il y a des cas d'anthropophagie, notamment celui qui a été rapporté par le docteur BERTHOLLET, d'un homme qui déterrait les morts récemment ensevelis pour les dévorer et qui se plaisait surtout à manger les intestins. Or l'un des cadavres arrachés à la tombe par l'accusé offrait des « mâchures » dans une région déterminée. Mais ces mâchures provenaient de ce que l'instrument avec lequel les incisions étaient pratiquées n'étaient pas très bien aiguisés. » De fait BERTRAND a toujours nié qu'il dévorait les cadavres, il s'est contenté d'affirmer : « Je n'ai jamais pu mutiler un homme ; je n'y touchais presque jamais tandis que j'ai coupé une femme en morceaux avec un plaisir extrême... je ne sais à quoi attribuer ça... ⁴ »

L'érotique sado-masochiste. « *L'equus eroticus* ». Les grandes manifestations sado-masochistes, celles qui vont jusqu'à la mort et au delà sont rares. Latentes, comme la fin même de cette faim de jouir de la mort, elles demeurent le plus souvent

...le cas le plus connu et le plus étrange est celui du sergent BERTRAND (1849)...

1. KRAFFT-EBING, observation 53 ; cf. le livre de BELLETRUD et MERCIER (*Contribution à l'étude de la Nécrophilie, L'affreux Ardisson*, Paris, 1906).

2. L. LUNIER, Examen médico-légal d'un cas de monomanie instinctive. Affaire du sergent Bertrand, *Annales Médico-Psychologiques*, 1849, 1.1, pp. 351-379 (et non p. 153 comme il est indiqué dans la *Psychopathie sexuelle*).

M^{me} la princesse Marie BONAPARTE a consacré un travail (Nécrophilie, Deuil, Sadisme, *Revue française de Psychanalyse*, 1930, 31, pp. 725-731) à la nécrophilie dont un paragraphe est consacré à Bertrand. Elle renvoie au livre de JONES (*Nightmare Medieval Superstitions*, London, 1931, pp. 111-112) pour ce qui est des représentations collectives du vampirisme.

3. BERTRAND avait commis au moins une dizaine de « violations de sépultures » dans les cimetières parisiens.

4. Edgar POE : « La mort d'une belle femme est incontestablement le plus poétique sujet du monde » (*Philosophie de la composition*).

...Travaux de M. BONAPARTE sur la nécrophilie (1930)...

fantasmiques et virtuelles dans la pratique des perversions sado-masochistes, Celles-ci ne constituent généralement qu'un *jeu*, celui de la volupté et de la mort, du plaisir et de la douleur. Mais comme tout jeu, ce jeu se vivant sur le registre des sens, comporte une réalité, celle du « sensible ». Et c'est dans le domaine de la sensibilité inversée qu'elles se jouent. Monde de fantasmes et d'artifices, la perversion sadomasochiste se déroule dans une atmosphère théâtrale ¹, celle des lupanars raffinés des boutiques interlopes, des décors qui empruntent à la fête foraine, au pittoresque historique et exotique ou aux albums pornographiques, leur esthétique frelatée. La littérature dont elles émanent et qu'elles illustrent, garde comme un relent désuet et anachronique de libertinage traditionnel et stéréotypé. Le cérémonial de la scène sadomasochiste avec ses instruments de supplice ou de torture se tient à mi-chemin de l'assassinat commencé et du simulacre du meurtre. Blessures réelles ou situations simulées, sang, larmes, rugissements ou trucs, faux-semblants et mirages, acier ou carton, la technique sado-masochiste se joue sur le seul plan de réalité qui confond le « vrai » et « l'imaginaire », celui du plaisir et de la douleur. Au delà ou en deçà des coups, des flagellations et des sévices brille comme une goutte de sang, l'image vermeille de la souffrance érotisée, souffrance si « pure » et douleur si « exquise » qu'elle se vit comme une expérience à la fois de férocité totale et fatalement fictive. De sorte que c'est le fantasme du châtiement corporel, fortement « exprimé » mais réduit à un simulacre, qui en forme la substance. Dans le « cabinet » ou l'alcôve sado-masochiste les cuirs cinglants, les verges, les lames, les éperons, les bottes, les mors, le cliquetis du métal, les cravaches et les fouets forment le décor et le matériel technique d'une situation qui est celle de la dépendance, de la servitude, de l'entière et humiliante soumission aux ordres et aux caprices d'un despotisme souverain. Autant dire que la métaphore du « *cheval et de sa monture* » y trouve sa pleine réalisation. L'« *equus eroticus* » est au centre de la perversion sadomasochiste. Les termes de maître ou de souveraine, ou dominatrice, d'esclave, de dressage, etc., reviennent constamment dans l'érotique sadomasochiste. Ils doivent s'entendre non seulement de la situation de suprématie ou d'avilissement à laquelle le « sadique » ou le « masochiste » identifient, chacun, son rôle essentiel, mais comme une série de *couples* de notions « idéales » dans laquelle s'unit le *couple* de partenaires. Rien ne pourrait mieux restituer le sens de l'expérience sado-masochiste totale que les documents sur le « masochisme à type chevalin » livrés par un « masochiste » à DUPOUY ².

...c'est le fantasme du châtiement corporel, fortement « exprimé » mais réduit à un simulacre, qui en forme la substance...

...L'« equus eroticus » est au centre de la perversion sadomasochiste...

1. On trouvera quelques gravures ou photographies typiques par exemple dans l'ouvrage de HIRSCHFELD (II, p. 240), dans le traité de HESNARD (p. 635) et dans le « Dictionnaire d'Argot » du *Crapouillot* (septembre 1938, p. LXXVIII, à l'article « passions »).

2. DUPOUY, Du Masochisme, *Annales Médico-Psychologiques*, 1929, II, pp. 397-405. A la rubrique « pagisme » on trouvera dans la « *Psychopathia sexualis* » des lettres d'humiliation du même genre (pp. 244 à 248) écrites à la « Souveraine ».

« Il y en a qu'on dresse par la douceur. Je suis de ceux qu'on dresse par la rigueur et la force. C'est pourquoi le mors est nécessaire. Il agit par sa force propre et aussi par l'humiliation dans laquelle il me met vis-à-vis de toi...

Ici il ne peut être question que de ramener la pensée de l'animal et de le faire vivre dans l'attente inquiète du vrai régime qui devra être le sien. Il faut parler du dressage et obliger à lire ou à dessiner des choses en rapport avec le sujet. Brider la nuit et attacher les mains plus étroitement soit au mors avec la chaîne, soit à la grande ceinture dès le retour du bain. Mettre le harnais complet sans perdre de temps, la rêne et les poucettes, attacher les poucettes au harnais. La verge enfermée dans son étui de métal. Rêner deux heures dans la journée, le soir à la volonté du maître.

Réclusion pendant trois ou quatre jours, les mains toujours attachées, la rêne tendue et détendue. Le maître ne s'approchera jamais de son cheval sans sa cravache et s'en servira chaque fois. Si l'impatience ou la révolte de l'animal se manifestait, la rêne serait tendue plus fort, le maître saisirait les guides et donnerait une sévère correction à la bête.

Le temps du domptage fini, le maître ferait comprendre au cheval que l'épreuve sera renouvelée, qu'il ne doit pas s'imaginer qu'il en est débarrassé et qu'elle reprendra plus vite si l'animal n'est pas souple. Le régime qui succédera au domptage et qui devra être maintenu constamment sera, la nuit, la rêne détendue, la martingale tendue ; au réveil : l'inverse. L'animal devra porter, le jour, le harnais de cuir avec de larges sous-cuisses et la verge enveloppée. Une ou deux fois par semaine, ou plus souvent, le maître mettra ses bottes et fera un exercice à la cravache.

Les harnais indispensables sont les mors, les bracelets, poucettes ou gants ; les gaines pour la verge. Ceux qui sont utiles sont : le collier avec cadenas quand le maître, obligé de s'absenter, voudra s'assurer que le cheval ne sortira pas ; le masque, pour empêcher les distractions ; les bretelles...

Régime de dressage : 1° Tu me feras harnacher complètement avec double mors, la rêne, les mains bien attachées, le grand harnais. Tu mettras tes bottes et prendras la cravache. Tu me feras faire des mouvements de bras commandés par la cravache. Tu me fatigueras la bouche. Cela pendant dix minutes environ. Tu rattacheras les mains pendant un temps d'arrêt. Tu recommenceras ainsi pendant une heure environ. Ensuite tu me mettras le masque ou, s'il ne va pas, tu me mettras la ceinture de caoutchouc sur les yeux et tu me laisseras méditer, attaché par la longe sur cette prise de possession, le temps que tu voudras, en me fouettant quand tu viendras me voir et aussi pour finir.

2° Tu renouveleras cet exercice au moins une fois par semaine et seulement pendant une heure et en me débridant après.

3° Tu feras de même chaque fois que tu me trouveras nerveux, mais alors tu enlèveras la gaine de cuir et tu mettras l'anneau où la gaine de caoutchouc et tu me déprimeras complètement par contrainte.

L'axiome du dressage : « Détruire les forces instinctives pour les remplacer par les forces transmises ».

Cela est-il possible ! Violenter la nature ! la modifier ! Si cela est possible, alors nous sommes sauvés. Eh bien, rien n'est plus vrai. Ce qui arrive pour le cheval, animal si nerveux, si ardent, et qu'on habitue à porter les harnais les plus compliqués et les plus gênants, dont on fait un être résigné, soumis, qui attend les impulsions de son maître, peut m'arriver aussi. La force instinctive, chez moi, est celle qui me donne cette inquiétude de l'esprit, une nervosité que je sais assez bien cacher, mais qui m'excite. La force instinctive agit en dehors de mon raisonnement, elle est la manifestation d'un être à côté d'un autre être.

...Document sur le « masochisme à type chevalin » rapporté par DUPOUY (AMP, 1929)

Tu ne dois pas tolérer chez moi mon tempérament, puisqu'il est possible de détruire les forces instinctives et leur substituer les forces transmises. Le procédé, c'est d'isoler, même dans la foule, l'étalon humain, de créer entre les autres et lui des obstacles, de faire de son corps et de sa pensée le siège de sensations qui s'opposent à celles qui sont dangereuses. En général le remède est à côté du mal.

N'hésite donc plus à ne faire parler mes sens que quand je suis en bride. J'ai beaucoup trop joui de liberté à cet égard. Fais-moi oublier cette liberté-là et les sensations qu'elle m'a procurées. Tout te pousse, hélas, à agir ainsi, l'importance qu'il y a pour toi à ne plus être enceinte te donne encore plus de force, tu n'as plus de raison pour ne pas faire des rapports un simple exercice de discipline et d'hygiène, et je perdrais d'autant ma fierté d'homme, car, remarque-le toujours : *il n'y a rien qui rende les hommes plus fringants que l'exercice à leur fantaisie de leur virilité.* Rien qui les rende plus modestes comme quand ils sont sous la domination de leur femme. Retiens bien cela qui est l'expérience universelle.

Attitude du maître. Elle a une grande influence. Tu dois t'imposer à moi et savoir que *l'impression de te voir avec tes bottes et ta cravache en mains m'en impose.* Fais de ce que je te dis ce que tu voudras, mais ces signes de ta domination sur moi m'impressionnent et me ramènent à la pensée de ce que je suis pour toi. Ma verge trahit ces impressions et tu dois la tenir en éveil, car chaque fois que tu agis sur elle, tu la détournes des autres impressions. C'est ainsi que tu arriveras, je le sais, à tenir partout ma pensée. Tu ne dois tolérer aucune discussion, ne tenir compte d'aucune préférence, d'aucune fantaisie. Je ne dois être libre que pour le devoir à accomplir. Mais en dehors, je suis ta chose. »

...« je suis ta chose »...

Mais le masochiste non seulement exige d'être piétiné, écrasé mais encore ne parvient à la plénitude de sa volupté que si son partenaire jouit lui-même de la dégradation à laquelle il le soumet et le réduit. Sadisme et masochisme sont exactement complémentaires. Dans le cas de Boss (cas Erich Klotzens) par exemple, la volupté dans le mal infligé était requise pour le plaisir du mal souffert. Et il en est ainsi généralement pour tout couple sado-masochiste dont le schéma fondamental des relations érotiques consiste en une sorte de division du travail des tendances qui ne se satisfont qu'en réalisant dans leurs actions réciproques, l'unité primitive du système pulsionnel (souffrir et faire souffrir).

...tout couple sado-masochiste [réalise] l'unité primitive du système pulsionnel (souffrir et faire souffrir)...

Ceci rend évident le fait que le couple bisexué où cette division du travail algébrique est maxima constitue le modèle du couple où s'inscrivent le plus naturellement les valeurs sado-masochistes. Mais le couple homosexuel, surtout dans sa forme d'inversion, peut admettre aussi cette figure sado-masochiste du « dessus » et du « dessous », du Souverain et de l'Esclave ¹.

Le système pulsionnel sado-masochiste. Les travaux des psychanalystes sont inta-

1. Tout couple en effet, quelle que soit sa structure hétéro- ou homosexuelle, apporte à la communauté de ses échanges, les valeurs « économiques » de don, de propriété, de livraison, de paiement, de compensations, de dettes, de droits, etc., que constituent comme une répartition des bénéfiques et des dommages affectifs de son « commerce »...

rissables sur ce sujet ¹. Il y a lieu de remarquer qu'ils se sont plus intéressés au masochisme qu'au sadisme, ne considérant celui-là que comme une sorte de retournement de celui-ci contre lui-même. La liaison du masochisme avec la culpabilité, l'auto-punition, le désir de châtement et d'auto-destruction fait de cet aspect libidinal de la vie instinctive, en raison même de sa structure complexuelle, un objectif de choix pour l'investigation psychanalytique. Par contre, le sadisme en tant que forme de l'agression dirigée contre le monde des « objets » (personnes ou choses) apparaît comme une donnée plus primitive et moins analysable de l'instinct. Quoi qu'il en soit, la profonde dialectique qui unit le plaisir à la douleur, l'agressivité à la culpabilité passe naturellement par les diverses configurations historiques du développement libidinal que nous avons rappelées à propos de la fixation homosexuelle. Depuis la phase orale où « aimer » c'est dévorer l'objet, depuis le stade d'auto-érotisme anal qui « court-circuite » les pulsions agressives et hédoniques, jusqu'aux différenciations de la situation œdipienne où les pulsions d'agression par frustration, par rivalité et les pulsions auto-punitives ou de culpabilité, puisent leur énergie dans le complexe de castration, les fantasmes du morcellement du corps et de châtement corporel – le pôle de l'agressivité sadique et celui de l'anéantissement masochiste concourent à chacune des phases de ce développement. L'analyse découvre ainsi que la libido, divisée contre elle-même, tend constamment à satisfaire son ambivalence et cela jusqu'à inverser ses plaisirs, à érotiser la douleur, à saturer ses voluptés par l'angoisse.

Les analyses « anthropologiques » de GEBSATTEL ou de H. KUNZ complètent ce que la conception psychanalytique a de sommaire et rejoignent en un certain sens – sans se confondre avec elles comme le démontre l'auteur – celles de M. Boss. L'analyse du cas Erich Klotzens lui permet de mettre en évidence ² que le sado-masochisme constitue une « manière d'être au monde » qui enferme l'individu dans un univers froid et métallique et ce cosmos lui-même dans une existence de haine. Les relations hommes-femmes dans ce bloc de marbre et de glace ne sont possibles que dans et par cette haine qui électrise le « nerf vital » de leur seule communication. Mais il y

...les travaux psychanalytiques se sont plus intéressés au masochisme qu'au sadisme...

...analyses « anthropologiques » de GEBSATTEL ou de H. KUNZ...

1. On consultera spécialement : *Trois Essais sur une théorie de la sexualité*, trad. fr., Documents bleus de la N. R. F. ; *Un enfant est battu*, trad. fr., *Revue de Psychanalyse*, t. VI ; *Trieb- und Triebchicksal* (1915) ; *Le problème économique du Masochisme*, 1924, trad. fr., *Revue fr. de Psychanalyse*, 1928, etc., de FREUD, et les travaux de A. EULENBURG (*Sadismus und Masochismus*, Wiesbaden, 1902), de P. FEDERN (Beitrage zur Analyse des Sadismus und Masochismus, *Intern. Zeitsch. f. Psychanalyse*, 1913-14), de SADGER (Ueber den sado-masochisten Kouplen, dans *Zeitsch. f. Psychanalyse und psychopathe Forschungen*, 1913), de STECKEL (*Störungen Trieb und Affektsleben*, 1925, t. VIII : *Masochismus, Sadismus*), de W. REICH (Der Masochisten Charakter, *Intern. Zeitsch. f. Psychanalyse*, 1932), de NACHT et LOEWENSTEIN (Rapports sur le Masochisme, *X^e Conférence de Psychanalystes de langue française*, Paris, 1938), de Th. REIK (*Masochisme in modem Mann*, New-York, 1941), de Karen HORNEY (*New ways in Psychoanalysis*, New-York, 1939), etc.

2. Après 600 séances de psychanalyse qui ont abouti à cet heureux résultat que ce sadique aimait tellement le corps de sa femme que « cela lui faisait mal » de poser sa main sur lui...

a un abîme, le même « qui sépare le jour et la nuit », entre la haine simplement « réactionnelle » et cette forme d'existence haineuse qui devient le principe même, le plaisir spécifique du sado-masochisme, l'expérience vitale de l'*angoisse-plaisir*. Certes, une telle « Daseinsanalyse » n'est pas en contradiction, nous semble-t-il, avec ce que l'école psychanalytique nous a appris de l'inconscient sado-masochiste, mais elle met davantage et plus justement l'accent sur l'aspect structural et total de la « perversion ». Celle-ci n'est pas « simplement » réductible à une régression pulsionnelle partielle mais elle étirent l'être tout entier et resserre jusqu'à l'étouffer les liens qui étranglent ses rapports avec autrui dans un monde de violence et de tourments ¹.

2° Érotisation du regard.

C'est en tant que support des expériences des plaisirs et de la douleur que la sensibilité subissant une distorsion « algolagnique » se pervertit comme nous venons de le voir dans le sado-masochisme. Nous ne sommes pas dupes cependant de ce langage « sensationniste » puisque nous venons de mettre en évidence que la perversion sado-masochiste est essentiellement un mode d'existence. Nous devons, en étudiant maintenant « l'érotisation du regard », nous garder de la même illusion. Ce n'est pas la « vision » ou le « champ perceptif visuel » que nous envisagerons ici, mais un mode d'existence dont la vision est le radical fonctionnel. C'est parce que par le regard nous embrassons toute la nature dans ses relations avec la place que nous occupons dans l'espace de l'univers et d'où dérivent les perspectives, incidences, dévoilement et recoupelements de tous ses plans, que le monde du regard est ce regard sur le monde qui nous renvoie constamment à la magie de l'image corporelle, laquelle lie, par ce que je vois, ce que je suis à ce qui est. Le monde est ainsi et aussi un miroir dont j'occupe le centre et qui me renvoie les désirs que je lui offre. La vision du monde et d'autrui ne me fournit pas seulement l'horizon de mon existence, elle constitue aussi une modalité médiante du pouvoir que j'exerce sur lui : regarder c'est attirer à soi ². Mais la magie du regard est aussi celle du monde des images qui représentent aux yeux de la conscience, le monde quand nous nous détournons de lui comme pour le mieux plier à nos désirs. C'est ainsi que le rêve, forme suprême de la vision fantasmique, par son atmosphère *spectaculaire* et *spéculaire*, indique suffisamment quel enchantement constitue pour le dormeur « voir en songe » quand il se livre lui-même à son propre regard. Il est inutile de poursuivre cette esquisse phénoménologique du monde du regard ; ce que nous venons de dire suffit pour nous rappeler quelle *visée* sur le monde, sur autrui et sur soi il représente et par conséquent quel support privilégié il doit être pour ces anomalies qui transposent sur un registre paradoxal le vécu des relations érotiques.

1. « *Welt der Endlichkeit, Sorge und Zerteiltheit* » (M. Boss, p. 98).

2. MERLEAU-PONTY a bien aperçu la profonde liaison qui lie la pudeur et l'impudeur à la fonction fascinante, captatrice, *possédante* du regard (*Phénoménologie de la perception*, 1945. p. 194).

...la daseinsanalyse [...] met davantage et plus justement l'accent sur l'aspect structural et total de la « perversion »...

...La vision du monde et d'autrui ne me fournit pas seulement l'horizon de mon existence, elle constitue aussi une modalité médiante du pouvoir que j'exerce sur lui...

Nous avons consacré toute une étude à la plus connue, l'exhibitionnisme ¹, où l'érotisation magique des regards déplace les sources de l'orgasme du contact direct vers le contact lointain. Elle consiste en une projection fantasmique sur le partenaire vu ou simplement aperçu de telle sorte que « se montrer » c'est aussi désirer voir. Exhibitionnisme et voyeurisme ² constituent en effet un couple absolument analogue, dans sa structure bipolaire, au sado-masochisme.

Le « voyeurisme » a ses fervents, ses pratiques et ses techniques. Les « mixoscopes » jouissent du spectacle des accouplements sans y participer ou parfois les provoquent, en réglant les modalités de partenaire ou de position ou même quelquefois en s'y introduisant : la promiscuité du regard se prolonge alors dans celle des contacts plus ou moins directs et la « mixoscopie » devient la dimension érotique essentielle de la « partouse ». L'introduction d'un tiers dans le couple ³ ou d'un couple partenaire ou encore d'un témoin des ébats, ouvre ainsi l'érotique à la publicité du regard et c'est précisément cette perte du secret dévoilé au regard, ce déchirement de la pudeur, qui en représente la base commune.

Le besoin d'être vu et de regarder exprimant l'exigence de poser les images de son propre corps ou de celui du partenaire « voyant » ou « vu » dans un jeu de fantasmes incarnés et « objectivés », sur une « scène », divulgue le secret des rapports érotiques tout en consacrant aussi leur clandestine réalité. On comprend dès lors que le plaisir de voir puisse se satisfaire, dans les mêmes conditions de « publicité » et de clandestinité relatives, par la contemplation des images pornographiques qui excitent les amateurs de photographies, de cinéma, de spectacles ou de livres « spéciaux ».

3° Érotisation des fonctions digestives.

Le tube digestif lui aussi constitue l'axe d'un monde, le plus primitif, le plus « végétatif ». Celui du fondement même de « l'économie ». Ces fonctions d'absorption et d'expulsion et les organes qui à chacune de ses extrémités les assurent sont chez le nouveau-né d'une capacité hédonique à peu près exclusive. Ultérieurement son investissement primitif persiste sous des formes diverses. La répression de ces « zones érogènes », au fur et à mesure de la différenciation de la sexualité, est presque totale surtout pour l'érotique anale et fécale de telle sorte que le « dégoût » ou la « répulsion » se substituent aux excitations auto-érotiques dont les manipulations excrémentielles infantiles sont les manifestations constantes. Dans cette perspective nous étudierons les *reliquets de l'érotique orale et anale primitive* et les *perversions oro-copro-anales*.

...cette perte du secret dévoilé au regard, ce déchirement de la pudeur, représente la base commune [du voyeurisme et de l'exhibitionnisme]...

...Le tube digestif lui aussi constitue l'axe d'un monde, le plus primitif, le plus « végétatif »...

1. Nous lui avons réservé une étude spéciale (*Étude*, n° 12) en raison de son importance clinique et médico-légale, surtout dans la tradition classique française.

2. « Voyeurisme » a des synonymes : « scoptophilie » ou pour KRAFFT-EBING « mixoscopie ».

3. Nous aurons l'occasion de souligner avec LAGACHE l'importance des relations de la jalousie morbide et de la scoptophilie (*Étude*, n° 18).

...le baiser...

Les fortes fixations libidinales de la zone orale ¹ persistent tout au long de l'existence et la bouche reste comme un organe sexuel commun aux deux sexes. Le rôle qu'elle joue dans le plus innocent des *baisers* et à plus forte raison dans le baiser profond est un témoignage de cette érotisation primitive ². Mais le tabou dont il est frappé par contre au Japon ou « dans les races noires de l'Afrique (HAVELOCK ELLIS), par exemple, n'est pas moins significatif. Quant au « baiser olfactif » des Chinois, il est un véritable « reniflement ». Ceci nous conduit à faire entrer dans l'érotisme orale le système olfactivo-gustatif qui est annexé à l'extrémité supérieure du tube digestif et joue un rôle si considérable dans son fonctionnement : les odeurs et les saveurs sont comme les gardiennes des réflexes de déglutition. Elles l'inversent dans le *dégoût* et la *nausée*.

Ces données de l'odorat et du goût jouent un rôle considérable dans le développement érotique. Certaines, spécifiques (comme chez les animaux) constituent les excitants sexuels inconditionnés ; d'autres manifestent des « conditionnements ³ » occasionnels et personnels. Les fades ou fétides odeurs organiques de la sueur, des sécrétions génitales, etc., ou les parfums qui les masquent, sont fortement liées à la structure globale de l'objet érotique et ne cessent de jouer un rôle important dans l'activité sexuelle.

L'activité orale d'absorption, de succion et de déglutition, sorte de ventouse digestive détournée de sa fin, reste au service de la libido et fait partie constamment ou occasionnellement des figures physiques de l'amour. Il suffirait, pour ceux dont la documentation serait insuffisante, de lire le livre-statistique de KINSLEY pour être assuré que ces pratiques sont courantes sinon constantes ⁴ quoique dans certains pays « interdites par la loi ».

1. Dans la phase d'érotisme orale primitive les psychanalystes distinguent généralement la phase de la *succion* et celle d'une ébauche de cannibalisme où l'enfant pourvu de dents mord autant qu'il suce le sein maternel.

2. Cf. HAVELOCK ELLIS, t. IV. En appendice : « Les origines du baiser ».

3. L'application de la « réflexologie » aux perversions ne peut atteindre qu'un « conditionnement » en quelque sorte superficiel contingent et occasionnel. Il est bien certain qu'on ne devient pas « fétichiste » parce que, à un moment de son passé, on a associé l'image d'un soulier ou une odeur, au désir sexuel. Nous sommes tous « conditionnés » dans ce sens qui est celui même de notre « histoire » individuelle. La dynamique de la perversion est beaucoup plus profonde et si elle utilise les « associations » ou les « souvenirs » elle n'en dépend pas. LAIGNEL-LAVASTINE, MARANON, MOREL, DALBIEZ, etc., et en un certain sens SCHULTZ-HENKE (*Der gehemte Mensch*, p. 55) ont admis cette interprétation mécaniciste du « déplacement » symbolique. G. DUMAS (cité par HESNARD) a même tenté de rendre expérimentalement certains chiens fétichistes (téléphone reproduisant les jappements de la femelle, puis sonnerie annonçant le téléphone...) sans obtenir, ajoute HESNARD, « le déplacement spécifique de l'excitabilité sur la perception amorcée. Naturellement toutes ces théories ou expériences ont été vivement critiquées (HESNARD, M. BOSS, etc.). Elles tombent sous le coup de la critique que nous avons présentée (*Évolution Psychiatrique*, 1947, t. I) de l'application des idées de PAVLOV à la psychiatrie. MASSERMAN, lui aussi, a étudié récemment les conditions expérimentales des perversions sexuelles.

4. On sait combien la bouche joue un rôle essentiel dans les pratiques homosexuelles. Elle peut jouer même ce rôle dans les pratiques de l'onanisme masculin. KRAFFT-EBING et HIRSEN ont rapporté des cas et récemment Eugène KAHN et Er. LION (*Amer. J. of psychiatry*, t.95, 1938, p.131) .../...

Les fonctions d'expulsion excrémentielle (zone érogène anale) – nous l'avons souligné – sont assez rapidement frappées d'une prohibition qui est provoquée normalement par la violence du « dégoût ». Mais de nombreuses traces persistent de cette érotique primitive soit dans le « caractère anal » soit dans le comportement érotique.

Les *perversions oro-copro-anales* sont caractérisées par le fait qu'il s'agit non plus de comportements « bruts » ou occasionnels mais de moyens exclusifs d'obtenir l'orgasme. Les fonctions digestives, toutes les sensations qui s'y rattachent, les organes qui les assurent, leurs produits excrémentiels, objets chez l'adulte d'un *dégoût* systématique deviennent l'objet d'un *goût* systématique. Qu'il s'agisse de pédicatio ou de coprophilie ou encore de perversions du goût ou de l'odorat qui érotisent les viscosités, les immondices, les fétidités les plus nauséabondes, la formule de la perversion érotique reste la même : inverser le *dégoût* jusqu'au *goût*, investir de *désir* les objets de *répulsion*¹. Cette tendance qui nous ramène à l'inversion masochiste des valeurs conduit à des dépravations monstrueuses et la nécrophilie, nous l'avons vu, représente le terme ultime de ses plaisirs sordides. Toutes sont en rapport avec la coprophilie et dans leur forme extrême avec la coprophagie. Nous nous bornerons à rappeler quelques faits que l'on trouvera exposés dans la « *Psychopathia sexualis* » de KRAFFT-EBING².

Le léchage des parties honteuses ou mal odorantes, la succion des pieds, le « reniflage » du linge souillé des excréments, des cuvettes des W. C., la « defecatio in os » sont les pratiques que l'on rencontre le plus souvent. Certains mangent des morceaux de pain qu'ils ont laissés traîner dans les vespasiennes ; une observation de BLONDEL (183 de KRAFFT-EBING) nous rapporte le cas d'un jeune homme qui émettait des gaz et se masturbait en pensant aux excréments qu'il s'imaginait toucher et souiller les parties génitales et les hanches des femmes ; une fois, dit-il, il se masturba à la fenêtre de sa chambre devant ses matières fécales « dont l'odeur le ravissait » quand passait sur le trottoir d'en face une femme. L'observation du coprophile Rico Datena, profondément analysé par M. BOSS, est à cet égard très intéressant³. Chez cet homme qui n'atteignait l'orgasme qu'au contact du cylindre fécal dans le coït rectal, la forme d'existence correspondante à son aberration érotique avait une structure « souterraine », celle d'un ver

...Les perversions oro-copro-anales sont caractérisées par le fait qu'il s'agit non plus de comportements « bruts » ou occasionnels mais de moyens exclusifs d'obtenir l'orgasme...

.../... et M. M. KELLER et G. E. PORCHER (*Amer. J. of Psychiatry*, t. 103, 1946, p. 94) ont publié des observations d'autofellator ; cf. également les deux vieux ouvrages de LAURENT (*Les habitudes des prisons de Paris*) et de LUYT (*Les fellatores*, Paris, 1888).

1. Le travail psychanalytique de Lawrence S. KUBIE (*The psychoanalytic Quarterly*, 1937, VI, p. 388, trad. espagnole in *Revista de Psicoanalisis* 1948, 4, p. 917 à 950) sur la « saleté » est d'un très grand intérêt. Il étudie comment le fantasme du corps-fabrique d'excréments constitue le centre du système de pulsions et contrepulsions que forment les hiérarchies inconscientes du « sale » (tabou des orifices et des fonctions excrémentielles).

2. Observations 115, 117, 153, 161, 162, 163 et notamment p. 346.

3. M. Boss, pp. 49-54.

...pour lui l'intestin représentait le seul et le plus profond habitacle de « l'amour »...

de terre (Warexistenz) : pour lui l'intestin représentait le seul et le plus profond habitacle de « l'amour ».

Le tube digestif, cet ensemble d'organes qui assurent l'incorporation de la nourriture et l'expulsion de ses déchets, est bien un des appareils les plus « organiques » de notre économie, mais il est déjà un appareil de la vie de relation. Par lui s'établissent les contacts vitaux de l'homme et de son milieu non pas seulement comme dans l'appareil respiratoire sous forme végétative et automatique, mais sous forme d'un choix objectal proposé à son avidité et sous forme d'un premier exercice de la volonté de retenir ou d'expulser. Il représente à l'état d'ébauche une dynamique primitive des rapports du corps et du monde et ce n'est pas un des moindres intérêts de la psychologie freudienne de nous avoir fait comprendre que les faits, dont nous venons de parler, n'ont pas un intérêt d'anecdotes scatologiques, mais nous font pénétrer dans les arcanes les plus profondes de la vie instinctive.

4° Érotisation urinaire.

Tout près de l'érotisation du tube digestif et de son contenu se trouvent les perversions qui investissent l'appareil urinaire et les urines de valeurs libidinales. L'urinolagnie et l'ondinisme ¹ ont été étudiés spécialement, et il y a déjà longtemps, par SADGER ², par FERENCZI ³ et surtout par HAVELOCK ELLIS ⁴. L'érotisme uréthral consiste essentiellement à lier, comme dans les fantasmes infantiles et souvent dans les sensations génitales féminines, le plaisir sexuel aux fonctions d'urination. L'importance de l'origine sexuelle de l'énurésie infantile s'est accrue depuis que l'urination nocturne a été considérée comme une pollution. Généralement les urolagnes éprouvent un plaisir spécial à uriner, à voir uriner, à uriner dans leurs mains, etc. ⁵. L'absorption d'urine ou l'urination « in os ⁶ » constituent les formes les plus habituelles de ces perversions uréthro-érotiques.

Pour SADGER l'érotisme uréthral s'institue dans l'enfance et est équivalent à l'érotisme anal. L'enfant, dit-il, regarde l'urine comme un produit sexuel. Tout le volume que HAVELOCK ELLIS a consacré à cette perversion qu'il appelle « ondinisme » a précisément pour thème le symbolisme de l'eau. Pour lui les « vrais ondinistes ⁷ » qu'il a étudiés et qui étaient surtout des femmes ont une vie urinaire qui recouvre constamment la vie sexuelle et « leurs expériences d'ordre urinaire, associées à l'amour de

...Le nom d'ondinisme a été proposé par HAVELOCK ELLIS...

...les « vrais ondinistes » qu'il a étudiés et qui étaient surtout des femmes...

1. Le nom d'ondinisme a été proposé par HAVELOCK ELLIS.

2. J. SADGER, Ueber Urethralerotik, *Jahrbuch für psychanalytische Forschungen*, 1910, II, pp. 409-450.

3. FERENCZI, Versuch einer Genitaltheorie, *Intern. Psychanalytischen Bibliotäk*, 1924-

4. HAVELOCK ELLIS, L'ondinisme, t. XIV des *Études de Psychologie sexuelle*.

5. Cf. par exemple l'observation de HAVELOCK ELLIS, pp. 108-112.

6. Le « goûter aqueux », comme disait un malade, que nous avons souvent présenté à nos conférences du Mercredi de Sainte-Anne.

7. Cf. les cas de Mme R. S., de Miss E. et de Miss A. P.

l'eau, en général, sont une source suffisante de jouissance indépendante, sans accompagnement sexuel » (p. 240). Cette aberration serait donc en relation avec les représentations de l'inconscient collectif, les mythes et le symbolisme de l'eau, le « culte des eaux », dont les ondines étaient les nymphes. Les perversions uréthro-érotiques et surtout urino-érotiques doivent être considérées, selon H. ELLIS, comme un retour à cette forme de pensée « pour qui l'urine est une manifestation sacrée et magique des qualités naturelles de l'eau ». Bien entendu, le désir de revenir dans l'eau, de se replonger dans le milieu aqueux primitif, n'a pas manqué d'être rapproché par RANK ¹ du désir de replonger dans le liquide amniotique maternel.

...retour à une forme de pensée pour qui l'urine est une manifestation sacrée et magique des qualités naturelles de l'eau...

Ainsi que la coprophilie, l'urolagnie constitue une aberration anatomiquement et psychologiquement parallèle de l'instinct génital. Le dispositif même des organes urinaires et leur valeur érotique propre fourvoient l'élan sexuel, le fixent « à côté » et l'engagent dans un système de fantasmes et de pratiques qui constituent une érotique de déplacement et de substitution, un monde qui, pour n'être pas celui de la sexualité, en demeure cependant une exacte réplique.

Ainsi s'achève cette étude des perversions typiques, cet inventaire des comportements qui puisent dans les aberrations de la sexualité leur plus profonde détermination et se présentent comme les formes monstrueuses de l'instinct dévié de sa trajectoire « naturelle ».

§ III. – LES COMPORTEMENTS PERVERS « SYMPTOMATIQUES » OU « ACQUIS »

Si nous voulions donner à cette partie de notre étude l'importance qu'elle mérite, nous devrions passer en revue : 1° tous les cas où des comportements pervers se présentent comme séquelles ou symptômes ² d'affections somatiques (infections, tumeurs, affections nerveuses ou hormonales, etc.) ; 2° tous les cas où ils paraissent symptomatiques d'une psychose (schizophrénie, épilepsie, démences, psychose périodique, etc.). Mais comme nous aurons l'occasion d'étudier ailleurs la clinique de ces diverses affections et notamment toutes les « réactions perverses », les « perversions » ou les « comportements amoraux » qu'elles conditionnent ou impliquent, et que nous avons, en exposant le problème des impulsions, déjà étudié une des formes les plus typiques de ces comportements, il nous sera permis d'être ici extrêmement bref. Il nous suffira de rappeler succinctement les grands faits cliniques.

Tout d'abord tous les médecins connaissent des cas où le « caractère », « l'équilibre

1. RANK, *Der Mythos von der Geburt der Helden*, 1922.

2. La thèse de BENDIT (*L'étude des perversions sexuelles acquises*, Paris, 1940) contient quelques exemples intéressants, mais sans saisir ni même effleurer le problème.

moral », les « tendances érotiques » ont été plus ou moins profondément modifiés par une affection cérébrale. Par exemple, dans la vieille statistique SCHUSTER, sur 775 cas de tumeurs cérébrales, dans 7 cas le tableau clinique psychopathique avait été celui de la « moral insanity ». La pathologie diencephalique dans ses rapports avec le système neuroendocrinien hypophysio-épiphysaire a permis de noter les réactions « impulsives » ou « perverses » des malades gravement atteints dans leurs fonctions neurovégétatives.

Mais c'est surtout l'*encéphalite épidémique* qui a donné lieu aux observations les plus décisives ¹. Il s'agit là d'un des aspects, on peut même dire d'une des découvertes les plus extraordinaires de la pathologie nerveuse moderne. Le fait n'a pas manqué de frapper, vers 1922-1925, les observateurs. Les travaux de Gilbert ROBIN ², de MENER ³, de FRIBOURG BLANC ⁴, de COMBES-HAMELLE ⁵, etc., chez nous ; en Allemagne : de DOFFLER (1924), de THIELE (1926) ; en Suisse : de STECK ; ailleurs : de CLAY, de COLAPIETRE, de WIMMER (1924), de M. MOLITSCH (1935), etc. et d'innombrables publications de cas cliniques ont familiarisé tout le monde psychiatrique avec ces faits qui sont, répétons-le, *fondamentaux* pour le problème qui nous occupe.

Rappelons simplement que les tendances encéphaliques impulsives perverses ¹ (agressivité, vols, perversions sexuelles, etc.) se présentent généralement avec les caractères des actes « forcés », « automatiques », « itératifs » qui leur confèrent une physionomie particulière (à laquelle d'ailleurs le contexte neuropsychique contribue certainement beaucoup, puisqu'il s'agit le plus souvent de malades parkinsoniens). On a décrit ainsi des exhibitionnismes ⁶ impulsifs, des comportements homosexuels ⁷ ou incestueux ⁷, la bestialité ⁹, le fétichisme ¹⁰, etc. Quant aux chapardages, aux vols ils constituent les formes des réactions perverses les plus courantes.

Tous les auteurs qui se sont intéressés à ce problème passionnant n'ont cessé de se poser la question à savoir quelles différences séparent cette forme de perversité encéphalitique et la « perversité congénitale ».

1. Nous examinerons dans ses détails le problème des perversions instinctives de l'encéphalite dans le tome IV de ces *Études*.

2. Gilbert ROBIN, Thèse, Paris, 1925.

3. MENER, Thèse, Paris, 1929.

4. FRIBOURG BLANC, Rapport au *Congrès de Médecine Légale*, 1928.

5. COMBES-HAMELLE, Thèse, Paris, 1941.

6. Par exemple CENAC (*Annales Médico-Psycho.*, 1924) ou observation 21 de FRIBOURG BLANC.

7. Observations de FRIBOURG BLANC, de REBOUL LACHAUX (1924) et de M^{lle} LERIT (1924), de SCHIFF et TRELLES (*Annales Médico-Psycho.*, 1931).

8. Observations de FRIBOURG BLANC, de FRIBOURG BLANC et SCOULAS (*Hygiène Mentale*, 1931).

9. LAIGNEL-LAVASTINE et MORLAAS (*Encéphale*, 1926).

10. CLAUDE-ALAJOUANINE et SIVADON (*Annales Médico-Psycho.*, 1936).

...c'est surtout l'encéphalite épidémique qui a donné lieu aux observations les plus décisives[...] C'est une des découvertes les plus extraordinaires de la pathologie nerveuse moderne...

Dans un travail assez méthodique pour être remarqué, DELMONT et CARRERE ¹, cherchant, à leur tour, à caractériser la phénoménologie des actes de perversité de leurs malades, ont insisté sur l'itération incoercible, l'ingravescence (accentuation progressive), le polymorphisme des perversions sexuelles, et enfin sur l'anxiété qui les accompagne. Tous les auteurs sont d'accord pour souligner le caractère paroxystique, incoercible de ces tendances et de leurs décharges. De sorte que c'est leur *impulsivité* qui est leur caractéristique. Ces « comportements pervers » et ces « réactions perverses » ou ces « perversions instinctives » étant du niveau de *l'impulsivité*, contrastent fortement avec la « perversité » congénitale du sens moral.

...c'est leur impulsivité qui est leur caractéristique...

Quant au deuxième aspect de la pathologie des perversions, celle des perversions « symptomatiques des psychoses », nous nous contenterons d'en souligner l'intérêt *massif* et qui se confond avec la structure complexuelle et positive des niveaux de dissolution de la conscience et de la personnalité, lesquels constituent par leur organisation typique les psychoses et les névroses.

...les perversions « symptomatiques des psychoses » ont un intérêt massif...

Comme nous ne pouvons pas songer à passer en revue toutes ces névroses et psychoses que comportent dans leur symptomatologie et en fonction de leur structure propre une infinité de « perversions » des instincts, nous nous contenterons, presque exclusivement, de dire un mot des *états schizophréniques*.

Nous avons déjà noté, plus haut, que selon certaines études hérédopathologiques, la perversité paraît évoluer dans le cycle hérédoschizophrénique. Nous devons insister sur trois aspects cliniques principaux de ces relations : la forme dite « *héoïdophréniques* » de la démence précoce, les comportements pervers et antisociaux de la *phase prodromique* de la schizophrénie et enfin les *aspects régressifs de la libido* dans les psychoses schizophréniques.

...dans la forme héoïdophrénique...

Depuis KAHLBAUM (1890) et WERNICKE le terme d'héoïdophrénie, un peu vague, s'est fixé avec KRAEPELIN sur une forme spéciale de « démence précoce » caractérisée par le bouleversement des disciplines éthiques et un comportement pervers, impulsif et antisocial. RINDERKNECHT ², HALBERSTADT ³ et M. EMMA ⁴ ont étudié, il y a quelques années, cette forme clinique que tous les psychiatres connaissent et qui a, par exemple, dans la psychiatrie militaire, une importance considérable. P. GUIRAUD ⁵ en a analysé

1. DELMONT et CARRERE (Le syndromepsychologique dans les cas de perversité par encéphalite épidémique chronique à forme retardée, *Annales Médico-Psycho.*, octobre 1938).

2. RINDERKNECHT, Ueber Kriminelle Heboïde, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1920, 57, p.35

3. HALBERSTADT, La forme héoïdophrénique de la D.P., *Ann. Méd.-Psycho.*, 1925, II, pp.24-32

4. Michele EMMA, *Contributo allo studio della éboïdofrenie, Rassagna di Studi psichiatrici*, 1936, 25, pp.41-76, article très important avec 6 observations.

5. P. GUIRAUD, Constitution perverse ou héoïdophrénie, *Bull. Méd. Ment.*, 1927, p.89.

un cas en mettant en évidence les traits proprement dissodatifs et catatoniques de ces comportements.

...dans la phase prodromique...

Un autre fait aveuglant d'évidence également est tout à fait classique. Les « formes de début de la démence précoce », les « voies d'entrée » dans cette affection manifestent un trouble profond de l'équilibre instinctif et on ne compte plus dans cette « période médico-légale de la démence précoce ¹ » les réactions antisociales, les impulsions agressives, les étrangetés de goûts, les troubles du comportement sexuel. G. KLEIN ² a consacré à l'ensemble de ces conduites un travail très intéressant. Les impulsions homicides ³, les paricides, ou plus généralement les crimes incestueux et les meurtres immotivés constituent l'aspect le plus tragique de ces débuts de dissociation de la personnalité.

...dans la régression complexe de l'autisme...

Enfin, la phénoménologie ⁴ comme les études psychanalytiques innombrables ⁵ sur la pensée, le comportement et la structure autistique ont largement confirmé les géniales observations et analyses de E. BLEULER (1911) sur la régression complexe et l'imprégnation de toutes les attitudes, des délires, des hallucinations des schizophrènes, par des complexes affectifs archaïques. Ceux-ci sous leur forme monstrueuse se trouvent « à découvert » et, soit dans les manifestations cliniques d'une angoisse impulsive, soit dans la cynique complaisance « nirvanique » qui soude le catatonique à ses instincts, soit encore dans le monde magique hallucinatoire et délirant, forment la végétation luxuriante et inextricable de l'autisme.

– On peut dire que tous les cas cliniques que nous étudions sous le nom de « manie », de « mélancolie », d'états confusionnels ou automatiques « épileptiques », de « schizophrénie » ou de « délires » aigus ou chroniques ne sont rien d'autre qu'une certaine forme structurale du système pulsionnel et complexe inconscient que l'on peut toujours traduire en termes d'agressivité, de sado-masochisme, d'homosexualité, de narcissisme, ou de perversions. C'est précisément la raison du fait que, depuis le développement des études psychanalytiques, le champ des « perversions » s'est tellement étendu, et coïncide si exactement avec celui de la pathologie mentale tout entière, que les études particulières sur la perversité et les perversions sont devenues beaucoup plus rares. C'est un des motifs du grand développement que nous avons donné à

1. C. PASCAL, *Revue de Médecine*, 1911.

2. G. KLEIN, *Contribution à l'étude médico-légale de la D. P.*, Thèse, Paris, 1935.

3. P. GUIRAUD, *Évolution Psychiatrique*, 1931 et surtout l'étude si approfondie de Carl WILLMANN (Ueber Mörder im Prodromstadium der Schizophrenen, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1940, 170, pp. 583-668).

4. Que l'on se rapporte aux analyses de Carl SCHNEIDER ou aux magnifiques observations de L. BINSWANGER, sans cesse on est replongé dans le monde des pulsions déchaînées.

5. En France, ces études sont rares. Les études de BOREL, GILBERT-ROBIN, PICHON, LAFORGUE, etc. (1925-1927), notre étude de la pensée paranoïde (*Évolution Psychiatrique*, 1936), de nombreuses autres observations publiées dans *l'Évolution Psychiatrique* ou les communications plus récentes de M. CAVE (*Ann. Médico-Psycho.*, 1947-1949) constituent cependant une documentation importante.

cette « Étude », qui doit montrer combien le problème de la « perversité » est inséparable d'autres problèmes, des hallucinations ou des délires qui projettent les tendances perverses ou perversies dans l'imaginaire du délire ¹, des crises d'excitation ou de dépression qui sont animées par la dynamique sado-masochiste, de la schizophrénie qui constitue une régression vers le narcissisme au travers des différenciations objectives progressives (œdipe, homosexualité, etc.), et plus généralement de toutes les formes de régression de la conscience et de la personnalité qui par leur altération même deviennent amORALES, antisociales, perverses ou perversies, très exactement comme lorsque nous nous endormons, nous chavirons dans le scandale moral et le scandale logique du monde des images.

...toutes les formes de régression de la conscience et de la personnalité par leur altération même deviennent amORALES, antisociales, perverses ou perversies...

§ IV. – LA PATHOLOGIE DE LA CONSCIENCE MORALE

L'étude clinique des formes de la pathologie du contrôle moral qui constituent les « états d'amoralité » ou les « perversions » nous conduit, en conclusion, à tenter de remettre un peu d'ordre dans ce problème si embrouillé et si confus... Il nous suffira pour cela de tirer de cet exposé un certain nombre de faits précis et décisifs.

Nous avons montré que « l'amoralité constitutionnelle » était un état de déséquilibre défini par l'immaturation de la personnalité. Elle est caractérisée essentiellement par une fixation à la sphère de la prémORALE, celle où le conflit du sur-moi et du moi situe le système pulsionnel et contrepulsionnel à un niveau d'existence, fermée et purement libidinale. De telle sorte que le développement de la conscience « morale » de ces « infirmes moraux » est fatalement fixé dans une position de « contre-pied » systématique, d'inversion automatique des valeurs morales humaines qui ne permet pas de choix moral. Le « noyau pervers » est la manifestation de cette adhérence profonde à un plan qui exclut la sympathie, racine de la sociabilité.

...« l'amoralité constitutionnelle » est un état de déséquilibre défini par l'immaturation de la personnalité. Elle est caractérisée essentiellement par une fixation à la sphère de la prémORALE...

Nous avons montré que les « perversions isolées » manifestaient toutes une adhérence du même ordre à la couche profonde de la vie instinctive, primitive et inconsciente. A cet égard, les deux groupes s'anastomosent ² largement et nous avons pu souligner tout au long de nos descriptions que les perversions instinctives reposent toutes non seulement sur une déviation des comportements qui, dans l'acte de l'amour, lient le sujet à son objet, mais sur une distorsion des rapports moraux avec le monde et autrui.

1. Cf. par exemple la thèse de HUBERT, *Homosexualité et Psychopathie*, Thèse, Paris, 1935.

2. En corrigeant les épreuves de cet ouvrage nous avons noté à propos du terme « anastomose » dont nous nous servons ici qu'il est venu sous la plume de J. GENET (*Le Journal du voleur*, 1949, p. 181) : « La trahison, le vol et l'homosexualité, écrit-il, sont les sujets essentiels de ce livre. Un rapport existe entre eux, sinon apparent toujours, du moins me semble-t-il reconnaître une sorte d'échange vasculaire entre mon goût pour la trahison, le vol et mes amours. »

Le dénominateur commun aux deux groupes est donc constitué par la dépendance de la vie affective et sociale (dont la relation « amoureuse » est le centre) à l'égard des formes primitives de l'existence.

A ce titre ces formes de perversité pathologique s'opposent à la perversité de la « mauvaise conscience » ou de la conscience qui *choisit* son histoire, son monde, son mal comme une préférence insurrectionnelle et réfléchie pour une lutte contre la morale et la société, la nature et le bien.

Nous parvenons ainsi dans ce problème comme dans tous les autres au point où pour dissiper toutes les obscurités et pour éviter les confusions de plan de la plupart des théories nous devons nécessairement recourir à une *hiérarchie* des formes.

La *perversité normale* ne se définit pas par son absence de monstrosité « contre-nature » puisqu'elle implique le choix de conduites, de plaisirs ou des vices tirés du tréfonds commun de la nature humaine. Par contre, elle se définit malgré son antimoralité et plus précisément à cause de son antimoralité par sa solidarité avec une « conscience morale » et une « volonté » capables d'agir autrement. Effectivement la trajectoire historique de la personnalité de ces « pervers » passe par une série de phases dont la perversité est une conclusion à la fois idéologique et existentielle. La perversité normale est une conséquence d'une conception du monde, elle dépend d'une certaine ouverture au monde qui définit le destin de l'homme. Il en est encore ainsi lorsque la perversité reflète seulement le milieu culturel dans lequel se déroule l'existence : elle est « normale », car pour si corrélative qu'elle soit de la « culture » et des « mœurs » elle engage l'être dans la trajectoire de sa destinée, de sa volonté.

Les *formes pathologiques* des conduites mauvaises sont, par contre, caractérisées par le fait que le malade est « impuissant » à agir autrement, qu'il est « poussé » par la dynamique interne de son système pulsionnel à agir en dehors ou contre les règles morales auxquelles il ne peut accéder puisqu'elles supposent précisément une certaine maturité de la conscience morale (Gewissheit) ou de la conscience tout court (Bewusstheit). Elles se distribuent en une série de niveaux qui vont pour le versant des *agénésies* depuis la malformation jusqu'à l'immaturation. Les malformations somatopsychiques de base sont un vice de la nature. Nous l'avons vu à propos des formes hermaphrodites de l'homosexualité, mais nous pouvons en dire autant de l'oligophrène incapable d'intégrer l'automatisme de ses comportements dans la sphère morale. Les immaturations constituent toute la gamme des névroses. À sa base se trouvent les névroses d'angoisse où la recherche obsédante du plaisir défendu se limite ou s'ajuste aux inflexions du sur-moi. A son sommet c'est la forme d' « amoralité constitutionnelle » avec son noyau de perversité cynique qui exclut l'angoisse et exprime essentielle-

1. Les deux formes cliniques que nous distinguons généralement : « perversité constitutionnelle » et « perversions sexuelles », se définissent par le rapport inverse qu'y affectent .../...

...pour éviter les confusions de plan de la plupart des théories nous devons nécessairement recourir à une hiérarchie des formes...

...La perversité normale elle se définit malgré son antimoralité [...] par sa solidarité avec une « conscience morale » et une « volonté » capables d'agir autrement...

Dans les formes pathologiques, le malade est « poussé » par la dynamique interne de son système pulsionnel à agir en dehors ou contre les règles morales auxquelles il ne peut accéder...

ment une déviation sadique du développement moral ¹. – La pathologie de la conscience morale qui correspond au versant des *dissolutions* se confond avec la structure même des psychoses ou des névroses (depuis les démences jusqu'aux formes de déséquilibre supérieure). Nous avons fait remarquer à ce sujet que toute la pathologie mentale pouvait à cet égard s'inscrire en termes de perversité et de perversions pathologiques. Mais c'est particulièrement aux formes *impulsives* que l'on réserve généralement ce terme, ce qui nous ramène au problème de l'impulsivité (*Étude* n° 11).

Nous pensons ainsi par cette mise en ordre des faits cliniques échapper à l'étreinte des erreurs qui vicie (comme nous l'avons indiqué dans la première partie de cette étude) le problème de la perversité et des perversions pathologiques. Pour nous, en effet, ces formes d'existence morbide ne sont ni les données primitives, ni des anomalies hétérogènes à la nature humaine, ni « simplement » pathologiques à la mesure de leur excès. Elles sont des aspects typiques des anomalies de la conscience morale, c'est-à-dire des accidents évolutifs qui empêchent ou dérèglent le mouvement par lequel l'homme choisit son destin relativement à autrui.

Nous nous trouvons en présence de la « monstruosité morale », du « génie du mal », devant le même problème que celui que posent devant la psychiatrie, la sainteté, l'art ¹, le crime ou le génie. Et c'est dans une même conception des valeurs et des niveaux structuraux que doivent être envisagées toutes ces « apories », ces difficultés, qui surgissent sous les pas du psychiatre.

Tout d'abord nous pouvons dégager de notre étude ce qui est essentiel, ou mieux existentiel, dans la notion de perversité. Qu'un enfant égorgé un rossignol, qu'un coprophile se délecte d'excréments, qu'un masochiste crie de plaisir ou de douleur sous l'éperon, que cette jeune fille mente, vole ou envoie des lettres anonymes, que cet hypocrite savoure un plaisir clandestin, ou calcule ses perfidies, qu'un gourmet se délecte d'un fromage « très fait » ou d'une bécasse faisandée, qu'un spectateur frissonne au Grand Guignol, tous jouissent du « fruit défendu », défendu par des règles morales, sociales ou traditionnelles. La recherche d'un plaisir frelaté ou prohibé constitue le fond d'intentionnalité des goûts « dépravés ». La perversité jouit d'une triche introduite dans « l'ordre » moral ou « naturel ». Elle fait lever dans la conscience avide

...ces formes d'existence morbide [...] sont des accidents évolutifs qui empêchent ou dérèglent le mouvement par lequel l'homme choisit son destin relativement à autrui...

...tous jouissent du « fruit défendu » [...] La perversité jouit d'une triche introduite dans « l'ordre » moral ou « naturel »...

.../... la perversité et la culpabilité sur le plan de la conscience. Le pervers n'a pas de sentiment de culpabilité ou l'a à contresens (faire bien c'est faire mal). Le psychopathe sexuel est tout à la fois poussé à faire mal et à s'angoisser dans l'assouvissement même de ses passions. Le « défaut de culpabilité » du pervers c'est l'implacable *devoir à rebours* de se retrancher de la fusion affective avec le monde. La culpabilité du névrosé c'est la nécessité de l'impuissance et du tabou lié aux interdictions du Sur-Moi.

1. Nous avons dans notre article « La Psychiatrie devant le Surréalisme » (*Évolution Psychiatrique*, 1948) [NdÉ : réédition opus cit. p. 208] traité de ce problème en concluant que si le poète *fait* du merveilleux, le malade *est* merveilleux. C'est une analyse structurale de même ordre qui doit être entreprise au sujet de la perversité, nous nous contentons d'en indiquer le sens général.

...La perversité est une trahison et un défi...

du « pervers » un désir ou un besoin qui, refoulé par l'interdiction, se vivifie quand celle-ci étant enfreinte, elle ajoute au plaisir de la pulsion primitive la joie de la singularité et de l'affranchissement. La perversité est une trahison et un défi. La structure essentiellement « réflexive » de la perversité a toujours été par les psychologues, psychiatres et moralistes opposée à l'acte purement instinctif ou réflexe à qui, pour être « pervers », il manque précisément d'être une *volonté de mal*. Pour qu'il y ait perversion, il faut et il suffit qu'il ait cette « Schadenfreud » qui non seulement nous livre aux instances abyssales de notre nature ou de notre supranature « amoral », mais nous engage dans un système de valeurs « antimorales » et antinormales. La perversité est à cet égard une « manière d'être-au-monde » qui, retournant le sens des contacts avec autrui et la réalité, plonge dans « l'immonde ». Ce monde, l'immonde (qui est le « contraire du monde », « *κατά κόσμος* »), est soumis à un télescopage des perspectives vitales (érotisation et même inversion de la nausée et du dégoût) et éthiques (renversement des rapports de sympathie, de respect et d'amour).

...L'« œuvre de mal » suppose un projet et en un certain sens un « idéal »...

« Faire » est la forme même de la vie humaine normale en tant que nous ne sommes que ce que nous nous faisons et que ce que nous nous faisons ¹ en tant que nous nous séparons dans un mouvement de « sissiparité réflexive » (SARTRE) de ce que nous sommes d'abord, de la « facticité » de notre existence ². L'« œuvre de mal » suppose un projet et en un certain sens un « idéal ». C'est le cas de ces « monstres » de cruauté, de subversivité ou de vice qui, comme CALIGULA OU SADE ³, ont érigé en règle morale *l'absence de morale*. Dans cette forme de perversité, la plus libre, la plus criminelle mais la plus « humaine » aussi dans son « inhumanité », la psychiatrie n'a précisément rien à faire. Car il ne suffit pas, pour que le pervers soit malade, que sa perversité soit ou devienne monstrueuse et comme érigée en conception satanique du monde. Le pervers qui construit dans son histoire ou dans l'histoire, dans son monde ou dans le monde, les situations, les malheurs ou les bouleversements individuels ou collectifs que commandent sa férocité ou sa dépravation, *fait du mal*, exactement comme d'autres font du bien. La structure de la conscience morale reste la même dans les deux cas, elle change seulement de sens.

...Par contre, la perversité qui est l'objet de la psychiatrie, est une perversité tout autre, décapitée de la plénitude de son intentionnalité...

Par contre, la perversité qui est l'objet de la psychiatrie, est une perversité tout autre, décapitée de la plénitude de son intentionnalité. Le malade mental est un être qui

1. Cf. SARTRE, *L'Être et le Néant*.

2. C'est en ce sens que F. RAUCH, dans son admirable petit volume (*L'expérience morale*, 1909), dit (p. 2) : « On a souvent identifié l'être à l'action ».

3. Dans son excellent article, BLANCHOT (A la rencontre de Sade, *Temps modernes*, octobre 1947) a bien mis en lumière que la violence de *l'idéal* de Sade, sa « négation de l'homme » qui rejoint toutes les « mystiques » de la violence est vécue et réalisée par lui dans l'incontestable grandeur du déchirement de la conscience humaine. Aussi comprenons-nous que ROYER-COLARD considérait que sa place n'était pas à Charenton...

...Article de BLANCHOT...

reste accroché ou revient à la forme primitive de la « facticité » de son existence. Sous son aspect le plus pathologique et somme toute justement le moins pervers, la perversité est un « vice de la nature », une malformation organique, une monstruosité tératologique. Nous l'avons bien vu à propos de l'homosexualité hermaphrodite dont SCHWARZ a fait remarquer que sous cette forme « la perversité » cesse d'être « perversité ». Elle est seulement une manière d'être mal fait. Envisageons dans cette perspective la manière d'être du pervers pathologique, c'est-à-dire de celui qui n'est pas assez « mal fait » pour qu'il soit possible de dire de lui qu'il *est* mauvais, qu'il est pervers. Dans le cas du « *pervers constitutionnel* » il s'agit d'une prise en masse dans une forme archaïque d'existence, celle qui précède l'établissement des rapports de sympathie avec autrui, et qui est chez lui demeurée comme la loi même de son défaut de développement affectif. Il s'agit d'un *état* de rétivité qui l'enchaîne à cette manière d'être, d'où le caractère « constitutionnel », que tous les cliniciens lui reconnaissent. Mais pour si « anachronique » que soit cet état il ne saurait être tenu pour le même que celui qui traverse, en cours de son développement, un enfant. Il manque en effet à l'enfant pour être constitué comme le pervers, d'être constitué. – Dans le cas de « *psychopathe sexuel* » il en est de même. Rivé à une phase de développement libidinal non pas seulement en ceci que son système pulsionnel est caractéristique de cette phase, mais en cela que ce « complexe » libidinal constitue la forme même de son existence, il diffère de l'enfant coprophile ou homosexuel en ceci que pour lui le monde est clos, qu'il s'est refermé sur sa cécité ou son ipséité ¹.

Nous pouvons bien dire par conséquent que c'est en tant qu'elle est une forme d'existence qui exclut l'ouverture libre au monde que la perversion est pathologique ².

*
* * *

Les perversités normales et pathologiques, si elles se distinguent comme les catégories du *faire* et de *l'être*, constituent cependant toutes deux des « expériences morales » ³, en ce sens que, pour le rappeler encore, la perversité est essentiellement une « morale à rebours ». Cette morale « à rebours » a sa hiérarchie comme nous

...Dans le cas du « pervers constitutionnel » il s'agit d'une prise en masse dans une forme archaïque d'existence, celle qui précède l'établissement des rapports de sympathie avec autrui...

1. La discussion qui s'est instituée ces dernières années entre les « anthropologistes » (SCHWARZ-GESATTEL) et M. BOSS tourne tout entière autour de cette structure « ouverte » ou fermée de la perversité. Il nous semble que plus une perversité a une structure « pathologique » plus elle est « fermée ».

2. Nous croyons rejoindre ici les pénétrantes analyses de Max SCHELER et les études de E. DE GREEFF (*Notre destinée et nos instincts*, 1945 ; *Introduction à la criminologie*, 1946 ; *Les instincts de défense et de sympathie*, 1947).

3. Dans le sens de RAUH et des phénoménologistes. Si l'on voulait donner à la formule une valeur métaphysique on retomberait naturellement dans les « hérésies » du manichéisme de MARCION, de MANI, et des « Catarrhes »...

...la réaction perverse se définit par l'inversion systématique des valeurs morales, le problème de la perversité est celui des rapports de la personne avec autrui...

venons de le voir en conclusion de cette étude. Mais en tant que, sous toutes ses formes (et d'autant plus qu'elles sont « typiques »), la réaction perverse se définit par l'inversion systématique des valeurs morales, le problème de la perversité est celui des rapports de la personne avec autrui.

C'est le courant d'ouverture au monde, de positivité, de sympathie et d'amour qui constitue la polarisation normale du champ de la conscience morale. Et nous pouvons ainsi mieux apercevoir quel est le sens que nous avons entendu donner à cette étude : celui de la fusion au stade primitif, mais à ce niveau seulement, du problème de la « perversité » et de celui des « perversions sexuelles ». S'il n'est pas, s'il ne peut être exact de faire dépendre tous les rapports du moi avec autrui des « rapports » sexuels, et tout le système des relations interhumaines, de l'érotique, il ne peut être question non plus¹ de réduire la « libido » à une forme générale de l'existence, de la « manière d'être-au-monde ». – C'est donc, seulement dans une perspective génétique des relations du moi et d'autrui qu'il est possible de voir que la première forme d'union du moi avec les autres est entièrement investie de valeurs libidinales et que c'est dans cette première couche de rapports avec les personnes qui entrent dans la « constellation affective » du champ de la préconscience que se condensent les sentiments d'identification, de sympathie et d'antipathie, d'attraction et de répulsion qui lient le moi à un « objet » humain dans une relation « prémorale ».

...La structure érotique radicale de toute perversité pathologique est l'expression vitale de l'enracinement des rapports avec autrui dans le jeu primitif des fantasmes objectaux...

De telle sorte que toute forme pathologique de « moralité perverse » qui gardera cette structure ou y reviendra sera celle d'une inversion des rapports qui lient le Moi au monde de ses premiers objets libidinaux. La structure érotique radicale de toute perversité pathologique est l'expression vitale de l'enracinement des rapports avec autrui dans le jeu primitif des fantasmes objectaux.

La perversité « pure » ou normale en tant que retournement ou bouleversement plus ou moins obstiné – « criminel » ou « héroïque » – du monde des devoirs, celle qui naît d'une expansion libre de l'être qui s'est détaché de son existence première pour créer une antimoralité n'aura d'autres ressources que de se proposer comme idéal, un retour au monde des instincts et des voluptés, de toutes les voluptés qui, virtuelles « sommeillent » dans le cœur humain.

Ainsi qu'elle en jaillisse, ou qu'elle la reflète, toute perversité, toute forme de la négation des rapports non pas seulement « physiques » mais aussi « moraux » de l'homme avec autrui, est une inversion, une stérilisation de l'amour.

1. C'est le seul intérêt du chapitre consacré par MERLEAU-PONTY dans sa « Phénoménologie de la Perception » au « Corps sexué » que de poser le problème en termes excellents.

Étude n° 14

LE SUICIDE PATHOLOGIQUE

9. Les troubles de la mémoire.
10. La catatonie.
11. Impulsions.
12. Exhibitionnisme.
13. Perversité et perversions.
14. *Le suicide pathologique.*
15. Anxiété morbide.
16. Délire des négations.
17. Hypochondrie.
18. Jalousie morbide.
19. Mégalomanie.

Le désir de se donner la mort, les « idées de suicide »¹ sont véritablement au centre de la pathologie mentale et il est bien connu qu'elles constituent une des préoccupations majeures des psychiatres et de leurs auxiliaires dans l'exercice quotidien de leur activité professionnelle².

Ce sont les divers aspects de ces idées de suicide et les réactions suicides (tentative, exécution) qu'elles entraînent, que nous devons étudier.

L'idée de suicide peut germer dans des conditions psychiques variées : ce sont généralement les « troubles affectifs » de ton dépressif et anxieux qui les engendrent ; d'autres fois elles sont dues à des troubles d'obnubilation de la conscience avec altération de l'activité intellectuelle et anxiété paroxystique ; enfin elles peuvent être liées à tout un ensemble d'idées et de croyances délirantes vis-à-vis desquelles elles constituent une « réaction », tant il est vrai que le suicide, qu'il soit normal ou pathologique, exprime une *intention* fondamentale, un « intentional self killing » (J. M. BALDWIN), c'est-à-dire une pulsion, une force d'organisation et de déclenchement qui émane des sources les plus primitives de l'instinct, de ce que FREUD a appelé l'instinct de mort.

...le suicide, qu'il soit normal ou pathologique, exprime une intention fondamentale, c'est-à-dire une pulsion, une force d'organisation et de déclenchement qui émane des sources les plus primitives de l'instinct, de ce que FREUD a appelé l'instinct de mort...

Aux trois niveaux de troubles instinctivo-affectifs qui déterminent le désir de suicide correspondent trois variétés de réactions suicides : le raptus suicide, le comportement suicide secondaire à l'organisation affective de la conscience morbide, le suicide délirant³. Nous entendons bien qu'une telle classification des conduites suicidaires

1. Le meurtre de soi (sui cœdere) ne s'appellerait suicide, d'après G. DESHAIES, que depuis 1737, date à laquelle l'abbé DESFONTAINE aurait employé pour la première fois ce mot, repris par les encyclopédistes. On parle souvent d'« idées de suicide » ; en fait il s'agit plus exactement d'une tendance, d'une velléité, d'une propulsion, d'un désir, « l'idée » ou « l'acte » de se donner la mort plongeant ses racines dans l'affectivité et la sphère la plus profonde de la vie instinctive et pulsionnelle.

2. Nous trouvons un témoignage de ce souci constant, pour ne parler que d'un travail récent, dans l'article de J. H. WALL (The Psychiatric Problem of Suicide, *Amer. J. of Psych.*, 1944), où cet auteur a étudié 33 suicides survenus au cours de la cure ou peu après à la Westchester Division du New-York Hospital de 1933 à 1943.

3. Cette dégradation des formes d'impulsion au suicide de la vie psychique anormale conforme à notre étude n° 11, ces « niveaux de suicide » se retrouvent précisément, à peu près de la même façon, indiqués dans l'intéressante analyse des tendances au suicide de MERLOO, (Ueber die Beurteilung der Selbstmordneigung, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1933, pp.141 à 223).

suppose une hiérarchie qui les distribue en des niveaux allant du moins « volontaire » au plus « volontaire ». Cette échelle de niveaux admet naturellement une dégradation insensible et ne saurait être considérée comme une classification des modes de suicide nettement tranchés et n'ayant entre eux aucune relation. Nous savons du reste, que c'est le propre d'une même « maladie mentale » que de présenter, à des niveaux divers, au cours de son évolution, ces formes d'impulsivité. Notre description clinique portera sur des faits si connus que nous nous contenterons, par une brève énumération, de nous en remémorer seulement les éventualités cliniques les plus habituelles.

§ I. — ÉTUDE CLINIQUE DU SUICIDE PATHOLOGIQUE

A. — LES RAPTUS-SUICIDES

Il s'agit de *réactions brutales, paroxystiques, automatiques* et parfois plus ou moins inconscientes et amnésiques. L'impulsion auto-destructrice se déclenche brutalement et aveuglément dans un vertige qui jaillit brusquement comme un irrésistible besoin de mourir, une fringale d'anéantissement.

1° LE RAPTUS-SUICIDE DE LA MÉLANCOLIE STUPEURUSE ET ANXIEUSE (raptus pantophobique). Soudain le malade passe par une fenêtre, s'étrangle, se noie, etc... Tous les cliniciens savent que les « queues de mélancolie » sont particulièrement à surveiller à cet égard. Parfois ce suicide automatique se produit au cours d'états crépusculaires anxieux, FRIBOURG-BLANC, CLAUDE et MASQUIN ¹, HELLER ², Henri EY et BERNARD ³ en ont publié des exemples où les réactions suicides étaient inconscientes et amnésiques. Elles réalisent dans leur instantanéité un « acte-réflexe » fulminant.

2° LE RAPTUS-SUICIDE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE.

De brusques impulsions suicidaires se déclenchent au début de l'affection ou au cours de son évolution, mais il faut noter aussi les réactions suicides automatiques stéréotypées et comme « au ralenti » de certains malades qui se tuent « progressivement » : tel le cas d'un hébéphréno-catatonique qui s'entailla le thorax avec des croûtes de pain et finit par atteindre son cœur. Le plus souvent, cependant, il s'agit de brusques décharges auto-agressives d'autant plus dramatiques qu'elles sont énigmatiques et imprévues.

3° LE RAPTUS-SUICIDE DE L'ÉPILEPSIE.

L'épilepsie est une affection qui fournit un très grand nombre de réactions suicides

1. CLAUDE et MASQUIN, Tentatives amnésiques au cours d'états obsessionnels, *Ann. Médico-Psycho.*, 1932 ; FRIBOURG-BLANC et MASQUIN, même séance à la *Soc. Médico-Psycho.*, tentative de suicide au cours d'un état second chez un obsédé anxieux.

2. HELLER, *Strasbourg médical*, février 1932.

3. Henri EY et BERNARD, Impulsions inconscientes et amnésiques au cours d'une psychose de mélancolie, *Ann. Médico-Psycho.*, 1941, octobre, novembre.

...Dans les raptus-suicides L'impulsion auto-destructrice se déclenche brutalement et aveuglément dans un vertige qui jaillit brusquement comme un irrésistible besoin de mourir, une fringale d'anéantissement...

de ce type, notamment au cours des phases pré- ou post-critiques et dans les états crépusculaires ou confusionnels. Elles affectent un caractère de vertigineuse frénésie. L'épileptique court à la mort, s'enfonce brutalement dans la mort. Le suicide de ce genre s'effectue parfois au cours d'un acte d'automatisme comitial inconscient amnésique. Il s'observe souvent dans les états confuso-oniriques post-paroxystiques (MARCHAND et AJURIAGUERRA) ¹.

4° LE RAPTUS-SUICIDE DE L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE.

On observe dans les états parkinsoniens des états d'impulsivité réflexe de caractère auto-destructif. Les malades se mordent, s'arrachent les ongles, se frappent et parfois des tentatives de suicide éclatent, irrésistibles. Ce sont des actes qui se détendent d'une manière fulgurante « malgré » le sujet terrifié. Dans un cas typique rapporté ² par PETIT, BAUER et CHATAGNON (1926), ces tentatives se produisaient au cours de crises de spasmes oculogyres.

5° LE RAPTUS-SUICIDE DE L'ALCOOLISME AIGU.

L'ivresse déclenche aussi des raptus-suicide de ce niveau. Les formes dépressives et anxieuses de l'intoxication alcoolique aiguë ne sont d'ailleurs pas rares et la réaction suicide y est très fréquente. D'après la statistique de M^{lle} SERIN ³, sur 280 suicides pathologiques, elle a noté 130 suicides en état d'ivresse. Cette notion a été, comme nous le verrons, confirmée par les travaux de PIKER ⁴, Merrill MOORE ⁵ et P. GRANTE ⁶. Ce dernier auteur a insisté à ce sujet sur les tendances épileptoïdes de tels alcooliques.

6° LE RAPTUS-SUICIDE DES ÉTATS DÉMENTIELS (PARALYSIE GÉNÉRALE), DÉMENCES ORGANIQUES ET STUPOREUSES.

Les confus et les déments présentent de temps en temps, mais beaucoup plus rarement, des réactions suicides de ce type ayant la valeur d'actes impulsifs, incoercibles et « absurdes », souvent aveugles et inconscients. Il peut arriver que ces tentatives se trouvent « noyées » dans un état d'égarement, d'inconscience et de perplexité comme par exemple dans le cas rapporté par LAIGNEL-LAVASTINE, G. d'HEUCQUEVILLE et GAUTIER ⁷.

Dans tous ces cas, l'acte d'auto-destruction monte brusquement et automatiquement des profondeurs de la sphère pulsionnelle soit que la conscience soit abolie, soit qu'elle ne s'y sente, pour ainsi dire, pas « engagée ».

...D'après la statistique de M^{lle} SERIN (1926), sur 280 suicides pathologiques, elle a noté 130 suicides en état d'ivresse...

1. Du suicide chez les épileptiques, *Presse médicale*, avril 1941, p. 407 et *Épilepsies*, pp. 258 à 274 (importante bibliographie).

2. *Ann. Méd. Leg.*, 1926.

3. M^{lle} SERIN, Une enquête médico-sociale sur le suicide, *Ann. Méd. Pat.*, 1926.

4. PIKER, Eighteen hundred and seventeen cases of suicidal attempted, *The Amer. J. of Psychiatry*, juill. 1938, p. 97.

5. MOORE (Merrill), Alcoholism and attempted suicide, *The New-York-Engl. Jour. of Med.*, nov. 1939.

6. GRANTE (Paul), Alkoolismus und Selbstmord, *Zeitsch. f. d. g. Neuro. u. Psych.*, 1939, p. 47.

7. LAIGNEL-LAVASTINE, d' HEUCQUEVILLE et GAUTIER, *Ann. Méd. Leg.*, 1934.

B. — LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES IMPULSIFS

...Dans ce type clinique, « l'idée » de suicide émerge d'un état émotionnel cataclysmique lié dans la conscience douloureuse à des synthèses idéo-motrices complexes (onirisme, idées délirantes mélancoliques, sentiments dépressifs, de catastrophe imminente, de désespoir)...

Il s'agit alors d'une conduite secondaire à l'organisation défectueuse de la conscience traversée par de violents courants affectifs de type *anxieux*. Dans ce type clinique, « l'idée » de suicide émerge d'un état émotionnel cataclysmique lié dans la conscience douloureuse à des synthèses idéo-motrices complexes (onirisme, idées délirantes mélancoliques, sentiments dépressifs, de catastrophe imminente, de désespoir, etc.). Le suicide est solidaire ici d'une conscience morbide en pleine « expérience délirante primaire », tout imprégnée de mort, de drame et de panique.

Pour aller des cas les plus voisins de ceux que nous avons énumérés précédemment à ceux qui y ressemblent le moins, nous décrirons successivement ces comportements chez les déments — dans les états confuso-oniriques — chez les mélancoliques et chez les déséquilibrés.

1° LES RÉACTIONS SUICIDES DES ÉTATS DÉMENTIELS.

C'est surtout chez les *déments séniles* que les tentatives de suicide sont assez fréquentes. On sait combien souvent la déchéance de ces malades se colore d'angoisse et de délire mélancolique. Ils se sentent coupables ou menacés et dans le tumulte de leurs émotions, à la faveur aussi des troubles de la conscience, dans une sorte de vertige, de découragement et de désarroi, ils se précipitent dans la mort. Dans la « paralysie générale » la réaction suicide est rare selon l'opinion classique (MAGNAN, SÉRIEUX, RITTI) confirmée par G. DESHAIES qui n'a compté que 2 % de tentatives, surtout au début de l'affection. BOREL et CEILLIER¹ ont rapporté l'observation d'un paralytique (à vrai dire alcoolique par surcroît) dont les idées de suicide s'exprimaient sous forme hallucinatoire « il faut te tuer » ; ayant réussi une première fois à résister à l'ordre de se jeter dans la Seine, il se précipita un autre jour la tête la première à travers les carreaux d'une fenêtre. Dans les formes dépressives et hypochondriaques, le fait est moins rare et nous avons pu en observer un cas récemment par refus obstiné d'aliments.

2° LES RÉACTIONS SUICIDES DANS LES ÉTATS CONFUSO-ONIRIQUES.

L'état crépusculaire de la conscience, comme nous l'avons déjà souligné, favorise fréquemment l'éclosion du désir de mourir et toute conscience onirique qui « vit » le drame joue avec la mort. C'est ainsi que DESHAIES signale la propulsion au suicide chez 1/6 des confus. Nous ne nous arrêtons ici qu'à trois aspects typiques de ces troubles : l'onirisme alcoolique, l'onirisme épileptique et l'onirisme post-émotionnel.

Nous avons déjà signalé plus haut l'éventualité si fréquente de *l'ivresse suicidante*. Nous ne nous étendrons pas sur le problème général des relations du suicide et de l'in-

1. BOREL et CEILLIER, Paralysie générale avec hallucinations psycho-motrices et tendances au suicide, *Encéphale*, 1914, p. 268.

toxication alcoolique ¹. Il nous suffira de rappeler, dans ce sommaire exposé, dans quel état *d'anxiété et d'onirisme terrifiant* se trouvent ces malades atteints de délire alcoolique. Agités, hallucinés, confus, ils se précipitent parfois dans la mort pour lui échapper, retournant contre eux-mêmes, c'est-à-dire à leur source, tous les fantasmes délirants de l'agressivité et de la persécution.

Quant aux *états confuso-oniriques ou crépusculaires épileptiques*, ils constituent des phases d'évolution de troubles comitiaux au cours desquels on rencontre non seulement les protopulsions au suicide inconscientes et amnésiques auxquelles nous avons déjà fait allusion, mais aussi des comportements *impulsifs* suicidaires admettant une organisation plus complexe et proprement onirique de l'acte auto-destructif. Les brusques oscillations de niveau de la vie psychique épileptique, la chute verticale de la conscience dans le gouffre vide et noir d'une syncope parfois totale ou de ses paliers plus angoissants encore, constituent une condition particulièrement favorable à l'anxiété et au suicide qu'elle enveloppe et engendre. Tous les cliniciens savent bien combien sont fréquentes les tentatives de suicide chez les épileptiques. Il semble toutefois, comme le souligne DESHAIES ², que la propension au suicide conduise ces malades assez rarement à son exécution. Effectivement, il y a un certain écart entre l'expérience clinique quotidienne qui nous montre combien sont fréquentes les dispositions au suicide des comitiaux et les statistiques portant sur les suicides des épileptiques. BRIÈRE DE BOISMONT en 1856 (5 sur 650) et DESHAIES en 1947 ont trouvé moins de 3% de suicides chez les épileptiques alors qu'un service psychiatrique montre que les épileptiques exigent une surveillance presque aussi grande que les mélancoliques. Rien d'étonnant à ce que MARCHAND et AJURIAGUERRA ³ aient noté une proportion un peu plus forte (5% de leurs 880 épileptiques étudiés); ces auteurs insistent sur les états

...Tous les cliniciens savent bien combien sont fréquentes les tentatives de suicide chez les épileptiques. Il semble toutefois, comme le souligne DESHAIES (1947) que la propension au suicide conduise ces malades assez rarement à son exécution...

1. Non cependant sans avoir signalé quelques travaux importants dont nous empruntons l'exposé à G. DESHAIES (*Psychologie du suicide*, pp. 87-89). D'après sa statistique, 10% des suicidants atteints de troubles mentaux étaient des alcooliques et 20% des alcooliques observés par lui avaient tenté de se tuer. FIKER a trouvé à CINCINNATI 15% d'alcooliques chez les suicidants. A l'hôpital de Boston, Merill MOORE, sur 25.000 alcooliques entrés de 1915 à 1938, a noté 3,6% de suicides. A Francfort-sur-le-Main, Paul VON GRAUTE, étudiant 3300 alcooliques entrés de 1926 à 1936, a dénombré 3,6% de suicides ; il a distingué parmi eux un groupe de cas où l'alcool n'a eu qu'un effet de déclenchement de tendances épileptiques ou dépressives (12%) ou de tendances cyclothymiques (5%), un autre groupe où l'intoxication eut un effet plus direct sur les épileptiques (27%), des hypomaniaques (2%), un groupe où il existait des tendances dépressives chez les alcooliques chroniques (40%), et enfin des sujets artérioscléreux ou présentant divers autres troubles (14%).

2. DESHAIES G., *Psychologie du suicide*, p. 89.

3. MARCHAND et AJURIAGUERRA, Du suicide chez les épileptiques, *Presse Médicale*, 16 avril 1941. La même année C. PRUDHOMME (Epilepsy and suicide) a étudié cette question in *Journal of nerv. and mental diseases*, 1941, 94, p. 722.

.... C'est peut-être parce que beaucoup d'auteurs excluent [les cas d'hystéro-épilepsie] du cadre de l'épilepsie qu'ils trouvent si peu de suicides épileptiques...

hallucinatoires post-paroxystiques, les états dépressifs ou certaines impulsions conscientes qui correspondent en gros aux états crépusculaires comitiaux que nous avons particulièrement en vue ici. Nous pensons que les cas d'hystéro-épilepsie d'une observation si fréquente sont particulièrement remarquables à cet égard. C'est peut-être parce que beaucoup d'auteurs les excluent du cadre de l'épilepsie qu'ils trouvent si peu de suicides épileptiques. Dans notre service, il nous a toujours été impossible de séparer aussi radicalement les « manifestations épileptiques » et les manifestations « hystériques ». Nous ne pensons pas être les seuls à nous heurter à cette difficulté qui provient de la nature même des choses.

Quant aux états *confuso-oniriques d'origine émotionnelle*, c'est évidemment au cours des émotions terrifiantes que le suicide se rencontre le plus. Rappelons tout simplement, avec G. DESHAIES ¹, ce soldat observé par A. DELMAS qui au cours d'un « marmitage » eut une telle peur qu'il se tua... Nous avons tous connu (BROUSSEAU ²) des cas de ce genre au cours de « l'onirisme des batailles ». Plus « réactionnels » qu'émotionnels apparaissent certains cas de suicide « émotif » quand l'impulsion auto-destructive procède moins du choc émotionnel en tant que désorganisation de la conscience, que de l'événement catastrophique dont l'émotion est elle-même l'effet. Tel fut le cas par exemple de cette femme dont LAIGNEL LAVASTINE, GALLOT et FELD ont rapporté l'histoire et qui se trancha la gorge en apprenant qu'elle avait contracté la syphilis ³.

3° LES COMPORTEMENTS SUICIDES DE LA CRISE DE MÉLANCOLIE.

...On sait que, hors de ce sombre et manifeste tourment, les idées de suicide du mélancolique sont parfois dissimulées, le mélancolique cachant aussi jalousement le secret de son désir opiniâtre de mourir que le persécuté ses persécutions...

Outre le raptus que nous avons déjà signalé, il y a lieu de mentionner ces cas plus typiques et fréquents où le désir de la mort, devenu une forme d'organisation, une loi constitutive de la conscience mélancolique épouvantée et épouvantable, non seulement engendre de constantes tentatives mais aboutit souvent à la consommation de l'acte. On sait que, hors de ce sombre et manifeste tourment, les idées de suicide du mélancolique sont parfois dissimulées, le mélancolique cachant aussi jalousement le secret de son désir opiniâtre de mourir que le persécuté ses persécutions. Il se montre alors capable d'incroyables ruses et d'une duplicité qui, compte tenu de ses inhibitions, est parfois déconcertante. Il lui est cependant difficile de feindre jusqu'à tromper et on peut lire avec un peu d'habitude aussi sûrement la farouche détermination de se donner la mort dans son mutisme, son faciès pâle et rigide, son calme ou sa fausse jovialité que dans les manifestations bruyantes et parfois ostentatoires de l'anxiété. Dans certains cas, les malades sont plongés dans un tel désarroi qu'ils s'épuisent en vaines, stériles et parfois dérisoires tentatives (coups de ciseau, brûlures superficielles, enfoncement d'une aiguille sous la peau, etc.).

1. G. DESHAIES, *Psychologie du suicide*, 1947, p. 121.

2. A. BROUSSEAU, *La peur aux Armées*, Thèse, Paris, 1919.

3. LAIGNEL, LAVASTINE, GALLOT et FELD, *Ann. Méd. Psych.*, 1939, 1, p. 791.

Mais rien de plus tragique que l'image offerte par le grand mélancolique anxieux, livide et comme dévoré d'une ardente et inextinguible soif de mort et qui ne paraît se mouvoir que pour la saisir. Il se frappe la tête contre les murs, se mord, cherche à passer par la fenêtre, par la cage de l'escalier, à se pendre, à s'étrangler, à se brûler, à s'égorger. Tout lui est bon : un flacon de teinture d'iode laissé à sa portée, une petite cuiller qu'il avale, son oreiller avec lequel il tente de s'étouffer, un petit morceau de verre avec lequel il essaie de se sectionner une veine, etc. Telle est la frénésie de suicide qui le submerge, enracinée jusqu'au plus profond de lui-même.

Parfois ce désir de la mort affecte une forme comme décalée et, pour ainsi dire, au « second degré » : la forme hallucinatoire. Des voix impératives jaillies de la couche obscure de ses instincts retentissent comme étrangères à lui-même pour lui recommander ou commander son propre désir d'anéantissement. Et dans cette éventualité où le désir est justement moins direct, il n'est pas exceptionnel qu'au dernier moment des hallucinations « anti-suicides », complices des décisives révoltes de l'instinct de conservation, ne surviennent à temps pour contrarier l'exécution.

Mais une des formes les plus tragiques de ce désir de mort si total dans la mélancolie, c'est le carnage du *suicide collectif* appelé encore « familial », « élargi », « altruiste », etc. Les pulsions sadistes et masochistes se satisfont ici également dans le même geste agressif et destructeur, celui qui mêle le sang du suicidé à celui de ses victimes. On ne saurait l'oublier quand on a vu le spectacle de ces malheureux glacés d'effroi devant les cadavres abattus ou dépecés de leurs êtres les plus chers, lorsque, comme il arrive assez souvent, le massacre les a, à la dernière seconde, épargnés, pour les livrer à une torture pire que la mort.

Enfin il faut noter que le *refus d'aliments* constitue le type même du comportement suicide du mélancolique, celui qui satisfait à la fois le désir de mourir et le besoin d'inaction et qui réalise la mort lente et sûre dans et par l'excès et l'opiniâtreté de la négation.

4° LES RÉACTIONS SUICIDES DANS LES ÉTATS SCHIZOPHRÉNIQUES.

C'est particulièrement dans les phases initiales ou au cours des poussées aiguës que l'on observe à la fois des réactions anxieuses et des propulsions au suicide. Ce sont alors les expériences délirantes d'influence hypochondriaques ou de persécution qui engendrent le plus souvent l'idée de suicide. Dans l'ensemble, les tendances au suicide ne se manifesteraient d'après G. DESHAIES que chez 12% des schizophrènes. Le fond d'indifférence, la régression narcissique, l'impulsivité centrifuge de ces malades parvenus à l'état d'organisation autistique de leur personnalité s'accommode mal des réactions suicides de ce genre. Quand le suicide germe dans l'esprit schizophrénique c'est comme une brusque, soudaine et aveugle violence qui contraste avec l'organisation actuelle de la conscience morbide et exprime ainsi la discordance entre ses pulsions profondes et son indifférence superficielle.

...Mais une des formes les plus tragiques de ce désir de mort si total dans la mélancolie, c'est le carnage du suicide collectif appelé encore « familial », « élargi », « altruiste », etc...

5° LES RÉACTIONS SUICIDES DANS LES ÉTATS DE DÉSÉQUILIBRE ET PSYCHO-NÉVROTIQUE.

...dans la statistique de G. DESHAIES (1947) les propulsions au suicide des déséquilibrés figurent dans 1/3 des cas...

Les formes d'organisation névrotique de la personnalité, pour autant qu'elles contiennent, comme leur noyau essentiel, l'angoisse, constituent des dispositifs latents, virtuellement polarisés par les tendances masochistes vers « l'idée » de suicide. Rien d'étonnant à ce que dans la statistique de G. DESHAIES les propulsions au suicide des déséquilibrés figurent dans 1/3 des cas.

Les *pervers* chez lesquels la composante sadique prévaut, utilisent le suicide comme un moyen de chantage et d'agression. C'est très souvent dans un imbroglio où se mêlent inextricablement mythomanie et toxicomanie, délinquance et dépravation morale, prostitution et incarcérations multiples que le suicide apparaît comme une solution ou une révolte surtout chez les femmes.

Les déséquilibrés à forte structure *cycloïde* ou *épileptoïde* présentent aussi, dans leurs « crises » ou paroxysmes, des réactions auto-agressives récidivantes, caractérisées par le complexe dépressif-hypochondriaque ou neurasthénique d'angoisse corporelle, d'énervement, de perplexité et d'hyperémotivité.

Dans la *névrose hystérique*, le suicide affecte naturellement la forme structurale même de cette névrose, celle du simulacre. Mais si la fiction funèbre plus ou moins romanesque et théâtrale satisfait les tendances profondes du système pulsionnel hystérique, elle peut être dépassée par le mouvement même qui l'engendre et aboutir à des tentatives « sérieuses » et même à des consommations complètes car, ainsi que l'exprime excellemment G. DESHAIES, « la contrefaction » de la maladie ne se trouve-t-elle pas déjà sur la voie de la « contrefaction » de la mort ?

Mais c'est surtout sous forme *d'obsession-impulsion au suicide* que les névroses à structure « compulsive » ou « anancastique » (comme dit la psychiatrie de langue allemande) présentent sous leur aspect le plus tragique la hantise de suicide. Les injonctions d'un sur-moi d'une monstrueuse sévérité, la soif de châtement, les tendances auto-punitives sous-jacentes au drame obsessionnel ou phobique maintiennent ces malades sinon au bord du suicide tout au moins dans son équivalence, en leur interdisant inconsciemment de vivre. On connaît, à ce sujet, la discussion classique ¹ qui s'est instituée autour de la question de savoir si l'obsédé par l'idée de suicide passe ou ne passe pas à l'acte. MOREL (1866) certifiait qu'il n'avait jamais observé une telle « terminaison » mais, écrivaient déjà PITRES et RÉGIS, « nous sommes un peu revenus aujourd'hui de cette manière de voir car nous avons pu observer cinq cas au moins de suicide et plusieurs tentatives ». VURPAS et CORMAN ², distinguant nettement mais un

...On connaît, à ce sujet, la discussion classique qui s'est instituée autour de la question de savoir si l'obsédé par l'idée de suicide passe ou ne passe pas à l'acte...

1. PITRES et RÉGIS, *Les obsessions*, pp. 123 à 126, (1902).

2. VURPAS et CORMAN, Obsédés mélancoliques et obsédés constitutionnels, *Ann. Médico-Psycho.*, 1933, I, p. 438.

peu artificiellement, les phobies et impulsions « pures » des obsessions et phobies « mélancoliques », ont cependant encore affirmé, il y a quelques années, que « les obsédés de suicide ne se tuent pas ». La plupart des auteurs anciens s'étaient, en effet, étonnés des réactions paradoxales des phobiques du suicide qui finissent par se suicider, paradoxe qu'a éclairé depuis la psychologie freudienne de l'inconscient. Ce qui caractérise la phénoménologie de ces obsessions phobiques ou impulsives, c'est la lutte que le suicidant soutient contre ses pulsions de telle sorte que la tentative, quand elle se produit, n'est que le long aboutissement d'un conflit auquel, comme l'a indiqué SÉGLAS (1895), l'obsédé met fin ou tend à mettre fin par la mort. On connaît enfin par quelles voies indirectes l'idée de suicide peut passer dans ces cas où l'obsédé est assiégé par l'idée de tuer pour *se faire punir* par la Justice ¹, livrant ainsi le secret de son véritable tourment, sa soif d'une condamnation à mort.

Nous devons mentionner maintenant ces cas curieux d'impulsions héréditaires de suicide. VOLTAIRE, dans l'article « Caton » du *Dictionnaire philosophique*, a raconté l'histoire d'un homme qui après avoir écrit une apologie du suicide, se suicida quand il eut atteint l'âge auquel s'étaient tués son frère et son père. DOUTREBENTE et A. RITTI soutenaient qu'il s'agissait dans ces cas d'une « monomanie » héréditaire. A cette même époque, NECCABRUNNI ² publiait une observation restée célèbre : il s'agissait d'un père de sept enfants qui se suicida et dont deux de ses fils, une de ses filles et un de ses petits-fils se tuèrent également (les quatre hommes, « détail horrible », se tuèrent avec le même pistolet). HAMMOND ³, toujours vers 1880, rapporte le cas d'un homme de 35 ans qui se suicida en se coupant la gorge avec un rasoir dans un bain, il laissa trois enfants : deux fils qui se tuèrent au même âge de la même manière, une fille qui à 34 ans se détruisit en se coupant la gorge dans un bain et dont le fils, après deux tentatives défectueuses, se tua à 31 ans par un procédé identique... G. DESHAIES ⁴ à ce sujet rappelle que Paul BOURGET dans son roman « La Geôle » a étudié cette forme de l'« *Ανάγκη* » que, depuis, L. SZONDI ⁵ a érigée en destin génétique ⁶.

Enfin nous ne saurions négliger ces faits qui montrent que certaines pulsions inconscientes à l'autodestruction peuvent intervenir dans les *accidents*. S. FERENCZI

...Nous devons mentionner maintenant ces cas curieux d'impulsions héréditaires de suicide. VOLTAIRE, dans l'article « Caton » du *Dictionnaire philosophique*, a raconté l'histoire d'un homme qui après avoir écrit une apologie du suicide, se suicida quand il eut atteint l'âge auquel s'étaient tués son frère et son père...

1. VALLON, Obsessions homicides, *Ann. Médico-Psycho.*, janv. 1896.

2. Th. RIBOT, *L'Hérédité Psychologique*, 1925, p. 143.

3. HAMMOND, *A Treat of Insan.*, 1883, p. 179.

4. G. DESHAIES, *Psychologie du suicide*, pp. 68-70.

5. L. SZONDI, *Schiksalanalyse*, Bâle, 1944. Certains travaux ont été, ces dernières années, publiés sur la projection des tendances suicidaires dans le Rorschach : S. J. BECK, *Rorschach Test*, II. New-York 1945 — A. I. RABIN : *Amer. J. Orthopsych.*, 1946 — LINDNER : *Rorsch. Res. Exs.* 1946 ou dans le « Minnesota multiphasic » test (WERNER SIMON et M. HALES : *Amer. J. of Psych.* sept. 1949.

6. On trouvera des indications sur ce problème dans l'article de I. B. SHAPIRO, Suicide familial, tendance and psychology, *Journal of nerv. and ment. Diseases*, 1935 et dans celui de LOOWENTERY, Suicide in Twins, dans la même revue, 1941.

(cité par DESHAIES, p.156) rapporte le cas d'un menuisier qui, après une déception sentimentale, jouant avec un revolver « qu'il croyait non chargé » se tua. Von L. E. PELLER-ROUBICZEK¹ a constaté qu'en 1929, en Palestine, après un pogrom qui entraîna une augmentation considérable des suicides, le nombre des accidents diminua sensiblement. Les études anglo-saxonnes et surtout celles de S. DUNBAR sur la chirurgie psychosomatique des fractures et plus généralement des traumatismes sont à cet égard du plus grand intérêt².

C. — LES RÉACTIONS SUICIDES DÉLIRANTES

« Délirants », tous les suicidants dont nous venons de parler le sont plus ou moins. Mais nous avons en vue, ici, les cas où le suicide est en relation directe avec des « idées délirantes », soit avec une conception délirante systématisée soit avec un délire paranoïde.

Dans les *délires paranoïdes*, le suicide n'est pas absolument exceptionnel. Et l'on voit l'idée de suicide se charger de la signification éthico-religieuse de l'holocauste ou du sacrifice et s'élargir jusqu'aux significations obscures d'un mythe cosmique. Il n'est pas rare de voir de tels malades exécuter spécialement des tentatives de suicide étranges (avec automutilations, scoevolisme, œdipisme, castration, ignition, crucifixion, exentération, etc.).

Dans les *délires systématisés ou paranoïaques de persécution ou d'influence* plus ou moins voisins de ce que nous appelons, en France, la « psychose hallucinatoire chronique », le suicide constitue, le fait est bien connu, une *réaction de « défense »* au terme d'une série de fuites parfois éperdues pour échapper aux persécutions et le malade traqué se tue pour échapper à l'étreinte du cercle magique qui se resserre sur lui. Cette éventualité serait bien rare et même exceptionnelle d'après RÉGIS. Plus rare encore est cette forme de *réaction agressive* que peut affecter le suicide chez les délirants systématisés à type de revendication, de quérulence ou d'hypochondrie, quand le suicide prend la valeur d'une provocation, d'une vengeance, ou d'un châtiment dirigé contre autrui au travers de sa propre personne. Rappelons enfin que les érotomanes à la phase de dépit, les jaloux, les délirants réformateurs sociaux, etc., en arrivent à cette extrémité par le mécanisme proprement paranoïaque de l'autopunition qui sous-tend l'agressivité. Holocauste, fuite, vengeance, tels sont donc les trois sentiments délirants que l'on rencontre le plus souvent à la racine du suicide des délirants chroniques.

1. VON L. E. PELLER-ROUBICZEK, *Imago*, 1936.

2. Cf. spécialement son étude des 1600 malades entrés au Presbyterian Hospital de New-York dont un certain nombre étaient atteints de « fractures accidentelles » et paraissaient relever d'un mécanisme psychogénétique. A vrai dire, depuis longtemps déjà FREUD qui parlait de « diathèse traumatophile », puis R. MARBE (*Praktische Psychologie der Unfälle und Betriebsschäden*, Munich-Berlin, 1926) et J. H. HUDDLESON (*Accidents, Neuroses and compensation*, Baltimore, 1932) s'étaient préoccupés de ce problème. Cf. les articles de K. A. MENNINGER (*Inter. J. of Psychanal.*, 1936) et E. KRAPP (*Rev. de Psiquiatr.*, 1944).

...Dans les délires paranoïdes, le suicide n'est pas absolument exceptionnel...

...Dans les délires systématisés ou paranoïaques de persécution ou d'influence, le suicide constitue, le fait est bien connu, une réaction de « défense »...

...Mais cette éventualité serait bien rare et même exceptionnelle d'après RÉGIS...

D. — LES TECHNIQUES DU SUICIDE PATHOLOGIQUE.

Le suicide pathologique est généralement accompli par des moyens banaux : submersion, précipitation, pendaison, gaz d'éclairage, poison, arme à feu, etc.. DESHAIES indique les pourcentages suivants : chez les *hommes*, 12 % de pendaisons, 6 % de strangulations, 7 % de submersions, 7 % d'asphyxies, 14 % par intoxication, 32 % à l'arme blanche, 6 % par armes à feu, 11 % par précipitation, 2 % par écrasement et 2 % par brûlure ; tandis que chez les femmes il a noté 5 % de pendaisons, 16 % de strangulations, 13 % de submersions, 11 % d'asphyxies, 24 % par intoxication, 7 % par arme blanche, 0 % par arme à feu, 15 % par précipitation, 3 % par écrasement, 1 % par brûlure. Mais naturellement selon les conditions dans lesquelles se trouve le malade, tous les moyens peuvent lui être bons : section d'une veine du poignet par un morceau de verre, strangulation à l'aide d'un drap, coups de tête contre le mur ou même le sol, ingestion de corps étrangers (verre, épingle, papier), absorption de teinture d'iode, d'eau de Cologne, etc. Certains malades font preuve d'une ingéniosité déconcertante : ils déjouent la surveillance la plus attentive, arrivent à se faire violence jusqu'à dissimuler leurs idées de suicide et préparer méthodiquement et opiniâtrement leur propre exécution. Les tentatives sont particulièrement nombreuses et ratées dans les états d'anxiété avec forte inhibition : les malades font des essais maladroits, presque grotesques, de suicide, ils avalent trois comprimés de gardénal, se frappent le crâne avec un bassin, se passent un fil autour du cou, etc.

Ces diverses modalités sont coutumières, elles font l'objet du souci perpétuel du médecin et du personnel d'un service psychiatrique où le suicide, par sa fréquence, et la dissimulation des malades qui ont l'idée de l'accomplir est considéré comme la réaction la plus dangereuse parce qu'elle est la plus sournoise, la plus opiniâtre et la plus calculée.

Mais il existe, de plus, des variétés de suicides, qui, tant par les conditions dans lesquelles ils s'accomplissent que par les moyens employés, constituent des *suicides étranges*. Nous avons rappelé déjà l'hécatombe familiale de l'homicide altruiste ou du suicide élargi et le suicide à deux (un malade entraînant par exemple un conjoint suggestible). Certaines tentatives ou exécutions de suicides sont vraiment extraordinaires et elles portent, pour ainsi dire, la marque du délire et de « l'aliénation ». Paul MOREAU¹ en a fourni des exemples saisissants. Le plus fantastique est peut-être celui de Mathieu Lovat, cordonnier de Venise, qui prépara de longue date son exécution particulièrement théâtrale : il se couronna d'épines et, vêtu d'un simple pagne comme le Christ sur la croix, porteur d'une blessure au côté droit de la poitrine, il parvint à se crucifier après préparation sur une croix aménagée par lui, puis à l'aide de cordages disposés à cet effet, il fit trébucher la croix et resta suspendu à la façade de sa maison. Un autre malade, cha-

...Le suicide pathologique est généralement accompli par des moyens banaux...

...Mais certains malades font preuve d'une ingéniosité déconcertante : ils déjouent la surveillance la plus attentive...

...Certaines tentatives ou exécutions de suicides sont vraiment extraordinaires...

1. Paul MOREAU, *Suicides et crimes étranges*, Paris, 1899.

pelier, s'étouffa en enfonçant jusqu'au cou un chapeau de soie très étroit. Un homme assis sur un banc avala brusquement sa pipe... Parfois (comme dans le suicide de Mathieu Lovat) la préparation du suicide dure des années : tel ce persécuté expertisé par TARDIEU ¹ qui mit deux ans à fabriquer une guillotine avec laquelle il se trancha le cou. Les suicides par *ignition* sont parmi les plus horribles et témoignent de cette insensibilité à la douleur sur laquelle nous reviendrons. Le cas de Lady H. W. (rapporté par BRIÈRE de BOISMONT ²) en est un exemple : trompant la surveillance de sa garde, au moment où on la considérait comme convalescente, elle saisit un peignoir et s'approchant du feu l'alluma ; elle le conserva sur elle, sans un cri, laissant le feu faire son œuvre. La garde revenue et la trouvant dans son lit fut frappée par son aspect, elle découvrit alors son corps couvert de brûlures. Plus récemment un cas semblable a été signalé par HYVERT ³. D'autres moyens aussi douloureux ou étranges ont pu être employés. Citons l'observation du D^r DUBRISAY (rapportée par Paul MOREAU) : le malade s'enfonça un poignard de 10 cms. de longueur dans le crâne à coups de marteau, sans en éprouver aucun malaise ; il fallut ensuite, après les efforts de deux médecins, recourir au maréchal ferrant et user de moyens mécaniques violents pour l'en extraire : le malade ne présenta, à la suite de cette « leucotomie », aucun trouble... Un malade de DUPOUY et PICHARD ⁴ se plaça la tête entre les mâchoires d'un étau et serra jusqu'à se briser le crâne. Une cabaretière alcoolique s'ouvrit le ventre et déroula son intestin à 2 mètres d'elle et une femme de 57 ans (ces deux cas ont été observés par PIEDELIÈVRE, DESOILLE et HAUSER ⁵) pratiqua elle aussi une effroyable exentération, s'arrachant l'intestin et l'épiploon. H. FLOURNOY ⁶ a relaté l'observation d'un malade qui, avec l'aide d'un complice, s'emmura... La complication des moyens employés pour se détruire amène les suicidants à recourir parfois à des inventions du genre de celle de ce médecin qui pratiqua sur lui toute une série d'intoxications sans effet et finalement essaya de déclencher une crise nitritoïde par des injections endoveineuses de novar ; un autre médecin, dont LEMIERRE et AMEUILLE ⁷ ont rapporté l'observation, tenta de se suicider en s'injectant 2cc d'une émulsion de bacilles de KOCH. Chacun de nous connaît d'ailleurs des exemples de ce genre, où on ne sait ce qui est le plus surprenant de la duplicité, de l'acharnement ou de l'anesthésie dont témoignent ces malheureux.

...on ne sait ce qui est le plus surprenant de la duplicité, de l'acharnement ou de l'anesthésie dont témoignent ces malheureux...

1. TARDIEU, *Étude Médico-légale sur la folie*, Paris, 1872.

2. BRIÈRE DE BOISMONT, *Du suicide et de la folie*, etc... Paris, 1856.

3. HYVERT, *Ann. Médico-Psycho.*, 1928.

4. DUPOUY et PICHARD, *Ann. Médico-Psycho.*, 1932, II, p. 173.

5. PIEDELIÈVRE-DESOILLE-HAUSER, Suicide par éventration, *Ann. de Médecine Légale*, 1937, p. 975.

6. H. FLOURNOY, Une curieuse tentative de suicide avec emmurement volontaire, *Arch. Suisses de Neuro. et Psych.*, 1946, p. 56.

7. Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1938.

Deux traits cliniques méritent d'être spécialement mentionnés à propos de ces actes de suicide. Tout d'abord notons *l'analgésie* des suicidants psychopathes ou tout au moins l'indifférence à la douleur. On s'est demandé à ce sujet si le suicidant supporte « héroïquement » le martyre qu'il s'inflige, ou si le seuil de ses sensations douloureuses est anormalement élevé. P. CARETTE ¹, dans son étude fort intéressante, arrive à la conclusion que le paroxysme émotionnel crée une sorte « d'exaltation libératrice et anesthésiante ». Il rapporte quelques observations impressionnantes : un de ses malades, graveur, ancien prix de Rome, en pleine crise de mélancolie, se trancha la gorge d'une oreille à l'autre, il ne parut pas souffrir tout le temps que le chirurgien sutura ses plaies ; une semaine plus tard il arracha son pansement, dilacéra ses plaies et mourut deux jours après. Il rapporte également l'histoire de fractures du bassin ou des membres inférieurs par précipitation paraissant supportées sans souffrance. Nous avons avec COLOMB ² observé une malade qui, trompant une vigilance pourtant très active, se suicida en avalant en plusieurs semaines une quantité de petits objets (fil de fer, petite cuillère, bouts de bois) de telle sorte qu'elle finit par perforer son estomac et dissimula jusqu'à sa mort le symptôme de sa lésion mortelle, qui, chez un individu normal, aurait provoqué d'horribles souffrances.

Nous devons mentionner aussi *l'acharnement* des malades qui veulent en finir avec la vie. BRIÈRE DE BOISMONT (1856) et G. DESHAIES (1947) sont encore d'accord pour fixer à 10 % le nombre des récidives chez leurs suicidants psychopathes. Il y a parfois répétition du même procédé (1/3 des cas d'après BRIÈRE DE BOISMONT). Le cas rapporté par FRIBOURG BLANC ³ témoigne de cette soif inextinguible de la mort. Il s'agissait d'un étudiant en médecine qui absorba du véronal, se tira un coup de revolver dans le crâne, entreprit ensuite de se pendre au plafond, mais le cordon de rideau ayant cassé, son hôtelier attiré par le bruit survint et le malheureux se précipita par la fenêtre située au quatrième étage ; la hampe d'un drapeau situé au troisième étage l'acrocha par la ceinture... et le sauva.

Nous devons enfin dire un mot de ces sortes de suicides partiels que sont les *automutilations*. Qu'il s'agisse de castration, d'énucléation oculaire, de combustion volontaire (dont nous avons donné à propos des délires paranoïdes les dénominations pédantes), il s'agit presque toujours de mutilations accomplies dans des conditions de troubles psychiques essentiellement délirants (syndrome de COTARD, délires mystiques, mélancolie, schizophrénie, etc.). On consultera sur ce point la remarquable thèse de

...l'analgésie des suicidants psychopathes ou tout au moins l'indifférence à la douleur...

...Nous devons mentionner aussi l'acharnement des malades qui veulent en finir avec la vie...

1. P. CARETTE, Sensibilité physique et anxiété au cours des tentatives de suicide, *Ann. Médico-Psycho.*, 1941, II, p. 64.

2. H. EY et COLOMB, Suicide, dissimulation d'un phlegmon péritoneal... *Ann. Médico-Psycho.*, 1938, II, p. 245.

3. FRIBOURG BLANC, *Paris Médical*, 1932 et *Ann. Médico-Psycho.*, 1931.

Charles BLONDEL 1911 ¹ et l'article de VIGOUROUX et PRINCE de la même année ².

Le suicide des enfants. — Il a été spécialement étudié dans la thèse de Jacques MOREAU ³, celle de G. BARBEAUX ⁴, celle de P. LE MOAL ⁵, et les travaux de PROAL ⁶, de DUPOUY ⁷, de VON Gerhard SCHMIDT ⁸, CHIODI ⁹, etc. Il s'agit somme toute d'une réaction rare et si l'on a pu dire que « Tous les adolescents ont des idées de suicide » (LANCASTER ¹⁰) il n'en est pas moins certain que les tendances de l'enfance vers la mort trouvent une issue ou une solution moins catastrophique dans le romantisme ou dans ces traits d'originalité par quoi précisément les jeunes êtres loin de se distinguer se confondent (DEBESSE ¹¹). La statistique de LE MOAL porte sur la période de 1900 à 1934. Il a pu réunir 908 cas de suicides dont trois de 5 à 9 ans (1 fille et 2 garçons) 75 de 10 à 14 ans (24 filles et 51 garçons) et 830 de 15 à 19 (329 filles et 501 garçons). D'où il résulte clairement que le suicide des enfants proprement dits est exceptionnel et que les garçons se suicident deux fois plus que les filles. LE MOAL n'a retenu de ces réactions suicides que les 99 cas « sincères » chez lesquels on a trouvé 21 % d'antécédents psychopathiques, 19 % d'antécédents de suicide dans la famille, 4 % d'épilepsie et il conclut que dans tous les cas le suicide était franchement pathologique. Ce point est vivement critiqué par G. DESHAIES ¹². Pour celui-ci le suicide émotivo-impulsif est la règle, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une émotivité infantile investissant un système affectif pulsionnel ou réactionnel (c'est le type « Poil de carotte »). Ce suicide typiquement infantile est caractérisé par son impulsivité et son instantanéité. DESHAIES distingue encore une forme imaginative où les facteurs d'imitation de suggestion par les lectures, le cinéma, etc.. joueraient un rôle déterminant, et une forme passionnelle (jalousie, haine œdipienne). LE MOAL a beaucoup insisté sur le chantage au suicide chez les enfants et les adolescents (34 % des cas). Ce chantage serait aussi fréquent chez les garçons que chez les filles. Ces « faux suicides », écrit DESHAIES, « représentent le plus souvent une conduite de chantage à objectif utilitaire mais qui peut posséder des composantes plus profondes chargées d'affectivité. Le faux suicide peut être la solution théâtrale d'un conflit, le symbole d'une révolte ou d'une reconquête, le jeu réel d'une réserve sous l'exercice préparatoire d'une tendance autodestructive, la grande manœuvre exerçant au vrai suicide futur... » La récente étude d'Aldo FRANCHINI ¹³ contient deux documents vraiment tragiques écrits par deux enfants qui se sont suicidés dans un état d'âme qui les a rapprochés des grands romantiques.

...Pour G. DESHAIES (1947) le suicide émotivo-impulsif est la règle...
 ...DESHAIES distingue encore une forme imaginative où les facteurs d'imitation de suggestion par les lectures, le cinéma, etc.. joueraient un rôle déterminant...

1. Ch. BLONDEL, *Les Automutilateurs*, Thèse, Paris, 1906.

2. VIGOUROUX et PRINCE, Automutilations chez les aliénés, *Soc. clin. Méd. Ment.*, 1911, pp. 311 à 322.

3. J. MOREAU, *Du suicide chez les enfants*, Thèse, Paris, 1906.

4. G. BARBEAUX, *Étude médico-psychologique sur le suicide chez les enfants*, Thèse, Paris, 1910.

5. P. LE MOAL, *Suicide et chantage au suicide chez l'enfant et l'adolescent*, Thèse, Paris, 1844.

6. PROAL, *L'éducation et le suicide des enfants*, 1907.

7. DUPOUY, *Prophylaxie mentale*, 1932.

8. VON Gerhard SCHMIDT, Selbstmordversuche Jugendlicher, *Allg. Zeitschr. für Neuro. und Psych.*, 1939. R. DUPOUY, (1932).

9. CHIODI, *Archivio Antrop. Psych. e Med. Leg.*, 1944-1945.

10. T. G. LANCASTER, *The Psychology and pedagogy of adolescence*, Ped. Semin., 1897.

11. M. DEBESSE, *La crise d'originalité juvénile*, Paris, 1941.

12. DESHAIES, *Psychologie du suicide*, pp. 126 à 164.

13. Aldo FRANCHINI, Contributo allo studio del suicidio in comune nei minorenni, *Rivista di Freniatria*, juin 1949.

§ II. — LE PROBLÈME SOCIOLOGIQUE

Dans les quelque 3771 ouvrages consacrés au suicide et dont ROST ¹a dressé le catalogue, comme dans tous les travaux publiés ² depuis, un problème ne cesse d'être constamment posé : *le suicide est-il une maladie* ou tout au moins l'effet de la maladie ? La thèse des psychiatres, sous son aspect extrémiste, répond « oui » dans tous les cas (A. DELMAS), la thèse des sociologues intransigeants répond « jamais complètement dans aucun cas » (HALBWACHS).

Nous avons assez étudié les *aspects psychiatriques du suicide* pour que nous puissions maintenant envisager les faits sur lesquels s'appuient les sociologues : les données de la *statistique* et particulièrement, et tout d'abord, les faits proprement sociaux et démographiques.

A. — ANALYSE STATISTIQUE ET GÉO-DÉMOGRAPHIQUE DU SUICIDE ³

Les documents les plus connus et les plus généralement utilisés sont les statistiques de LISLE (1856), de BRIÈRE DE BOISMONT (1856), de CAZAU-VIEILH (1840), de DURKHEIM (1897), du Père KROSE (1906), VON MAYER (1917), FERRI (1925), d'HALBWACHS (1930), etc. Nous devons y joindre les documents que contient l'excellent travail de G. DESHAIES (1947).

1° *Nombre moyen des suicides.*

D'après LISLE, en 1856 il y avait, en France, 2 à 3 suicides pour 10.000 habitants par an.

D'après HALBWACHS (tableau IX) pour la période de 1922 à 1925, il y avait 2,29 suicides pour 10.000 habitants par an, alors que pour l'ensemble des Pays d'Europe, le taux général moyen était de 1,75 pour 10.000 habitants.

2° *Progression du nombre des suicides.*

Malgré ces constatations qui paraissent avoir leur prix et montrer la constance du nombre des suicides en France depuis 1856, tous les auteurs admettent une « progression sensible » du suicide. G. DESHAIES a dressé un tableau saisissant (p. 48) de cette

Constance: 2,29 pour 10000 habitants en France en 1856...

Mais aussi légère progression...

1. ROST, *Bibliographie des Selbstmords*, Augsburg, 1927.

2. Achille DELMAS, *Psychologie du suicide*, Paris, 1932 ; HALBWACHS, *Les causes du suicide*, Paris, 1930 ; Ch. BLONDEL, *Le suicide*, Paris, 1933 ; P. FRIEDMANN, Sur le suicide, *Revue française de psychanalyse* ; D. K. HENDERSON, The social and individual prophylaxie of suicide, II^e *Congrès Intern. d'Hygiène mentale*, Paris, 1937 ; G. JAMEISON, Suicide and mental disease, *Arch. of Neuro. and Psych.*, juillet 1936 ; Gr. ZILBOORG, Differential diagnostic types of Suicid., *Arch. of Neuro.*, 1936, 35, pp. 270 à 291 et Suicide among civilized and primitiv races, *Amer. J. of Psych.*, 1935-1936, 92, pp. 1347 à 1369 ; Merill MOORE, *The New-York England Journal of Med.*, août 1937 ; WEICHERODT, *Der Selbstmord*, Berlin, 1937 et Gabriel DESHAIES, *Psychologie du suicide*, Paris, 1947, etc.

3. Nous avons tenu à ramener le « taux des suicides » à leur proportion pour 10 000 habitants, calcul qui nous paraît mieux adapté à l'horizon social de chacun de nous.

progression qui passerait de 0,48 pour 10.000 habitants à 2,68 pour 10.000 de 1928 à 1934 et LISLE notait déjà à son époque une « progression » de 1,4 pour 10.000 habitants à 2 pour 10.000 en 20 ans ¹.

3° Répartition géographique du nombre des suicides ².

D'après FERRI, il y a eu de 1921 à 1925, pour 10.000 habitants : 0,80 suicides en Italie ; 2,29 en France ; 1,02 en Angleterre ; 1,35 en Belgique ; 0,35 en Irlande ; et 0,57 en Espagne. C'est la Saxe (selon Hans GRUEHLE) qui battait le record avec 3,44.

En France ³, le maximum se rencontrait dans l'Isle-de-France, l'Orléanais, les Flandres, l'Artois, la Picardie, la Champagne, la Provence et la Normandie et le minimum en Bretagne, dans le Centre et le Sud. ICHOCK ⁴ trouve 2,8 à 3,5 pour 10.000 habitants dans l'Oise, l'Eure-et-Loir, la Seine-et-Marne, la Sarthe et seulement 0 à 0,7 pour 10.000 habitants dans l'Aube, l'Aveyron, la Lozère et la Corse. DESHAIES fait remarquer (p. 16) que les « variations régionales peuvent marquer un écart de 1 à 10 ».

4° Répartition des suicidés dans les campagnes et dans les villes.

Il est acquis, dit DESHAIES, que le suicide est plus fréquent dans les villes que dans les campagnes. D'après le tableau d'HALBWACHS, le rapport ville-campagne ⁵ était de 195 en 1866 et n'était plus que de 114 en 1920. ICHOCK confirme la progression du suicide rural ⁶. H. GRUEHLE (1940) a trouvé un plus grand nombre de suicides dans les villes de 30 ou 40.000 habitants que dans les agglomérations plus petites.

5° Répartition du nombre des suicidés d'après la religion.

Les statistiques les plus connues ont été faites par WAGNER en 1804, MORSELLI en 1879; LEGOYT, OTTINGEN, DURKHEIM. Elles portent sur des populations d'Europe Centrale (Prusse, Bavière) et de Suisse (cf. tableau p. 482 d'HALBWACHS). Nous pou-

1. Ces statistiques sont véritablement difficiles à interpréter. Dans le tableau statistique de G. DESHAIES, pp. 48-49, à l'année 1836 figurent 68 suicides pour 1.000.000 d'habitants (soit 0,68 pour 10.000). Mais ce chiffre paraît bien plus faible que celui indiqué à cette époque par la statistique de LISLE (LISLE, *Du suicide*, 1856, pp. 21, 22 et 23). Pour les cinq régions de la France comptant 34.000.000 d'habitants, LISLE comptait 14.207 suicidés, ce qui fait, si nous ne nous abusons pas un peu plus, 4 suicidés pour 10.000 habitants, taux supérieur au chiffre de 268 suicidés pour 1.000.000 (soit 2,68 pour 10.000) donné par DESHAIES. On se demande ce que valent les statistiques de LISLE ou de DESHAIES et laquelle est la bonne. On trouvera dans le livre d'A. DELMAS, pp. 3 et 26, des critiques et des remarques pertinentes au sujet de l'incertitude de ces statistiques...

2. Cf. Tableau IX de HALBWACHS.

3. Cf. DESHAIES, p. 16.

4. G. ICHOCK, Étude sur la population française: le suicide, *Biologie médicale*, février 1925. ville

5. ville/campagne = 100

6. Malgré notre souci d'objectivité, nous ne pouvons pas ne pas souligner une sorte d'acharnement de tous les statisticiens à montrer le « progrès » de l'objet de leur statistique avec le temps. DESHAIES fait remarquer que le nombre plus grand des suicides *enregistrés* n'équivaut pas, selon la plus saine règle logique, dirions-nous, à un nombre plus grand de suicides réels.

...C'est la Saxe (selon Hans GRUEHLE, 1940) qui battait le record avec 3,44/10000...à l'inverse de l'Italie (0,80) et l'Espagne (0,57)...

...le suicide est plus fréquent dans les villes que dans les campagnes...

vons en dégager les chiffres suivants : De 1901 à 1907, on a compté pour 10.000 habitants 1,01 suicides parmi les catholiques ; 2,52 parmi les protestants et 2,94 parmi les Juifs. DURKHEIM (tableau XVIII) dans sa statistique générale groupant 12 statistiques particulières échelonnées de 1844 à 1890 trouvait que les Juifs se suicident moins que les catholiques et les protestants... La prééminence du suicide protestant sur le suicide catholique ne se rencontrerait pas non plus « en Suède, en Norvège et pour une part en Angleterre » (DESHAIES, p. 41).

...Les juifs se suicident moins que les catholiques et ces derniers moins que les protestants... (DURKHEIM, 1890)

Sur la population suisse (tableau p. 282 d'HALBWACHS), les catholiques fournissent dans les environs de 0,8 suicidés pour 10.000 des leurs, dans les districts agricoles et 1,65 dans les districts industriels, tandis que le taux des suicides protestants est respectivement de 2,09 (Allemands) à 4,14 (Français) dans les districts agricoles et de 2,57 (Allemands) à 3,78 (Français) dans les districts industriels.

6° *Influence des facteurs familiaux.*

C'est DURKHEIM qui, en 1897, a établi le « coefficient familial de préservation » du suicide. Il mit en évidence l'augmentation du taux des suicides dans les ménages trop précoces, dans le veuvage et surtout dans le célibat. Voici les chiffres fournis à cette époque par la statistique de BERTILLON (1861 à 1868) :

...C'est DURKHEIM qui, en 1897, a établi le « coefficient familial de préservation » du suicide...

Pour 10.000 époux avec enfants il y avait 2,05 suicides

"	"	sans	"	"	4,78	"
"	épouses	avec	"	"	0,45	"
"	"	sans	"	"	1,58	"
"	veufs	avec	"	"	5,26	"
"	"	sans	"	"	10,00	"
"	veuves	sans	"	"	1,04	"
"	"	sans	"	"	2,38	"

Pourtant DESHAIES indique 64 % de femmes mariées contre 10 % de veuves et 26 % de célibataires dans sa statistique personnelle (à vrai dire cette statistique ne porte que sur un nombre restreint de cas).

Une statistique intéressante est celle que présente HALBWACHS d'après les documents de VON MAYER ; elle porte sur la famille des suicidés en Allemagne en 1900. Sur 100 suicidés, il y a 15 % d'individus appartenant à des ménages de deux personnes ; 18,2 % de 3 personnes ; 18,1 % de 4 personnes ; 16,6 % de 5 personnes ; 12 % de 6 personnes, 13,7 % de 7 et 8 personnes ; 4,4 % de 9 et 10 personnes et seulement 1,8 % de plus de 10 personnes.

7° *Influence des guerres.*

Les statistiques montrent un fléchissement du nombre des suicides en temps de guerre (DURKHEIM). En 1870 le taux du suicide tombe de 100 à 80 par rapport à 1869 ;

en 1917 il tombe de 100 à 60 par rapport à 1913 ; en 1940 il est tombé de 100 à 83 par rapport à 1938 (d'après DESHAIES dont le graphique qui illustre ce fait est tout à fait démonstratif p. 48).

8° *Influence des crises économiques.*

Elles tendent à augmenter le nombre des suicides. D'après le tableau p. 370 d'HALBWACHS, à chaque période de baisse des prix correspond une augmentation des suicides ¹. Ces écarts paraissent d'ailleurs minimes et contestables. Cependant s'il est aisé aux statisticiens d'expliquer une baisse imprévue dans leur théorie du taux des suicides à une époque prospère (1899-1904), en invoquant des facteurs sociaux d'action inverse (l'affaire DREYFUS) et si, en fin de compte, il est malaisé de mettre en évidence de pareils facteurs de variations, cependant, comme le fait remarquer G. DESHAIES, certains faits demeurent, telle l'épidémie de suicides en Allemagne (1922) sous l'influence d'une inflation désastreuse.

...certains faits demeurent, telle l'épidémie de suicides en Allemagne (1922) sous l'influence d'une inflation désastreuse...

B. — ANALYSE STATISTIQUE BIOPHYSIOLOGIQUE DU SUICIDE

Tous les faits dont nous venons d'exposer si brièvement l'essentiel, sont ceux qui servent généralement d'arguments à la « thèse sociologique ». Ceux que nous allons passer en revue sont plutôt utilisés par la « thèse psychiatrique » pour autant qu'ils mettent en évidence les facteurs biologiques ou les influences physiques.

1° *Influence de l'âge.*

Pour LISLE il y avait :

pour 10.000 personnes de moins de 16 ans	0,018 suicide
" de 16 à 21 ans	0,41 suicide
" de 21 à 31 ans	1,00 suicide
" de 30 à 40 ans	1,00 suicides
" de 40 à 50 ans	1,10 suicides
" de 50 à 60 ans	1,16 suicides
" de 60 à 70 ans	2,20 suicides
" de 70 à 80 ans	2,20 suicides

...[au XIX^e] le suicide des jeunes est rare, et avec l'âge le suicide réussi augmente (LISLE, 1856)...

La statistique plus récente de I'CHOCK (DESHAIES, p. 19) confirme cette vieille statistique. Cependant, d'après DESHAIES, dans les statistiques américaines (F. C. LENDRUM, P. PIKER, Merrill MOORE) qui portent sur les *tentatives du suicide*, l'âge du maximum de fréquence paraît se situer de 20 à 25 chez les femmes, de 25 à 30 chez l'homme. Le vieillissement conditionnerait donc moins la propension suicide que l'efficacité de l'exécution et, comme le souligne humoristiquement DESHAIES, « exprimerait un perfectionnement technique ».

1. Cette statistique fut faite en Allemagne de 1881 à 1913.

2° Influence du sexe.

ESQUIROL signalait 30 femmes suicidées pour 100 hommes. Les dernières statistiques donnent en moyenne, dans tous les pays, des chiffres allant de 23 à 28 % de suicides de femmes par rapport aux suicides d'hommes. Il y a une raison à cela : c'est que les tentatives qui échouent sont beaucoup plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes.

...23 à 28 % de suicides de femmes par rapport aux suicides d'hommes...

D'abord les modes de suicide diffèrent d'efficacité :

en se pendant	:	:	se suicident 43%	d'hommes et 27%	de femmes
en se noyant	:	"	24%	" 39%	"
par le revolver	:	"	18%	" 7%	"
par arme blanche	:	"	3%	" 2%	"
par le poison	:	"	1%	" 3,5%	"
en se précipitant	:	"	3%	" 5,8%	"
par asphyxie	:	"	4%	" 13%	"
en se faisant écraser	:	"	3%	" 3%	"

Quant au nombre des suicides consommés par rapport aux tentatives de suicide (qui dépend en partie du moyen employé), d'après une statistique de Mario BACHI ¹, il y a 68 femmes qui tentent de se suicider pour 100 hommes ; mais il n'y a que 38,5 pour 100 femmes qui parviennent à se tuer. *Il y a donc chez les femmes près du double de tentatives de suicide que de suicides consommés.* Il n'en reste pas moins que, la proportion des suicides consommés des femmes par rapport aux hommes étant de 1/3 environ à 2/3, les idées de suicide sont *plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.*

...qui est le plus fréquent et chez lequel les idées de suicide sont plus fréquentes(1947)...

3° Influence de la race et du tempérament.

Une étude de Nicolas BROUKANSKI ² portant sur 349 suicides à Moscou conclut aux pourcentages suivants pour 10.000 habitants :

3,7 chez les Chinois	3,6 chez les Allemands
2,8 chez les Slaves du Sud	2,8 chez les Juifs
2,4 chez les Russes	2,2 chez les Polonais
1,6 chez les tartares	

Les nègres qui avaient la réputation de peu se suicider se montrent au regard des statistiques américaines très enclins au suicide. D'après F. C. LENDRUM ³, l'hôpital de Détroit reçut 16,6 % suicidants nègres alors que leur proportion dans la population ne dépasse pas 7,6 %. A Cincinnati il y a, selon Ph. PIKER ⁴, plus du double de suicides

1. Mario BACHI. La micidialità dei tentativi di suicidio, *Giornale degli Economisti e Rivista di Statistici*, Mai 1924.

2. Nicolas BROUKANSKI, *Ann. de Médecine Légale*, 1926.

3. F. C. LENDRUM, *Amer. J. of Psych.*, 1933.

4. Ph. PIKER, *Amer. J. of Psych.*, 1938.

chez les nègres que chez les blancs et surtout une grande proportion de suicides ratés. Ch. PRUDHOMME ¹ a étudié au point de vue psychanalytique et sociologique la propension des nègres pour le suicide ².

En ce qui concerne la relation du biotype et des dispositions au suicide, (Günther WEYRICH ³) c'est le type leptosome asthénique qui prédominait nettement chez ses 108 suicidants. Les pycniques se jettent plutôt à l'eau et usent du poison, les motifs de leurs suicides sont plus « banaux ». Les leptosomes-athlète-dysplastiques donnent une motivation compliquée de leurs tentatives et ils recourent plus facilement à l'écrasement ou à la pendaison.

Naturellement il faut à ce sujet rappeler ce que nous avons dit plus haut des tendances au suicide héréditaire. Toutes les recherches hérédo-statistiques montrent combien dans les arbres généalogiques le nombre des suicides est étroitement lié aux tares psychopathiques.

4° Influence de la menstruation.

ESQUIROL ⁴, note DESHAIES, avait cru reconnaître une fréquence plus grande du suicide chez les femmes avant ou pendant la menstruation. S. PELLER ⁵, d'une étude portant sur 700 suicides a conclu à l'augmentation progressive du suicide pendant la semaine qui précède les règles jusqu'à un maximum se produisant le premier jour de l'hémorragie cataméniale. J. VON BALAZS ⁶ a retrouvé, lui aussi, ce maximum de fréquence sur 3.110 cas étudiés dans le « prémenstruum ». Janoslav HOSACEK ⁷ à la même époque a rencontré un pourcentage de 20 % de suicides dans la période menstruelle alors que 10 % des femmes se trouvent fortuitement dans cette période (3 jours sur 28).

5° Influence des variations du milieu météorologique.

Le travail le plus récent et le plus intéressant à notre connaissance est dû à C. A. MILLS ⁸. D'après cet auteur, c'est aux variations de la pression barométrique que seraient corrélatives les variations du taux des suicides.

Les phases de dépression atmosphérique et les phases de dépression psychique

1. CH. PRUDHOMME, The problem of suicide in *Amer, negro psychanalytic Revue*, 1938, (cité par DESHAIES).

2. Cf. également sur ce point l'article de ZILBOORG de *l'Amer. J. of Psych.* (tome 92, pp. 1347 à 1369) et le livre de J. WIESE, *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvölker*, 1933.

3. Günther WEYRICH. Körperbau und Selbstmord. *Deutsch Z. gericht Med.* 1935, pp. 284-300.

4. ESQUIROL, Tome I, p. 594.

5. D'après DESHAIES, p. 27.

6. J. V. VON BALAZS, Menstruation und Selbstmord, *Psych. Neuro., Wochenschrift*, 1936, p. 407.

7. Janoslav HOSACEK, Bez. zwischen Menst. und Selbstmord (*Cas. lek. Cesk.*, 1936 en tchèque), analyse in *Zentralblatt*, 84, p. 324.

8. C. A. MILLS, Suicides and homicides in their relation to weather changes, *The Amer. Journal of Psych.*, 1934, pp. 669 à 672.

...pour les dispositions au suicide c'est le type leptosome asthénique qui prédomine nettement...

Les pycniques se jettent plutôt à l'eau et usent du poison...

...On notera l'influence de la menstruation

...et la dépression barométrique...

coïncideraient. Au moyen de cartes barométriques et d'observations corrélatives des suicides et des changements de la pression barométrique pendant 5 ans, il montre l'existence d'un foyer géographique à maximum de suicides, et d'homicides dans la région tempétueuse de Kansas City et d'une zone de minimum sur la côte du Sud-Est où le temps est plus stable.

6° *Influence des troubles mentaux.*

G. VON MAYER ¹, d'après sa statistique en Saxe de 1905 à 1908, admettait que 30 % des suicides chez les hommes et 50 % chez les femmes relèveraient de désordres psychiques. M^{lle} SERIN ² étudiant 449 cas de suicides a noté 150 suicides pathologiques, 130 suicides au cours de l'ivresse et 169 suicides « réactionnels » (71 aux chagrins, 50 à la misère, 44 aux maladies douloureuses). Parmi les 150 suicides pathologiques, 78 étaient la conséquence de troubles mentaux bien caractérisés et 72 le fait d'un simple état de déséquilibre. G. DESHAIES évalue approximativement à 60 % la proportion de psychopathes dans la masse des suicidants ³.

D'autres statistiques révèlent l'importance des réactions suicides que nous avons précédemment étudiées chez les malades mentaux. ESQUIROL estimait à 10 % et BRIÈRE DE BOISMONT à 25 %, VIALON à 16 %, R. Gucci à 32 % (chiffres cités par G. DESHAIES p. 79) le pourcentage des tentatives de suicide chez nos malades. G. DESHAIES étudiant les cas des malades mentaux traités à S^{te}-Anne de 1937 à 1940 (1191 malades) a noté 22 % de propension au suicide chez les femmes et 19,5 % chez les hommes, alors que la proportion des suicidants est seulement, nous l'avons vu, de 0,2 % (2 pour 10.000) dans la population générale. Si l'on considère seulement les tentatives et non pas seulement les « idées » de suicide, le taux chez les malades mentaux est de 11 %. DESHAIES indique lui-même que ce serait une erreur cependant de comparer purement et simplement le taux des suicides dans la population générale et chez les malades mentaux, puisque les chiffres que l'on admet pour les malades mentaux dénombrent les tentatives, tandis que ceux qui visent la population générale ne visent que les actes consommés. Si donc on rectifie ce chiffre tenant compte qu'il y a en général 5 tentatives de suicide pour un suicide consommé, on pourrait estimer que le *suicide est 100 fois plus fréquent chez les psychopathes que dans la population générale.*

Mais comme il reste beaucoup à dire encore sur le fondement de ce calcul ⁴, on comprend que le problème reste ouvert. C'est celui-là même qui a mis aux prises sociologues et psychiatres et que nous allons maintenant envisager.

...on pourrait estimer que le suicide est 100 fois plus fréquent chez les psychopathes que dans la population générale...

...Mais comme il reste beaucoup à dire encore sur le fondement de ce calcul, on comprend que le problème reste ouvert...

1. G. VON MAYER, *Statistik und Gesellschaftslehre*, Tubingen, 1917.

2. Suzanne SERIN, Une enquête médicale sociale sur le suicide à Paris, *Ann. Médico-Psycho.*, novembre 1926, pp. 356 à 363.

3. G. DESHAIES, p. 103.

4. G. DESHAIES, pp. 81 et 82.

C. — LES THÈSES SOCIOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES
SUR LE DÉTERMINISME DU SUICIDE

Les données de faits et les statistiques que nous venons d'exposer rendent particulièrement sensible ce débat.

...La thèse psychiatrique a été adoptée par ESQUIROL dans toute sa rigueur :

« Je crois avoir démontré, écrivait-il, que l'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire et que les suicides sont aliénés »...

La thèse psychiatrique a été adoptée par ESQUIROL dans toute sa rigueur : « Je crois avoir démontré, écrivait-il, que l'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire et que les suicides sont aliénés »¹. GEORGET, CAZAUVIELH, FALRET, BOURDIN, WINSLOW, CHASLIN, etc., ont soutenu le même point de vue. La « promotion des suicidants » selon l'expression de G. DESHAIES, est entièrement pathologique à leurs yeux. C'est-à-dire que, comme pour Paul DELMAS², la proportion des suicides pathologiques serait purement et simplement de 100 %. La même théorie, sous sa forme extrême, a été, de nos jours, soutenue par A. DELMAS³ en continuité avec les idées exprimées par Maurice DE FLEURY⁴, elle peut se résumer en quelques propositions essentielles : la thèse sociologique qui fonde le suicide sur un déterminisme social repose sur des statistiques qui valent ce que valent toutes les statistiques, c'est-à-dire à peu près rien – mis à part, certains « faux suicides » par idéal moral ou philosophique, toutes les réactions suicides sont pathologiques – le « vrai suicide », le suicide pathologique, est moins le fait des troubles mentaux caractérisés des malades que déterminé par les dispositions constitutionnelles d'individus qui « paraissent » normaux et subnormaux, mais dont la base de la personnalité est une « constitution » cyclothymique ou hyperémotive, c'est-à-dire foncièrement morbide.

...La thèse sociologique développée dans le fameux livre de DURKHEIM et dans l'ouvrage plus récent d'HALBWACHS envisage le suicide comme la résultante de facteurs sociaux...

La thèse sociologique développée dans le fameux livre de DURKHEIM⁵ et dans l'ouvrage plus récent d'HALBWACHS⁶ envisage le suicide comme la résultante de facteurs sociaux. Les deux grands arguments de la thèse sociologique sont la *solidarité du phénomène suicide et des faits sociaux* et les *épidémies de suicides*. Pour DURKHEIM, le suicide est si véritablement un acte déterminé par les conditions sociales que le nombre des suicidés exprime très précisément le degré de cohésion, de « santé » sociale. Une société où on se suicide est une société qui souffre, qui se désunit, où la morale collective est plus faible. Aussi le nombre des suicides diminue-t-il dans les grands drames sociaux comme les guerres... Pour HALBWACHS, le suicide traduit toujours quelque événement social, même quand il se produit chez des sujets psychopathiques :

1. ESQUIROL, I, p. 665.

2. Paul DELMAS, cité par DESHAIES, p. 102.

3. A. DELMAS, *Psychologie pathologique du suicide*, Paris, 1932.

4. M. DE FLEURY, *l'Angoisse humaine*, Paris, 1924.

5. E. DURKHEIM, *Le Suicide*, Étude sociologique, Paris, 1897.

6. Maurice HALBWACHS, *Les causes du suicide*, Paris, 1930.

« Les raisons de suicide sont en nous, mais aussi hors de nous ». L'idée même de se donner la mort est toujours l'application d'une certaine « morale » sociale. « Je me tue, car dans mon cas, *il faut mourir* ». En ce sens, le sacrifice et le suicide se rejoignent sans se confondre pourtant, car dans le sacrifice l'acte apparaît éminemment moral, encouragé et récompensé par la société, tandis que dans le suicide, conditionné seulement par des facteurs d'environnement social, l'acte est à la fois réprouvé et nécessaire. – On le voit, dans cette thèse, l'idée même de se donner la mort, fût-elle conditionnée par des troubles affectifs, instinctifs ou intellectuels, comme ceux que nous avons exposés, réside essentiellement en un désir d'inspiration sociale et non point strictement individuelle : le suicide serait donc un phénomène qui s'expliquerait par les données statistiques que nous avons exposées plus haut et non par les variations normales ou pathologiques de la conscience personnelle, puisque celle-ci n'est en fin de compte que le reflet de la « conscience collective ». Voici comment nous pouvons présenter avec quelques détails la thèse sociologique de DURKHEIM et d'HALBWACHS ¹ :

...Pour HALBWACHS « Les raisons de suicide sont en nous, mais aussi hors de nous »...

La thèse sociologique du suicide est diamétralement opposée à la thèse psychiatrique. La sociologie, nous venons de le voir, considérant non plus le « suicidant » mais le « fait suicide », l'étudie en tant que « phénomène de masse », en tant que phénomène uniquement social, dans lequel les facteurs individuels ne jouent plus qu'un rôle accessoire.

DURKHEIM cherchant à différencier le suicide de l'accident *assimile tout d'abord le suicide au sacrifice* : ce sont deux variétés d'une même classe. Ce qui caractérise le suicide, ce n'est pas l'intention de se tuer qui est inconnaissable, mais la connaissance des conséquences de l'acte. Il donne donc la définition suivante : « Toute mort qui résulte immédiatement ou médiatement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ». Un autre sociologue, BAYET ², a adopté cette définition du suicide « parce qu'elle est neutre au point de vue moral » tandis que toute différenciation du suicide et du sacrifice implique une appréciation morale et manque par conséquent d'objectivité. Cependant, devait estimer HALBWACHS, ce n'est qu'arbitrairement et par abstraction ou par un raisonnement purement logique que l'on peut assimiler les deux actes : la collectivité a en effet une attitude essentiellement différente vis-à-vis de l'un et de l'autre. La conscience collective devant obligatoirement trouver place dans toute étude sociologique, il est anormal de l'exclure de la définition du suicide et de négliger la différence qui dans les représentations collectives sépare le suicide du sacrifice. Le suicide est donc pour HALBWACHS : « *Tout cas de mort qui résulte d'un acte accompli par la victime elle-même, avec intention ou envie de se tuer et qui n'est pas un sacrifice* ».

...Nous suivrons dans cet exposé de la thèse sociologique le travail inédit que notre élève BUTSBACK a bien voulu faire pour notre groupe d'études en 1942 ainsi que le livre de Charles BLONDEL (1933) [cf.: note1]...

Quoi qu'il en soit de cette définition qui peut paraître d'emblée trop large, ce sont, malgré les réserves des psychiatres, les données statistiques qui ont servi de point de départ à la thèse socio-

1. Nous suivrons dans cet exposé de la thèse sociologique le travail inédit que notre élève BUTSBACK a bien voulu faire pour notre groupe d'études en 1942 et le livre de Charles BLONDEL, qui résume admirablement d'ailleurs ce point de vue, pp. 57 à 108.

2. Albert BAYET, *Le Suicide et la Morale*, Paris, 1923.

«...chaque société est prédisposée à fournir un contingent déterminé de morts volontaires...»
DURKHEIM.

logique de DURKHEIM et qui ont justifié, dès le principe, son hypothèse que le suicide était un phénomène social. Grâce à elles et à leur constance, il peut paraître évident que le suicide est un « phénomène de masse ». C'est ainsi par exemple que, d'après DURKHEIM, le nombre annuel de suicides varie peu dans la même nation, mais il peut varier énormément d'une nation à l'autre. « C'est donc, écrit-il, que chaque société est prédisposée à fournir un contingent déterminé de morts volontaires. Cette prédisposition s'exprime numériquement par le taux des suicides, c'est-à-dire par le rapport du chiffre global des morts volontaires et le chiffre de la population, ce taux pouvant être regardé comme un indice caractéristique. Expression d'une tendance sociale, le suicide est donc bien un phénomène éminemment social ».

Et, en effet, pour le sociologue aucun facteur étranger à la vie collective (tels que facteurs cosmiques, physiologiques ou psychologiques) ne peut expliquer le suicide :

Facteurs cosmiques ? Le taux du suicide ne dépend nullement du climat : il est susceptible de varier au cours des temps sans corrélations précises avec le climat. Il existe bien des variations saisonnières du nombre des suicides ; mais ces variations dépendent non pas des différences de température mais de l'allongement des jours qui agit par ses conséquences sociales, car c'est de jour que la vie sociale est la plus intense...

Facteurs physiologiques tels que la race ? D'une part, la race est une notion trop incertaine ; d'autre part, à conditions sociales égales, le taux des suicides est le même quelle que soit la race. Ainsi dans l'ancienne Autriche, l'Allemand « connu d'ailleurs pour sa tendance au suicide » ne se tuait pas plus que le Slave...

Parmi les facteurs psychologiques dont on a voulu faire dépendre le nombre des suicides, on rencontre d'abord *l'imitation*. L'imitation joue un rôle évident dans la provocation de certains suicides ; la mort volontaire est facilement contagieuse. Mais l'imitation n'a que des conséquences individuelles et sporadiques : elle nécessite une prédisposition due au milieu social. La contagion mentale n'est, pour DURKHEIM, qu'un des multiples moyens accessoires que la tendance collective utilise pour atteindre au nombre des suicides qui la caractérise. De même, les *motifs individuels* d'ordre affectif (désespoirs et déconvenues de toute nature) sont, d'après DURKHEIM, sans valeur ni efficacité réelle : d'une part, même prouvés, leur fréquence relative n'augmente pas, alors que le nombre des suicides augmente. De plus, non seulement leur fréquence relative, mais encore la nature de ces motifs ne varie pas avec les milieux. « Ils marquent, écrit-il, les points faibles, par où le courant venu du dehors incite l'individu à se détruire ». Ils ne sont que le prétexte, l'occasion que saisit la cause véritable pour produire son effet. Qui a laissé savoir qu'il se tuait par désespoir d'amour, aurait, tout aussi bien, pu se tuer par peur de la misère. Le décor anecdotique du suicide n'est que l'apparence ; la cause profonde est tout. Il est à remarquer que, sur ce point, DURKHEIM s'accorde avec beaucoup de psychiatres pour refuser aux contrariétés, aux chagrins, dans l'étiologie du suicide, le rôle de cause véritable. Mais l'accord cesse aussitôt quant à la nature réelle de cette cause. Elle ne tient pas, pour lui, à l'individu et aux anomalies de sa constitution psychophysiologique, mais au milieu social dont il fait partie, la constance du suicide mesurant la constance du milieu social.

C'est donc par l'étude du milieu social seul, que les sociologues vont arriver à trouver les causes déterminantes des suicides et de leur taux. DURKHEIM croit pouvoir rattacher les conditions qui provoquent « ce taux social des suicides » à deux caractères fondamentaux de la vie collective : d'une part, l'intégration des membres de la société en un tout, d'autre part, l'action régulatrice

«... les motifs individuels marquent les points faibles, par où le courant venu du dehors incite l'individu à se détruire »
DURKHEIM

LE SUICIDE PATHOLOGIQUE

que la société exerce sur les sentiments et la conduite de ses membres. L'exagération et l'affaiblissement de ces tendances donnent naissance à quatre courants provocateurs de suicides, dont l'intensité détermine le taux social des suicides. Quand l'intégration à la société perd sa vigueur, l'individu est désarmé dans la vie :

a) Considérons en effet *les sociétés religieuses*. Le protestant se tue plus que le catholique. C'est que le protestantisme est né de l'ébranlement des croyances traditionnelles et de l'esprit de libre examen ; d'où la multiplicité des sectes et une moindre intégration au groupe. L'Église catholique, au contraire, est plus fortement intégrée, si « elle protège l'homme contre le désir de se détruire, dit DURKHEIM, c'est parce qu'elle est une société où les dogmes et les rites sont de nature à alimenter une vie collective d'une suffisante intensité », et c'est parce que l'Église protestante n'a pas le même degré de consistance qu'elle n'a pas sur le suicide la même action modératrice.

b) De même, *au point de vue familial*. Le célibataire se tue plus que le veuf, qui se tue plus que l'homme marié, et l'homme marié se tue d'autant moins qu'il a d'enfants. C'est que la famille est un groupe social intégré.

c) De même encore, *au point de vue politique*. On constate une notable diminution du nombre des suicides au moment des guerres et des grosses commotions sociales. « C'est que, écrit DURKHEIM, elles avivent les sentiments collectifs, stimulent l'esprit de parti, comme le patriotisme, la foi politique comme la foi nationale et, concentrant les activités vers un même but, déterminent, au moins pour un temps, une intégration plus forte à la société ».

Le suicide varie donc en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu. On a ainsi un premier groupe des suicides, que DURKHEIM appelle *le suicide égoïste* parce que cette intégration dégage l'individu de la vie sociale, et le pousse à mettre sa propre personnalité au-dessus de la personnalité collective. Le lien qui rattache l'individu à la société se défait-il et du même coup se détend celui qui le rattache à la vie. L'individu cédera, alors, au moindre choc des circonstances.

Au contraire, dans les sociétés comme les sociétés primitives où l'intégration est poussée à l'extrême, et où l'individu ne compte presque pour rien, l'individu se tue lorsque la société le lui commande : ainsi le vieillard se tue à partir d'un certain âge, la femme se tue à la mort de son mari, les serviteurs à la mort du maître. Il s'agit ici du second type de suicide, *le suicide altruiste* : il apparaît comme un devoir, et l'individu se sacrifie à des fins sociales. « Dans les sociétés modernes, dit DURKHEIM, l'armée est le groupe social qui rappelle le mieux la structure des sociétés inférieures. C'est pourquoi le soldat se tue plus que le civil »¹.

Examinons maintenant le rôle de l'action régulatrice de la société sur les sentiments et la conduite de l'individu dans la genèse du suicide. La société freine l'activité et règle les sentiments et les désirs des individus. Mais des transformations trop brutales viennent contrarier cette action régulatrice : des individus déclassés ou surclassés ne se trouvent plus au niveau où la société les avait placés. Les uns ne savent plus limiter leurs besoins et leurs désirs, les autres se sentent incapables de se restreindre davantage. C'est ce que DURKHEIM appelle « *l'état d'anomie* », qui

... Pour DURKHEIM, le taux social des suicides se rattache

d'une part à l'intégration des membres de la société en un tout,

d'autre part, l'action régulatrice que la société exerce sur les sentiments et la conduite de ses membres...

...le suicide égoïste...

...le suicide altruiste...

1. Dans les sociétés « plus modernes » encore, que DURKHEIM n'avait pas connues, cette structure des « sociétés inférieures » s'est étendue, par un étrange progrès de la vie militaire à la vie civile tout entière quand sa cohésion est celle du fer, de l'acier et du ciment armé...

...le suicide anémique...

engendre un esprit de rébellion contre la discipline collective, et par suite un troisième type de suicides, *le suicide anémique*. On le rencontre surtout dans les milieux industriels et commerciaux : les crises industrielles ou financières, ou bien les moments de prospérité économique se caractérisent par une augmentation du taux des suicides. Ce sont, en effet, des « perturbations d'ordre collectif qui déterminent une exacerbation de l'anomie et en accentuent les effets ». De même, dans le cadre familial, *le divorce*, l'affaiblissement de la réglementation matrimoniale, laquelle limite et règle les désirs de l'homme, constitue un état d'anomie conjugale qui entraîne une augmentation du nombre des suicides.

Il existe enfin un quatrième type de suicide, « celui qui résulte, notait DURKHEIM, d'un excès de réglementation, celui que commettent les sujets dont l'avenir est muré impitoyablement, dont les passions sont violemment comprimées par une discipline oppressive ».

Mais, l'éminent sociologue, négligeant ce dernier type de suicide qui n'avait plus, à ses yeux, « qu'un intérêt historique »¹ retient seulement les trois grandes variétés : égoïste, altruiste et anémique. Celles qui se rencontrent le plus souvent sont le suicide égoïste et le suicide anémique. Ces deux variétés de suicide se ressemblent en ce sens que, dans l'une et dans l'autre, la société n'est pas suffisamment présente aux individus. Mais dans le suicide égoïste, c'est à l'activité proprement collective qu'elle fait défaut ; dans le suicide anémique, c'est aux passions individuelles qu'elle manque. Aussi n'est-ce pas dans les mêmes milieux sociaux que se rencontrent ces deux sortes de suicides ; l'un a pour terrain d'élection les caractères intellectuels, l'autre le monde industriel et commercial.

Chaque suicide possède évidemment son empreinte personnelle ; selon le tempérament de l'individu, selon les conditions spéciales dans lesquelles il se trouve. Mais les particularités individuelles ne jouent aucun rôle dans la genèse du suicide, elles ne font que prêter leurs propres couleurs à des actes qui ont ailleurs leur raison. Tout suicide garde la même « marque collective ». « C'est la constitution morale de la société, souligne DURKHEIM, qui fixe à chaque instant le contingent des morts volontaires. Il existe donc, pour chaque peuple, une force collective d'une énergie déterminée qui pousse les hommes à se tuer ».

Le suicide se trouve donc étroitement subordonné à la vie collective. Toute vie collective est faite, en des proportions variables, d'égoïsme, d'altruisme et d'une certaine anomie. Si ces courants se tempèrent mutuellement, l'individu est dans un état d'équilibre qui le met à l'abri du suicide. Si l'un de ces courants, au contraire, vient à dépasser un certain degré d'intensité, il provoque l'apparition de suicides. Mais un équilibre parfait est un état de stagnation pour une société qui a besoin pour vivre d'indépendance morale et d'abnégation. La contre partie nécessaire de ces vertus est le suicide. *Le suicide est donc un fait social normal et inévitable*.

Mais DURKHEIM, constatant l'accroissement du taux des suicides, estime ce fait anormal, « car il est l'indice, dit-il, de l'état de perturbation profonde dont souffrent les sociétés civilisées ». Ce fait montre la nécessité d'un renforcement de l'intégration et de la réglementation sociales. Et DURKHEIM voit la solution de ce problème, non pas dans le cadre religieux, politique ou familial, mais dans l'intégration de l'individu à des groupes professionnels fortement organisés.

Telle est la théorie de DURKHEIM dont les principes essentiels restent plus ou moins valables pour les sociologues d'aujourd'hui...

1. Cf. la note de la page précédente.

DURKHEIM, constatant l'accroissement du taux des suicides, estime ce fait anormal, « car il est l'indice, dit-il, de l'état de perturbation profonde dont souffrent les sociétés civilisées ».

LE SUICIDE PATHOLOGIQUE

Cependant, HALBWACHS, reconnaissant les insuffisances de cette dialectique ingénieuse, mais quelque peu artificielle, a cherché, par de nouvelles statistiques plus étendues et plus exactes, à rectifier et à compléter les résultats de DURKHEIM.

Il constate tout d'abord que l'augmentation du taux des suicides, jugée anormale par DURKHEIM, est un phénomène général et normal. Le taux des suicides tend, en effet, dans chaque pays, à se stabiliser à un certain maximum et à s'uniformiser de pays à pays. Cela tient, comme HALBWACHS cherche à le démontrer au cours de son ouvrage, au genre de vie, au type de civilisation qui tend lui-même à s'uniformiser. Il remarque, d'ailleurs, qu'il ne faut pas trop demander à la statistique, laquelle ne révèle que le nombre global des suicides survenus dans un groupe social et non les faits sociaux auxquels se rattachent ces suicides. « Un ensemble de suicides, dit HALBWACHS, est une donnée très complexe qu'on ne peut mettre en rapport qu'avec un ensemble complexe de causes. C'est un « fait de sociologie totale ». Cet ensemble complexe de facteurs sociaux est déterminé par les zones de civilisation, caractérisées elles-mêmes par le genre de vie. Cet ensemble est un tout dont il est impossible d'isoler les éléments et qu'il faut envisager comme tel.

Ainsi l'action de la *religion* n'est pas isolable de celle du milieu où elle exerce une part, mais une part seulement d'influence : par exemple, l'Église juive ne se distingue pas seulement des autres Églises par la particularité du dogme et du culte, mais aussi par tout un ensemble de coutumes, de façons d'être et de penser qui caractérisent le peuple Juif. On ne peut donc pas attribuer aux seules pratiques religieuses l'immunité relative dont les Juifs jouissent à l'égard du suicide. De même, les catholiques, en Prusse, se suicident peu, mais est-ce parce qu'ils sont, le plus souvent, Polonais ou paysans, ou parce qu'ils sont non-protestants ? Le groupe religieux se confond donc avec d'autres formations sociales dont il est inséparable.

De même, en ce qui concerne *la famille*, les sentiments familiaux ne dépendent pas non seulement de la composition de la famille, mais du milieu dans lequel elle se constitue et se développe. Les mœurs familiales forment donc, avec un ensemble de coutumes extérieures à elles, un tout indissoluble.

HALBWACHS en conclut que l'effort fait par DURKHEIM pour isoler et analyser l'action des traditions religieuses et de l'institution familiale suscitant des suicides a, en réalité, quelque chose d'illusoire.

Pour HALBWACHS, l'élément essentiel qui influe sur le taux des suicides est *le genre de vie*. Le genre de vie, le type de civilisation, peut se ramener au nombre d'occasions qu'il fournit aux individus d'entrer en rapport entre eux. Ces rapports, quelle que soit leur nature, sont tous susceptibles de provoquer des suicides et à une augmentation du nombre des occasions de contacts sociaux correspond une augmentation du nombre des occasions de suicide. Aussi, les crises politiques, les guerres, entraînent-elles une diminution du nombre des suicides à cause de la vie sociale. « Dans un train de vie plus uni, dit HALBWACHS, dans un milieu social plus uniforme, il y a moins de heurts et de frottements entre individus, c'est-à-dire moins d'occasions de mécontentement et de désespoir ». En tant que préservatif contre le suicide, *l'intégration sociale* n'aurait donc pas l'importance exclusive que lui attribuait DURKHEIM.

De même la considération des crises économiques démontre également, pour HALBWACHS, l'influence de l'intensité des contacts humains sur le taux des suicides. Il établit, contrairement à DURKHEIM, que seules les périodes de dépression économique correspondent à une augmentation

Pour HALBWACHS (1930) l'augmentation du taux des suicides, jugée anormale par DURKHEIM, est un phénomène général et normal. Le taux des suicides tend, en effet, dans chaque pays, à se stabiliser à un certain maximum et à s'uniformiser de pays à pays...

Pour HALBWACHS, l'élément essentiel qui influe sur le taux des suicides est le genre de vie...

du nombre des suicides. Une crise économique détermine bien un état de désorganisation et de déséquilibre, mais cette désorganisation crée justement entre les individus toutes sortes de rapports nouveaux : d'où la multiplication des occasions d'ennuis, d'humiliations, de déceptions et de souffrances et, par voie de conséquence, l'augmentation du nombre des suicides. HALBWACHS *nie donc toute l'importance de l'état d'anomie des sociétés contemporaines* pour insister sur leur complication qui multiplie les occasions de contact entre les hommes et, par suite, les suicides.

Mais par quel mécanisme *le nombre des contacts sociaux* influe-t-il sur le nombre des suicides ? Tout suicide se produit dans des circonstances concrètes qui le motivent aux yeux de l'intéressé. Si l'on multiplie les contacts d'un individu avec son entourage, on multiplie en même temps ses chances de se rencontrer dans des situations susceptibles de susciter dans sa conscience des motifs individuels de se donner la mort. HALBWACHS est ainsi amené à considérer le suicide comme un phénomène individuel et à tenter, en quelque sorte, une réhabilitation sociologique de ces motifs individuels estimés par DURKHEIM sans valeur ni portée réelle. Mais ces motifs, individuels en apparence, relèvent en réalité de causes sociales ; ce sont donc des faits sociaux au même titre que l'affaiblissement des coutumes traditionnelles ou que l'absence d'intégration au corps social. Ils doivent être, par conséquent, considérés comme des causes sociales du suicide. « Ils ne sont, dit HALBWACHS, qu'un aspect et qu'un effet de la structure et du genre de vie du groupe ».

Les motifs du suicide ont tous la même conséquence : ce sont des faits ou des circonstances, des sentiments ou des pensées qui isolent l'homme de la société. Il se forme autour de l'individu un vide social, une lacune qui s'accompagne d'un état d'angoisse et de terreur. L'existence de cette lacune sociale, cause unique du suicide pour HALBWACHS, prouve que cet état psychologique est social par son origine et par sa manière même. « Le psychiatre, écrit HALBWACHS, concentre son attention sur ce qui se passe à l'intérieur de la lacune, et comme il y a une sorte de vide social, il est tout naturel qu'il explique le suicide par le suicidé, et non par le milieu dont celui-ci est détaché. Il ne s'aperçoit pas que la cause véritable du suicide c'est le vide qui s'est fait autour du suicidé, et que s'il n'y avait pas de semblables lacunes, il n'y aurait pas de suicides ».

Quelle est donc, en définitive, l'importance que les sociologues réservent aux suicides des aliénés et des psychopathes ?

Pour DURKHEIM, il y a bien un suicide normal et un suicide pathologique, mais dans l'étude du taux des suicides il y a lieu, selon lui, de faire abstraction du suicide pathologique, « car le taux des suicides ne vaut que pour le suicide normal et l'aliénation mentale n'est pas un facteur de ce taux ». Le suicide normal est donc attribué au sociologue, le suicide pathologique au psychiatre, mais l'essence du phénomène suicide est la même dans les deux cas. « Ce n'est pas, dit DURKHEIM, parce qu'il y a tant de névropathes dans un groupe social, qu'on y compte annuellement tant de suicides. La psychopathie fait seulement que ceux-ci succombent de préférence à ceux-là ». S'il y a toujours assez de psychopathes pour fournir à la société le nombre de suicides qu'elle exige, c'est que le psychopathe est l'effet des mêmes causes sociales que le suicide. Mais psychopathie et aliénation mentale sont très voisines l'une de l'autre. Il y a donc lieu de penser que si la psychopathie est sociale par ses causes, l'aliénation mentale l'est également. C'est par le raisonnement qu'HALBWACHS tente l'absorption de la psychiatrie par la sociologie. D'après lui, il n'y a pas deux suicides, l'un de déterminisme physiologique, l'autre de déterminisme social. Le suicide est un. La première preuve, qui peut ne pas paraître convaincante, est

...Il se forme autour de l'individu un vide social, une lacune qui s'accompagne d'un état d'angoisse et de terreur. L'existence de cette lacune sociale, cause unique du suicide pour HALBWACHS, prouve que cet état psychologique est social par son origine et par sa manière même...

...Ce n'est pas, dit DURKHEIM, parce qu'il y a tant de névropathes dans un groupe social, qu'on y compte annuellement tant de suicides. La psychopathie fait seulement que ceux-ci succombent de préférence à ceux-là. »

l'opinion que l'on se fait généralement du suicide. « Si ces suicides étaient différents de nature, écrit HALBWACHS, on ne leur donnerait pas le même nom, et la société n'agirait pas de même manière en présence des uns et des autres ».

« Mais, ajoute-t-il plus loin, si tous ces suicides sont, au fond, de même nature, s'ils sont autant de variétés d'un même genre, ils doivent s'expliquer par des causes de même ordre... » De ce que les mêmes effets ont toujours les mêmes causes, HALBWACHS conclut que tout suicide est à la fois un fait pathologique et un fait sociologique et que, dans ces conditions, le « pathologique » est au fond du « social ». C'est à tort que le sens commun considère comme typiques les deux formes extrêmes du suicide, le suicide volontaire et le suicide accompli dans un état d'égarement. La masse des cas se trouve dans l'intervalle et ne s'arrête pas à une distinction aussi nette. Tout suicide « relève donc théoriquement de la psychopathologie, étendue jusqu'à ces extrêmes limites ». « Inversement, il n'est guère de suicides, même psychopathiques qui ne relèvent de la sociologie ». En effet, le pathologique ne détermine le suicide que par l'intermédiaire d'un effet social : l'isolement au sein du groupe. Bien plus le pathologique lui-même est de cause sociale. HALBWACHS prend pour exemple les tares mentales : elles sont de cause sociale, puisque le mariage a ses règles et ses usages qui peuvent favoriser les unions consanguines et par conséquent donner naissance à des tares mentalement ; de même certains milieux sociaux ont le privilège d'attirer et de retenir les déséquilibrés des deux sexes et de créer ainsi des unions qui donnent naissance à de nouveaux déséquilibrés. *Aussi c'est le milieu social qui, en dernier ressort, explique la fréquence et la distribution du pathologique.* Le suicide est donc toujours d'origine sociale puisque le pathologique qui peut le provoquer est lui-même de cause sociale. Dans ces conditions, *il importe peu au sociologue de savoir que le suicide est ou n'est pas d'origine pathologique puisqu'en définitive il est toujours d'origine sociale*¹. En conséquence, la psychiatrie n'a aucune raison de revendiquer le suicide, qui appartient de droit et de fait à la seule sociologie.

*...« Inversement, il n'est guère de suicides, même psychopathiques qui ne relèvent de la sociologie »
HALBWACHS ...*

– Le livre d'Achille DELMAS, champion de la « thèse psychiatrique » s'inscrit en faux contre ces assertions. Il critique tout d'abord les statistiques sur lesquelles se dresse la théorie sociogénique du suicide. Il relève les négligences, omissions, erreurs, défauts de contrôle ou de renseignements techniques et les variations des méthodes à relevés. Notamment, le fait que les tentatives qui ont échoué ne figurent pas dans les études statistiques, est une cause d'erreurs considérable. (C'est ainsi, dit-il, que cet argument avancé par Mario BACHI « est intervenu comme une boule dans un jeu de quilles »). D'autre part, ce que A. DELMAS appelle le phénomène de « migration » qui est non seulement changement de lieu mais changement d'état (de célibat en mariage, d'une religion à une autre, etc.) est essentiellement individuel et dépend de la psychologie, voire de la psychopathologie plutôt que des facteurs sociaux. Il incrimine ce qu'il appelle le « paralogisme fondamental » qui consiste à tirer argument de variations négligeables car elles sont seulement de l'ordre de grandeur des

...Le livre d'Achille DELMAS, champion de la « thèse psychiatrique » s'inscrit en faux contre ces assertions. Il critique tout d'abord les statistiques...

1. Position qui définit la « sociogénèse » des troubles mentaux aux yeux de ceux qui prennent pour leurs causes, les effets des troubles psychiques. A cet égard l'école anglo-saxonne est rejointe chez nous par BONNAFÉ et FOLLIN (*Évolution Psychiatrique*, 1948, n° exceptionnel).

erreurs inhérentes à la méthode. Enfin les statistiques utilisées par DURKHEIM et ses disciples allant de 1826 à nos jours ne lui paraissent pas comparables entre elles : elles ne décomptent pas les tentatives et elles font l'objet d'interprétations fort différentes par les divers sociologues ¹.

En réalité, écrit Achille DELMAS, il faut distinguer les « pseudo-suicides » des « véritables suicides ». Il faut compter comme faux suicides d'abord les morts accidentelles où l'homme se donne la mort par erreur (cela va de soi). Il faut éliminer également des « vrais suicides » les réactions suicidaires confuso-déméntielles (par exemple un confus qui se tue en passant par une fenêtre qu'il croit être une porte !) Faux suicide est encore le suicide « par contrainte » : le sacrifice imposé aux esclaves, l'holocauste requis par la divinité. Pseudo-suicide de même, l'acte de se donner la mort pour échapper à la douleur ou aux tortures (faux suicide « euthanasique »). Faux suicide enfin le suicide « éthique », celui de l'héroïsme, celui de SOCRATE, celui de CONDORCET, celui du commandant qui se fait sauter avec le fort qu'il commande, etc.. Il ne reste donc comme « suicide vrai » que celui qui est l'acte de désirer la mort pour la mort. Achille DELMAS parvient donc à cette définition : *Le suicide est l'acte par lequel se donne la mort tout homme qui pouvant choisir de vivre, choisit cependant de mourir en dehors de toute obligation éthique.* Or ce suicide-là lui paraît être toujours le fait ou de mélancoliques en état de crise ou de malades atteints de dépression constitutionnelle, ou d'hyperémotifs en proie à des crises paroxystiques d'anxiété ². Il y a en effet, dit notre auteur, incompatibilité entre le « suicide vrai » et l'émotivité normale. La difficulté, affirme A. DELMAS, que semblent opposer à cette thèse les faits de « suicide philosophique » n'est pas sérieuse. Si l'on examine les cas de LUCRÈCE à CATON, de SCIPION, de BRUTUS ou de SÉNÈQUE, le suicide des stoïciens apparaît comme une « réaction anxieuse ». Ce ne sont pas des suicides de force et de grandeur d'âme... ce sont des suicides de faiblesse. Aussi Achille DELMAS rabaisse-t-il au rang de légendes les gestes « légendairement » héroïques. Le suicide philosophique est une légende comme est légende aussi la fréquence des suicides chez les Japonais qui se font hara-kiri.

Et le livre se termine par quelques « aphorismes » comme ceux-ci : « Le suicide est affaire de cénesthésie – la prédisposition anxieuse, qu'elle soit de notion cyclothymique ou hyperémotive, est la seule prédisposition au suicide – la cyclothymie est la seule grande pourvoyeuse du suicide, on peut approximativement évaluer sa part à 90 % des cas – à l'anxiété de l'hyperémotivité constitutionnelle sont imputables les

1. Un tableau pp. 68-70 indique quelques-unes de ces contradictions.

2. Si le suicide a été (R. van der MADE, La répression du suicide : *Revue de Droit pénal et criminologie*, Bruxelles, 1948) ou est (en Angleterre) réprimé par la loi, il a pu être autorisé (ALLIEZ, Singulière législation du suicide au temps de Marseille grecque, *Provence Médicale*, 1949).

En réalité, écrit Achille DELMAS, il faut distinguer les « pseudo-suicides » des « véritables suicides »...qui paraissent être toujours le fait ou de mélancoliques en état de crise ou de malades atteints de dépression constitutionnelle, ou d'hyperémotifs en proie à des crises paroxystiques d'anxiété...

...pour cet auteur le suicide philosophique est une légende...

10 % restants – le sociologue ne peut ouvrir aucune voie à la prophylaxie du suicide, c'est l'affaire de la biologie ».

— Charles BLONDEL, dans son ouvrage, a cherché à concilier ces deux thèses. On a pu voir, en effet, qu'elles ne s'opposent pas radicalement, pas aussi « diamétralement » en tout cas que l'une et l'autre le prétendent. La thèse sociologique considère la composante sociale incluse dans le principe de détermination même du suicide, dans sa *motivation*. La thèse psychiatrique met l'accent sur les *mobiles* affectivo-instinctifs qui conduisent l'individu à cette situation *sociale* dans laquelle se résume toute situation vitale. Pas plus que la thèse sociologique n'a le droit d'exclure les facteurs pathologiques dont l'importance est primordiale pour un grand nombre de suicides, pas plus la thèse psychiatrique ne peut ignorer les facteurs sociaux qui peuvent aussi le déterminer. Ch. BLONDEL a mis en évidence un certain nombre de faits qui lui paraissent incontestables. Théoriquement, écrit-il, l'homme qui se tue peut être obsédé, ou psychopathe, ou normal. Il est évident qu'il y a des aliénés qui se tuent et « on ne peut imputer à ce fait un caractère social qu'à grand renfort de dialectique ». Quant à la réalité du suicide des « psychopathes », des déséquilibrés, elle est « fort complexe », car le déterminisme de leur suicide dépend autant des conditions du milieu, de leur chagrin, de leur *malaise* ou de leur « mal être » social que de leur *maladie*. Pour les suicides « normaux », l'évidence est beaucoup moins éclatante aux yeux de Ch. BLONDEL et on le sent tout près de se rendre aux arguments d'A. DELMAS, notamment quant à l'importance des facteurs « hyperémotivité » et quant au caractère « légendaire » des suicides philosophiques. De sorte qu'en définitive il semble bien que, dans l'esprit de l'auteur, la thèse du médecin psychiatre l'emporte nettement sur celle du sociologue.

— Gabriel DESHAIES, examinant à son tour la question ¹, critique vivement et justement la thèse sociologique. Pour lui elle se réduit à trois principes majeurs : le principe de constance, le principe d'homogénéité morpho-étiologique et le principe de sociogénèse. Tout d'abord les sociologues mettent en relief un phénomène de constance statistique qui n'exprime rien d'autre que la résultante numérique de la probabilité des accidents, à peu près constante parce que la quantité des événements humains dans une collectivité déterminée s'équilibre nécessairement du fait de la constance relative de leur nombre, de leurs rapports, de leurs activités et de leurs besoins. La constance du taux du suicide ne suffit donc pas à prouver sa nature sociale. Quant à l'homogénéité sociale de la réaction suicide, c'est-à-dire l'unité sociale de la cause et de son effet, elle est proprement inadmissible. Manger est un phénomène social qui ne dépend pas d'une cause sociale. En fait, l'aspect social du suicide que personne ne saurait nier n'équivaut pas à un facteur étiologique nécessaire. Car enfin la « sociogénèse » qui

...Charles BLONDEL, dans son ouvrage (*Le suicide, Strasbourg, 1933*), a cherché à concilier ces deux thèses...

...Gabriel DESHAIES, (*Psychologie du suicide, P.U., 1947*) examinant à son tour la question, critique vivement et justement la thèse sociologique...

1. pp. 311 à 323 notamment de son ouvrage.

place dans la société la cause du suicide, qui fait du suicide l'effet de la « désintégration » de la société, est une explication générale qui ne vaut pas pour tous les cas particuliers et par conséquent cesse d'être générale. Bien plus, comme elle n'explique aucun cas particulier, elle n'est même pas une explication du tout. C'est qu'en vérité le suicide échappe à la sociologie, c'est un acte de structure essentiellement psychologique. Cela ne veut pas dire qu'il soit certes dépourvu de toute charge et de toute valeur sociale. Le suicide est un comportement socialisé comme toute conduite humaine mais la société est un moule et non point une matrice. Et G. DESHAIES conclut excellemment ces quelques pages, les plus vigoureuses de son livre, en déclarant « en face du suicidant le médecin ne doit pas être sûr à l'avance qu'il s'agit d'un psychopathe ».

Nous touchons ainsi une fois encore au problème fondamental, pierre d'achoppement et aussi pierre angulaire de tout problème psychiatrique particulier. Ou le suicide est « sociogénique » et il est normal, ou il ne l'est pas et il est pathologique. Tous les auteurs, qu'ils le veuillent ou non, qu'ils le voient ou non, situent la question sur ce terrain, celui qui nous est indiqué par la nature même des choses.

Pour nous il est évident, comme pour G. DESHAIES, qu'il est aussi faux et absurde de dire que tous les suicides sont « sociogéniques » que de dire que tous les suicides sont « pathologiques ».

Le suicide pathologique, nous l'avons étudié comme une forme de comportement morbide issu de la « matrice » psychopathologique, des structures névrotiques et psychotiques. Il est solidaire des formes morbides de l'angoisse humaine.

A cet égard le suicide n'est que l'expression de l'angoisse, une faim d'anéantissement, le geste de la négation dont le caractère pathologique ou non dépend de la structure morbide ou non de l'anxiété à laquelle le suicidant incline, tout à la fois, de s'abandonner et de se soustraire. Mais qu'il soit normal ou pathologique, il répond à un besoin spécifique de l'homme, celui qui le pousse à se détruire, à résister à son instinct de conservation, à lui opposer une force égale et parfois supérieure, à consentir non plus à la vie mais à la mort.

§ III. — *ESQUISSE PHÉNOMÉNOLOGIQUE DE LA PROPENSION AU MEURTRE DE SOI-MÊME.*

La cohérence de notre propre système risque, par sa rigueur même, de paraître paradoxale. Nous ne cessons de répéter que la maladie ne peut faire autre chose que de « libérer » les instances impliquées dans la vie psychologique normale. Si le crime ou la perversité paraissent monstrueux à l'égard de la nature humaine, le suicide risque de paraître un contresens, sans écho dans la vie psychique normale. Et pourtant nous

...Pour nous il est évident, comme pour G. DESHAIES, qu'il est aussi faux et absurde de dire que tous les suicides sont « sociogéniques » que de dire que tous les suicides sont « pathologiques »...

...Le suicide n'est que l'expression de l'angoisse, une faim d'anéantissement, le geste de la négation...il répond à un besoin spécifique de l'homme, celui qui le pousse à se détruire, à résister à son instinct de conservation...

le *contenons* tous en nous, comme la vie contient la mort.

La mort pèse de tout le poids de son inertie contre le mouvement même de la vie selon l'intuition fondamentale de BICHAT. Notre nature est, dans son essence, conflictuelle et la vie se confond avec le devenir même qui lie l'un à l'autre, l'être et le néant¹. La volonté de vivre peut même se négativer dans le désir de la mort, car se tuer, cela peut être s'attacher encore à la vie², et accéder dans une certaine forme de suicide à la liberté suprême, au point où l'affirmation de la vie devient sa propre négation. Cette obscure dialectique de l'instinct de vie et de l'instinct de mort constitue la racine de tous les suicides. Seule varie la structure phénoménologique de la conscience suicidante soit qu'elle se ramasse à l'extrême pointe d'un acte personnel de haute tension, soit qu'elle se dissolve jusqu'à ne plus coïncider qu'avec la forme aveugle et opaque de la pulsion ou du tropisme, du retour « in cinerem ».

Une autre ambiguïté est encore enveloppée dans l'idée de suicide, c'est celle de la profonde liaison qui unit le désir de sa propre mort au désir de la mort d'autrui. L'école criminologique de la fin du XIX^e siècle avait bien mis en évidence cette relation qui « anastomose » le suicide à l'homicide (LACASSAGNE, CORRE, FERRI, etc.). Toutes les études psychanalytiques du suicide, dont celles de FRIEDMANN (1935), de A. GARMA (1935), de G. ZILBOORG (1936), etc. notamment, sont presque entièrement conduites en fonction de la relation qui unit la pulsion auto-agressive et la tendance hétéro-agressive et ne cessent de paraphraser le mot de STECKEL : « *Personne ne se suicide qui n'ait désiré la mort de quelqu'un* ». C'est par le complexe de culpabilité et d'auto-punition que se trouvent, en effet, cliniquement liés l'homicide et le suicide.

Ainsi, c'est dans les profondeurs de l'inconscient et de l'instinct que doit être recherchée l'instance suicide que la maladie « libère ». Mais, plus superficiellement, ce qu'elle libère, c'est le désir de fuir la vie, de chercher un refuge dans la mort. Soit qu'il s'agisse d'une constellation idéo-affective (dégoût de l'existence, conflits sociaux et familiaux, idéaux inassouvis, passions) qui constitue une forme d'organisation des tendances de la personnalité, soit qu'affleurent à la conscience, qu'y « remontent » les images les plus archaïques par le sourd travail auquel nous faisons précédemment allusion. Les psychanalystes ont parlé à ce propos de *l'instinct de mort*, de la « *destrudo* » opposée à la « *libido* ». En fait, le désir de vivre, de persévérer dans son être est pour ainsi dire soudé au désir de finir, de se protéger par la mort. Sous les mécanismes psychologiques conscients de suicide, il y a un substratum plus profond et, sans paradoxe, vraiment « vital » de la propulsion au suicide. Le désir de mourir peut se présenter à

...Notre nature est, dans son essence, conflictuelle et la vie se confond avec le devenir même qui lie l'un à l'autre, l'être et le néant...

...c'est dans les profondeurs de l'inconscient et de l'instinct que doit être recherchée l'instance suicide que la maladie « libère »...

1. Werther s'écrie avant le tragique et romantique dénouement de son existence : « Mourir! Tombeau! paroles que je ne comprends pas... L'humanité ne comprend ni le commencement, ni la fin de son existence ».

2. Le motif du suicide c'est la vie même (KAUDERS, *Nervenarzt*, 1934).

nous comme un devoir ou comme une solution. Pour si « légendaire » (c'est-à-dire « inexistant ») que soit le suicide héroïque, l'hara-kiri, aux yeux d'A. DELMAS et de Charles BLONDEL, sa légende même est assez enracinée dans le culte que l'humanité a voué à ses héros pour que nous en acceptions la réalité, la vérité. Et l'expérience récente des atrocités, des cachots, des luttes clandestines, des « morts sans sépultures », de la peur sacrée de se laisser arracher par la torture son secret dans un moment de faiblesse, rejoint celle des Saint-Cyriens en gants blancs de 1914 ou celle des hommes-torpilles, pour inscrire en traits fulgurants la volonté de mourir par idéal qui requiert un tel engagement éthique que s'offrir à la mort équivalait à se la donner. L'holocauste et le sacrifice ne sont pas de « faux suicides », ils consacrent la liberté de l'être de disposer de lui-même pour une fin morale d'autant plus éclatante que le désir de la vie reste plus fort, et plus vif le regret de la quitter. Ici le suicide est oblatif et tend à satisfaire un impératif catégorique. A un degré moindre, le *devoir* s'impose encore de mourir et de se donner la mort pour sauver l'honneur de sa vie ou celui de son groupe familial et social. Son propre *honneur* peut être engagé dans une conception stoïcienne de la vie qui exige d'être et de demeurer le maître de son destin, d'achever sa vie dans les deux sens du mot « achever », c'est-à-dire d'y mettre un terme et de la conduire jusqu'à une suprême perfection, celle de sa souveraine liberté. Il ne faut pas ici seulement invoquer CATON, SÉNÈQUE ou Marc AURÈLE, mais, plus près de nous, J. VACHÉ ou A. CRAVEN dont le « cynisme » a atteint la forme même d'un devoir « à rebours » dans le tragique élan d'une jeunesse révoltée. Car en cueillant, selon le mot dernier du livre de G. DESHAIES, *le lys noir de la mort*, c'est à l'absolu d'une volonté entièrement autonome qu'ils ont choisi de se conformer. On sait les sottises que l'on a écrites, ces derniers temps, sur le pessimisme des « existentialistes », ces héritiers malgré eux d'une tradition romantique séculaire. Mais il y a quelque chose de vrai pourtant à considérer la conception philosophique de SARTRE comme une intuition de la liberté qui, substituée ou identifiée à l'instinct, tend « nécessairement » vers l'anéantissement, conception qui plonge ses profondes racines dans SCHOPENHAUER et SAKIAMOUNI.

Enfin, le devoir peut se présenter sous la forme d'une *expiation* pour celui qui a trahi, comme pour celui qui est, ou plus généralement pour celui qui se sent responsable ou seulement complice d'un crime. C'est que le suicide est aussi une *solution*. Il prend la valeur et la forme d'un *moyen* de défense ou d'attaque. C'est alors que la mort apparaît comme une fin désirable et même la seule fin désirable, le terme assigné à une situation vitale insupportable. Le suicide est, dans ce cas, soit une porte de secours, soit une porte de sortie (G. DESHAIES) : c'est l'issue qui se présente à la conscience malheureuse. Les difficultés vitales, les chagrins, la misère, l'écrasement de l'individu sous le poids d'un malheur immense qui obstrue toutes ses perspectives existentielles, l'acculent à renoncer à la vie, à lui préférer la mort dans un acte de désespoir et de fuite.

...L'holocauste et le sacrifice ne sont pas de « faux suicides », ils consacrent la liberté de l'être de disposer de lui-même pour une fin morale d'autant plus éclatante que le désir de la vie reste plus fort, et plus vif le regret de la quitter...

...il y a quelque chose de vrai pourtant à considérer la conception philosophique de SARTRE comme une intuition de la liberté qui, substituée ou identifiée à l'instinct, tend « nécessairement » vers l'anéantissement...

La révolte, le désir d'insulter en une suprême invective, de se venger, d'infliger à autrui une punition, de transférer sur les autres la responsabilité de sa propre mort peuvent donner une valeur agressive au moyen qu'est alors le suicide pour s'assurer à soi-même la paix et laisser aux autres le Mal ¹. Cette forme de suicide « trans-agressif » prend fréquemment naissance dans les états d'exaspération, de rage et de colère et marque alors une inversion paroxystique du système d'agressivité qui, comme la queue du scorpion, est dirigée contre soi-même.

Tels sont les « mobiles » conscients du suicide, ses ressorts psychologiques, ceux qui nous le rendent « compréhensible » et que nous sommes bien obligés d'appeler « normaux ».

Mais la réaction suicide peut être déterminée par une infrastructure plus profonde, par l'actualisation du système des pulsions sadomasochistes auto-agressives. Et quand cette propension à fuir la vie, inscrite « en puissance » au fond de nous-même, devient la tragique *actualité* de la conscience suicidante, alors c'est qu'il existe une structure régressive névrotique ou psychotique, véritable matrice de la mort. Les pulsions auto-punitives, source inconsciente de la pseudo-morale des névroses ou des psychoses (Ch. ODIER ²) précipitent les malades vers la mort par soif de sacrifice, de châtiment, d'holocauste où se retrouve non plus la structure « compréhensible » de l'acte libre de l'héroïsme et du « devoir » mais le jeu des fantasmes complexes, des impératifs névrotiques, des injonctions du sur-moi. Nous venons de rappeler combien à ce niveau de la « pré-morale » ³ inconsciente du sur-moi les pulsions masochistes et sadistes sont intimement liées. FRIEDMANN, dans le travail ⁴ auquel nous avons fait plus haut allusion, a admirablement montré les liaisons profondes qui unissent le désir de donner la mort et celui de se l'infliger. Un sociologue italien, E. FERRI ⁵, avait souligné que les statistiques montrent une étroite solidarité entre les actes hétéro- et auto-agressifs, en ce sens que là où il y avait beaucoup de suicides il y avait moins d'homicides. Tout se passerait donc comme si le suicide et l'homicide représentaient deux manifestations alternantes et complémentaires d'un même penchant ¹. La liaison des tendances agres-

...transférer sur les autres la responsabilité de sa propre mort peut donner une valeur agressive au moyen qu'est alors le suicide pour s'assurer à soi-même la paix et laisser aux autres le Mal...

...quand cette propension à fuir la vie, inscrite « en puissance » au fond de nous-même, devient la tragique actualité de la conscience suicidante, alors c'est qu'il existe une structure régressive névrotique ou psychotique, véritable matrice de la mort...

1. ADLER a particulièrement insisté sur la composante vindicatrice du suicide, sorte d'agression et de revanche contre le « Milieu » de l'existence malheureuse (cf. un peu plus loin l'allusion que nous faisons au travail de GARMA).

2. Ch. ODIER, *Les deux sources conscientes et inconscientes de la vie morale*, 2^e édit., Neuf-châtel, 1947, (cf. notamment le tableau comparatif des deux systèmes moraux, pp. 211 à 293).

3. Cette expression « Pré-morale » revient constamment dans le livre de HESNARD, *L'univers morbide de la faute* (Paris, 1949). Mais nous n'avons pas su trouver dans cet ouvrage d'analyse intéressante du comportement suicidaire.

4. FRIEDMANN, Sur le suicide, *Revue française et Psychanalyse*, 1935.

5. E. FERRI, *Omicidio-Suicidio*, Turin, 1925.

sives et de l'auto-destruction est cependant rendue sensible dans de nombreux cas d'obsessions et de mélancolies que nous offre la clinique. La rareté des suicides chez les schizophrènes et la fréquence de leurs impulsions hétéro-agressives est à souligner également. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, l'appareil pulsionnel et tous les ressorts de l'angoisse nous sont depuis FREUD assez bien connus pour que nous n'ayons aucune peine à admettre que les injonctions sinon les décrets de la « Justice » inconsciente du « sur-moi » ne sont autres que les sentences de mort selon la Loi du Talion : la mort est toujours requise pour la mort désirée. La signification du mécanisme pathologique du suicide a été admirablement mise à jour par les travaux des psychanalystes et notamment de A. GARMA² dans son excellente étude. Il insiste sur la projection des pulsions hétéro-agressives comme si le meurtre de soi-même manifestait dans la mélancolie à la fois la révolte, la vengeance et la haine inconscientes et constituait le seul moyen de posséder l'objet libidinal désiré et « perdu », de l'entraîner – par le fantasme de l'immolation – dans la mort.

Un autre aspect du système pulsionnel doit être encore rappelé : ce sont ces forces de la « pesanteur » dans le monde de la vie que sont les « Instincts de Mort ». L'organisation instinctuelle, selon FREUD, se partage, nous l'avons vu, en deux courants : l'un constitue la composante libidinale (instincts sexuels objectaux ou centripètes et instincts sexuels du moi ou centripètes), l'autre, la composante létale (instincts objectaux d'agressivité, de haine hétéro-destructive et instinctive, centripète, auto-destructive). Ce n'est pas dire autre chose, au fond, que d'affirmer une fois de plus que le « réflexe de mort » est immanent à la nature humaine³, que notre vie psychique ne se déploie que contre une tendance à la mort, comme si notre existence comportait elle aussi un principe d'inertie, d'entropie, qui nous incline vers la mort, la destruction et l'anéantissement de notre monde.

1. Ce point de fait a d'ailleurs été contesté par les sociologues. Si DESPINE, (*Psychologie naturelle*, Paris, 1868) l'avait fait sien, HALBWACHS, pp. 295 à 318, ne l'admet pas et il s'inscrit en faux contre ce qu'il appelle la « loi de FERRI ».

2. A. GARMA, *El suicidio*, in *Psicoanálisis de la Melancolia*, (Buenos-Aires 1948), article paru dans *Imago* (1937). Dans ce travail, le psychanalyste argentin utilise surtout les coutumes et représentations collectives d'un grand nombre de pays ou de peuplades d'après l'ouvrage de J. WIESE, *Sebstmord und Jodesfurcht bei den Naturvölker*, 1933.

3. On le retrouve d'ailleurs chez les animaux. Si le fameux cas du scorpion, observé d'après ROMANES par W. G. BIDRE, n'a pas résisté aux sagaces observations de J. H. FABRE, si la chamelle et la jument dont Aristote nous rapporte qu'elles périrent de honte d'avoir été couvertes par leurs rejets nous apparaissent comme des cas à tout le moins peu scientifiquement étudiés, G. J. ROMANES (1898), un vétérinaire LEPINAY (1925) et Achille URBAIN (*Psychologie des Animaux sauvage*, Paris, 1940) admettent que certains animaux « se laissent mourir », observation que tous les éleveurs, toutes les basse-courrières sont, paraît-il, à même de faire fréquemment.

...La signification du mécanisme pathologique du suicide a été admirablement mise à jour par les travaux des psychanalystes et notamment de A. GARMA...

L'instinct de mort [...] principe d'inertie, d'entropie qui nous incline vers la mort...

L'angoisse c'est, nous le verrons dans l'Étude suivante, le vertige devant le temps ouvert et c'est aussi par rapport à la Durée que le suicidant prend position, comme l'a fort bien vu DESHAIES ¹. Soit que la conscience suicidante tende vers une néantisation de l'avenir dans une contraction compacte de tout le passé perdu et de tout l'impossible présent, soit que, optimiste au delà de son pessimisme, elle suppose que l'horloge ne s'arrêtera point et qu'elle désire seulement une métamorphose et une résurrection s'il est vrai que pour elle, comme l'a écrit E. MINKOWSKI ², « la mort en tant que destruction engendre un devenir et non point un être... »

...c'est aussi par rapport à la Durée que le suicidant prend position, comme l'a fort bien vu DESHAIES...

1. La loi de l'heure, p. 305.

2. E. MINKOWSKI, *Le temps vécu*, 1933, p. 123.

PRINCIPAUX TRAVAUX A CONSULTER

- Hans ROST a établi une immense *Bibliographie des Selbstmords* (1 vol., Augsburg, 1927).
- ESQUIROL, Suicide, *Dictionnaire des Sciences Médicales*.
- CAZAUVIEILH, *Du Suicide*, Baillere, Paris, 1840.
- LISLE, *Du Suicide*, Paris, 1856.
- BRIÈRE DE BOISMONT, *Du Suicide*, Paris, 1856.
- MASSARYK, *Der Selbstmord als soziale Masseners der mod. Zivilisation*, 1881.
- CARRIER, *Obsessions et impulsions au suicide*, Thèse, Paris, 1899.
- DUCOSTE, *Le suicide impulsif conscient* (Épilepsie consciente), Thèse, Paris, 1899.
- MOREAU (Jacques), *Suicides et crimes étranges*, Paris, 1899.
- DURKHEIM (Emile), *Le suicide*, Étude sociologique, Alcan, Paris, 1897.
- KROSE S. J., *Der Selbstmord ah sozialstatistische Erscheinungen*, Cologne, 1905.
- KROSE S. J., *Die Recherchen der Selbstmord Häufigkeit*, Fribourg i. B., 1906.
- MAYER (VON) (Georges), *Statistik und Gesellschaftslehre*, Tubingue, 1917.
- BAYET (Albert), *Le suicide et la Morale*, Paris, 1922.
- SERIN (M^{lle}), Une enquête sur le suicide, *Annales Médico-Psychol.* Paris, 1926.
- HALBWACHS (M.), *Les causes du suicide*, Alcan, Paris 1930.
- MERLOO, Ueber die Beurteilung der Selbstmordneigung, *Zeitsch.f. d.g. Neuro. und Psych.*, 1932.
- BLONDEL (Charles), *Le suicide*, Strasbourg, 1933.
- DELMAS (Achille), *Psychologie pathologique du suicide*, Alcan, Paris, 1932.
- MOORE (Merill), Cases of attempted suicide, etc., *The New-York England Jour. of Medicin*, 1937.
- FRIEDMANN, Sur le suicide, *Revue française de Psychanalyse*, 1935.
- GARMA (Angel), Psychologie des Selbstmordes, *Imago*, 1937, et en espagnol : El Suicidio, in *Psicanalisis de la Melancolia*, Buenos-Aires, 1948.
- ZILBOORG (G.), Differential diagnostic types of Suicid, *Archiv. of Neurology*, 1936, 35, pp. 276-291.
- ZILBOORG (G.), Suicid among civilized and primitive races, *Amer. Jour. of Psych.*, 1935-1936, 92. pp. 1347-1369.
- GRUELHE, Géographie des Selbstmordes, *Nevenarzt*, 1940.
- MARCHAND et DE AJURIAGUERRA, Le suicide chez les épileptiques, *Presse Médicale*, 1941, et *Épilepsies*, pp. 258 à 274.
- LE MOAL, *Suicide et chantage au suicide chez l'enfant*, Thèse, Paris, 1944.
- DESHAIES (Gabriel), *Psychologie du suicide*, P. U., Paris, 1947.

Étude n° 15

ANXIÉTÉ MORBIDE

9. Les troubles de la mémoire.
10. La catatonie.
11. Impulsions.
12. Exhibitionnisme.
13. Perversité et perversions.
14. Le suicide pathologique.
15. *Anxiété morbide.*
16. Délire des négations.
17. Hypochondrie.
18. Jalousie morbide.
19. Mégalomanie.

L'anxiété est un désarroi vécu dans l'attente poignante d'un danger imminent. Elle s'exprime par les manifestations émotionnelles de l'angoisse. Certains auteurs, comme M^{lle} BOUTONIER ¹ par exemple, ne distinguent pas l'angoisse de l'anxiété, se conformant ainsi à une vieille tradition humaniste. Cependant, dans le langage habituel de la psychologie médicale, on tend à réserver au terme d'« angoisse » le sens qui s'attache au terme latin d'« angor », c'est-à-dire que le mot désigne essentiellement les phénomènes physiques de cette émotion et son « vécu » perceptif, ce par quoi elle est « éprouvée » dans le corps.

...L'anxiété est un désarroi vécu dans l'attente poignante d'un danger imminent. Elle s'exprime par les manifestations émotionnelles de l'angoisse...

L'*anxiété* (ou si l'on veut l'angoisse ²) est donc un « état affectif » qui se rencontre à tous les tournants de l'existence et sous toutes les formes de la condition humaine. Mais il existe des états d'*anxiété morbide* plus ou moins durables, et détachés comme l'hallucination d'un objet réel ; il s'agit d'une émotion, d'un « affect » qui entre dans le contenu vivant de la plupart des névroses et des psychoses. Cette forme de réaction affective pathologique est si générale que, loin de constituer un symptôme, ou un syndrome bien délimité, elle entre peu ou prou dans la structure même de tous les états psycho-pathologiques qu'elle colore ainsi d'un des plus spécifiques reflets de l'âme humaine, l'inquiétude et la peur ³. L'anxiété est, à cet égard, l'horizon de *l'univers de la faute* qui selon HESNARD ⁴ constitue la structure des névroses et des psychoses.

1. M^{lle} J. BOUTONIER, *L'angoisse*, I vol., Paris, 1945. Ouvrage fondamental auquel nous aurons constamment à nous référer. — Pour HESNARD, l'angoisse est paroxystique et l'anxiété constitue une forme subaiguë ou torpide de l'angoisse.

2. Il nous arrivera parfois au cours de cette étude d'employer indifféremment les termes d'angoisse ou d'anxiété. Toutes les fois que nous parlons de l'angoisse au sens strictement physiologique, nous préciserons « angoisse constrictive ».

3. Rappelons que, pour GRIESINGER, l'état de *dépression* mélancolique constituait le fond commun de toutes les psychoses.

4. HESNARD, *L'univers morbide de la faute*, Paris, P. U.F., 1949.

§ I. — ANALYSE PSYCHOLOGIQUE DES SENTIMENTS D'ANXIÉTÉ

Il est assez difficile de pénétrer le « vécu » de cette forme de conscience bouleversée qui se vit comme « anxiété », en se constituant, selon un mode d'organisation catastrophique, face à un danger parfois pressant et imminent, mais parfois absent ou même imaginaire. DEVAUX et LOGRE¹ ont souligné le caractère « paradoxal et contradictoire » de ce sentiment qui suppose à la fois la présence et l'absence de sa cause, ou plutôt de son objet : sous son empire, se désorganise notre existence actuelle par l'introduction de l'image cataclysmique d'un péril *futur* ou d'une déroute *possible*. L'ambiguïté même de la structure anxieuse se retrouve encore dans l'amphigourie d'autres termes antinomiques : révolte et résignation, désir et crainte, répulsion et attraction, par quoi l'anxiété s'apparente, dans sa racine même, au vertige.

Trois aspects fondamentaux de cet état affectif vertigineux méritent d'être décrits : l'amplification péjorative, l'attente et le désarroi.

1° L'AMPLIFICATION PÉJORATIVE.

Dans la structure même de l'anxiété s'inscrit le mouvement imaginatif qui en figure l'objet. Il accroît jusqu'à l'absurde les perspectives pessimistes du malheur, quand il ne le crée pas de toutes pièces. L'anxiété est peuplée de formes fantomatiques d'images et de péripéties imaginaires qui se déploient et s'agitent dans un enchaînement à la fois futur et inévitable. Elle est vécue comme elle naît, dans une fiction qui l'exagère et l'entretient, en ouvrant à la conscience une inépuisable intentionnalité de mystère et de catastrophe. En se prolongeant ainsi par le mouvement même qui la constitue dans une sorte d'hyperbole fantastique, l'anxiété s'engage dans la voie d'expressions toujours plus tragiques et grandiloquentes. C'est dans ce décor élargi jusqu'aux proportions d'une tragédie qu'est vécu le monde des fantômes et des fantômes terrifiants : je me sens au centre d'un drame qui monte et m'environne, comme pris dans les spirales d'un cauchemar cosmique.

2° L'ATTENTE DU DANGER.

L'effroi et l'attente du péril futur, et même imminent, font partie intégrante de l'anxiété. Le sentiment que le danger est là, inévitable et fatal, suspendu sur ma tête, qu'il me touche déjà, qu'il est en moi, diffus dans l'ensemble de ma situation vitale, qu'il rôde, qu'il m'étreint, qu'il me contracte dans une paralysie que, seul, le malheur peut et doit terminer. La peur de la douleur, du morcellement du corps, du châtement, de la torture, du mal et de la mort dresse devant moi un avenir opaque et inconnu qui s'avance vers moi comme un monstre. Même quand la conscience ne revêt pas cette forme véritablement panique, quand elle dilue ou disperse son émotion, ou encore la suspend dans une projection différée dans le temps, quand elle est plus grosse d'avenir

1. DEVAUX et LOGRE, *Les Anxieux, Étude Clinique*, Paris, 1917.

...sous l'empire [de l'an-
goisse], se désorganise
notre existence actuelle
par l'introduction de
l'image cataclysmique
d'un péril futur ou d'une
déroute possible...

que de présent, elle se constitue en forme d'inquiétude, d'appréhension, de perplexité et « ce qui va arriver » m'apparaît gros de menaces comme un trou noir qui m'aspire ou un abîme sans fond prêt à m'engloutir. Dirigée, au contraire, vers le passé, et comme renversée dans un mouvement rétro-actif, sans cesser d'être tout à fait actuelle, elle colore ce qui a été vécu de ce qui est vécu ; elle inflige à l'image de ce qui a été la distorsion catastrophique de ce qui est ou va être maintenant : comme si ce que je pressens ou ressens avait déjà été, avait déjà commencé, avait déjà été annoncé ou avait déjà été déterminé dans la fatale anticipation du malheur actuel ¹.

3° LE DÉSARROI.

L'anxiété est, au sens étymologique du terme, une agonie, c'est-à-dire une lutte où je me débats contre le monde et moi-même, dans une atmosphère néfaste de danger, de peur, d'impuissance, d'inconnu et de mystère, où je me sens pantelant et perplexe, désarçonné. De cette désorganisation des forces vitales, de ce bouleversement des perspectives sereines d'avenir, monte cependant une aspiration profonde contrariée et affirmée à la fois : c'est ma volonté de vivre, d'agir, de m'échapper, d'aller de l'avant, d'aller au-devant de la mort, de m'ensevelir sous la vie, mais encore dans la vie. Ce qui a fait dire à STECKEL que la peur c'est la volonté d'être immortel. Et c'est de cette révolte de l'instinct et de cet espoir que naît précisément le désespoir, en tant qu'il n'est pas seulement fuite et renoncement, mais peut être aussi l'étreinte suprême de la vie, une affirmation de l'être devant le néant, une négation de la négation ².

...c'est de l'espoir que naît précisément le désespoir, en tant qu'il n'est pas seulement fuite et renoncement, mais peut être aussi l'étreinte suprême de la vie, une affirmation de l'être devant le néant, une négation de la négation...

Nous examinerons plus loin les conceptions philosophiques qui expliquent l'angoisse humaine, ou, mieux, partent de l'angoisse humaine. Disons simplement ici quelques mots sur les discriminations que font les psychologues ou les psychiatres entre les divers sentiments « angoissants » qui composent l'anxiété sans se confondre complètement avec elle.

Pour beaucoup de médecins, ainsi que le remarquait, il y a longtemps, LÖWENFELD ³, les termes « angoisse », « anxiété », ou « peur » ont un contenu identique. Il est remarquable que tous les anciens auteurs parlaient seulement de peur ou de pantophobie. C'est ainsi que DARWIN, MOSSO, MAC DOUGALL, RIBOT, étudiant les réactions émotionnelles aux situations pénibles, douloureuses ou terrifiantes, ne prononcent jamais ni le mot d'angoisse ni celui d'anxiété. Leurs descriptions des réactions passives ou actives, des « paralysies » et des mouvements provoqués par ces émotions sont passées presque telles quelles dans l'étude que Georges DUMAS ⁴ a consacrée aux expres-

1. C'est en ce sens que M. L. BOVET, dans sa leçon inaugurale à la Faculté de Lausanne, le 12 juin 1942, disait : « Si l'avenir est bien le père de l'angoisse, le passé en est la nourrice ».

2. C'est le sens de l'analyse de Éd. PICHON, Mort, angoisse et négation, *Évol. Psych.*, 1947.

3. LÖWENFELD, *Münch. Med. Woch.*, 1895 et 1897.

4. G. DUMAS, *Nouveau Traité de Psychologie*, t. III, 1933.

sions des émotions, sans que lui-même d'ailleurs assez paradoxalement étudie l'angoisse. Plus tard, presque tous les auteurs qui se sont occupés de l'angoisse ou de l'anxiété ont tenté, sans y parvenir complètement, de distinguer cette « émotion » de la masse des sentiments douloureux ou effrayants avec lesquels elle fait plus ou moins corps. E. MIRA¹ a tenté de distinguer les phases successives du déroulement catastrophique de la conscience angoissée : la pusillanimité (*prudencia, huída profiláctica*) — les précautions de l'expectative où se concentre la préoccupation — l'alarme qui déjà désorganise le rythme psychique — l'angoisse anxieuse (*angustia ansiosa*) avec sa tempête psychomotrice, — la panique où l'être s'en remet aux forces obscures qui le composent et s'abandonne à la réaction catastrophique — la terreur, enfin, qui pétrifie.

M^{lle} BOUTONIER sépare l'angoisse de *l'inquiétude*, en ce que l'inquiétude implique un doute : « elle vous harcèle, mais elle n'est pas poignante ».

Mais c'est surtout relativement à « *la peur* » que l'angoisse reste très difficile à délimiter, la peur, elle-même, étant une émotion qui admet une pluralité de réactions et de nuances affectives. C'est ainsi que BROUSSEAU² a distingué trois types de peurs : la crainte, la frayeur et la terreur, qui s'accordent, par avance et assez bien, avec l'analyse de E. MIRA. ARTHUS³ a étudié, lui aussi, globalement, il y a quelques années, les « peurs pathologiques ». Mais un certain nombre de psychologues et de psychiatres se sont toujours appliqués à distinguer l'anxiété de la peur (par exemple STECKEL⁴, STÖRRING⁵ et M^{lle} BOUTONIER) en ce que la peur est constituée par une réaction de défense (immobilisation ou fuite) à l'égard d'un *objet présent*, tandis que l'angoisse ou l'anxiété, comme nous l'avons vu, préfigure dans sa structure un *danger à venir*, et par là même, plus vague, incertain, mystérieux et lancinant. Dans la *crainte*, les représentations tiennent un rôle prépondérant. Les Allemands, à propos de la « *Furcht* » (terme qui semble représenter une synthèse des sentiments de crainte et de frayeur), ont naturellement beaucoup discuté de ses rapports avec l'angoisse (*Angst*). Nous empruntons à STÖRRING quelques indications à ce sujet : GOLDSTEIN⁶, dit-il, définit la crainte comme un sentiment où se vit la possibilité de l'angoisse à travers l'imagination. W. STERN⁷ a insisté sur le fait que, dans la crainte, le sentiment se porte sur l'objet de la crainte, tandis que dans l'angoisse il reste orienté vers le sujet. Il peut être d'un intérêt simplement pittoresque de rapporter à ce sujet l'enquête faite par P. SKAWRAN (1930)

...la peur est constituée par une réaction de défense (immobilisation ou fuite) à l'égard d'un objet présent, tandis que l'angoisse ou l'anxiété, comme nous l'avons vu, préfigure dans sa structure un danger à venir, et par là même, plus vague, incertain, mystérieux et lancinant...

1. E. MIRA, Análisis estructural del miedo, *Archivos de Psicología*, Buenos-Aires, 1941.

2. BROUSSEAU, Essai sur la Peur aux Armées, *Thèse*, Paris, 1920.

3. ARTHUS, *Les peurs pathologiques*, Paris, 1935.

4. W. STECKEL, *Les états d'angoisse nerveux et leur traitement*, traduction française, Payot, 1930.

5. STÖRRING, *Zur Psychopathologie und Klinik der Angstzustände*, Berlin, 1934.

6. K. GOLDSTEIN, Zur Problem der Angst, *All. Arztlisch. Zeitschr. fur Psychotherapie*, 1929, II, pp. 409 à 437.

7. W. STERN, *Psychologie der frühen Kindheit*, Leipzig, 5^e édition, 1928.

sur quinze personnes de nationalité, sexes ou cultures divers. Dans la plupart des cas, l'emploi synonymique des deux expressions s'est révélé assez constant pour que STÖRRING ¹ conclue que la crainte n'est qu'une forme spécialisée de l'angoisse, celle qui a un objet particulier, tandis que l'angoisse reste orientée plus vaguement vers l'avenir et vers le sujet. Quant à la *terreur*, elle est, selon BROUSSEAU, une peur paralysante et qui déforme jusqu'à la perception nette du danger. Les Allemands, sous le nom de « Schreck », insistent également sur le caractère paralysant et stuporeux de la terreur. On trouvera dans l'ouvrage de M^{lle} BOUTONIER ² une subtile distinction entre la peur et l'angoisse, et dans le travail si original, profond, et parfois humoristiquement poignant d'Edouard PICHON ³ des aperçus fulgurants sur les multiples facettes de l'angoisse (peur, terreur, venette, trouille, etc.) qui véritablement engagent le problème hors des querelles de mots, jusqu'au fond des choses.

Un autre aspect psychologique de la conscience angoissée c'est le conflit des tendances qui la partage et la déchire. Pour BOVEN ⁴ l'anxiété est essentiellement un *désarroi de l'être qui vit la profonde discordance des tendances qui le constituent*. Il a très bien étudié ce qu'il appelle l'« agonévrose », ou névrose de combat, caractérisée par la lutte intérieure que se livrent les tendances antagoniques déchaînées en une véritable « guerre civile ». L'angoisse est pour lui « une figuration d'actions contradictoires et simultanées » qui se joue sur un « théâtre de fantômes ». De sorte que, écrit-il, « dans le syndrome anxieux, c'est d'un déchirement de l'être que naît l'angoisse. Aux spectres des sentiments répondent des actions fantômes, et les actions fantômes s'ébauchent dans la conscience anxieuse, s'opposant à d'autres ébauches. Elles s'inscrivent en majuscules ou par leur premier mot, dans les gesticulations et la mimique. Elles y balbutient, pourrait-on dire. Remplacez tout un discours par ces premiers mots, comme on fait pour les bulles du pape, ou toute une activité par le mouvement initial et vous aurez l'image des abréviations de l'action dans l'anxiété ». STÖRRING met également l'accent sur l'opposition entre la vie affective profonde et puissante et la « volonté étonnamment débile ». Quant à M^{lle} BOUTONIER, elle a justement mis en évidence, comme fondement de l'angoisse, une autre faiblesse, la structure ambivalente du sujet : « l'anxiété siège en ce point commun à toutes les directions divergentes d'évasion. Ce serait un soulagement que de pouvoir ramener l'anxiété à un conflit d'idées ! Mais l'angoisse, on pourrait dire qu'elle ne peut que se vivre ». Et, se référant immanquablement au vertige, l'auteur poursuit : « Quand j'ai le vertige, je ne peux pas être en même temps

...On trouvera dans l'ouvrage de Mlle BOUTONIER une subtile distinction entre la peur et l'angoisse, et dans le travail si original, profond, et parfois humoristiquement poignant d'Edouard PICHON des aperçus fulgurants sur les multiples facettes de l'angoisse...

...Un autre aspect psychologique de la conscience angoissée c'est le conflit des tendances qui la partage et la déchire...

1. STÖRRING, op. cit., pp. 9 à 11.

2. M^{lle} BOUTONIER, op. cit., pp. 10 à 42.

3. E. PICHON, Mort, angoisse et négation, *Évol. Psych.*, 1947, n° 1, pp. 23-24.

4. W. BOVEN, *L'anxiété*, Paris et Neuchâtel, 1939. Ses analyses si vivantes et pittoresques de l'angoisse névrotique touchent parfois, et comme en se jouant, jusqu'au fond du problème de l'angoisse humaine.

celui qui continue son chemin, et celui qui va se précipiter dans le vide. C'est moi qui ne peux plus choisir, et non les choses qui m'en empêchent. C'est moi qui suis en même temps la personne à qui s'offre l'alternative, et celle qui l'offre. Je suis cette alternative même, et je ne peux même plus, à partir de ce point, où je vis l'angoisse, dessiner les lignes divergentes des possibles. Je fais trop étroitement corps avec l'angoisse, pour avoir même l'illusion de la dominer un moment. Je ne suis plus que cet écartèlement dont je ne peux pas plus m'arracher que de ma vie même ». Enfin, comme nous le verrons plus loin, tous les psychanalystes et beaucoup de cliniciens ou de psychologues admettent, avec HESNARD, que le *sentiment de culpabilité* fait partie intégrante de l'angoisse. Vivre un danger seulement imaginaire ou actualiser un péril futur, c'est déjà s'y livrer soi-même par anticipation, par crainte ou sous l'effet d'une implacable contrainte intérieure. Cette contrainte c'est précisément le besoin atroce de se faire peur, d'avoir peur de mêler la menace d'une catastrophe virtuelle à son existence, de suspendre le glaive de la « justice intérieure » comme une épée de Damoclès sur son Destin. De telle sorte que dans l'angoisse d'une catastrophe même réelle, mais dans laquelle l'anxiété projette nécessairement un complément fantasmique (comme dans le cauchemar ou le délire) la panique serait tout à la fois terreur de la mort, du châtimeur et de la « *peine de mort* ».

Si nous examinons maintenant quelles organisations thématiques, quelles synthèses idéo-affectives émergent de l'anxiété et constituent sa trame significative, nous pouvons distinguer, à cet égard, la *grande anxiété* et la *petite anxiété*, conformément à ce que nous suggère la clinique.

...A la grande anxiété correspondent les organisations propres au cauchemar...

A la grande anxiété correspondent les organisations propres au cauchemar.

Le mystère. L'opacité de mon avenir menaçant enténébre le présent que je vis. Tout est noir, inconnu, redoutable. C'est dans l'ombre qui m'environne et recouvre le monde que s'élabore le danger, qu'il s'organise, s'arme et se prépare (on monte l'échafaud, la police va arriver, les assassins vont faire irruption). Je me sens le centre indistinct d'un drame qui m'étreint dans les remous concentriques de son approche.

La mort. C'est mon existence qui est en jeu ; la mort est là, elle avance ; la guillotine est montée ; l'eau... la corde, la fenêtre, le poison... et tous les tragiques oripeaux de la mort se dressent autour de moi (les corbillards, les tombeaux, tous les attributs des cortèges funèbres et des spectacles macabres).

Le malheur. Tout est englouti et submergé par le mal ; les êtres vivants sont animés d'intentions funestes ; la vie est mauvaise ; tout est perfide ; tout n'est que détresse et malheur.

Le châtimeur. Je me sens engagé dans la mort et le mal, comme le principe même de leur détermination. Je suis un monstre à qui doit être infligé un châtimeur terrible et jamais rédempteur. Il faut expier sans fin et sans espoir ; expier pour expier, éternellement, dans l'inférieure damnation.

Le désespoir. Je me débats, j'agite ces chaînes qui ne peuvent se rompre; je me révolte et m'enfoncé par ma révolte dans l'engrenage fatal ; je renonce à tout pour échapper enfin à la vie dans la mort.

Ces intuitions et ce jeu d'images tragiques sont vécus dans la grande crise d'anxiété paroxysmique, comme un « *présent* » poignant, à peine anticipé, comme si s'effaçait dans l'intensité de la

conscience angoissée, l'épaisseur du temps qui la sépare encore d'un danger virtuel mais inéluctable.

A l'anxiété mineure correspondent des synthèses affectives précaires et poignantes de l'être « aux abois ».

Le doute : que faire? Que penser? Que décider? Que croire? La perplexité, l'incertitude des événements, les jugements hypothétiques sur les significations du monde prochain ou lointain, les pressentiments, sont les principaux aspects de la projection douloureuse du malaise présent, dans la perspective du réel passé ou futur. Tout est trouble et ambigu. Je sens mes pas mal assurés et mon destin chancelant.

La crainte. C'est la préfiguration du danger toujours possible sinon probable, l'enveloppement de « ce-qui-va-arriver » par l'amplification péjorative de la conscience malheureuse. Je pressens le danger qui m'environne et déjà m'investit.

L'inquiétude. C'est la sourde impression d'insécurité du destin personnel qui noue ensemble les fils de la méfiance, du pessimisme et du doute. La menace s'est installée dans mon existence et la dévore.

Le regret. C'est le désir de revivre le passé, de le modifier et la nostalgie du temps irrévocablement perdu. J'ai gâché ma vie, je l'ai engagée dans une impasse, je me suis moi-même ligoté.

Le découragement. C'est la résignation apeurée à la catastrophe, l'impuissance rageuse et coléreuse, la révolte, mais tremblante déjà de la défaite, de l'échec. Je renonce à agir, mais non à m'agiter, je me plonge dans le malheur pour en sortir.

Ces nuances des sentiments d'anxiété mineure définissent précisément non plus la crise panthobique, mais l'anxiété térébrante lancinante, qui constitue chez certains êtres la forme permanente et tragique de leur existence.

— Telles sont les pièces, si l'on peut dire, de ce « procès »¹ que l'anxieux se fait à lui-même et par lequel il accumule contre son destin les ombres du mal et de la mort. Nous savions depuis la Genèse, mais nous connaissons mieux depuis FREUD, par quel jeu inconscient le péché, la faute, la culpabilité sont les vivantes racines de l'angoisse. Il est temps maintenant d'étudier les formes malades de « l'angoisse humaine », sa clinique, puisque c'est un fait clinique de première grandeur que l'anxiété entre dans le tableau clinique de la plupart des névroses et des psychoses.

...A l'anxiété mineure correspondent des synthèses affectives précaires et poignantes de l'être « aux abois »...

...Nous savions depuis la Genèse, mais nous connaissons mieux depuis FREUD, par quel jeu inconscient le péché, la faute, la culpabilité sont les vivantes racines de l'angoisse...

§ II. — LES FORMES CLINIQUES DE L'ANXIÉTÉ MORBIDE

C'est tout d'abord sous forme de *crises* que se présente l'anxiété morbide. Sans doute tout homme qui est plongé dans l'angoisse, au cours de son existence normale, est-il dans un paroxysme émotionnel, mais chez le malade, chez le névropathe, ou le psychopathe, la crise d'anxiété va revêtir des formes étranges, de qualité et d'intensité paradoxales. C'est que l'anxiété morbide est « prise » dans une structure de troubles où chavire la conscience du malade et qu'elle exprime sa dissolution. Tout ce que nous avons dit plus haut de la phénoménologie de l'anxiété rend plausible qu'une telle tempête affective se rencontre en effet avec une remarquable fréquence dans la plupart des

...l'anxiété morbide est « prise » dans une structure de troubles où chavire la conscience du malade et qu'elle exprime sa dissolution...

1. Celui-là même de KAFKA.

états névrotiques et psychotiques. Dans l'anxiété morbide, *l'amplification pessimiste* se confond avec le délire en ce sens que l'anxiété s'y développe pour ainsi dire, sans objet réel et de telle sorte que la forme hallucinatoire de l'anxiété n'est qu'un aspect de la projection délirante. *L'attente du danger*, aspect fondamental de l'anxiété, constitue dans sa forme morbide non une simple émotion, mais un état plus durable d'organisation de la conscience où s'actualise, jusqu'à devenir perception, le péril, de sorte que l'anxiété s'y confond avec la peur et devient une peur devant un objet à la fois fictif et présent. Enfin, *le désarroi* y prend forme de l'agitation anxieuse qui engage la panique dans un comportement inadapté et désordonné.

Mais, comme l'angoisse normale, l'anxiété morbide n'est pas seulement et toujours une anxiété paroxystique, élargie dans toutes ses dimensions structurales, elle peut apparaître aussi, dans ses formes pathologiques les plus caractéristiques (névroses et délire hypocondriaques ou de persécution) comme un *type d'organisation durable de la conscience et de la personnalité* : l'anxiété morbide constitue alors une modalité spécifique du déséquilibre instinctivo-affectif des « névropathes » et « psychopathes », qui sont tous plus ou moins des « anxieux ».

L'anxiété est une dimension de la vie psychique anormale ; elle se développe, comme nous le verrons plus loin, sur le plan de la fiction et du simulacre, c'est-à-dire du délire. Elle exprime soit la distorsion de la conscience troublée, soit la tension conflictuelle d'une personnalité anormale.

C'est dans le groupe des *névroses* ou *psycho-névroses* que l'anxiété se révèle la plus tenace, la plus profonde et la plus active à telles enseignes que, groupant ensemble ces états, STECKEL avait proposé le nom de « parathies anxieuses » pour les caractériser. Mais, dans le domaine des *psychoses*, les états anxieux sont également très fréquents et constituent même classiquement un groupe de « *psychoses anxieuses* ». Ceci va d'ailleurs s'éclairer par les sommaires précisions historiques que nous allons maintenant donner et qui sont indispensables.

*

* *

Nous rappellerons seulement l'essentiel des deux courants principaux qui, chez nous et à l'étranger, ont pris pour objet d'études, d'abord l'anxiété des psychoses et ensuite les formes d'angoisse névrotique.

Le terme « anxiété » est, répétons-le, relativement récent dans la séméiologie psychiatrique. C'est ainsi que Ch. FÉRÉ¹ n'emploie pas le mot. Au siècle dernier, on parlait plutôt, et tout à la fois, de « phobie », de peur, de pantophobie ou de panophobie,

1. Ch. FÉRÉ, *Pathologie des émotions*, 1892.

...l'anxiété morbide n'est pas seulement et toujours une anxiété paroxystique, [...] elle peut apparaître aussi, dans ses formes pathologiques les plus caractéristiques (névroses et délire hypocondriaques ou de persécution) comme un type d'organisation durable de la conscience et de la personnalité...

etc... LALANNE ¹ dans son rapport classique a pu écrire : « il faut arriver à ces derniers temps pour voir assigner à l'anxiété sa vraie place et lui voir jouer son véritable rôle. L'anxiété est, en effet, un symptôme de la plupart des névroses et des psychoses. Elle fait la base de ces états intermédiaires aux névroses, aux psychoses qui constituent la névrose d'angoisse ». C'est à MOREL ² que l'on attribue généralement le mérite d'avoir, un des premiers, su révéler le côté « émotif » et, en un certain sens, « anxieux » de bon nombre de tableaux cliniques. Sous le nom de « *délire émotif* », il englobait la pathologie des obsessions (émotivité), la pathologie de la mélancolie (anxiété) et la pathologie de la neurasthénie (dépression). Depuis cette époque, deux courants importants se sont partagé l'étude de l'anxiété morbide.

D'une part, les études sur les *crises d'anxiété* dans le groupe des psychoses (étude des formes anxieuses de la mélancolie — des états d'anxiété symptomatiques — études neuro-biologiques de l'anxiété) se sont beaucoup développées.

D'autre part, l'étude de l'*anxiété névrotique* devait révéler tout un monde, celui de l'enracinement de l'angoisse névrotique au plus profond des couches inconscientes de l'être. On décrit d'abord en France, à la suite de MOREL, le « *délire émotif obsessionnel* » (SÉGLAS, PITRES et RÉGIS) ³. Ensuite BEARD ⁴ étudia la « *neurasthénie* » et HECKEL ⁵ désigna sous le nom de « *névrose d'angoisse* » un état de déséquilibre émotif avec bouffées d'anxiété, troubles nerveux, cénestopathies, etc., de telle sorte que, lorsque FREUD ⁶ entreprit ses premières études sur l'hystérie, il opposa tout naturellement aux « *névroses de transfert* » (relevant d'un refoulement inconscient) telles que la névrose obsessionnelle et l'hystérie, les *névroses actuelles* liées à des troubles organiques et parmi lesquelles il distinguait : la *neurasthénie*, l'*hypochondrie* et la *névrose d'angoisse*. Dans la suite, son élève dissident, STECKEL, confondit d'abord toutes les névroses actuelles et ensuite toutes les névroses anxieuses dans un même groupe : celui des « *parapathies anxieuses* ». Si l'on veut bien se rappeler d'une part les études ⁷ qui chez nous n'ont cessé de souligner l'importance de la « structure » anxieuse des troubles névrotiques et psychotiques et d'autre

...C'est à MOREL que l'on attribue généralement le mérite d'avoir, un des premiers, su révéler le côté « émotif » et, en un certain sens, « anxieux » de bon nombre de tableaux cliniques. Sous le nom de « *délire émotif* »...

1. LALANNE, Des états anxieux dans les maladies mentales, *Congrès des Aliénistes de langue française*, 1902, Besançon.

2. MOREL, Le délire émotif, *Archives générales de Médecine*, 1866.

3. Cf. le Rapport de LALANNE (1902), le livre de DEVAUX et LOGRE (1917), celui de CLAUDE et LEVI-VALENSI (1938), etc...

4. BEARD, A practical treat of Nervous exhaustions (Neurasthenia), New-York, 1880.

5. F. HECKEL, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. 52, p. 1167.

6. FREUD, Ueber der Berechtigung etc... als Angstnevrose. *Neurologische Zentralblatt*, 15 janvier 1895.

7. Outre les travaux de LALANNE, DEVAUX et LOGRE, de CLAUDE et LEVI VALENSI, de M^{lle} BOUTONIER, nous devons signaler encore : *La Névrose d'angoisse* (1902) et les *Psychonévroses anxieuses* (1922) de P. HARTENBERG, le livre de F. HECKEL, *La névrose d'angoisse* (1917), celui de M. DE FLEURY, *L'Angoisse Humaine* (1925), celui de Pierre JANET, *De l'Angoisse à l'Extase*, (2 volumes 1926) et enfin la « plaquette » de Paul ABELY, *L'Anxiété*, 1947.

part l'énorme développement des travaux psychanalytiques et phénoménologiques sur l'angoisse de nos malades, on mesurera de quel intérêt capital est le problème de l'anxiété morbide sous cette forme d'organisation névrotique de la personnalité.

A la lumière et au terme de ces deux mouvements, il est aisé de comprendre qu'en clinique, les états d'anxiété se présentent, comme nous y faisons allusion précédemment, sous deux formes relativement distinctes : les crises d'anxiété typique, telles qu'elles se rencontrent au cours des « états anxieux », caractérisées par *l'organisation anxieuse du champ de la conscience* et les psychoses et névroses caractérisées par *la structure anxieuse de la personnalité*.

*

* *

...Dans l'étiologie générale on a toujours mis en évidence, les facteurs dégénératifs, les intoxications, les tumeurs, les troubles humoraux, l'âge, les saisons, l'heure...

En ce qui concerne l'étiologie générale de l'anxiété morbide, un facteur de grande importance a toujours été mis en évidence et que l'on a toujours appelé *le facteur dégénératif*. Les tares héréditaires pèsent en effet lourdement sur ces sujets déséquilibrés, même en dehors des cas où l'hérédité se présente sous forme proprement similaire de psychoses dépressives familiales. Il est fréquent, en effet, de noter dans les antécédents généalogiques ou collatéraux des cas de schizophrénies, d'épilepsie, de névrose, etc...

L'importance des processus morbides, et particulièrement neurotropes, n'est pas négligeable non plus. Rappelons ici simplement le rôle de l'intoxication alcoolique dans les ivresses terrifiantes. Certaines affections (tumeurs cérébrales, syphilis des centres nerveux, encéphalite épidémique, épilepsie, sclérose en plaques) sont particulièrement importantes quant à leur action déclenchante des états d'anxiété et aux réactions catastrophiques qu'a spécialement étudiées Kurt GOLDSTEIN. Les troubles hormonaux (hyperthyroïdie, troubles endocriniens génitaux ou hypophysaires, etc) paraissent être d'une grande importance également dans le déterminisme de l'anxiété morbide.

L'âge est une condition étiologique assez intéressante à signaler. L'enfant est angoissé devant la vie comme le vieillard l'est devant la mort, de telle sorte que l'âge de l'angoisse est aussi bien le premier que le dernier dans l'existence. Mais tandis que l'enfant¹ surmonte plus aisément son angoisse, l'homme âgé s'y abandonne si facilement que l'on a pu considérer que l'anxiété croît, comme le suicide, avec l'âge (DESHAIES).

1. Nous ne pouvons songer à citer ici les nombreux et importants travaux de psychanalyse infantile qui soulignent l'intérêt des réactions anxieuses du nouveau-né et de l'enfant dans le sens indiqué par FREUD, RANK, M. KLEIN, Anna FREUD, etc... Nous signalerons seulement quelques travaux récents de l'école américaine. Celui de R. A. SPITZ, La perte de la mère par le nourrisson, *Enfance*, n° 5, 1948, celui de Margaret RIBBLE, Anxiety in infants and its disorganizing effects, *Personality and the Behaviour Disorders*, II, p. 621 et celui de Lawrence S. KUBIE, The ontogenesis of anxiety, *The psychoanalytic Review*, 1941, 28, p. 78. Pour L. S. KUBIE le développement de la conscience et de l'anxiété constituent un processus identique. C'est dire que l'état d'alarme se manifeste dès les premiers stades de la connaissance, l'un et l'autre étant « conditionnés » au sens de Pavlov...

Nous ne saurions négliger non plus, à propos d'un état aussi périodique et épisodique que l'anxiété, de mentionner l'influence des rythmes de la nature, la cadence des saisons et les conditions météorologiques. On sait depuis toujours de quelle épouvante certains phénomènes météorologiques frappent les animaux. On connaît aussi l'influence des heures (l'heure du vague : 4 heures du matin, et le pôle vespéral de l'angoisse à la tombée de la nuit) sur les crises d'anxiété.

Quant aux conditions étiologiques immédiates des accès d'anxiété, on en trouvera, décrites ou citées par FREUD, pas moins de six modalités pour les hommes et de six pour les femmes¹.

*
* *

Nous allons décrire, ou plutôt rapidement rappeler, les principaux aspects cliniques de l'anxiété morbide.

A. — LES CRISES D'ANXIÉTÉ²

Sous forme de paroxysmes émotionnels, des « états d'anxiété » s'observent au cours de l'évolution et dans toutes les formes de psychoses et spécialement dans les formes intermittentes ou maniaco-dépressives. Ces crises ne revêtent pas toujours, ni les mêmes caractères, ni la même intensité. A cet égard, elles représentent une série de niveaux allant depuis l'angoisse la plus immédiatement et intensément « vécue », jusqu'à des formes d'anxiété plus « pensée » que vécue et engagée dans diverses structures délirantes. Nous pouvons ainsi distinguer divers types de crises anxieuses.

1° Crises d'anxiété à type de stupeur ou d'agitation.

Le tableau clinique est celui de la peur, soit agitée, soit paralysante. L'anxiété s'y confond avec ses expressions émotionnelles intenses. Elle s'exprime dans le corps, par le tableau de ce que l'on appelle l'« angoisse somatique ». Soit que l'anxieux, comme sidéré dans l'attente catastrophique, demeure immobile et stuporeux, soit que, en proie à la plus vive agitation, il se dépense en comportements tumultueux et stériles. Une crise de ce genre contractée dans une forte et soudaine impulsion réalise ce que l'on appelle le « raptus anxieux » qui, presque toujours, est un « saut dans la mort ».

2° Crises d'anxiété confuso-oniriques.

Il s'agit ici d'états d'anxiété, vécue dans une conscience troublée et délirante. L'anxiété est intimement liée aux fantasmes effrayants, aux cauchemars vécus par le

...Sous forme de paroxysmes émotionnels, des « états d'anxiété » s'observent au cours de l'évolution et dans toutes les formes de psychoses et spécialement dans les formes intermittentes ou maniaco-dépressives...

...ce que l'on appelle le « raptus anxieux » qui, presque toujours, est un « saut dans la mort »...

1. Cf. STECKEL, pp. 40 à 49.

2. L'anxiété morbide se présente effectivement en clinique surtout sous forme de crises et paroxysmes. C'est ainsi que dans son récent travail, GELMA, L'angoisse, Étude clinique, *Cahiers de Psychiatrie*, 2, 1948, définit l'angoisse comme « un état paroxystique de sensations pénibles et diffuses ». Nous verrons plus loin que le désarroi anxieux peut cependant affecter une forme chronique.

malade. Elle n'est plus ici, comme dans la forme précédente, aveuglement soudée à ces expressions psycho-motrices et physiologiques, mais solidaire d'une conscience imageante et malheureuse. Elle se manifeste plus par la construction de thèmes, de schémas perceptifs d'ensembles significatifs idéo-verbaux, que par les attitudes, les gestes, etc... Elle est plus près du cauchemar que de l'émotion.

3° *Crises de perplexité anxieuse.*

Il s'agit là de crises d'énervement avec aboulie, hésitation, soif de mouvement, activité désordonnée, par quoi se manifeste le désarroi intérieur du sujet. Les auteurs allemands (STÖRRING, Carl SCHNEIDER), à la suite de WERNICKE, ont étudié cette forme de crises d'anxiété, sous le nom de « Ratlosigkeit » ou de « ratlose Zustände »¹. Ils n'ont pas tardé, dans leurs études, à approcher ces états de perplexité des troubles de la conscience. Chez nous, par un mouvement inverse, on n'a cessé de définir certaines formes de confusion légère, comme des états où est particulièrement caractéristique la perplexité. Ce qui caractérise le contenu psychique de ces crises, c'est moins un sentiment d'angoisse en présence d'un danger, qu'une impression diffuse de vertige intérieur. Aussi, y rencontre-t-on ces sentiments d'incomplétude, d'inquiétude vague et de malaise interne, ces impressions d'étrangeté, ces aboulies, ces hésitations que P. JANET a si remarquablement étudiés comme constituant un ensemble de « conduites » inadaptées au réel.

Sous ces formes variées, les crises d'anxiété morbide se présentent au cours de l'évolution des diverses psychoses. Nous allons les décrire, mais, comme toujours, très sommairement puisqu'il s'agit de rappeler simplement des « tableaux cliniques » dont la description a été faite mille fois.

a) DANS LES ÉTATS DÉMENTIELS :

Au cours de la *démence sénile*, ainsi que SÉGLAS y avait insisté, les grandes crises d'anxiété stuporeuse ou d'agitation anxieuse sont assez exceptionnelles, mais, par contre, les deux autres formes de crises d'anxiété sont d'une observation clinique très fréquente, tout particulièrement dans les phases initiales de l'affection. *Dans les états de paralysie générale*, où l'euphorie est loin d'être toujours la règle, les formes anxieuses, dépressives ou neurasthéniques (G. BALLET) sont bien connues et les épisodes anxieux s'y rencontrent sous forme de crises confuso-oniriques assez fréquentes. Les *démences organiques* s'accompagnent de « réactions anxieuses », non seulement au cours des syndromes pseudo-bulbaires, fait bien connu, mais même dans toutes les formes de délabrement psychique dû à des affections cérébrales (tumeurs, traumatismes, etc.). Très souvent, il s'agit des syndromes anxieux avec angoisse paroxystique et on sait que de tels malades ont constitué le terrain d'observation privilégié pour l'étude des syndromes d'angoisse bulbaire (BRISSAUD, BONNIER), des « crises de Kakon »

1. Cf. STÖRRING, op. cit. p. 41 à 56.

...Ce qui caractérise le contenu psychique de ces crises de « perplexité anxieuse », c'est moins un sentiment d'angoisse en présence d'un danger, qu'une impression diffuse de vertige intérieur...

(MONAKOW et MOURGUE) ou des « réactions de catastrophe » (GOLDSTEIN).

b) DANS LES PSYCHOSES SCHIZOPHRÉNIQUES :

Les troubles profonds de l'affectivité, les caprices de l'humeur, les réactions affectives paradoxales de ces malades se manifestent dans le tableau clinique par des expressions d'angoisses impulsives, de craintes phobiques. Carl SCHNEIDER ¹ a particulièrement étudié l'état de perplexité anxieuse au cours de la dissociation schizophrénique, en montrant combien ce désarroi était lié, sous ses aspects de discontinuité, d'ambivalence et d'irrégularité, aux troubles les plus profonds de la pensée schizophrénique. Récemment, A. MYERSON ² a indiqué que certains états d'angoisse réactionnelle (social anxiety) pouvaient être symptomatiques d'un processus schizophrénique. Chez nous : DUPOUY et PICHARD ³ nous ont fourni une excellente étude des réactions anxieuses des déments précoces. Pour eux, le chapitre est « infini » tant il s'agit d'aspects fréquents, variés et variables. Ils ont cependant tenté d'en isoler quelques-uns : le « *maniérisme douloureux* », avec tics, stéréotypies de frayeur et de lamentation — *l'instabilité anxieuse* avec réactions de fuite, de tendance à la fugue, déambulations et tentatives de suicide — *des réactions de compensation coléreuses* avec décharges d'anxiété, excitations, violences, dilacérations, impulsions au suicide — enfin, des *états obsédants* avec représentations impulsives, rigidité affective, polarisation de l'angoisse. Les conclusions de leur travail soulignent la fréquence de ces états d'anxiété à la phase initiale de l'affection et le caractère anarchique de telles émotions douloureuses en liaison avec le désordre de la vie autistique. Il suffit d'ailleurs de se rapporter à l'ouvrage de BLEULER (1911) ou à celui de E. MINKOWSKI (1927) pour trouver dans leurs observations ou analyses l'écho de l'étrange angoisse autistique qui éclate dans ces crises paradoxales. L'autisme ne constitue pas toujours un monde « nirvanique », il est très souvent vécu, au début de l'évolution schizophrénique, dans les phases catatoniques ou d'expériences délirantes primaires, comme un monde tragique tout peuplé des fantasmes de la culpabilité, de la castration, etc.

c) DANS LES PSYCHOSES PAROXYSTIQUES :

C'est naturellement au cours de l'évolution des *Psychoses périodiques ou maniaco-dépressives* que les crises d'anxiété se présentent sous leur forme la plus typique et avec leur plus remarquable constance. Tous les degrés d'anxiété, toutes les réactions du comportement anxieux, toutes les formes de l'angoisse et de la douleur morale se rencontrent ici pour constituer, les tableaux cliniques si typiques de la *mélancolie anxieuse*. On sait à quel caractère de paroxysme et, selon l'expression de GUISLAIN, à quelle « rage

...Chez nous : DUPOUY et PICHARD nous ont fourni une excellente étude des réactions anxieuses des déments précoces. Pour eux, le chapitre est « infini » tant il s'agit d'aspects fréquents, variés et variables...

...Tous les degrés d'anxiété, toutes les réactions du comportement anxieux, toutes les formes de l'angoisse et de la douleur morale se rencontrent ici pour constituer, les tableaux cliniques si typiques de la mélancolie anxieuse...

1. Carl SCHNEIDER, *Die Psychologie der Schizophrenen*, 1930.

2. A. MYERSON, *The Social Anxiety Neurosis, Its possible relations with Schizophrenia*, *Amer. J. of Psychiatry*, 1945, 101, p. 149.

3. DUPOUY et PICHARD, *L'Anxiété dans la démence précoce*, *Ann. Médico-Psycho.*, 1931, II.

mélancolique », peuvent accéder ces crises, parfois très longues, et qui jettent les malades dans le plus tragique désespoir. Épuisés par leurs vociférations leurs cris, leurs gémissements, submergés par une tempête motrice pantophobique, ou figés comme des statues de la douleur, ils paraissent pour ainsi dire vivre la mort à l'acmé de la souffrance humaine. Pour si importante que soit la description de l'anxiété mélancolique, dans une étude clinique de l'anxiété morbide, les analyses que nous ferons ailleurs de la mélancolie ¹ nous dispenseront d'y insister. Soulignons cependant la liaison fréquente de l'anxiété, de l'agitation, de la fuite des idées, de l'excitation intellectuelle dans les états maniaco-dépressifs *mixtes*. Nous pouvons également indiquer que, dans la mesure où elle est plus délirante, l'anxiété est moins immédiatement vécue. Cette remarque est justement faite par STÖRRING, à propos d'une de ses observations ².

L'épilepsie est une psychose à réactions anxieuses presque aussi graves et constantes que celles de la psychose maniaco-dépressive. L'anxiété des « auras » (les malades se sentent menacés, entourés de mystère, glisser dans un gouffre, dans la mort), des phases post-critiques, des équivalents affectifs (crises d'angoisse, pavor nocturnus ³, raptus pantophobique), la fréquence des cauchemars, des séquelles de rêves angoissants, les états crépusculaires à type confuso-onirique anxieux, autant d'aspects de l'anxiété épileptique qui nous montrent que cette psychose essentiellement paroxystique déroule dans ces tableaux cliniques toute la gamme de l'angoisse. Un travail ancien de TIXIER ⁴ contient de remarquables observations cliniques, dont tous les cliniciens peuvent quotidiennement vérifier le bien-fondé. Pour nous référer à l'autre pôle, celui de l'actualité, nous mentionnerons particulièrement les travaux de PICHON-RIVIÈRE sur la situation d'anxiété dans l'épilepsie ⁵.

Dans les psychoses confusionnelles, les troubles de la conscience, les troubles de l'humeur, la perplexité, les constructions oniriques, les idées délirantes s'organisent ou « flocculent » avec une remarquable constance autour de l'anxiété. C'est elle qui crée l'atmosphère de cauchemar, de menace et d'appréhension, fond affectif habituel des états confusionnels. De telle sorte que les états confuso-anxieux représentent une forme clinique extraordinairement fréquente dans l'observation des malades atteints de ce genre de psychoses aiguës.

1. cf. T. III de ces études.

2. STÖRRING, pp. 50-52.

3. Selon Mélanie KLEIN (*The psychoanalysis of children*, 1937) ces attaques d'angoisse nocturne sont liées aux premières ébauches de complexe d'œdipe.

4. TIXIER, *États anxieux et états épileptiques*, Thèse, Paris, 1905.

5. PICHON-RIVIÈRE, Los dinamismos de la Epilepsia, in *Patología Psicosomática*, I vol., Buenos-Aires, 1948, pp. 236 à 238.

...L'épilepsie est une psychose à réactions anxieuses presque aussi graves et constantes que celles de la psychose maniaco-dépressive...

...Dans les psychoses confusionnelles, [c'est l'angoisse] qui crée l'atmosphère de cauchemar, de menace et d'appréhension...

B. — LA STRUCTURE ANXIEUSE DES PERSONNALITÉS MORBIDES

Nous allons décrire ici, et toujours très succinctement, trois types d'organisation morbide de la personnalité, à base d'angoisse. Tout d'abord, ces cas qui correspondent aux *névroses d'angoisse actuelles* de FREUD. Ensuite, les formes névrotiques de *l'angoisse de conversion*. Enfin les *formes de projection délirante* de l'angoisse.

1° *La névrose d'angoisse ou « anxiété constitutionnelle ».*

C'est une notion clinique et classique qui a son prix ; elle vise des malades qui encombrant les maisons de santé, vrais tyrans familiaux, épuiseurs de médecins et dont les jérémiades moliéresques empoisonnent la vie des autres et dévorent la leur propre. Voici comment se présente *l'anxieux constitutionnel*, dont la description coïncide à peu près avec celle de la *névrose d'angoisse* de HECKEL et de FREUD. Ces malades correspondent au tableau clinique que nous devons à DUPRÉ, celui de la constitution émotive¹. La première place dans les traits caractéristiques de cet état névropathique revient naturellement à l'anxiété, « que celle-ci apparaisse, disait DUPRÉ, à l'état pur sous sa forme primitive, comme dans les crises de psycho-névrose d'angoisse ou de pantophobie, ou qu'elle s'associe à certaines représentations mentales, certains processus intellectuels, certains actes... ». Or, l'anxiété, « forme la plus intense de l'émotion pénible, ne peut apparaître sous la forme de paroxysme aigu ou d'accès durables que sur le terrain de l'émotivité constitutionnelle ». Les stigmates psychiques de cette émotivité anxieuse sont l'instabilité, la timidité, l'impressionnabilité (CODET)². Ces sujets timorés éprouvent des sentiments d'insécurité, de perplexité et d'inquiétude. Leur existence n'est qu'une série d'explosions émotives, de brusques élans, de pleurs, de déroutes et d'émois. Une extrême dilection à se représenter des perspectives catastrophiques, à se préoccuper de leur propre santé ou de celle des leurs, ou des autres, etc..., la délectation morose dans l'entretien de leur angoisse, une crainte perpétuelle de l'avenir, des remords, l'aboulie, etc... constituent le fond de malaise de leur vie psychique. FREUD a insisté sur les distractions et les oublis chez ces sujets et sur leurs tendances aux rêveries diurnes. Mais c'est *l'attente anxieuse* (LOEWENFELD), l'« imminence d'angoisse » (STECKEL) qui constituent le fond de leur phobique inquiétude..

Les stigmates physiques ont été bien étudiés par DUPRÉ qui les a notés avec une grande minutie. Sa description vaut d'être reproduite ici :

« L'exagération, surtout dans leur instantanéité et leur amplitude des réflexes tendineux, cutanés et pupillaires, l'hypersensibilité sensitive et sensorielle, le déséquilibre des réactions vasomotrices et sécrétoires qui se traduit par de brusques changements dans la constriction et la dilatation pupillaire, dermographisme des alternances de rougeur et de pâleur, des sensations de chaud et de froid, surtout aux extrémités. On observe dans le domaine glandulaire de poussées

...l'anxieux constitutionnel, dont la description coïncide à peu près avec celle de la névrose d'angoisse de HECKEL et de FREUD, correspond au tableau clinique que nous devons à DUPRÉ, celui de la constitution émotive...

1. DUPRÉ, *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, pp. 490-493, Paris, 1925.

2. H. CODET, Les émotifs et les impressionnables, 1930, *Evolution Psychiatrique*, 1931.

...Les stigmates physiques de « l'anxiété constitutionnelle » étudiés par DUPRÉ...

sudorales localisées ou généralisées, habituelles ou épisodiques, chaudes ou froides, survenant spontanément ou sous l'influence des plus minimes émotions : des alternances, de sialorrhée et de sécheresse de la bouche et de la gorge, des irrégularités dans le taux de la sécrétion, indépendantes du régime alimentaire, se traduisant par des crises d'oligurie ou de polyurie, des décharges alvines spontanées abondantes ou des émissions répétées d'urine presque incolore (urines nerveuses), des variations brusques et opposées dans les sécrétions gastriques et intestinales, avec troubles fonctionnels correspondants, dyspepsie, constipation, diarrhée, etc... Des crises lacrymales avec pleurs subits et abondants, ou au contraire de la sécheresse des yeux, etc... La tendance au spasme des muscles lisses, qui se révèle par le pharyngisme avec dysphagie souvent élective pour tel ou tel aliment, tel médicament, telle boisson, etc... L'œsophagisme avec la sensation de boule, le spasme gastrique avec vomissements, sensation de « nerfs noués » ou croisés dans la région, inhibition digestive, etc... Le spasme intestinal avec constipation ou diarrhée, le spasme vésical avec pollakiurie, etc... tremblement des muscles striés, bien connu sous le nom de tremblement émotif, et sur la fréquence et l'importance duquel il est inutile d'insister ; les irrégularités du cœur et de la respiration, avec sensation d'angoisse, d'oppression, toutes les variétés de dyslalie émotive, etc... sont liés également des tremblements et des spasmes des muscles phonateurs, respiratoires, bronchiques et cardiaques. Le tremblement peut, dans ses formes extrêmes, se manifester par des claquements de dents, des frissons avec agitation musculaire incoercible. Ces désordres musculaires, sécrétoires, vaso-moteurs, etc... constituent par leur association ou dans les grandes crises, le tableau clinique saisissant de l'accès émotif ; celui-ci peut d'ailleurs ne s'accompagner que d'un minimum de troubles intellectuels. Une conséquence intéressante de cette hyperesthésie sensitivo-motrice diffuse consiste en des troubles fonctionnels viscéraux de nature très variée, qu'on observe très fréquemment chez les émotifs, même en dehors de toute émotion et qui sont déterminés par des réactions-réflexes anormales de viscère à viscère. *Ces troubles de la réflexivité interviscérale* se traduisent le plus souvent par des spasmes gastriques, intestinaux, respiratoires, viscéraux, etc., consécutifs à des excitations siégeant dans un autre organe, l'arc disletlique, parcouru par le réflexe interviscéral, réunit ainsi dans un mélange d'influences nocives réciproques, le système digestif, le système circulatoire, l'appareil génital, etc... et engendre les réactions à distance les plus indirectes, entre les organes les plus éloignés les uns des autres ».

Ajoutons encore à ce tableau pourtant déjà si complet les *troubles hormonaux* (hyperthyroïdie, dysovarie, syndrome hypophysaire, etc...) et le syndrome moteur de l'instabilité motrice (tics, bégaiements, tremblements), tous troubles que P. ABELY¹ a tout récemment approfondis dans leur pathogénie hormonale.

Tel est l'anxieux constitutionnel à type hyperémotif. Chez un tel individu, les difficultés vitales, les émotions (puberté, première communion, examen, mariage, deuils, maladies, guerre, etc...) vont pouvoir déclencher des *crises* anxieuses, et parfois de véritables « *ictus émotifs* ». Ces accès peuvent apparaître brusquement ; parfois ils se développent en une série d'accès rudimentaires et subintrants. Les malades ont la sensation qu'ils vont mourir, que l'apoplexie les terrasse, « leur crâne semble vouloir éclater », ils s'imaginent qu'ils deviennent fous, qu'on les étrangle... Ils éprouvent, selon

1. P. ABELY, *Introduction à l'étude de l'endocrino-psychiatrie*, Paris, 1949, pp. 87 à 90.

STECKEL, « les sensations d'un agonisant... Ils pâlisent, perdent l'équilibre, se couchent. Les bras et les jambes tremblent comme secoués par de violents frissons de fièvre. Certains sursautent, une abondante sueur couvre leur corps, leurs cheveux se dressent ; ils ressentent un ruissellement froid dans le dos (cutis anserina). Ils ont de la pollakiurie, de la diarrhée, la bouche se dessèche. La migraine, les vertiges, les algies ne sont pas rares ».

Parfois, au lieu de la crise d'angoisse, on assiste à ses *équivalents*. Voici comment FREUD les a décrits :

a) Troubles de l'activité cardiaque, battements de cœur, avec une courte arythmie, avec tachycardie persistante jusqu'aux états d'extrême faiblesse du cœur, états qu'il n'est pas toujours facile de distinguer d'une affection cardiaque organique ; pseudo-angine de poitrine (sujet épineux au point de vue du diagnostic) ; — *b)* troubles de la respiration, plusieurs formes de dyspnée nerveuse, accès asthmatiformes et autres. FREUD fait ressortir que ces accès ne sont pas toujours accompagnés d'angoisse caractérisée ; — *c)* crises de respiration souvent nocturnes ; — *d)* accès de tremblements et de frissons, que l'on ne confond que trop souvent avec des accès d'hystérie ; — *e)* accès de boulimie, souvent accompagnée de vertiges ; — *f)* crises intermittentes de diarrhée ; — *g)* crises de vertige locomoteur ; — *h)* crises de soi-disant congestions, comprenant à peu près tous les troubles que l'on nommait antérieurement neurasthénie vaso-motrice ; — *i)* crises de paresthésie (celles-ci rarement sans angoisse).

A cette liste, je pourrais ajouter, dit encore FREUD, quelques compléments importants :

j) la strangurie ; — *k)* des spasmes musculaires ; — *l)* de profonds gémissements subits, par suite d'apnée pouvant souvent atteindre la soif d'air ; — *m)* une sensation de fatigue subite pouvant aller jusqu'à la syncope ; — *n)* des vomissements et des douleurs gastriques (symptômes très importants) ainsi que des flatulences douloureuses avec évacuation abondante et bruyante de gaz ; — *o)* l'engourdissement subit d'un doigt, de toute la main et d'un bras ; — *p)* la migraine ; — *q)* une grande excitation, des courses sans but ; — *r)* une salivation subite ou une sécheresse de la bouche.

Nous pourrions distinguer trois types cliniques assez bien individualisés de ces névroses d'angoisse ¹.

1° LA FORME CYCLOTHYMIQUE. Isolée, comme nous l'avons vu par FREUD, mais considérée par HECKEL d'abord, puis par STECKEL, comme identique à la névrose d'angoisse, elle est caractérisée par le biotype pyknique, le caractère syntone, l'éréthisme émotionnel et les oscillations de l'humeur.

Dans ces cas cliniques, il s'agit moins de peur que de fatigue (DEVAUX et LOGRE). Les sujets sont découragés. Ils ont peur de la vie ; ils s'abîment dans une « introspection inquiète » (DEVAUX et LOGRE). DÉJERINE caractérisait cet état de rumination morose, pessimiste, dépressive, en la désignant comme un « syndrome de préoccupations

...les « équivalents » de la crise d'angoisse décrits par FREUD...

1. Cf. CLAUDE LEVY-VALENSI, pp. 49 à 78 et le livre de DEVAUX et LOGRE pour les descriptions de multiples tableaux cliniques et des variétés de ces types.

émotives » et FREUD à son tour insistait sur la composante sexuelle de ces états où il est si difficile de faire la part du conflit et du trouble de l'humeur.

2° LA FORME NEURASTHÉNIQUE. La fameuse neurasthénie décrite par BEARD a été plus récemment étudiée par MONTASSUT¹, sous le nom de « dépression constitutionnelle ». Les céphalées, l'asthme, les algies, les troubles digestifs, le « tempérament arthritique », l'aboulie constituent les aspects les plus caractéristiques du tableau clinique.

3° LA FORME HYPOCONDRIAQUE.

Il s'agit généralement de malades « cénestopathes ». DUPRÉ, DEVAUX et LOGRE, sans préciser d'ailleurs ce qu'ils entendent exactement par « délire », disent assez paradoxalement de ces cénestopathies qu'elles « ne sont pas symptomatiques ni d'une altération neurologique, ni d'un délire... » (?). On peut noter chez ces anxieux des viscéropathies, des « topalgies » superficielles, localisées, erratiques, etc. Ces malades épient la moindre sensation corporelle, étudient chaque grain de leur peau, mesurent leurs pas, comptent et décomptent leurs selles, courant les consultations des médecins, etc. Leur inquiétude ne s'apaise ni par les raisonnements, ni l'observation des faits, elle demeure toujours agissante et dissolvante, elle polarise toute l'activité de ces malheureux, en proie à de perpétuelles crises d'anxiété, parce qu'ils n'ont pas pu voir le médecin, qu'ils ont mangé de la salade crue, qu'ils ont uriné une seule fois par jour, et plus d'une fois le lendemain, etc. On comprend aisément qu'ABADIE ait proposé d'appeler ces patients, par une sorte d'hommage rendu à Molière, des « arganiques ». Les désordres « neuro-végétatifs », les spasmes digestifs, les troubles vaso-moteurs et sexuels sont la règle².

2° *Structure anxieuse des psychonévroses.*

Les deux grandes névroses de transfert (FREUD) : la *névrose obsessionnelle* et la *névrose hystérique* si difficiles à séparer des névroses d'angoisse « actuelles » sont en relation profonde et manifeste avec l'anxiété inconsciente. Il peut paraître, certes, paradoxal de parler d'une *émotion* ou d'un *sentiment* inconscients, puisque l'émotion ou le sentiment ne sont que s'ils sont « vécus » « actualisés », mais ici l'anxiété manifeste reflète un noyau plus profond, un conflit générateur, une situation d'angoisse qui eux

1. MONTASSUT, *Les dépressions constitutionnelles*, Paris, 1938.

2. Ce sont ces névroses actuelles, ces états de nervosisme (OPPENHEIM), ces « parathies » anxieuses (STECKEL), ces formes neurasthéniques (BEARD) ces « Schreck nevrose » (GAUPP) ou cette dépression constitutionnelle (MONTASSUT) qui constituent le fond de la *névrose d'angoisse*. W. BITTER, *Die Angstneurose, Entstehung und Heilung*, 1 vol., 184 pages, Berne, 1948, vient de consacrer une étude à cette fameuse affection. On se convaincra facilement que les limites en demeurent flottantes à l'égard des psychonévroses dont nous allons parler et que FREUD avait voulu en séparer. Les descriptions de W. BITTER portent en effet presque exclusivement sur ce terrain clinique où on distingue avec peine les phénomènes hystériques et obsessionnels à forte teinte d'anxiété phobique.

sont inconscients. C'est d'ailleurs sous forme de complexes « angoissants » que la virtualité d'angoisse névrotique demeure en puissance dans l'inconscient. L'organisation instinctive essentiellement conflictuelle de notre être est une source d'angoisse et son intégration dans des formes conscientes de la vie psychique n'est rien d'autre que l'acte par lequel nous réprimons, dominons et contrôlons cette angoisse pulsionnelle. Le propre des névroses est d'édifier un système de personnalité sur une base affective complexe, anachronique et inhibitrice qui constitue une menace intérieure. C'est dire que toutes les angoisses archaïques, cristallisées en « imagos », enfouies mais actives, vont, dans ces névroses, former la trame même de la personnalité névrotique. L'anxiété fait loi dans la névrose et toute psychothérapie consiste en un effort de liquidation de l'anxiété. L'angoisse névrotique constitue le fond de la névrose, sa forme dépendant des capacités subsistantes d'intégration. Ces capacités sont utilisées par le travail d'organisation de la personnalité, soit dans le sens d'un déplacement infini de l'angoisse dans le temps, soit dans celui d'un déplacement circonscrit dans l'espace, et notamment dans l'espace corporel. Dans le premier cas, la névrose est obsessionnelle. Dans le second elle est hystérique¹.

La *névrose obsessionnelle* est une névrose où l'anxiété est engagée dans une lutte inépuisable et même infinie contre des symboles de symboles. Le système d'images angoissantes se déploie en séries forcées (pensée compulsive ou « anakanstische Denken », des auteurs allemands) sans être jamais complètement transparent. Il se déroule en cascades de significations virtuelles, et tend à se figer en un réseau vertigineux d'angoisses, infiniment renouvelé par les efforts mêmes de l'obsédé pour y échapper. L'obsédé est *assiégé*, il s'assiège. Il s'investit d'angoisse. Et si, parfois, il parvient au centre de ses bastions de défense, dans sa suprême casemate, à trouver un abri, c'est qu'il s'est précisément enfermé, « bouclé » et comme installé dans une position qui ne cesse d'être angoissante que lorsque l'obsédé, définitivement vaincu, se réfugie dans le simulacre de la victoire et de la paix. Nous savons, en effet, que, cliniquement, l'obsédé se présente ou bien comme un martyr phobique impulsif, engagé dans un tragique travail de Pénélope, dans une lutte sans fin, — ou bien comme un « parasite », subissant avec résignation, sinon placidité, les rites, les idées, les mots ou les conduites qui le contraignent douloureusement, tout en lui permettant d'échapper à l'angoisse qui les engendre mais qu'ils absorbent.

La *névrose hystérique* opère par substitution et déguisement dans le monde des images. L'angoisse est ici presque entièrement « camouflée » par l'artifice de la « conversion ». Et même, lorsque c'est sous forme d'une image encore terrifiante qu'elle s'exprime, c'est dans un débordement d'expressions qui, en l'amplifiant, la trahit par

...toutes les angoisses archaïques, cristallisées en « imagos », enfouies mais actives, vont, dans ces névroses, former la trame même de la personnalité névrotique.

L'anxiété fait loi dans la névrose et toute psychothérapie consiste en un effort de liquidation de l'anxiété...

...La névrose obsessionnelle est une névrose où l'anxiété est engagée dans une lutte inépuisable et même infinie contre des symboles de symboles...

1. L'agoraphobie établit un trait d'union clinique fondamental entre ces deux groupes névroses, ces deux formes d'angoisse névrotique.

...l'hystérique métamorphose et dissimule son angoisse dans les formes spatiales, dans celles de son corps où il investit et dissimule son conflit (conversion) et dans celles de son imagination plastique où il épuise ses représentations jusqu'à les « objectiver »...

son excès. C'est pourquoi aucun autre mécanisme névrotique ne donne davantage à l'observateur l'impression d'une feinte. C'est que le phénomène hystérique est bien en un sens, une feinte, mais conditionnée par l'anomalie de formation de la personnalité hystérique. Comme l'obsédé s'assiège dans la durée l'hystérique métamorphose et dissimule son angoisse dans les formes spatiales, dans celles de son corps où il investit et dissimule son conflit (conversion) et dans celles de son imagination plastique où il épuise ses représentations jusqu'à les « objectiver ». L'hystérique exprime plastiquement ses images, et, là encore, ce travail de déplacement tend à absorber comme dans le rêve, l'angoisse qu'il neutralise. Sous son apparente indifférence, ou sa paradoxale euphorie, l'hystérique est angoissé et l'anxiété fuse de toutes parts dans ses manifestations. L'hystérie représente bien un équilibre, un compromis (trait clinique et caractéristique bien connu : celui de la *complaisance névrotique* à l'égard des symptômes) mais c'est parce que l'angoisse est déplacée et comme sursaturée par son *érotisation*, c'est-à-dire parce qu'elle est investie d'une valeur hédonique spécifiquement masochiste, du sens d'une politique de la maladie, d'un refuge dans la maladie.

On trouvera dans le dernier livre de Ch. ODIER ¹ une étude pénétrante quoique un peu confuse de liaisons profondes qui affectent la répression prélogique, l'angoisse et la pensée magique dans les névroses comme dans le cauchemar. Les études sur les types peureux et agressifs et surtout sur la « *névrose d'abandon* » éclairent un certain nombre de mécanismes et de situations névrotiques d'angoisse.

3° Structure anxieuse des personnalités délirantes.

Quant à l'organisation délirante de la personnalité, si nos analyses cliniques sont exactes, elle s'opère selon trois modalités : la *construction paranoïaque*, la *désagrégation schizophrénique* et la *reconstruction paraphrénique*. Il s'agit dans tous ces cas de personnalités dont l'architectonie se situe à un niveau inférieur par rapport aux personnalités névrotiques, car, la fiction n'y est plus seulement pressante, irruptive ou canalisée, mais constitue véritablement la base même du système de la personnalité. La personnalité du délirant c'est son délire : elle se confond avec la trame de son « rêve » délirant.

La *paranoïa* est constituée par un système d'événements fictifs où se projette l'angoisse. Les thèmes de persécution, d'influence, d'hypochondrie, situent au centre de la

1. Ch. ODIER, *L'angoisse et la pensée magique*, I vol., 238 pages. Actualités pédagogiques et psychologiques, Neufchâtel, 1948. — Pour HESNARD (*L'univers morbide de la faute*, 1949) la névrose est essentiellement angoisse névrotique de la faute, c'est une « conduite à la mauvaise conscience obscure ». La phobie est dans cette perspective une conduite maléfique, l'obsession une conduite de conjuration de la faute, et l'hystérie l'effet d'une « disculpation », nous dirions d'un « *alibi* », terme qu'on s'attendait à rencontrer sous la plume de l'auteur de cet ouvrage sur la « culpabilité ».

psychose paranoïaque une angoisse qui se développe en images inquiétantes sinon terrifiantes. La forme interprétative, hallucinatoire ou imaginative de la construction à mi-chemin seulement de la pensée du rêve, lui assure une puissance dialectique dans laquelle le patient s'engage systématiquement, tête baissée, comme pour arracher l'anxiété des profondeurs de son être et la disposer autour de lui, la disperser contre lui, et par ricochet contre les autres. Aussi rien d'étonnant à ce que les cliniciens aient toujours noté les relations de délire de persécution, de l'auto-accusation et de la peur ou de la pantophobie. Elles éclatent dans les antécédents caractériels des délirants, dans les paroxysmes constitutifs, les « moments féconds » du délire aussi sûrement que par la narco-analyse ou sur le divan psychanalytique ¹.

La *schizophrénie* est la forme autistique du rêve, c'est-à-dire un rêve produit, non pas par le sommeil, mais par la dissociation schizophrénique. Et tout de même que le rêve est davantage composé d'images compensatrices d'angoisse que de cauchemars, la pensée schizophrénique se satisfait dans un monde imaginaire de formes et de situations délirantes et hallucinatoires, où se sature et se neutralise l'angoisse complexe. Il arrive cependant que l'autisme reflète, sans les apaiser, les terribles « imagos » de l'inconscient déchaîné, et le schizophrène vit alors dans l'angoisse de l'Œdipe ou de la castration. Mélanie KLEIN ¹, étudiant l'apparence de non-émotivité de ces malades, a souligné une fois de plus, qu'il ne s'agit que d'une apparence. Pour elle, le schizophrène vit l'angoisse qui caractérise le premier âge : la peur de la persécution, c'est-à-dire du monde agressif et menaçant.

La *paraphrénie* constitue un procédé lyrique de cicatrisation de l'angoisse. Celle-ci se volatilise dans une prolifération fantastique de délire. Le nœud même de l'angoisse, par quoi elle nous soude à nous-mêmes, notre existence, à notre être dans les liens d'une modalité inextricablement personnelle est ici tranché. Certes, le délire n'est jamais complètement séparé de sa source et de son foyer et il continue à se nourrir à ce tronc complexe dont il a jailli, ses étranges fleurs étant formées dans leur éclat grandiose et proprement mégalomane de l'amère sève de l'angoisse profonde, qu'elles métamorphosent. Mais même quand les thèmes de persécution, les martyres prodigieux, les damnations éternelles et le fantasmagoriques supplices reflètent encore ce trait d'union vital, la fiction étale sa vertu médicatrice et consolante. Tant il est vrai que dans tout délire quand l'angoisse ne s'exprime pas directement, elle demeure active au centre même de la projection de l'hallucination et du délire auquel elle fournit toujours son contenu dramatique latent.

*
* *
*

...dans la paranoïa, les thèmes de persécution, d'influence, d'hypochondrie, situent au centre de la psychose paranoïaque une angoisse qui se développe en images inquiétantes sinon terrifiantes...

...la pensée schizophrénique se satisfait dans un monde imaginaire de formes et de situations délirantes et hallucinatoires, où se sature et se neutralise l'angoisse complexe...

...La paraphrénie constitue un procédé lyrique de cicatrisation de l'angoisse...

...dans tout délire quand l'angoisse ne s'exprime pas directement, elle demeure active au centre même de la projection de l'hallucination et du délire auquel elle fournit toujours son contenu dramatique latent...

1. *The international Journal of Psychoanalysis*, 1946, XXVII, p. 99.

Le peu que nous venons de dire nous suffit pour établir avec évidence que l'anxiété est, pour ainsi dire, partout dans les névroses et les psychoses ¹, soit comme symptôme apparent, soit comme radical inconscient. De telle sorte que la « séméiologie de l'anxiété » constitue plutôt une perspective psychopathologique qu'une description d'un symptôme. C'est précisément le sens que nous avons entendu donner à cette étude.

§ III. — *L'ANXIÉTÉ DANS LES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX*

...C'est naturellement comme « angor », comme « angoisse constrictive » comme « affre » que le syndrome anxiété a été étudié dans ses relations avec les troubles du système nerveux...

C'est naturellement comme « angor ² », comme « angoisse constrictive » comme « affre » que le syndrome anxiété a été étudié dans ses relations avec les troubles du système nerveux. La liaison de l'émotion anxieuse et de son expression par l'angoisse constrictive est à la racine même de la signification des termes d'angor et d'angoisse dans le vocabulaire médical. Aussi a-t-on décrit toutes sortes de « manifestations fonctionnelles » de l'angoisse ainsi que les appelaient, bien avant les études de la « Médecine psychosomatique » contemporaines, DÉJERINE et GAUCKLER ³. Un peu plus tard CLAUDE et LEVY-VALENSI ⁴ ont étudié dans leur ouvrage les psychoses d'angoisse digestives, cardiaques, respiratoires, vasculaires, urinaires, génitales, motrices, sensibles, vertébrales, etc. selon que tel ou tel appareil est le siège de l'« organopathie fonctionnelle » qui détermine l'angoisse. Cette description clinique conduit à une théorie « périphérique » de l'angoisse qui la met en relation avec des altérations du système nerveux autonome (splanchnique-pneumogastrique), « la méiopraxie de tel ou tel système, de tel ou tel organe devant fixer le type d'anxiété, la localisation de l'angoisse ⁵ ». Cette opinion incessamment renouvelée et toujours actuelle a été formulée par Francis HECKEL ⁶ pour qui l'angoisse était « *la douleur de l'appareil nerveux vago-sympathique* » et n'était rien d'autre que la cénesthésie douloureuse portée à son plus haut degré. Dans cette perspective toute excitation du pneumogastrique par l'ipéca, par exemple, ou des noyaux bulbaires du pneumogastrique par des impressions cénesthésiques désagréables venues d'un autre nerf bulbaire peut produire de l'angoisse sans

1. Il suffirait pour s'en convaincre de parcourir les livres de DEVAUX et LOGRE, de CLAUDE et LEVY-VALENSI, etc... A propos de l'anxiété, c'est toute la pathologie mentale qui est passée en revue... L'anxiété est en effet comme les troubles de la mémoire, les impulsions, etc... un angle sous lequel peut être envisagé tout le champ de la psychiatrie. C'est le sens de ce volume que de mettre en évidence cette possibilité.

2. Nous renvoyons à la description de « l'angor pectoris » d'après CHARCOT, par Pierre MARIE, *Revue de Médecine*, 1882, et à celle de STÖRRING, 1934, d'après I. BRAUN, *Herz und Angst*, 1932.

3. DÉJERINE et GAUCKLER, *Les Manifestations fonctionnelles des Psychonévroses*, Paris, 1911. Tout ce livre est à relire à la lumière des travaux de F. DUNBAR, WEISS, etc.

4. CLAUDE et LEVY-VALENSI, *Les anxieux*, p. 193.

5. CLAUDE et LEVY-VALENSI, p. 359.

6. F. HECKEL, *La Névrose d'angoisse et les états d'émotivité anxieuse*, 1917, pp. 279-280.

anxiété. C'est ainsi que l'excitation du noyau de DEITERS par l'intermédiaire du labyrinthe impressionné dans un léger vertige nautique ou dans les rotations du corps sur son axe détermine des phénomènes pneumogastriques désagréables, à caractère *d'affre*, vaguement angoissant ou nauséuse sans qu'il y ait cependant d'anxiété psychique. Autrement dit, HECKEL se faisait en 1917 le champion des idées exprimées avant lui, avec le retentissement que l'on sait, par BRISSAUD et que nous allons exposer.

Le premier chapitre de l'histoire des idées pathogéniques sur les rapports du cerveau et de l'anxiété est en effet constitué par les travaux sur *l'angoisse bulbaire*. La référence aux syndromes cardio-vasculaires et respiratoires, aux nausées, au mal de mer, aux émotions angoissantes de vertige labyrinthique, suggère tout naturellement l'idée d'un facteur bulbaire dans l'angoisse et, comme l'écrivaient DEVAUX et LOGRE ¹ « si l'on ne peut affirmer que l'angoisse possède au niveau du bulbe son centre exclusif, on peut dire qu'elle y a au moins son quartier-général ». DUPRÉ ², en donnant son adhésion à la théorie de BRISSAUD, s'écriait : « Comme l'a si bien exposé le professeur BRISSAUD, c'est au nœud vital, au foyer régulateur, aux fonctions essentielles de l'existence que siège le processus pathologique de l'angoisse... Le trépied vital de BICHAT n'a-t-il pas, comme lien commun, le point où convergent toutes les activités fonctionnelles émanées du cerveau par les fibres de projection, du cœur ou des poumons, par le vague et le sympathique, c'est-à-dire le *bulbe*, centre des émotions ? » Et c'est effectivement à BRISSAUD qu'il convient de remonter ³. On trouvera également dans le livre de Pierre BONNIER ⁴ l'ensemble des faits et des idées qui constituent cette théorie de l'angoisse bulbaire, Selon BRISSAUD, l'angoisse est un symptôme bulbaire par excellence. Elle se rencontre dans les lésions bulbaires en foyer, dans les paralysies labio-glosso-laryngées, dans la sclérose latérale amyotrophique bulbaire, dans les hémorragies et ramollissements, son principal symptôme est la dyspnée. BRISSAUD signale cette angoisse dans un cas de gliome du corps restiforme et dans une gomme du cervelet. Pour lui, l'angoisse est une crise où n'intervient que des *sensations physiques* ; s'il s'y ajoute des « réactions anxieuses », celles-ci ne sont que contingentes, « car l'angoisse est un phénomène bulbaire et l'anxiété est un phénomène cérébral » ; l'une est physique et l'autre est psychique.

En rajeunissant, la thèse de BRISSAUD s'est d'ailleurs étendue. Récemment, BARRÉ est revenu sur *l'anxiété vestibulaire* ⁵. Pour lui, les phénomènes vestibulaires constituent une « épine irritative » sur laquelle cristallise l'anxiété et il sous-entend que beaucoup d'anxieux ne sont que des « vestibulaires » méconnus. Plus récemment encore, DAVID ⁶,

...Le premier chapitre de l'histoire des idées pathogéniques sur les rapports du cerveau et de l'anxiété est en effet constitué par les travaux sur « l'angoisse bulbaire »...

*...Selon BRISSAUD, [1890] l'angoisse est un symptôme bulbaire par excellence...
...Pour lui, l'angoisse est une crise où n'intervient que des sensations physiques ; s'il s'y ajoute des « réactions anxieuses », celles-ci ne sont que contingentes...*

1. DEVAUX et LOGRE, *Les anxieux*, 1917.

2. DUPRÉ, Congrès de Grenoble, 1902.

3. BRISSAUD, *Semaine Médicale*, 1890, page 410, Congrès de Grenoble, 1902, cf. aussi le travail de son élève LONDE, *Rev. de Méd.*, 1902.

4. Pierre BONNIER, *l'Anxiété*, Paris, 1913.

5. BARRÉ, *Gazette des Hôpitaux*, 1939, pp. 955 à 960.

6. DAVID, TALAIRACH et HECAEN, Sur l'apparition d'angoisses au cours d'interventions sur la région bulbaire, *Société Médico-Psycho.*, 27 mai 1948.

DAVID, TALAIRACH et HECAEN ont noté l'apparition d'angoisse au cours d'interventions dans les régions bulbaire.

TALAIRACH et HECAEN ont noté l'apparition d'angoisse au cours d'interventions dans les régions bulbaire. Mais ils précisent que pour eux l'expression « angoisse » ne correspond pas seulement à ce trouble physique qui se traduit classiquement par une sensation de resserrement, mais bien à l'anxiété qui submerge et altère la conscience entière par le sentiment d'un danger présent et écrasant. Ils rapportent trois cas où, pendant l'intervention de neuro-chirurgiens, « les malades étaient oppressés par l'angoisse de la mort imminente ». C'est en songeant à de tels faits que BRISSAUD en 1890 les qualifiait d'anxiété paroxystique, sorte de « méditation de la mort », selon, rappelait-il, le langage de SÉNÈQUE, car pour lui, il s'agissait bien, dans ce cas, d'un phénomène d'anxiété *se surajoutant* à l'angoisse. Nous avons pu nous-mêmes, il y a une dizaine d'années, observer un cas d'angoisse constrictive à forme d'affre chez une jeune femme qui succomba à l'engagement d'une tumeur du quatrième ventricule dans le trou occipital après une simple investigation manométrique de la tension de L. C. R. sans soustraction de liquide : elle avait une petite tumeur (méningiome) grosse comme une noisette.

Enfin nous devons rappeler que la pathologie cérébrale de l'anxiété s'est beaucoup élargie par l'étude des manifestations psychopathiques des *traumatismes* ou des *tumeurs cérébrales* et plus généralement de toutes les affections cérébrales. Ch. FÉRÉ¹ avait déjà signalé l'angoisse au cours de la « *Paralysie générale* ». OMBREDANE² dans son travail sur la *sclérose en plaques* a insisté beaucoup sur les manifestations anxieuses de cette affection et cela à la suite de TARGOWLA et de M^{lle} SERIN³ qui avaient décrit de véritables « *névrites anxieuses* ». C'est surtout l'*encéphalite épidémique* qui a donné l'occasion depuis 1920 d'observer un grand nombre de réactions anxieuses, de paroxysmes, d'états d'anxiété associés ou non au syndrome parkinsonien. STECK⁴ a dénombré 81 malades (sur 364) anxieux mais, dit-il, plus « déprimés » que mélancoliques. D'après DICKMEISS⁵ sur 137 encéphalitiques, dont 122 présentaient des troubles mentaux, 49 présentaient des manifestations d'anxiété (neurasthénie, dépression, états maniaco-dépressifs) ces chiffres nous paraissent très au-dessous de la vérité car le parkinsonien encéphalitique nous paraît « baigner » littéralement dans l'anxiété.

Au cours de *tumeurs cérébrales*, tous les cliniciens ont noté de nombreuses réactions anxieuses⁶. Rappelons et pour indiquer simplement quelques exemples que ces dernières années MARCHAND et DUPOUY⁷ ont observé une tumeur secondaire du lobe

...C'est surtout l'encéphalite épidémique qui a donné l'occasion depuis 1920 d'observer un grand nombre de réactions anxieuses, de paroxysmes, d'états d'anxiété associés ou non au syndrome parkinsonien...

1. Ch. FÉRÉ, *Revue de Médecine*, 1906.

2. OMBREDANE, *Troubles mentaux et la sclérose en plaques*, Thèse, Paris, 1929.

3. TARGOWLA, M^{lle} SERIN, La névrite disséminée à forme anxieuse, *La Pratique médicale fr.*, juillet, 1927, p. 325.

4. H. STECK, *Schweiz. Med. Woch.*, 1431, 12, pp. 824, (cité par DICKMEISS).

5. P. DICKMEISS, Facteurs exogènes dans les Psychoses maniaco-mélancoliques, *Ann. Médico-Psycho.*, 1936, pp. 769 à 778.

6. Cf. la statistique fameuse même déjà ancienne de SCHULSTER de 1902, la thèse de BARUK de 1926, la statistique de BADT de 1932 de JAMEISON et HENRY de 1933 etc... Nous retrouverons ce problème dans le t. IV de ces études.

7. MARCHAND et DUPOUY, *Ann. Médico-Psycho.*, 1940.

temporal droit avec un syndrome mélancolique ; que MARCHAND et VIDART¹ ont publié l'observation d'une tumeur temporo-occipitale gauche avec réactions mélancoliques, etc. Le premier cas du travail de RISER, DARDENNE, FERDIÈRE et GAYRAL² est intéressant en raison des crises dépressives initiales chez un enfant de 12 ans présentant un cranio-pharyngisme.

Les étonnantes guérisons des crises d'anxiété par la *convulsivothérapie* et notamment par l'*électrochoc* ont apporté une contribution décisive à la pathologie cérébrale de l'anxiété. Nous n'insisterons pas ici sur ces faits devenus d'observation courante, parce que l'on ne compte plus les cas de sédation de l'anxiété par la pratique de l'électrochoc. Cette énorme moisson de faits thérapeutiques est à rapprocher d'observations du genre de celle de PILCZ³ qui vit une mélancolie guérir après une apoplexie cérébrale. Il semble donc que les perturbations pathologiques du cerveau jouent un rôle important dans le mécanisme des psychoses anxieuses et il paraît plausible d'admettre que, le dispositif diencéphalique assurant la « régulation de l'humeur » (DELAY), ce seraient ses altérations qui entraîneraient les manifestations d'angoisse nerveuse. Tel est précisément l'aspect le plus actuel du problème anatomique cérébral de l'anxiété. Il est centré sur ce que l'on a appelé (DELAY et M^{lle} JOUANNAIS⁴) « l'anxiété hypothalamique ». Selon ces auteurs, il s'agit là d'une réaction d'alarme des centres neuro-végétatifs de l'hypothalamus. Ces crises anxieuses ont en effet les caractéristiques des grandes crises végétatives, où se retrouve le syndrome sympathique des expériences de Philippe BARD et de D. MCK RIOCH⁵ sur la « sham rage ». On sait que les émotions, ou tout au moins leur dispositif d'expression avaient été localisées d'abord dans le thalamus pour la raison bien simple que les émotions (colère, joie, douleur, rage) continuaient à se produire, d'après les expériences de GOLTZ (1892), de H. ROTHMANN (1923) et de SCHALTENBRAND et COBB (1930), chez les chiens décérébrés, privés d'écorce. Ce fait fut confirmé par W. CANNON et S. W. BRITTON⁶ qui montrèrent que des réactions émotionnelles pouvaient se produire chez les animaux « thalamiques ». Mais dans la suite P. BARD, de 1928 à 1934, dans une série de publications⁷, montra que les mêmes manifestations se produisent même quand la décérébration prive l'animal du thalamus lui-même. Enfin HINSEY et RANSON⁸ et H. LABAT, B. LANSON, MAGOUN et RANSON⁹ obtin-

...Les étonnantes guérisons des crises d'anxiété par la convulsivothérapie et notamment par l'électrochoc ont apporté une contribution décisive à la pathologie cérébrale de l'anxiété...

...l'aspect le plus actuel du problème anatomique cérébral de l'anxiété. Il est centré sur ce que l'on a appelé (DELAY et Mlle JOUANNAIS) « l'anxiété hypothalamique »...

1. MARCHAND et VIDART, *Ann. Médico-Psycho.*, 1940.

2. RISER, etc., *Ann. Médico-Psycho.*, 1945, II.

3. A. PILCZ, *Archives de Neuro. de Bucarest*, 1940.

4. DELAY et M^{lle} JOUANNAIS, L'anxiété hypothalamique, *Revue Neurologique*, 1943, p. 299.

5. BARD et RIOCH, *John Hopskins Hosp. Bullet.* 1937.

6. CANNON et BRITTON, *American Journal of Physiology*, 1925 et 1927.

7. BARD, *American Journal of Physiology*, *Psychological Revue*, article de l'*Handbook of general experimental Pathology* de Murchinson, etc...

8. HINSEY et RANSON, *Archiv. Neuro. Psych.*, Chicago, 1930.

9. H. LABAT, B. LANSON, MAGOUN et RANSON, *American Journal of Physiology*, 1935.

rent des résultats analogues par l'excitation électrique de l'hypothalamus ¹.

Un certain nombre d'observations dues aux neuro-chirurgiens semblent en effet montrer que l'hypothalamus joue un rôle important dans la « régulation des émotions » comme on disait à la fin du XIX^e siècle, c'est-à-dire il y a seulement quelques années, à propos des « noyaux gris centraux » ou du « diencéphale » en général. Quoique les faits les plus intéressants soient de l'ordre des dérèglements euphoriques et maniaques de l'humeur ² nous devons souligner l'importance et la portée de ces observations. Il y a lieu de faire spécialement état des faits rapportés par O. FOERSTER et O. GAGEL ³ qui ont observé un état d'exubérance maniaque par « manipulation de la tumeur ⁴ ». Chez un malade (le cas IV) ils ont noté un « maniakische Redestrom » (Logorrhée maniaque) dans les mêmes conditions. Soulignons que dans le cas 3, le malade était déjà maniaque avant l'opération et que dans le cas 4 il présentait des troubles mentaux « de type psychose de KORSKOFF », ce qui correspond à nos états confusionnels. De plus, pour aborder la tumeur de cette région du cerveau par voie antérieure, les lésions opératoires nécessaires diminuent d'autant la valeur stricte de la « localisation ». Quoi qu'il en soit, pour FOERSTER et GAGEL, c'est l'excitation de la partie « orale » de l'hypothalamus, centre des impulsions (Antriebsort) qui déclenche ces troubles de l'humeur, tandis que la partie postérieure juxtaquadrigéminal produit des troubles de la conscience. Ils ont rappelé à ce propos des observations anciennes de CLOUSTON, de FUERSTENER, d'OPPENHEIM, etc... et celles plus récentes de FULTON et BAILEY ⁵ et de BAILEY ⁶. Depuis lors I. B. COX ⁷ et N. H. DOTT ⁸ ont rapporté de nouveaux cas de tumeurs de la base, chez qui les interventions par voie transfrontale ou endonasale provoquèrent des états d'excitation. Comme on le voit, il s'agit généralement de tumeurs hypophysaires, fait qu'il faut rapprocher des observations de X. et P. ABELY ⁹, du cas de DELAY, MAILLARD et NAUDASCHER ¹⁰. On peut comprendre par l'exposé de tous ces

...Un certain nombre d'observations dues aux neuro-chirurgiens semblent en effet montrer que l'hypothalamus joue un rôle important dans la « régulation des émotions » comme on disait à la fin du XIX^e siècle...

...Quoique les faits les plus intéressants soient de l'ordre des dérèglements euphoriques et maniaques de l'humeur...

1. Toutes ces indications biographiques se trouvent soigneusement notées dans le livre de J. DELAY, *Les dérèglements de l'Humeur*, 1946, de la page 111 à 116.

2. Une question comme « anxiété » ne saurait être entièrement et profondément traitée qu'en étudiant à la fois et dans la même perspective la joie et l'angoisse, les rires et les larmes, le châtouillement et les affres.

3. Soit dans leur article : « Einfall von Ependymcyst des dritten Ventrikels, Beitrag zur Frage der Beziehungen psychisches Stroms und Hirnstamms », *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1935, 1. 149, soit dans l'article de GAGEL sur l'hypothalamus dans le *Traité* de BUMKE et FOERSTER.

4. L'analyse de la fuite des idées et des associations par assonance est traduite textuellement dans le livre de DELAY, p. 117.

5. FULTON et BAILEY, *J. of Neuro. and mental diseases*, 1929.

6. P. BAILEY, *Intracranial tumors*, Londres, 1933.

7. B. COX, Tumors of the base of the brains etc... *Medic. Journal Australia*, 1937.

8. N. M. DOTT, Surgical aspects of the hypothalamus, *The hypothalamus*, Edimburgh, 1938.

9. X. et P. ABELY, *Ann. Médico-Psycho.*, 1934 et 1936.

10. DELAY, MAILLARD et NAUDASCHER, *Ann. Médico-Psycho.*, 1946.

faits que S. WALTER RANSON dans son ouvrage puisse admettre formellement (DELAY, p. 118) le siège hypothalamique de la crise d'excitation maniaque. Quant au système de localisation de KLEIST qui se représente des dispositifs « longitudinaux » étagés sur plusieurs niveaux du névraxe il exige sur ce point des explications un peu confuses. Pour lui les troubles du « biotonus » entrent dans le système intéroceptif, système pulsionnel et émotionnel dont les manifestations morbides se produisent dans les atteintes du mésodiencephale comme du « cerveau orbitaire » (lobe frontal). Plus nette est encore l'importance que DAVID, HECAEN et TALAIRACH ¹ attribuent aux lésions corticales dans le déterminisme de ces troubles.

Comme nous le faisons remarquer plus haut, les crises d'anxiété sont rarement mentionnées dans tous ces travaux. Cependant on cite généralement les cas de R. GRINKER ². Il s'agit d'une crise d'angoisse avec sentiment de mort imminente au cours d'interventions chirurgicales de la région hypothalamique. Ceci nous ramène bien près de notre point de départ : à l'angoisse bulbaire.

§ IV. — LES THÉORIES PATHOGÉNIQUES

A. — LES DEUX PÔLES DE L'ANXIÉTÉ. ANGOR ET ORGANISATION ANXIEUSE DE LA CONSCIENCE ET DE LA PERSONNALITÉ.

Les faits cliniques et expérimentaux que nous venons d'envisager nous placent maintenant au cœur des discussions homériques sur les rapports de l'angor, de l'angoisse constrictive, de « l'affre » physique et de l'anxiété. C'est donc toujours le même problème, celui du physique et du moral, qui une fois de plus surgit devant nous.

L'angoisse, définie selon BRISSAUD par la « sensation physique de resserrement », et selon DEVAUX et LOGRE caractérisée par le spasme des muscles lisses, est généralement regardée, nous l'avons vu, comme la souffrance du système neuro-végétatif (Francis HECKEL). Ce phénomène se rapproche donc de la douleur angineuse, de l'angor pectoris. Mais il la déborde pour constituer un malaise, une crise de « kakon » (MONAKOW et MOURGUE) qui possède une tonalité affective spécifique. Que l'angoisse ainsi définie se rencontre dans les affections viscérales ou nerveuses qui intéressent le système nerveux autonome dans ses portions périphériques ou cérébrales, cela est un fait bien connu de tous les médecins. Personne ne peut songer à le discuter. La structure de cette « affre » est caractérisée par l'impression pénible qui exprime la défaillance des fonctions vitales : « Je me sens atrocement ébranlé au fond de mon être, étreint par un mal douloureux et violent qui m'entraîne brutalement vers la mort.

...L'angoisse est généralement regardée, nous l'avons vu, comme la souffrance du système neuro-végétatif (Francis HECKEL) [...] Mais elle la déborde pour constituer un malaise, une crise de « kakon » (MONAKOW et MOURGUE)...

1. DAVID, HECAEN et TALAIRACH, Troubles psychiques de type expansif au cours des interventions dans la région du troisième ventricule, *Revue Neuro*, nov. et déc, 1946.

2. R. GRINKER, Hypothalamic functions in psychosomatic interrelations, *Psychosomatic Medicine*, 1939,1.

...L'émotion et ses expressions, la situation vitale et son substratum perceptif sont soudés dans un vécu à la fois terriblement et indivisiblement immédiat et instantané...

Je me sens pris dans une tenaille de fer. Tout chavire autour de moi et en moi : un gouffre s'ouvre. Je suis environné d'inconnu et brutalement arraché à la vie... Je me sens écrasé, pris dans l'étau de la mort... ». L'angoisse se confond ici littéralement avec son expression physique (pâleur, lipothymie, crise sympathique ou parasympathique, spasmes). Le resserrement viscéral, la rétraction de l'être, l'apnée, l'immobilité, la paralysie, l'émotion et son expression, constituent un seul « étau ». La vie est comme suspendue toute prête à s'engloutir dans la mort. L'émotion et ses expressions, la situation vitale et son substratum perceptif sont soudés dans un vécu à la fois terriblement et indivisiblement immédiat et instantané.

Que pouvons-nous dire de cette angoisse ? sinon qu'elle est le type même de la « Realangst ». C'est à proprement parler une « Somatorealangst » : elle se confond avec la réalité la plus immédiatement vécue. Être angoissé au cours d'un infarctus du myocarde, d'une coronarite ou d'une compression du bulbe, c'est réagir vitalement et, somme toute, correctement à une situation somatique catastrophique : c'est le type même d'une « réaction de catastrophe », de *la peur* s'exprimant dans sa cause même, en ce « *court-circuit* » inextricable par lequel l'angor et l'angoisse se confondent et se constituent.

Jusqu'ici tout le monde est d'accord ; mais là où les choses se compliquent, c'est quand il s'agit de déterminer les rapports de *l'angoisse* et de *l'anxiété*. Car, d'une part, il y a quelque chose qui les rapproche puisque, dans l'angoisse, il y a un sentiment qui dépasse la « sensation » et déjà est une « conscience terrifiée » et dans l'anxiété, il y a bien une impression physique qui *exprime* l'anxiété et constitue le « syndrome » physique d'angoisse. — Mais d'autre part, il y a bien quelque chose de différent puisque l'angoisse est vécue essentiellement comme une « simple » sensation périphérique, tandis que l'anxiété est vécue sur un registre affectif plus complexe ; puisque l'angoisse paraît être un phénomène relativement élémentaire alors que l'anxiété se présente comme une forme d'organisation supérieure ; puisque, enfin, l'angoisse, même à sa limite inférieure, peut être, dans l'angor, *vécue* comme une « simple » douleur, tandis que l'anxiété, à sa limite supérieure, peut être *pensée* sans sensation physique d'angoisse...

Vertigineux problème !

Les médecins chez nous, comme le remarque M^{lle} BOUTONIER, ont depuis longtemps et généralement opté pour une différence structurale entre ces deux états affectifs. C'était, nous l'avons vu, la thèse de BRISSAUD (1890 et 1902). A propos d'une communication de SOUQUES ¹, il déclarait que les deux mots : angoisse et anxiété, sont nécessaires pour désigner deux phénomènes distincts : « un phénomène physique d'angoisse et un phénomène purement psychique, l'anxiété, lesquels peuvent d'ailleurs

1. SOUQUES, Angoisse sans anxiété, *Société de Neurologie*, 1902.

s'observer isolément ». Il complétait sa pensée en précisant : « L'angoisse est un phénomène bulbaire, l'anxiété est un phénomène cérébral. L'angoisse est un trouble physique qui se traduit par une sensation de constriction, d'étouffement ; l'anxiété est un trouble psychique qui se traduit par un sentiment d'insécurité indéfinissable ». M^{lle} BOUTONIER, examinant cette question dès le début de son ouvrage ¹, est d'avis qu'il n'y a pas entre angoisse et anxiété de différence structurale. L'angoisse est *déjà* quelque chose de différent d'une simple douleur physique, elle est plus vécue que pensée, et l'anxiété est vécue autant que pensée. Dans l'une et l'autre se rencontre ce désarroi vertigineux qui lui paraît définir l'angoisse en général, comprenant toutes les formes d'anxiété, depuis celle qui est intensément vécue et peu pensée, jusqu'à celle qui est engagée dans les couches supérieures de l'activité psychique.

En Allemagne, Max SCHELER ² s'est fait au contraire le champion d'une différence structurale entre angoisse et anxiété. Tandis que BRISSAUD admettait entre elles une différence anatomique, l'une étant bulbaire et l'autre cérébrale, Max SCHELER se place à un point de vue radicalement étranger à toute préoccupation anatomique. C'est en tant que phénoménologue qu'il a cherché quelles caractéristiques structurales déterminent l'originalité de l'angoisse somatique (Körperliche Angst) et de l'angoisse psychique (Seelische Angst). Ceci, à vrai dire, n'est qu'un aspect particulier de sa théorie des niveaux (Schichtenstruktur) de la vie émotionnelle, théorie qui est extrêmement pénétrante. Pour lui, la couche inférieure est constituée par l'affectivité sensorielle (Sinnliche ou Empfindungsgeföhle). A un niveau plus élevé s'organise l'affectivité somato-vitale, admettant des états affectifs corporels (Leibgeföhle), et des fonctions affectives vitales. La troisième couche est représentée par les sentiments personnels purement psychiques (Reine Ichgeföhle). Enfin, l'affectivité se déploie et s'organise en sentiments sur le plan de la personnalité (Persönlichkeitsgeföhle). Tous ces sentiments diffèrent selon la diversité des rapports vécus avec le moi. Les sentiments des couches les plus inférieures sont immédiatement vécus et ne supposent pas *l'attente* puisqu'ils sont vécus dans le présent immédiat; ils sont renforcés par le renforcement de l'attention. Ce qui distingue, au contraire, les plus élevés, c'est qu'ils sont corrélatifs d'un ensemble significatif. Nous ne saurions ici présenter avec détails les longues analyses de Max SCHELER, et notamment celles où il a étudié avec beaucoup de profondeur la situation du martyr qui éloigne son « angoisse » de son « Moi », et va jusqu'à renverser le rapport naturel qui les lie. Il nous suffira, croyons-nous, de schématiser sa position, pour montrer, s'il en était besoin, que la vie affective n'est pas, comme on se le représente parfois, une sorte d'instance inférieure surmontée par la raison.

...M^{lle} BOUTONIER, examinant cette question dès le début de son ouvrage, est d'avis qu'il n'y a pas entre angoisse et anxiété de différence structurale...

En Allemagne, Max SCHELER s'est fait au contraire le champion d'une différence structurale entre angoisse et anxiété.[...] C'est en tant que phénoménologue qu'il a cherché quelles caractéristiques structurales déterminent l'originalité de l'angoisse somatique (Körperliche Angst) et de l'angoisse psychique (Seelische Angst)...

1. M^{lle} BOUTONIER, op. cit., Pages 9 à 42.

2. Max SCHELER, *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, 3^e édit., Halle, 1927.

Elle est vécue, intégrée à tous les niveaux, et subit dans son ensemble l'influence de l'intégration structurale de ces niveaux. Ainsi, l'idée de voir dans l'angoisse ou l'anxiété deux phénomènes différents, ou l'idée de voir dans l'angoisse et l'anxiété un phénomène identique (ces deux idées n'exprimant d'ailleurs qu'une seule intuition, celle que la vie psychique forme *un plan* dont les uns considèrent seulement une seule surface, tandis que les autres distinguent le recto et le verso) sont également fausses. Lorsque M^{lle} BOUTONIER chez nous, ou STÖRRING, en Allemagne (pour ne parler que de deux ouvrages récents), défendent la thèse de l'identité de l'angoisse et de l'anxiété, ils sont trop observateurs pour ne pas discerner les formes structurales qui séparent l'angoisse vécue, engagée seulement et comme par sa périphérie, dans une situation catastrophique présente et l'anxiété parlée et vécue, engagée dans un bouleversement total de l'existence passée, présente, future et même possible. Sous ces diverses formes structurales, elle ne peut être saisie que dans une *perspective hiérarchisée*.

Il paraît donc évident, que l'angoisse que nous avons définie plus haut comme « une réelle angoisse somatique » ne peut être assimilée purement et simplement à « l'angoisse morale ». Il faut, pour résoudre toutes ces difficultés, se représenter, une fois de plus, « l'affectivité », comme un mode de réaction variée de l'être à son être : *elle varie selon les niveaux de structure de sa conscience*. A cet égard il est clair que nous pouvons être *affectés* dans notre être physique, c'est-à-dire inférieur, ou dans notre être moral, c'est-à-dire supérieur.

Le propre des « affections » qui nous rendent sensible notre être physique c'est d'être immédiatement vécues en contraste avec notre moi et comme à la périphérie de notre moi. Si j'ai mal aux dents, c'est comme un « pré-objet » que « se présente » ma douleur. Elle est, cette douleur, dans ma personne à la périphérie de mon moi, c'est-à-dire dans mon corps. La fatigue, l'irritabilité, l'euphorie toxique se présentent à moi, dotées du même coefficient d'extranéité relative. Ce sont des « sentiments », des « états affectifs » qui nous attaquent « par en bas ». C'est ce que nous voulons exprimer quand nous disons que : « ils sont vécus plutôt que pensés » et pour ainsi dire projetés à la périphérie de notre moi, dans une situation vitale presque extérieure à nous-mêmes, de telle sorte qu'ils sont pour nous « *objets* » d'angoisse.

Le propre des « *affections morales* » c'est qu'elles nous engagent nous-mêmes en tant que nous les éprouvons comme des modifications de ce qui est le plus nous-mêmes. Souffrir, avoir peur, être jaloux, avoir confiance, c'est toujours se sentir engagé et affecté sans réserves et sans limites comme *sujet*.

Si les « affections » physiques pour si douloureuses ou « *angineuses* » qu'elles soient ne peuvent entraîner en elles-mêmes et par elles-mêmes de modifications de notre structure morale, par contre, tout état affectif supérieur s'exprime nécessairement par l'état corporel, c'est-à-dire s'engage dans le clavier de nos expressions émotionnelles [note 1, p.409].

...[pour nous, l'angoisse et l'anxiété], sous leur diverses formes structurales ne peuvent être saisies que dans une perspective hiérarchisée...

...Le propre des « *affections morales* » c'est qu'elles nous engagent nous-mêmes [...] Souffrir, avoir peur, être jaloux, avoir confiance, c'est toujours se sentir engagé et affecté sans réserves et sans limites comme *sujet*...

Ramener l'anxiété à l'angoisse physique est donc une erreur, puisque celle-ci ne constitue pas une condition suffisante de celle-là. Cette thèse qui se confond avec la théorie périphérique des émotions de JAMES-LANGE est responsable d'interprétations mécanicistes inadmissibles. L'idée, par exemple, de fonder la mélancolie ou la manie sur « un trouble élémentaire de l'humeur », un trouble du biotonus², est insoutenable. Ceux qui sont familiers avec notre pensée, sentiront certainement que le problème qui nous occupe est le même que celui que nous avons rencontré à propos des troubles de la mémoire, des obsessions, des impulsions, des hallucinations, de l'hypocondrie, des troubles du langage, etc... Il y a lieu de résoudre celui-ci comme tous ceux-là, en admettant une fois pour toutes qu'il y a une couche fonctionnelle psychique qui se trouve « à la base » de notre vie psychique, mais ne la gouverne pas. Elle est, dans l'activité normale, « le siège » du vécu perceptif et de ses fonctions automatiques, c'est-à-dire notre « corps » nécessairement intégré dans notre comportement et notre pensée. En pathologie, les modifications, les désintégrations de ce niveau inférieur constituent ce que nous appelons des phénomènes neurologiques.

Une telle théorie nous permet de concevoir clairement qu'il y a ce que nous pouvons appeler une *forme neurologique* de l'anxiété : c'est l'*affre*, le syndrome d'angoisse constrictive physique, « l'anxiété somatique réelle ». Les altérations des niveaux supérieurs de pensée et de comportement à type psychiatrique ont, par contre, une structure différente. C'est ainsi qu'il y a des *formes d'anxiété morbide psychotiques et psycho-névrotiques*. De telles formes sont structurellement différentes de l'angoisse de la souffrance physique en ce qu'il s'agit d'états affectifs qui sont vécus et pensés non seulement comme des *accidents* corporels, localisés dans tel ou tel « lieu affecté » du *corps* mais comme *événements* catastrophiques pris dans la masse d'un *monde* et d'un monde, comme nous allons le voir, plus ou moins imaginaire.

...Ramener l'anxiété à l'angoisse physique est donc une erreur, puisque celle-ci ne constitue pas une condition suffisante de celle-là...

...Cette thèse qui se confond avec la théorie périphérique des émotions de JAMES-LANGE est responsable d'interprétations mécanicistes inadmissibles...

...il y a ce que nous pouvons appeler une forme neurologique de l'anxiété : c'est l'affre, le syndrome d'angoisse constrictive physique, « l'anxiété somatique réelle »...

1. Cela revient à nier la relation de réversibilité ou de réciprocité contraire à la notion même de structure hiérarchisée.

2. Il est remarquable que Kurt SCHNEIDER tentant d'appliquer au problème de l'anxiété des « dépressions endogènes » (c'est-à-dire de la mélancolie), la théorie de la « Schichten-struktur » de Max SCHELER tombe grossièrement sous le coup des critiques de STÖRRING quand il ramène la mélancolie à un trouble des « sentiments vitaux » qui « déteindraient » sur les couches supérieures (cf. STÖRRING G. pp. 29 à 32). Dans son récent livre, *Les dérèglements de l'humeur*, 1946, J. DELAY paraît tomber dans la même erreur. Sans doute tente-t-il (pp. 121 à 123) d'échapper à l'étreinte de la théorie de LANGE-JAMES en la repoussant et en admettant que c'est non l'« expression » mais l'« affection » même de l'émotion qui doit être localisée dans l'hypothalamus. Mais il s'expose, en admettant avec BARD, élève de CANNON (ce qui est assez indicatif) qu'une lésion hypothalamique « déclenche » l'émotion, à la critique que n'ont point manqué d'adresser DAVID, HECAEN et TALAIRACH (*Revue Neuro.*, 1946), aux auteurs américains. On ne saurait en effet confondre le niveau d'intégration des réactions motrices végétatives de l'expression avec l'intégration de l'émotion à un niveau plus élevé. C'est que plus généralement de telles conceptions ne parviennent à atteindre, selon le mot de MASSERMANN, que des « états pseudo-affectifs ».

B.— LES CARACTÈRES DE L'ANXIÉTÉ PATHOLOGIQUE NÉVROTIQUE
ET PSYCHOTIQUE.

S'ils diffèrent ainsi dans leur structure des angoisses ou affres neurologiques, ces états pathologiques d'anxiété, ces formes de la conscience morbide anxieuse diffèrent aussi de « l'angoisse » humaine normale. Sans doute ne constituent-ils jamais (comme tous les états morbides) qu'une « libération » de « l'angoisse humaine ». Mais si la maladie rend seulement manifeste l'angoisse impliquée dans la nature même de notre vie psychique, elle lui confère aussi une structure psychopathologique propre, celle de *l'anxiété morbide*. Certes, nous avons déjà précédemment fixé ses traits caractéristiques, mais il convient de revenir encore sur ce point fondamental, car c'est de lui que dépend en grande partie l'idée que chacun se fait de la pathogénie de l'anxiété morbide.

Un premier caractère de cette anxiété morbide psychotique ou névrotique consiste en ceci, *qu'elle n'est pas réactionnelle*. L'anxiété pathologique n'est pas justifiée par la situation vitale. Même quand elle s'y adapte ou en paraît naître, elle la dépasse ou lui préexistait. Elle ne correspond ni à un danger ni à une catastrophe réels, ce n'est pas, au sens de FREUD, une « Realangst », c'est une « Derealangst ». Tandis que l'angoisse physique est pathologique, non point par son inadaptation à son objet, mais par l'accident que constitue cet objet et qu'elle est angoisse de mort imminente et de maladies réelles (asthme, angor pectoris, souffrance bulbaire, etc...) l'anxiété est ici pathologique par le caractère irréel de l'objet qu'elle propose à son épouvante. Elle est, certes, vécue, et par conséquent exprimée parfois avec une intensité horrible, mais elle est vécue comme un délire, c'est-à-dire comme une forme de contact fulgurant avec l'irréel ou le néant. Elle naît essentiellement non d'une rencontre avec un événement extérieur mais d'un drame intérieur.

Un deuxième caractère général des états d'anxiété morbide est précisément qu'elle est vécue *comme un cauchemar*¹, dans un ensemble de significations fantasmatiques qui constituent la structure de la conscience morbide, qu'elle soit obsédante, hallucinante, imageante, etc... La richesse des images ou leur intensité, leur flux submerge la conscience de l'hypochondriaque du mélancolique, du confus ou du paranoïaque, et c'est au travers d'elles que se réfracte l'anxiété. Nous verrons ailleurs que l'image, étant à mi-chemin du néant et de l'anéantissement, est comme un reflet nécessaire du gouffre d'où émerge « l'angoisse ».

Le troisième caractère de l'anxiété morbide est sa valeur de « *simulacre* ». Pour si tragique qu'elle soit, pour autant qu'elle nous touche, elle est peut-être pressentie par l'anxieux, mais en tous cas sentie par l'observateur, comme une terreur artificielle. La conscience angoissée se peuple d'ombres symboliques. Elle est, comme le rêve, tra-

1. Les analyses de Ch. ODIER, (*L'angoisse et la pensée magique*) ne valent pas seulement pour l'angoisse névrotique mais pour l'ensemble de l'angoisse morbide.

...Un premier caractère de cette anxiété morbide psychotique ou névrotique consiste en ceci, qu'elle n'est pas réactionnelle...

...elle est vécue comme un délire, c'est-à-dire comme une forme de contact fulgurant avec l'irréel ou le néant...

...Un deuxième caractère général des états d'anxiété morbide est précisément qu'elle est vécue comme un cauchemar...

...Le troisième caractère de l'anxiété morbide est sa valeur de « simulacre »...

vestissement. Même quand elle justifie ses contenus par sa référence au réel, ce n'est qu'au prix d'une déformation, d'une trahison du réel.

Enfin, l'anxiété morbide, de par tous ces caractères structuraux, vit dans *l'instan-tanéité du présent*, c'est-à-dire dans la peur, ce que l'anxiété normalement ne vit que dans la perspective du possible et de l'inquiétude. La coalescence hallucinatoire de ce qui va être et de ce qui est, le décalage anticipé de l'avenir, non seulement « prévu » mais déjà « pris » dans le présent, constituent l'actualisation monstrueuse de cette forme de l'angoisse qui est comme l'ombre même de toute conscience morbide.

C.— LES POSITIONS THÉORIQUES

Nous allons maintenant, plus aisément, comprendre le sens et la portée des théories pathogéniques de l'anxiété morbide. Les diverses théories explicatives de l'anxiété morbide se situent toutes et nécessairement au cœur même des rapports du « syndrome d'angoisse physique » et de « l'anxiété ». Nous allons en exposer très sommairement l'essentiel puisque, aussi bien, il nous importe davantage ici de fixer leurs positions respectives que d'en approfondir l'étude.

I° POSITION MÉCANICISTE.

La thèse générale formulée par ces théories est que l'angoisse constrictive crée l'anxiété, considérée dans son essence comme un déclenchement mécanique d'émotion, d'hyperthymie, un « jet d'humeur ». Généralement, cette « angoisse » néoformée est supposée coïncider avec les « troubles cénesthopathiques » (DUPRÉ), les « troubles cénesthésiques », les « troubles de l'humeur », les « troubles holothymiques » (MAIER), les « troubles du biotonus » (EWALD), etc. Mais toujours, à leurs yeux, c'est le déclenchement par les facteurs morbides d'expressions émotionnelles douloureuses qui engendre l'anxiété. Ce déclenchement est généralement conçu comme un processus d'excitation des centres neuro-végétatifs (mésodiencephale). La plupart des travaux des psychiatres (DUPRÉ, GUIRAUD, KLEIST, Kurt SCHNEIDER, DELAY, etc.) et l'opinion de la plupart des psychiatres qui n'ont pas fait spécialement des travaux sur ce point, sont quasi unanimes pour admettre, plus ou moins implicitement, cette théorie. Elle s'appuie sans doute sur les faits que nous avons précédemment exposés à propos de l'angoisse bulbaire et hypothalamique, quoique nous ne soyons pas très sûrs qu'ils se prêtent à une telle interprétation. — Une variante en est constituée par la conception réflexologique¹, pour qui les réactions anxieuses, les névroses (et spécialement les fameuses « névroses expérimentales » du chien de PAVLOW, GANTT, etc...) sont déclenchées par des *troubles du conditionnement* et de la différenciation des inhibitions réci-

...l'anxiété morbide, de par tous ces caractères structuraux, vit dans l'instan-tanéité du présent, c'est-à-dire dans la peur, ce que l'anxiété normalement ne vit que dans la perspective du possible et de l'inquiétude...

...[Pour la position méca-niciste], l'angoisse constrictive crée l'anxiété, considérée dans son essence comme un déclenchement mécanique d'émotion, d'hyperthymie, un « jet d'humeur »...

1. Notons qu'une théorie « réflexologique » peut toujours se présenter comme une théorie du trouble du conditionnement, c'est-à-dire des activités corticales nécessaires à ce conditionnement. Nous verrons plus loin qu'elle peut se présenter aussi comme une théorie du « conditionnant ».

proques dans l'établissement des réflexes conditionnels. C'est la position mécaniciste « extrémiste » puisqu'elle prétend expliquer l'anxiété par le trouble fonctionnel (ici cortical) le plus partiel et le plus fortuit qui se puisse imaginer.

2° POSITION PSYCHOGÉNISTE :

Il faut en distinguer deux modalités : la *psychogénèse inconsciente* et la *psychogénèse réactionnelle* de l'anxiété morbide.

a) *Psychogénèse inconsciente.*

Ici, les rapports sont, relativement à la position mécaniciste, inversés : c'est l'anxiété qui explique l'angoisse, aussi bien dans la vie affective pathologique que dans la vie affective normale. *Toute angoisse est justifiée par les conflits psychiques inconscients.* Toutes les fois qu'il y a angoisse, il y a aussi « quelque chose » qui a causé de l'angoisse et ce quelque chose n'est pas dans le monde extérieur mais dans l'inconscient.

Dans une première phase, l'École psychanalytique avec FREUD et surtout sous la pression de STECKEL a admis que ce « quelque chose » est la libido refoulée qui se convertit en angoisse. L'angoisse est donc en relation avec un désir ; elle est motivée par ce désir inconscient et refoulé : « Dans l'angoisse névrotique, le moi cherche à échapper par la fuite aux exigences de la libido... il se comporte à l'égard de ce danger intérieur, comme s'il s'agissait d'un danger extérieur ¹. « C'est dans l'histoire de la libido infantile qu'il faut chercher la cause du conflit qui provoque l'angoisse dans le moi de l'adulte. Voici en quels termes M^{lle} BOUTONIER résume le mécanisme de ce refoulement ² :

...« une grande antichambre où se pressent des tendances, telles des êtres vivants, et à laquelle est attenante une autre pièce, une sorte de salon où séjourne la conscience. Entre les deux, contrôlant l'entrée de l'antichambre dans le salon, un gardien qui ne laisse passer que les tendances qui lui plaisent. Les tendances qui, parvenant jusqu'au seuil, sont renvoyées par le gardien, sont refoulées. Celles qui ont pénétré dans le salon doivent encore attirer l'attention de la conscience, elles sont jusque-là préconscientes... Dans les premières années de la vie, la séparation entre l'antichambre et le salon n'est pas encore bien établie, et le gardien laisse souvent passer toute tendance qui insiste pour être admise. Il peut se faire aussi que des événements, des circonstances extérieures, viennent donner aux tendances fraîchement refoulées et peu dociles encore, une audace nouvelle, si, par exemple, un enfant se trouve assister à certains spectacles qu'on lui interdit de regarder, entend des propos dont il sait que sa famille les blâme, est entraîné par des camarades à des conversations ou à des jeux qu'il sait coupables. Il suffit même de violentes émotions survenant au cours de l'existence familiale — dispute des parents, mort d'une personne de la famille — pour que certaines tendances soient « introduites dans le salon » à la faveur du désarroi. Or ces tendances n'ont d'autres lois que de se satisfaire : principe du plaisir. Cette permission exceptionnelle qu'elles auront eue de se manifester à un moment donné, pourra avoir des

1. S FREUD, *Introduction à la Psychanalyse*, p. 433.

2. M^{lle} BOUTONIER, op. cit., pp. 98-101.

...Dans une première phase, l'École psychanalytique avec FREUD et surtout sous la pression de STECKEL a admis que ce « quelque chose » [qui cause l'angoisse] est la libido refoulée qui se convertit en angoisse...

conséquences durables. Elles s'accommoderont très mal du refoulement intérieur : leur séjour « dans l'antichambre » sera accepté de fort mauvaise grâce, et jamais résignées, elles tenteront de franchir de nouveau le seuil, de préférence quand la situation actuelle leur paraît avoir quelque analogie avec celle qui une fois leur avait permis d'arriver « jusqu'au salon ».

...L'enfant d'ailleurs est si facilement angoissé que la menace du Croque-mitaine utilise plus qu'elle ne la crée sa disposition de l'angoisse. Il est difficile de dire qu'il s'agit pour lui d'angoisse névrotique ou réelle. ... Il a peur des personnes étrangères, de ce qui est nouveau, et de certains objets, mais il ne montre pas d'angoisse (en général) devant les êtres et les choses familiers. Ce que l'enfant redouterait comme un danger, serait justement de perdre ces personnes auxquelles il est attaché, et particulièrement sa mère. Il est vrai d'ailleurs que bien des enfants ne manifestent de la peur devant une personne étrangère, que si celle-ci fait mine de les prendre dans ses bras, de les emmener, de les séparer de leur mère ou du décor auquel ils sont accoutumés. Ceci aurait une raison profonde : la première expérience de l'angoisse serait, d'après FREUD, l'angoisse de la naissance, qui est la séparation de la mère, et toute situation génératrice d'angoisse se présenterait en définitive pour l'inconscient comme une évocation du même danger, la perte de l'objet aimé.

...En somme, nous pouvons résumer ainsi cette conception : l'angoisse névrotique naît de l'insatisfaction de la libido. Cette insatisfaction elle-même est due à l'opposition qui existe entre le moi et l'instinct refoulé. Elle ne provient donc pas tant des circonstances que d'un conflit psychique latent et inconscient. L'origine de ce conflit doit être cherchée dans les traumatismes de la vie affective de l'enfant ».

Dans une deuxième phase historique de l'évolution des idées de FREUD, le « quelque chose » qui cause l'angoisse n'est plus un « trauma infantile » refoulé mais le *sur-moi*. L'inconscient n'est plus seulement constitué, aux yeux de FREUD, par ce qui est refoulé (le ça), mais il contient aussi le mécanisme refoulant, les forces répressives et refoulantes elles-mêmes : le « *sur-moi* ». Ce *sur-moi* est comme un substitut, un reflet de la sévérité parentale, de l'interdiction et du châtiment. C'est une redoutable force, une sorte d'appareil de contrôle automatique du psychisme qui tient le moi esclave de l'instinct. Le moi de l'adulte craint les instincts parce qu'il craint le *sur-moi* (Anna FREUD). Et, dit M^{lle} BOUTONIER, le rapport intime que FREUD avait cru voir entre angoisse et libido, n'existe plus dans cette nouvelle façon de voir. La libido se heurte à la vigilance et aux interdictions du *sur-moi* prêt à menacer et à punir. Ainsi, la menace d'un châtiment, la nécessité d'une punition constitue le fond de l'angoisse, et non plus la pulsion libidinale refoulée. L'angoisse reste cependant le *signal d'un danger*, et ce danger c'est celui qui a été vécu dans le complexe de castration. C'est pour éviter le retour de l'angoisse que le moi a recours à des « mécanismes de défense » qui ne sont autres que les symptômes des névroses. Ils varient selon que les processus qui aboutissent à l'angoisse se déroulent sur le plan du *sur-moi* ou du moi ¹.

...Dans une deuxième phase historique de l'évolution des idées de FREUD, le « quelque chose » qui cause l'angoisse n'est plus un « trauma infantile » refoulé mais le sur-moi...

...Ainsi, la menace d'un châtiment, la nécessité d'une punition constitue le fond de l'angoisse, et non plus la pulsion libidinale refoulée...

1. FREUD S., *Hemmung, Symptom und Angst*, p. 93, 1926.

...Ainsi, pour l'École psychanalytique l'anxiété et l'angoisse sont une même chose, l'angoisse normale et l'angoisse pathologique sont une même chose et cette « chose » c'est essentiellement : la frayeur de l'instinct...

Ainsi, pour l'École psychanalytique ¹ l'anxiété et l'angoisse sont une même chose, l'angoisse normale et l'angoisse pathologique sont une même chose et cette « chose » c'est essentiellement : la frayeur de l'instinct. Nous avons insisté dans la description clinique sur l'importance cruciale des forces inconscientes (sur-moi, conflit, complexes, etc.) dans l'anxiété et nous verrons plus loin quelle valeur humaine doit être accordée au système pulsionnel générateur d'angoisse. Mais nous ne saurions oublier que tout en nous permettant de mieux *comprendre* les mécanismes névrotiques, la psychanalyse ne les *explique* pas. En dernière analyse on se demandera toujours pourquoi tous les hommes, ayant subi des « traumatismes sexuels » ou étant soumis aux exigences du sur-moi et étant passés par « l'Œdipe » et le complexe de « castration », ne sont pas tous des anxieux névrosés ou psychosés. Et si oui, que signifient ces concepts ?

b) *Psychogénèse réactionnelle.*

...Nous ne nous attardons pas à exposer et à critiquer cette théorie [réactionnelle de l'angoisse] qui institue la banalité des causes occasionnelles en causalité déterminante...

L'importance évidente des événements de l'existence, des « situations » de « l'environnement », des « maladjustements » sociaux ou familiaux, des circonstances pénibles ou bouleversantes, des chagrins, des échecs, etc... est ici considérée comme *facteur pathogène*. Nous ne nous attarderons pas à exposer et à critiquer cette théorie qui institue la banalité des causes occasionnelles en causalité déterminante puisqu'elle trouve constamment sa limite dans la double considération: [d'une part] *des faits* où les « facteurs de milieu » se révèlent manifestement incapables de provoquer des états d'anxiété autres qu'émotionnels, passagers et finalement dominés et [d'autre part] *des faits* où les réactions anxieuses ne se produisent que sur un terrain préparé et prédisposé que constitue la maladie. Ainsi, loin de nous faire penser que ces « facteurs » sont des causes, il nous paraît plus raisonnable de penser qu'ils sont des *effets* d'une organisation morbide héréditaire ou acquise de la personnalité. L'étude des *névroses expérimentales* s'inscrit dans cette perspective. Les travaux de GANTT ² sont parmi les travaux issus de l'école réflexologique les plus connus. Les perturbations artificielles du conditionnement obtenues par la collusion de l'excitation et de l'inhibition (choc excessif des polarisations et de dépolarisations trop fortes ou trop rapprochées) constitueraient pour le chien Nick un « traumatisme » qui « causerait » une « névrose » à réactions anxieuses. Il y aurait naturellement beaucoup à dire sur cette « causalité » et sur cette « névrose »... Nous pensons, quant à nous, que la névrose commence précisément

1. On trouvera dans le récent petit livre de W. BITTER, un exposé de l'application des idées de l'Individual Psychologia (ADLER) de la « Gemeinschaft psychologie » (KÜNKEL) et de la « Complexe Psychologie » de C. G. JUNG sur ce genre de l'anxiété (p. 57 à 72).

2. W. H. GANTT, *Base expérimentale de comportement névrotique, origine et développement des troubles du comportement artificiellement produits chez les chiens*, 1 vol., New-York, Londres, 1944. La Réflexologie apparaît ici comme une théorie du « conditionnement », c'est-à-dire de la perturbation dynamique introduite dans le système nerveux par les variations expérimentales introduites dans les champs perceptifs, autrement dit par les événements ou les facteurs de milieu.

quand ce comportement anxieux ne se définit pas par des « conditionnements » qui rendent « normalement » anxieux bêtes et gens...

3° POSITION ORGANO-DYNAMISTE :

Elle prétend précisément tout à la fois *expliquer* et *comprendre* les états d'anxiété morbide. Les expliquer en faisant intervenir dans leur genèse un processus organique de dissolution du psychisme (ou d'insuffisance d'évolution). Les comprendre en faisant intervenir dans la formation des symptômes le dynamisme de toute l'angoisse humaine.

Ainsi tous les auteurs qui présentent les états d'anxiété morbides comme déterminés par un *processus de régression* de la vie psychique s'apparentent à cette manière de voir. KRETSCHMER¹, STÖRRING et BOVEN, en soulignant le caractère chaotique et anarchique de la structure de la conscience anxieuse, se situent dans cette perspective. L'étude de K. GOLDSTEIN², en prenant pour objet les réactions catastrophiques des malades blessés au cerveau, a mis elle aussi en évidence l'altération globale de comportement de ces malades, comme condition de leur angoisse : c'est dans l'échec qu'ils donnent des signes d'inquiétude éperdue ; ils ne savent pas eux-mêmes qu'ils ont ces « réactions », elles existent avant qu'ils en prennent conscience ; l'angoisse est le trouble qui résulte d'un conflit de « formes », lorsqu'aux formes d'adaptation se substituent des formes inadéquates. Le malade dans cette situation catastrophique n'éprouve pas l'angoisse à propos de quelque chose, il *est* angoissé sans avoir conscience ni de sa cause, ni de ses effets, ni de son moi. L'angoisse jaillit de l'ébranlement catastrophique, lorsque, selon le mot de MOURGUE, « la malade a perdu la possibilité de s'adapter au possible ».

C'est aussi aux conditions même de l'échec que Pierre JANET se réfère pour expliquer l'anxiété morbide. Il faut lire et relire son fameux ouvrage³ pour bien comprendre la pensée de l'illustre psychologue. Pour lui, les sentiments d'angoisse, d'inquiétude, les crises anxieuses sont solidaires de la *désorganisation* de la pensée et de l'action et de toutes les « conduites » qu'elles représentent. C'est par *l'effet* de la chute de la tension psychologique, par les *régressions* du psychisme dans son entier vers des formes inférieures de comportement, qu'il faut expliquer les réactions d'angoisse. Elles sont le propre des niveaux psychologiques de basse tension, ce qui explique la fréquence de l'anxiété dans les états psychopathologiques.

Pour nous, nous avons conduit toute cette étude dans cette perspective et il nous suffira ici de résumer le plus clairement possible notre façon de voir.

L'anxiété morbide est une forme à peu près constante des anomalies ou dissolutions de la conscience et des organisations morbides de la personnalité. Elle se distri-

...tous les auteurs qui présentent les états d'anxiété morbides comme déterminés par un processus de régression de la vie psychique s'apparentent à cette manière de voir [organo-dynamiste]. KRETSCHMER, STÖRRING et BOVEN [...] K. GOLDSTEIN... P. JANET...

1. KRETSCHMER : Dans son ouvrage sur *l'Hystérie* ou dans sa *Psychologie Médicale*.

2. K. GOLDSTEIN : Zum Problem der Angst, *Allg. Zeitsch. für Psych.*, 1929.

3. P. JANET : *De l'angoisse à l'extase*, 1926.

bue en niveaux structuraux que nous avons répartis en deux groupes : les formes de dissolution anxieuse de la conscience (crises d'anxiété) et les formes d'organisation anxieuse de la personnalité.

Toutes ces formes s'opposent aux « affres » somatiques qui expriment la souffrance primitive du système nerveux autonome, comme s'opposent l'objet de la psychiatrie et celui de la neurologie.

Toutes les formes névrotiques ou psychotiques de l'anxiété sont conditionnées par des processus organiques de dissolution, c'est-à-dire de déficit et d'amointrissement. L'action processuelle déterminante imprime à la structure de l'anxiété morbide ses autres caractères (« non réactionnelle » « délirante », « artificielle » et « actuelle ») que nous lui avons plus haut reconnus.

L'anxiété morbide est également irréductible à une simple excitation des centres d'expression et à une pure psychogénèse. Elle est une forme typique de la régression, de la dissolution de la vie psychique dont la fonction la plus haute est précisément d'intégrer dans une certaine forme ordonnée et calme les instances anarchiques des pulsions complexes et les à coups des émotions. C'est-à-dire, nous ne nous lasserons jamais de le répéter, que la maladie ne crée pas l'anxiété, mais que sous forme de structure névrotique ou psychotique, elle nous livre à celle qui, au fond de notre être, sommeille.

De telle sorte que si, pour la plupart des auteurs, la psychopathologie de l'anxiété peut s'arrêter ici après l'étude de tous les problèmes que nous avons envisagés, pour nous, il nous reste encore à pénétrer plus profondément au cœur même de l'humanité, jusqu'au noyau du conflit immanent à la nature humaine et chercher, en déchirant le voile, à découvrir le sens de l'angoisse des hommes et par conséquent de l'anxiété morbide.

§ V. — L'ANGOISSE HUMAINE ¹

Si le désarroi des « maladies mentales », dans leurs formes les plus typiques, constitue des formes de l'angoisse humaine vécue dans le délire, si le rêve côtoie constamment le cauchemar, quand il ne parvient pas à la neutraliser, c'est que l'angoisse est au centre de notre existence. Quelle est donc sa signification existentielle dans le système des valeurs humaines, dans notre vie...?

FREUD *et son école* considèrent que l'angoisse est liée à la peur de l'instinct, à la peur de l'assouvissement de l'instinct, cette peur n'étant que l'instinct retourné contre

1. Tout en réservant traditionnellement au terme d'angoisse le sens médical de ce terme, il nous est arrivé souvent dans cette étude d'employer indistinctement les termes d'angoisse et d'anxiété. C'est que, sous la signification technique du mot angoisse, on ne peut s'empêcher de sentir son sens profondément humain et générique.

...[Pour nous], L'anxiété morbide est également irréductible à une simple excitation des centres d'expression et à une pure psychogénèse. Elle est une forme typique de la régression, de la dissolution de la vie psychique...

...si, pour la plupart des auteurs, la psychopathologie de l'anxiété peut s'arrêter ici après l'étude de tous les problèmes que nous avons envisagés, pour nous, il nous reste encore à pénétrer plus profondément au cœur même de l'humanité...

lui-même, mis en déroute par lui-même. L'instinct dédoublerait en effet en deux bourgeons rivaux, *l'instinct de plaisir* ou libidinal, et *l'instinct de mort* ou létal : « A chacune de ces deux variétés d'instinct se rattache un processus psychologique (construction ou destruction), l'un et l'autre seraient à l'œuvre dans chacune des parties de la substance vivante, mais elles y seraient mélangées dans des proportions variables, si bien qu'une de ces parties pourrait, à un moment donné, s'affirmer comme étant plus particulièrement représentative d'ÉROS ¹ ». Ces tendances à « faire mourir » sont d'ailleurs plus exactement des instincts « d'agressivité » ². C'est dans le sur-moi que cet instinct est intériorisé et retourné contre soi sous sa forme génératrice d'angoisse. M^{lle} BOUTONIER a très justement analysé les difficultés auxquelles se heurte cette conception qui, dans l'esprit de FREUD, n'a jamais été complètement achevée ³.

...M^{lle} BOUTONIER a très justement analysé les difficultés auxquelles se heurte cette conception [des deux instincts] qui, dans l'esprit de Freud, n'a jamais été complètement achevée...

...Quelles répercussions cette modification de la théorie des instincts a-t-elle eues sur la conception de l'angoisse? On admettrait volontiers qu'aux deux variétés d'instincts doivent correspondre deux causes d'angoisse, et c'est bien en effet ce que déclare FREUD, en distinguant l'angoisse libidineuse névrotique et l'angoisse de mort. Et il indique rapidement que l'angoisse de mort pose à la psychanalyse un problème difficile, mais que cependant son mécanisme l'amène probablement à se dérouler « entre le moi et le super-moi ». NUNBERG donne sur les rapports de l'angoisse et des instincts de destruction, les détails suivants : toute destruction provoque une douleur et apparaît comme un danger ; même s'il s'agit d'une destruction partielle comme celle qu'évoque la castration. Donc, un instinct de destruction intériorisé dans le Sur-Moi peut être la cause d'une angoisse, celle-ci fonctionnant comme une sorte de signal avant le danger (c'est d'ailleurs très souvent l'angoisse dite de « castration » — c'est-à-dire en rapport avec le souvenir réel, ou les fantasmes de menaces de castration — qui constitue l'angoisse due au Sur-Moi). De plus, quand la tension de la libido augmente celle des instincts de destruction augmente également : l'angoisse qui en résulte est donc due à la fois aux instincts sexuels et aux instincts agressifs. Il y a entre la libido et l'instinct de destruction une sorte de communication, l'énergie psychique se déplaçant de celle-là à celui-ci... L'angoisse peut « s'érotiser », elle peut donc aussi se « létaliser ». En somme, ce n'est pas vraiment une nouvelle angoisse que nous fait connaître la théorie des instincts de vie et des instincts de mort. Elle nous montre plutôt que les trois types d'angoisse... dépendent non seulement de la composante érotique des instincts, mais de leur composante létale... L'angoisse est une sorte de signal d'alarme à l'approche d'un danger, extérieur et réel dans l'angoisse objective, intérieur et psychique dans l'angoisse névrotique. Ce danger psychique est constitué par un conflit inconscient qui existe au sein de la personnalité et qui oppose le moi à des tendances à la fois érotiques et agressives. Dans cette dernière conception de l'angoisse, ce qui est nouveau c'est donc surtout le rôle dévolu aux instincts agressifs, alors que la libido seule entrainait en ligne de compte pour la psychanalyse à ses débuts. Or, depuis quelques années, le rôle des tendances agressives apparaît non seulement aussi important que celui des ten-

1. FREUD, *Les deux variétés d'instinct*, p. 208.

2. FREUD, *Nouvelles conférences de psychanalyse*.

3. M^{lle} BOUTONIER, op. cit., pages 114 à 116.

dances sexuelles, mais, pour certains, prépondérants. Après avoir été la conséquence de « l'amour insatisfait », l'angoisse devient un effet de la haine inconsciente... Ceux mêmes qui n'accordent pas aux instincts agressifs un rôle prépondérant dans la genèse de l'angoisse doivent, cependant leur faire une place importante. Mais, en fait, si l'on voit dans les instincts de mort une variété secondaire d'instincts, il faudra naturellement que la première place revienne en définitive à la libido dans la genèse de l'angoisse. Au contraire si on pense, comme FREUD, que les instincts de mort sont indépendants des instincts de vie et aussi importants qu'eux, le problème se pose de savoir quel rôle joue chacun de ces groupes comme facteur de l'angoisse. Ainsi, pour élucider le mécanisme de l'angoisse, c'est la nature même de l'homme qu'il nous faudrait connaître... ».

La psychanalyse tourne ici en rond, FREUD étant parti de l'idée que l'angoisse dépendait d'un « objet » inconscient (l'angoisse justifiée par un conflit intérieur) à trouver, a admis ensuite que cet objet d'angoisse n'était tel que parce que l'angoisse, c'est-à-dire le conflit des instincts, lui préexistait. Depuis, tous les psychanalystes n'ont cessé d'approfondir la nature conflictuelle « pré-morale » de l'inconscient. C'est ainsi que HESNARD¹ considère l'angoisse comme un comportement de moralité. Autrement dit, c'est la structure primordialement antagoniste de l'être qui constitue le noyau de son angoisse. C'est de cette structure de culpabilité que dépend l'angoisse et non plus du contenu de son développement historique et par là nous découvrons le point de convergence entre le système freudien et les analyses existentialistes de l'angoisse.

KIERKEGAARD et *l'existentialisme* : Soren KIERKEGAARD, le Pascal danois du XIX^e siècle, a fixé en termes d'une rare puissance le vertige métaphysique de l'angoisse, qui nous attire au tréfonds de nous-mêmes et propose à notre méditation la plus profonde raison de méditer. Nous citerons ici, avec J. BOUTONIER, quelques passages de KIERKEGAARD tirés du « Concept d'angoisse² » :

« Je me suis proposé de traiter dans le présent ouvrage le concept d'angoisse au point de vue psychologique, ayant dans l'esprit et devant les yeux le dogme du péché originel... Si l'homme était ange ou bête il ne connaîtrait pas l'angoisse. Étant une synthèse, il en est capable... L'homme est une synthèse d'âme et de corps porté par l'esprit. C'est donc l'esprit qui fait la synthèse et qui est à la fois la cause et l'organe, si l'on peut ainsi parler de l'angoisse. Éprouver l'angoisse, c'est pour l'esprit la véritable forme de la sensibilité... Et plus l'esprit gagne en vigueur, plus il approfondit son angoisse : l'homme est d'autant plus homme que son angoisse est profonde, toutefois produite par lui et non, comme on l'entend d'ordinaire, s'imposant à lui de l'extérieur, car l'angoisse a sa source uniquement dans l'existence de l'esprit, dans la condition de l'esprit lui-même, en tant que l'esprit est « ce troisième terme » sans lequel une synthèse de l'âme et du corps est inconcevable. Entre l'âme et le corps, l'esprit se précise comme une « puissance ennemie » en qui se révèle l'opposition fondamentale des deux termes du rapport, et aussi comme une puissance amie, soucieuse d'établir le rapport... L'angoisse existe à ce moment où l'esprit réalise qu'il est

1. HESNARD, *L'univers morbide de la faute* (1949), pp. 29-30.

2. KIERKEGAARD S. : *Le Concept d'angoisse*, traduction Tisseau, Alcan, 1936, pp. 61 à 64.

...C'est de cette structure de culpabilité que dépend l'angoisse et non plus du contenu de son développement historique et par là nous découvrons le point de convergence entre le système freudien et les analyses existentialistes de l'angoisse...

...KIERKEGAARD et « Le concept d'angoisse » :
« Éprouver l'angoisse, c'est pour l'esprit la véritable forme de la sensibilité... »

cette synthèse jamais achevée et toujours remise en question, impossible peut-être, car l'âme et le corps, l'ange et la bête, ne sont pas naturellement unis. Au contraire, chacun des deux termes qui s'offrent à la synthèse est une possibilité qui tend à annihiler l'autre. En cet instant où l'on peut dire indifféremment que l'esprit s'éveille, ou qu'une synthèse s'ébauche, la conscience ne peut être que ce sentiment d'unir des possibilités inconnues et divergentes, ce conflit qui n'a pas éclaté. Penser le conflit, c'est déjà l'avoir dépassé et résolu, pour le voir reparaître d'ailleurs sur un autre point... Car l'angoisse ne comporte pas de connaissance authentique, rien qu'un pressentiment du possible et de l'avenir. Ce possible d'ailleurs est un possible pour l'esprit en tant que celui-ci est de devenir et il ne peut pas être pensé sans être déjà, car le possible qui angosse, c'est celui qui est inséparable de la liberté de l'esprit. Entre l'ange et la bête, l'esprit choisit et réalise l'homme par un choix libre. Il ne s'agit pas de céder à un attrait : il n'y aurait pas de liberté si le choix était déterminé. Il faut donc que ce qui se dessine en nous puisse être l'ange comme la bête, en ce moment qui précède le choix libre. Et ce qui nous angosse, c'est de sentir que nous pouvons choisir, que par notre liberté tout est possible. L'angoisse est la réalité de la liberté comme possibilité offerte à la possibilité... On peut comparer l'angoisse au vertige. On a le vertige quand on plonge le regard dans un abîme. Mais la raison du phénomène n'est pas moins l'œil que l'abîme, car il suffit de ne pas regarder. L'angoisse est aussi le vertige de la liberté survenant quand l'esprit veut poser la synthèse et que la liberté scrutant les profondeurs de sa propre possibilité, saisit le fini pour s'y appuyer. La liberté succombe dans ce vertige... La vie offre d'ailleurs assez de cas où l'individu subit la fascination de la faute tout en la craignant. La faute a sur l'œil de l'esprit le pouvoir de fascination que possède le regard du serpent. » Ainsi la jeune fille innocente, si « un homme attache sur elle un regard chargé de désirs devient angossée. Elle peut du reste s'indigner, etc..., mais elle est d'abord angossée. Quand Dieu interdit à Adam de manger les fruits de l'arbre de la connaissance du bien et du mal, Adam ne pouvait le comprendre puisqu'il ne connaissait pas la différence entre le bien et le mal : mais l'interdiction l'angoisse parce qu'elle éveille en lui la possibilité de la liberté. Ce qui flottait aux yeux d'Adam innocent comme le rien de l'angoisse est maintenant intégré en lui, et y est encore le rien, l'angoissante possibilité de pouvoir. De ce qu'il peut, il n'a aucune idée chez l'individu venu au monde après Adam, le rien de l'angoisse prend corps de plus en plus, non pas qu'il devienne réellement quelque chose, mais le rien de l'angoisse est ici un complexe de pressentiments qui se réfléchissent en eux-mêmes et s'approchent toujours plus de l'individu bien qu'encore une fois ils ne désignent réellement rien dans l'angoisse, mais il faut bien noter qu'il ne s'agit pas d'un rien sans rapport avec l'individu mais d'un rien en vivante communication avec l'ignorance de l'innocence ».

C'est à la forme de « ce sentiment sans contenu » que toutes les analyses phénoménologiques n'ont cessé de s'appliquer. Pour JASPERS comme pour KIERKEGAARD, et à travers lui, rien de présent à la conscience ne justifie l'angoisse et Martin HEIDEGGER est parti également de ce « Rien de l'angoisse ». Suivons encore avec J. BOUTONIER ¹, les méandres vigoureux de la pensée du Maître de Fribourg :

...« Et ce qui nous angosse, c'est de sentir que nous pouvons choisir, que par notre liberté tout est possible. L'angoisse est la réalité de la liberté comme possibilité offerte à la possibilité... »

KIERKEGAARD

...l'interdiction, angosse Adam, parce qu'elle éveille en lui la possibilité de la liberté. Ce qui flottait aux yeux d'Adam innocent comme le rien de l'angoisse est maintenant intégré en lui...

...Martin HEIDEGGER est parti également de ce « Rien de l'angoisse »...

1. M^{lle} BOUTONIER, op. cit. pp. 43 à 45.

« Si nous éprouvons de la crainte, c'est toujours devant tel ou tel existant déterminé qui nous menace sous tel ou tel aspect déterminé. La « crainte devant » quelque chose, craint toujours aussi pour quelque chose de déterminé. Au contraire, l'angoisse est toujours « angoisse devant... » mais non point devant ceci ou devant cela. L'angoisse « devant »... est toujours angoisse « pour »... mais non point pour ceci ou pour cela. Et HEIDEGGER note que dans l'angoisse, c'est aussi bien le visage familier des choses que notre propre visage — l'aspect sous lequel nous nous apparaissions d'ordinaire en notre conscience — qui nous échappe et prend un aspect indéfinissable. Toutes les choses et nous-mêmes nous nous abîmons dans une sorte d'indifférence. Cela non point pourtant au sens d'une disparition pure et simple, mais dans leur recul comme tel les choses se tournent vers vous. Ce « recul » du monde dans l'angoisse n'est en effet pas du tout son effacement progressif comme dans les premiers instants d'un évanouissement — mais une autre manière d'être présent, plus présent peut-être, car mêlés à nous qui subissons ainsi une métamorphose. Pour l'homme qui a le vertige, le précipice n'a plus d'autre réalité que celle d'une sorte d'appel : le précipice s'est « tourné vers lui » pour n'être plus que ce qui l'appelle, et lui, l'homme qu'il n'est plus lui-même, mais il sent qu'en lui « on » répond à cet appel, « on » se tourne vers le gouffre. Ce recul de l'existant en son ensemble qui nous obsède dans l'angoisse, dit HEIDEGGER, est ce qui nous oppresse. Il ne reste rien comme appui. Dans le glissement de l'existant il ne reste et il ne nous survient que ce « rien »... Or ce « rien » peut être présent sans être quelque chose : « c'est même sa seule manière d'être. Ce que dans l'angoisse nous appelons « rien », c'est la présence du néant. « L'angoisse révèle le néant ». Que l'angoisse dévoile le néant, c'est ce que l'homme confirme lui-même lorsque l'angoisse a cédé. Avec le clairvoyant regard que porte le souvenir tout frais, nous sommes forcés de dire : ce devant quoi et pour quoi nous nous angoissons n'était « réellement » rien. En effet : le néant lui-même — comme tel — était là ».

...« Pour l'homme qui a le vertige, le précipice n'a plus d'autre réalité que celle d'une sorte d'appel : le précipice s'est « tourné vers lui » pour n'être plus que ce qui l'appelle »...

« Il ne reste rien comme appui. Dans le glissement de l'existant il ne reste et il ne nous survient que ce « rien »...»

M. HEIDEGGER.

...Ce « rien » qu'atteint l'angoisse n'est cependant pas toujours un pur néant, un trou noir et vide. L'angoisse vit des images [comme] « conduite dévorante de réel » J.P. SARTRE..

Ce « rien » qu'atteint l'angoisse n'est cependant pas toujours un pur néant, un trou noir et vide. L'angoisse vit des images. Seulement, ces images, J. P. SARTRE les présente, non sans raison comme des formes du non-être, une « néantisation du monde », car « l'image est une conduite dévorante de réel » ; elle est « le monde né d'un certain point de vue », c'est-à-dire détaché du réel. L'angoisse et la conscience imageante soutiennent ainsi entre elles des rapports vitaux tels que, dans ce vertige de néant qu'est l'angoisse, tourbillonnent, dans et par le mouvement qui les engendre, les images du délire. C'est que vivre des images, c'est approcher du néant et déjà se fasciner de son reflet avant de s'abîmer dans l'angoisse pure du vide.

J. BOUTONIER, préparée à son travail par son étude sur l'ambivalence, a fortement accentué dans la structure de l'angoisse l'aptitude à l'ambivalence qui serait, pourrions-nous dire, comme une « forme a priori de la sensibilité ¹ » :

« L'expérience de l'angoisse révèle en elle quelque chose d'ambigu qui est peut-être la vraie raison de ce qu'elle offre d'impensable. Cette ambiguïté existe aussi dans l'anxiété, sous la forme d'une interrogation sans réponse assurée, suggérant donc au moins deux et quelquefois plus de

1. M^{lle} BOUTONIER, op.cit., pages 35 à 37.

ANXIÉTÉ MORBIDE

deux réponses possibles, toutes prêtes à revendiquer leur droit d'exister. Certes, l'on n'envisage vraiment à un moment donné que l'un de ces possibles, mais on *sait* et surtout on *sent* que les autres sont là aussi. L'anxiété est parente de ces états où la conscience ne peut trouver de repos, tels le doute, l'inquiétude. Mais elle en diffère parce qu'elle est plus intolérable qu'eux. Le doute est peut-être pour la plupart des esprits inconfortable quand il dure, mais il peut nous laisser indifférents, ou même nous amuser. Nous oscillons comme sur une balançoire entre deux mondes dont les perspectives nous apparaissent tour à tour... Mais quelquefois le malaise se prolonge : je ne sais plus bien ce que je veux faire, je n'ai pas envie de faire quelque chose, tout en sentant qu'il y a *des choses à faire*, celles justement dont l'intention me hante, celles-là et rien d'autre. L'expérience de cette collision d'intentions nous fait vivre un malaise à partir duquel nous pouvons comprendre l'anxiété. La banale présence en notre pensée de deux intentions simultanées ne cause pas ce malaise, puisqu'elles peuvent se réaliser succinctement : mais il naît quand ces deux intentions existent *en même temps sur le même plan*, celui de la réalisation concrète, comme si à ce moment s'ébauchait en nous une synthèse monstrueuse, rendue dans ce cas complètement impossible par les lois de la nature, puisque je ne peux pas à la fois aller vers ma bibliothèque et m'asseoir à ma table pour écrire. Ce malaise, si léger soit-il, se présente comme un état dont *il faut sortir* : en sortir c'est retrouver et étaler côte à côte ce qui dès lors, envisagé comme succésif, est tout à fait acceptable. Il y a, croyons-nous, dans l'anxiété, un sentiment qui a des analogies profondes avec ce malaise. Nous avons vu que l'interrogation sans fin de l'anxiété ouvre la porte à plusieurs réponses dont aucune n'est définitive. Il y a donc là aussi des directions diverses dans lesquelles la pensée tend à s'engager, sans pouvoir le faire à fond dans aucune et sans pouvoir s'en évader, car la pensée de l'anxieux suit des chemins monotones et toujours passe par les mêmes voies pour retomber au même point de départ. Il ne peut pas progresser, il est prisonnier. L'anxieux cherche à sortir de son tourment en tentant d'exprimer ces possibilités multiples, mais limitées, et il n'en tire pas de soulagement, si ce n'est momentanément. Car il est impossible de rester la même personne en face de chacune des alternatives qui se proposent, et comme on ne peut en exclure aucune et qu'elles tendent à exister simultanément, on se sent écartelé entre elles. Ces alternatives se contredisent : ou l'être cher dont le sort est menacé est encore en vie et sa maladie moins grave qu'on ne l'a cru, ou bien il est mort. Mais cette contradiction s'accompagne d'une obligation de choisir entre elles, pour penser ce qui est. De plus elles engagent tout mon être d'une façon si complète que je ne peux pas rester la même personne en les vivant. Suis-je celle qui a perdu un être cher, ou celle qui a la joie de le voir sauvé ? Je ne peux ni penser les deux choses à la fois, ni *me sentir en même temps ces deux personnes*, et c'est pourtant cela qu'exige l'anxiété aussi longtemps que rien ne me permet d'en sortir. »

Comme nous l'avons déjà indiqué, s'il y a une distinction à établir entre l'angoisse (au sens médical) et l'anxiété, il y a aussi entre elles quelque chose de commun. L'angoisse comme l'anxiété naît du conflit, de la nature conflictuelle de notre être. Il y a au fond de l'angoisse comme de l'anxiété une alternative où nous nous sentons engagés : l'angoisse est fondamentalement une perplexité. C'est la phénoménologie du *vertige*, comme l'indique KIERKEGAARD, qui nous fait le mieux comprendre l'ambiguïté,

...« *L'expérience de cette collision d'intentions nous fait vivre un malaise à partir duquel nous pouvons comprendre l'anxiété* »... J. BOUTONIER

...l'angoisse est toujours liée à l'engagement du sujet dans un conflit intérieur : elle est essentiellement un engagement et un déchirement du sujet...

l'ambivalence de l'angoisse. Elle attire et repousse, et c'est de cet écartèlement qu'elle jaillit. Même quand elle reflète une situation réelle, qu'elle est en relation avec des événements, qu'elle est « prise » dans une structure d'objet ou de réalité, l'angoisse est toujours liée à l'engagement du sujet dans un conflit intérieur : elle est essentiellement *un engagement et un déchirement du sujet*.

Ce déchirement toujours prêt à éclater, nous le trouvons au cœur de tous les hommes. Mais alors qu'appelons-nous donc un état d'anxiété pathologique? Il y a pour J. BOUTONIER, comme pour nous, un problème de l'anxiété *normale ou pathologique*. Ou plus exactement, ce problème que nul ne peut esquiver ¹, elle le prend à bras le corps et courageusement. C'est-à-dire que, — comme nous ne cessons de la faire pour notre propre compte — elle lie le problème de la norme à celui de la liberté. L'angoisse est pour elle, comme nous venons de le voir : « une émotion essentiellement humaine, bouleversement de l'être en présence d'une alternative dramatique dont dépend son destin et dont la source est en lui-même parce que c'est l'ambivalence fondamentale de ses instincts qui le laisse partagé entre l'amour et la haine, entre la vie et la mort ». L'angoisse est « l'émotion du possible ». Elle est l'émotion de la liberté. Rappelons-nous encore la phrase fulgurante de KIERKEGAARD : « L'angoisse est la réalité de la liberté, comme possibilité offerte à la possibilité ». Il n'y a pas d'activité libre sans un renoncement à quelque chose du passé et un risque et, comme dit J. BOUTONIER, on ne « peut pas agir librement sans *se remettre en question*. Ainsi, pas de liberté dans un conflit psychique, pas de dénouement à ce conflit, sans une participation des instincts agressifs ».

...L'angoisse est « l'émotion du possible ». Elle est l'émotion de la liberté...

Serait-ce à dire que la névrose constituant le champ privilégié de l'angoisse, soit également celui de la liberté? Et faudrait-il ici rejoindre J. P. SARTRE ² qui identifie en fin de compte le « pouvoir cataclysmique » de la névrose à celui de la liberté ? Certes non, car il faut se garder, dit J. BOUTONIER avec pertinence, de distinguer « si l'angoisse se révèle *dans* la liberté ou *par* la liberté », puisque « l'homme peut s'angoisser de ce qu'il est libre sans être angoissé pendant qu'il agit librement ». Dans cette perspective plus exacte « l'angoisse serait l'émotion de la liberté, *mais seulement parce qu'elle l'annonce, et non parce qu'elle l'accomplit* ». Dès lors, l'angoisse *existe* devant la nécessité sans qu'elle cesse d'être l'émotion de la liberté et justement parce qu'elle est émotion de la *liberté entravée*.

Il y a donc deux types d'angoisse, « l'une tournée vers la névrose qui guette l'hom-

1. Dans sa récente critique (*Évolution Psych.*, III, 1949) du livre de Ch.ODIER (*L'angoisse et la pensée magique*, 1947) J. BOUTONIER fait justement grief à l'auteur d'affirmer que « c'est pure question de convention verbale » que de se demander si l'angoisse est normale ou anormale...

2. Et probablement aussi LACAN quand il soutient que la folie comporte la liberté... et en un certain sens la raison... (cf. nos discussions sur le *Problème de la Psychogénèse des Névrozes et des Psychoses* à Bonneval en 1946).

me, et l'autre tendue vers la liberté qu'il peut conquérir ». Et voici comment J. BOUTONIER tente d'analyser ces deux types d'angoisse : l'angoisse pathologique et l'angoisse normale en un passage qui nous a paru décisif pour sa manière de voir et primordial pour toute psychopathologie de l'angoisse ¹.

« L'une est une angoisse de détermination et l'autre une angoisse de libération. Nous ne prétendons d'ailleurs pas qu'elles s'excluent. Elles correspondent à deux types extrêmes dont la plupart des hommes nous offrent plutôt une moyenne, et, en fait, le plus souvent dans l'angoisse humaine on doit pouvoir retrouver ces deux nuances au fond d'un même émoi. Mais il nous faut rappeler encore que la névrose nous paraît se caractériser par son caractère destructeur, stérilisant ou paralysant l'activité humaine et faisant obstacle à la vie. Elle se développe donc sous le signe des instincts agressifs : sous des formes diverses, elle ne sait que tuer, et si parfois, au passage, elle semble exalter la vie, ce n'est que pour ensuite la vouer à la souffrance et à la destruction. Ainsi l'angoisse névrotique est une angoisse de mort : elle s'empare de l'homme quand il sent que s'amassent en lui, au moins pour un instant, les pulsions agressives flottantes comme des nuées d'orage. Certes, la vie garde ses droits, puisqu'elle continue : mais les redoutables forces qui devraient être mises à son service ont échappé à tout contrôle et la menacent en permanence. C'est surtout cette forme d'angoisse (que nous appelons névrotique, mais qui, répétons-le, existe plus ou moins chez l'homme normal) qui justifie l'intuition de HEIDEGGER, que l'angoisse révèle le néant, puisque ces pulsions destructives tendent à l'anéantissement de l'être.

...Ainsi l'angoisse névrotique est une angoisse de mort...

L'angoisse normale, au contraire, se situe sur le chemin de la vie. L'activité libre est celle qui affirme le mieux notre existence personnelle. Mais aussi, elle exige que nous renoncions aux certitudes, peut-être précaires mais rassurantes, de l'habitude et des préjugés et que nous puissions être vraiment nous-mêmes dans un acte qui à quelque degré est toujours créateur. BERGSON a mis en lumière ce qu'il y a de liberté dans l'invention : on pourrait réciproquement souligner ce qu'il y a d'invention dans la liberté. Car agir librement c'est vraiment s'élever à une forme nouvelle d'action qui n'est plus révolte ni obéissance, qui s'écarte autant de l'imitation que du défi, et où les possibles ont perdu jusqu'à leur valeur pour s'intégrer à un nouvel être.

...L'angoisse normale, au contraire, se situe sur le chemin de la vie...

...Il faut, pour que le choix se fasse, qu'une organisation nouvelle ait soudain remplacé cet équilibre apparent qui n'était en réalité qu'un conflit. Mais l'être alors se sent libéré, en même temps que s'ouvrent à lui des horizons nouveaux et qu'il a l'impression d'affronter les obstacles avec une ardeur inconnue. Il construit quelque chose : son œuvre, ou mieux encore, sa vie. Il ne sait pas exactement vers quoi il va, car ce n'est pas le calcul ni le raisonnement qui suffisent à expliquer son élan. Mais il sent qu'il va *vers quelque chose*. Et si une sorte d'angoisse l'effleure à chaque fois que se renouvelle la conscience de sa liberté, il ne saurait pressentir à travers cet émoi la seule présence du néant où peut sombrer à chaque minute toute aventure humaine : au contraire, au fond de cette angoisse qui a perdu tout caractère d'anxiété, ce que l'homme sent alors confusément, c'est l'appel d'un monde nouveau. Loin d'être écrasé par le destin, il suit sa vocation. Il y a la même différence entre le névrosé et lui qu'entre l'homme en proie au vertige, obsédé et paralysé par le vide qui le fascine, incapable d'avancer ou même parfois de reculer, et l'alpiniste qui,

1. M^{lle} BOUTONIER, op.cit., pages 296 et 297.

franchissant un passage dangereux, surmonte une appréhension légitime, et n'a répondu à l'appel du vide que pour mieux goûter la joie de conquérir un sommet.»

Comme J. BOUTONIER l'avait souligné antérieurement (p. 41) l'angoisse normale « est celle que l'on peut expliquer par les réactions légitimes du sujet en face du milieu extérieur. Elle est impliquée dans le libre épanouissement de notre personnalité et de notre vie. A chaque événement de notre existence, en même temps que se proposent le privilège et le risque de la liberté, nous sentons l'aiguillon de l'angoisse, de cette angoisse qui est alors l'appel de notre destin, sa sourde résonance dans notre choix. Ainsi J. BOUTONIER conclut-elle son ouvrage et son dernier chapitre, le plus émouvant du livre, par cette phrase :

« Ainsi quand l'homme a vaincu la peur qui souvent l'empêche d'affronter l'angoisse, et dépassé l'anxiété qui lui permet d'assurer lui-même la responsabilité de son destin, il trouve au fond du risque angoissant qu'il a accepté dans sa plénitude, en refusant de rien renier de lui-même, le goût et le sens de sa véritable destinée. C'est à travers l'angoisse qu'il peut « devenir ce qu'il est ». Et c'est peut-être là le sens profond du rapprochement que l'on a établi entre l'angoisse et le « traumatisme de la naissance » : car c'est toujours sur le chemin d'une vie nouvelle que l'homme rencontre l'angoisse en même temps que la liberté ».

— Rapportons-nous maintenant au message que, dans son ultime méditation, nous a transmis Édouard PICHON¹. Pour lui, l'angoisse chez un être normal n'est qu'angoisse devant la mort, angoisse métaphysique. Mais il s'agit là, non d'une « angoisse néantale » comme le pensait HEIDEGGER, mais d'un malaise, d'un mal être devant l'impensable. Notre pensée est si attachée à notre existence que le divorce qu'introduit l'idée de mort entre ces deux termes nous plonge dans un affreux vertige. Toutes les ressources de l'esprit d'Éd. PICHON, sa profonde et originale connaissance de la linguistique et de la grammaire, ont brillé d'un vif éclat — le dernier, hélas — pour réfuter la théorie existentialiste d'HEIDEGGER et de SARTRE qui voient dans l'angoisse l'intuition du néant. Le néant ne constitue aux yeux de PICHON qu'une vide et artificielle abstraction, puisque le langage nous montre « que les idiomes les plus affinés ne s'accommodent mieux de l'idée brute de négation... »

C'est dire que pour PICHON l'angoisse normale est éventuellement une prise de conscience du désarroi de l'esprit. C'est ainsi qu'il décrit avec finesse et profondeur (p. 26) ce qu'il appelle l'angoisse mémorielle celle qui s'empare de nous quand nous portons nos souvenirs « à leur degré le plus tendre » d'évocation. Nous le vivons alors avec une telle intensité que l'émoi du passé se transforme en angoisse, celle qui « résulte du contraste entre la survie psychique du fait passé et son immédiate annulation en tant que réalité objective présente ». *L'angoisse provient de l'impuissance de l'esprit.* C'est, pourrions-nous dire pour résumer d'un mot la conception de Éd. PICHON, un ver-

1. E. PICHON, Mort, Angoisse, Négation, *Évolution Psychiatrique*, 1947, I.

...« Ainsi quand l'homme a vaincu la peur qui souvent l'empêche d'affronter l'angoisse, et dépassé l'anxiété qui lui permet d'assurer lui-même la responsabilité de son destin, il trouve au fond du risque angoissant qu'il a accepté dans sa plénitude, en refusant de rien renier de lui-même, le goût et le sens de sa véritable destinée...» J. BOUTONIER.

...pour PICHON l'angoisse normale est éventuellement une prise de conscience du désarroi de l'esprit...

tige qui nous saisit quand nous nous penchons sur notre faiblesse.

Mais cette faiblesse de notre nature, ne se confond-elle pas avec la possibilité sinon la puissance de notre liberté ¹...?

*

* *

Reprenons pour achever la méditation que nous a inspirée le livre de J. BOUTONIER et son rapprochement avec la pensée d'Édouard PICHON, « le fil » même de cette étude : l'angoisse est immanente à la vie humaine...! Thème éternel de la tragédie, commencement et fin de toute métaphysique. C'est parce que la vie est seulement en puissance dans l'organisation de notre être qui tend vers une impossible et sereine harmonie, celle-là même dont la mort reflète dans son image le vertigineux mirage, que notre existence est un chemin de croix, un âpre chemin d'angoisse, une passion. C'est parce que notre destin nous engage et nous propose à chaque instant de sa trajectoire un choix entre des possibles, que, tournés vers le fond de notre nature où ils s'élaborent, nous avons peur d'avoir peur. *L'angoisse nous apparaît donc comme un VERTIGE VÉCU DEVANT L'ABÎME DU TEMPS*, de ce temps béant devant nous, et qui sollicite l'« élan de notre progression historique ». Nous nous retenons, nous nous cramponnons à ce qui est, à ce que nous avons été, aux barrières de notre présent. Si, un instant, nous perdons pied dans le vide, nous nous livrons à l'atroce vertige où s'engloutissent nos perspectives vitales. Telle est l'angoisse. Elle est conscience de notre nature et de notre destin. Et quand nous nous y abandonnons, que le sol tremble sous nos pas et que s'ouvre le précipice de notre fragilité, alors notre corps se contracte et se paralyse, toute notre vie s'arrête et notre sang se glace dans la syncope de l'effroi. Ainsi s'exprime notre angoisse au travers des dispositifs qui représentent dans notre organisme les caractères de l'espèce à laquelle nous appartenons et par quoi la joie, la douleur et la peur prennent une figure humaine. C'est dans ces traits que s'inscrit l'angoisse. C'est par eux qu'elle est vécue, cette angoisse qui crie réellement sous nos pas lorsque s'affrontent notre esprit et la nature — ou qui grimace dans nos rêves ou nos délires, quand chancelle notre liberté.

...Nous nous retenons, nous nous cramponnons à ce qui est, à ce que nous avons été, aux barrières de notre présent. Si, un instant, nous perdons pied dans le vide, nous nous livrons à l'atroce vertige où s'engloutissent nos perspectives vitales. Telle est l'angoisse...

1. On trouvera pour compléter ce tableau des diverses conceptions modernes de l'angoisse, un exposé du point de vue marxiste dans la *Pathologie de la Liberté*, DE GUNTHER-STERN, *Recherches philosophiques*, t. VI. [NdÉ : G. STERN est le premier mari de Hannah ARENDT].

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

- MOREL, Le délire émotif, *Arch. gén. de Médecine*, 1866.
- LALANNE, Rapport sur les *États Anxieux* au Congrès des Aliénistes de langue française de Grenoble, 1882.
- HARTENBERG, *La névrose d'angoisse*, 1902.
- TIXIER, *États anxieux et états épileptiques*, 1905.
- DÉJÉRINE et GAUCKLER, *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses*, 1912.
- BONNIER, *L'Anxiété*, Alcan, 1913.
- DEVAUX et LOGRE, *Les anxieux*, 1917.
- F. HECKEL, *La névrose d'angoisse*, Paris, Masson, 1917.
- BROUSSEAU, *Essai sur la peur aux armées*, Paris, Alcan, 1920.
- DUPRÉ, *Pathologie de l'émotivité et de l'imagination*, Paris, 1925.
- DE FLEURY, *L'angoisse humaine*, 1925.
- STECKEL, *Les états d'angoisse nerveux*, Trad. fr. Payot, 1930.
- P. JANET, *De l'angoisse à l'extase*, Alcan, 1926.
- GOLDSTEIN, Zum Problem des Angst, *Allg. Zeitsch. für Psychotherapie*, 1929, 2, p. 409.
- MONAKOW et MOURGUE, *Introduction biologique à l'étude de la Neurologie et de la Psychiatrie*, Alcan, 1928.
- O. RANK, *Le traumatisme de la naissance*, Trad. fr., Payot, 1928.
- TARGOWLA, L'anxiété selon M. Heidegger, *Ann. Médico-Psycho.*, avril 1932.
- G. E. STÖRRING, *Zur Psychopathologie und Klinik der Angstzustände*, 1 vol., 1934.
- BOVEN, *L'anxiété*, I vol., Delachaux et Niestlé, Paris et Neuchâtel, 1934.
- GOLDSTEIN, *Der Aufbau der Organismus*, 1934.
- ARTHUS, *Les peurs pathologiques*, Baillères, 1935.
- CLAUDE et LÉVY-VALENSI, *Les états anxieux*, 1937.
- JUNG (C. G.), *Psychologie des Unbewussten*, Zurich, 1943.
- J. BOUTONIER (M^{lle}), *L'angoisse*, Presses Universitaires, 1945.
- DELAY (J.), *Les dérèglements de l'humeur*, Presses Universitaires, 1945.
- ODIER (Ch.), *L'angoisse et la pensée magique*, Delachaux et Niestlé, 1947.
- BITTER (W.), *Die Angstnevrose*, Bern, 1948.
- GELMA, L'angoisse. Études cliniques, *Cahiers de Psychiatrie*, 2, 1948, p. 69.
- A. HESNARD, *L'univers morbide de la faute*, Presses Universitaires, 1949.

(Naturellement presque tous les ouvrages de FREUD se réfèrent à ce sujet. — Pour Martin HEIDEGGER lire la traduction « *Was ist Metaphysik* » (par Corbin chez Gallimard), pour KIERKEGAARD lire « *Le concept d'angoisse* » (traduction Bisseau, Alcan, 1935), enfin, la lecture de *l'Être et le Néant* de SARTRE complétera la documentation philosophique contemporaine sur le problème de l'angoisse humaine).

Étude n° 16

DÉLIRE DES NÉGATIONS

9. Les troubles de la mémoire.
10. La catatonie.
11. Impulsions.
12. Exhibitionnisme.
13. Perversité et perversions.
14. Le suicide pathologique.
15. Anxiété morbide.
16. *Délire des négations.*
17. Hypochondrie.
18. Jalousie morbide.
19. Mégalomanie.

On appelle « idées » ou « thèmes » de négation, des *conceptions délirantes plus ou moins organisées, qui refusent la réalité, totalement ou en partie, à la personne physique ou morale et au monde.* Tel est le sens du « *Délire des négations* » pour la première fois décrit par COTARD. Mais généralement, on désigne par ce terme une négation particulière, celle *du corps, de ses fonctions, de ses organes.* C'est ce sens restreint qui est devenu d'un usage courant en clinique psychiatrique. C'est dire que c'est très près des idées et des délires hypochondriaques que se situent sur le plan séméiologique comme dans l'ordre pathogénique, les idées et délires de négation.

...généralement, on désigne par ce terme une négation particulière, celle du corps, de ses fonctions, de ses organes...

§ I. – HISTORIQUE

Le 28 juin 1880, Jules COTARD lisait à la Société médico-psychologique un mémoire intitulé « *Du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse* ». Ce mémoire contient une description merveilleusement concrète de cette forme de délire. Sous la plume d'un autre grand clinicien, Jules SÉGLAS, le « délire des négations » s'est fixé en un tableau clinique classique que RÉGIS proposa d'appeler « le syndrome de COTARD ». De telle sorte que ce fameux délire a trois parrains : COTARD, SÉGLAS et RÉGIS. Si nous soulignons la chose c'est pour bien noter que ce chapitre de psychopathologie a été exclusivement écrit en France.

« Du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse » J. COTARD, 1880.
Jules SÉGLAS, le « délire des négations » 1897.
RÉGIS: « Le syndrome de Cotard ».

Il faut se rapporter au premier article ¹ de COTARD, à celui qu'il écrivit peu après en 1882 ², à celui enfin qu'il publia, sous le titre « Le délire d'énormité » ³. Mais il y a lieu d'attacher une importance à peu près égale au petit livre excellent, plein de faits, d'observations et d'analyses claires et originales où J. SÉGLAS a livré peut-être le meilleur de son « style ⁴ ».

1. COTARD, *Ann. Médico-Psycho.*, 1880.

2. *Arch. de Neuro.*, t. 4, p. 152, 1882. On remarquera que COTARD a paru tout d'abord lier l'opposition, le « négativisme » de ses malades à leurs thèmes délirants d'anéantissement.

3. *Ann. Médico-Psycho.*, 1888.

4. J. SÉGLAS, *Le délire des négations*, Paris, Éd. Masson, 1897.

Examinons quel mouvement d'idées et principalement quelles préoccupations nosographiques ont donné naissance aux premières analyses cliniques et psychologiques de ce thème de négation.

A. – ESSAI DE CONSTITUTION D'UNE NOUVELLE ENTITÉ (COTARD)

...COTARD entendait opposer les « négateurs » aux « persécutés ».[...] Ce délire constitue « un état de chronicité spécial à certains mélancoliques intermittents dont la maladie est devenue continue »...

Tout d'abord dans l'esprit de COTARD, il s'agissait de définir une maladie mentale spécifique (1880) caractérisée par l'anxiété, les idées de damnation et de possession, la propension au suicide, l'analgésie, les idées hypochondriaques, la non-existence ou la disparition de divers organes, du corps entier, de l'âme, de Dieu, etc... Il entendait opposer les « négateurs » aux « persécutés ¹ ». Mais il décrivait ce « délire négatif systématisé » (ainsi caractérisé par la dernière phase de son évolution) comme se rattachant « au groupe des « vésanies d'accès » ou « intermittentes » et à la « folie circulaire ». Quand il parvient à l'état de chronicité qui le caractérise, ce délire constitue « un état de chronicité spécial à certains mélancoliques intermittents dont la maladie est devenue continue ».

B. – LE « SYNDROME DE COTARD » SE RENCONTRE AU COURS DE DIVERSES AFFECTIONS (SÉGLAS)

...Pour SÉGLAS au contraire, les idées de négation ne sont à ses yeux qu'un symptôme qui se rencontre « dans des formes très variées d'aliénation mentale »...

La thèse qui est au contraire défendue par SÉGLAS est que les « idées de négation » ou, si l'on veut, le « délire des négations » ne constitue nullement une maladie spéciale. Elles ne sont à ses yeux qu'un symptôme qui se rencontre « dans des formes très variées d'aliénation mentale » (p. 221). Une opinion identique, à l'instigation même de l'illustre aliéniste de la SALPÊTRIÈRE, fut soutenue de 1890 à 1900, par la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question : thèse de JOURNIAC (1888), rapport de CAMUSET (de Bonneval) au Congrès de 1892, article d'ARNAUD (1893) ou encore thèse de CASTIN (1892) intitulée sans équivoque « Le Délire de COTARD n'est qu'un syndrome de COTARD »... A vrai dire COTARD avait lui-même observé qu'il existe des formes « symptomatiques » de délire des négations notamment dans la « paralysie générale ».

C. – LE DÉLIRE DE NÉGATION, FORME CHRONIQUE DE LA MÉLANCOLIE

...la tradition orale s'est établie, spécialement en France, de considérer presque comme synonymes « syndrome de Cotard » et « forme chronique de mélancolie »...

Sans oublier tout à fait que depuis les premières études de BAILLARGER sur les délires hypochondriaques de la paralysie générale, le clinicien observe fréquemment des « idées de négation » dans les accès de mélancolie, la tradition orale s'est établie, spécialement en France, de considérer presque comme synonymes « syndrome de COTARD » et « forme chronique de mélancolie ». Certes, il y a bien quelque chose de juste dans cette manière de voir les choses, mais il y a aussi quelque chose d'excessif

1. Cf. le tableau synoptique où il oppose trait pour trait ces deux variétés de délire : *Arch. de Neuro.*, 1882, 4, pp. 295 et 290.

qui exigerait peut-être un retour à la conception plus souple et plus clinique de SÉGLAS. pour le clinicien en effet le « Syndrome de COTARD », dans ses variétés les plus typiques, entre dans la structure mélancolique chronique mais les délires de négation se rencontrent et dans des formes anxieuses aiguës de mélancolie et au cours d'autres psychoses. C'est, disons-le par avance, cette position que nous adapterons et qui aidera à l'établissement de notre plan d'étude clinique.

...mais les délires de négation se rencontrent et dans des formes anxieuses aiguës de mélancolie et au cours d'autres psychoses...

ANALYSE CLINIQUE DU THÈME DE NÉGATION SELON COTARD et SÉGLAS.

Rapportons-nous à l'ouvrage classique de SÉGLAS et relisons notamment son excellent exposé des contenus concrets du délire de négation, des expressions les plus typiques de cette variété du délire :

...l'analyse clinique de SÉGLAS...

La négation peut n'être d'abord que partielle, n'ayant qu'un objet déterminé. C'est ainsi qu'elle peut être relative à la personnalité morale ou intellectuelle du malade, qui se plaint de n'avoir plus de facultés, de pensée, de cœur, de sentiments. Elle peut intéresser sa constitution physique, comme lorsqu'il dit n'avoir plus d'estomac, de langue, de cerveau, de testicules, de sang, de veines. D'autres fois, il nie sa personnalité sociale, son état-civil : il n'a plus de nom ; plus d'âge ; plus de parents. La négation peut aussi porter sur le monde extérieur, choses ou personnes, qui sont détruites, mortes ou ont perdu leurs qualités caractéristiques. Parfois même elle porte sur des abstractions. Le plus souvent à cette période la négation est systématisée, universelle ; il n'est rien que ces malades ne puissent nier. C'est ainsi qu'une de nos mélancoliques prétendait n'avoir plus de nom, ses parents n'étaient plus ses parents, tout le monde est mort, la terre ne produit plus rien, il n'y a plus personne sur terre, plus de blancs, plus de nègres, plus d'Afrique, plus d'Amérique, plus d'étoiles, plus d'arbres, plus de printemps, plus d'hiver, plus de saisons. Les arbres sont bien des arbres mais ils ne sont plus comme avant : ils sont morts. Des jours ? il n'y en a plus. Plus d'années, plus de siècles ; il n'y a rien, il n'y a plus qu'elle qui existe. Certains malades vont même encore plus loin et nient jusqu'à leur propre existence.

...il n'est rien que ces malades ne puissent nier...

« Je ne suis plus comme tout le monde, disait une malade, je sens bien que tout mon corps change. J'allonge, je me suis sentie grandir en une seule fois de quinze centimètres, et cependant ma taille est la même et ma robe va toujours. Il est vrai que certaines parties de mon corps sont rapetissées. Mon corps ne me fait plus la même impression. J'ai senti ma tête changer dix fois de forme, je n'ai plus de cervelle. Il me semble que ma tête et mes os sont en bois, je ne les sens pas comme avant. Je n'ai plus de cœur : j'ai bien quelque chose qui bat à sa place, mais ce n'est pas mon cœur, cela ne bat pas comme avant. Je n'ai plus d'estomac, je n'ai jamais la sensation d'avoir faim. Quand je mange, je sens bien le goût des aliments, mais lorsqu'ils sont au gosier, je ne sens plus rien, il me semble qu'ils tombent dans un trou. Autrefois, je sentais lorsqu'ils descendaient dans l'estomac, s'ils étaient chauds ou froids. Je ne sens plus mes yeux remuer, et pour les tourner, il faut que je tourne la tête. Autrefois, quand je pleurais, je sentais mon cœur bondir, et cela me dégonflait, aujourd'hui je pleure sans rien ressentir, je ne sais pas d'où ça vient » (p. 14 et 15).

« Signalons certaines formules qui se remarquent dans le langage tantôt monotone, tantôt pathétique de ces malades, les jurons, les blasphèmes dont ils émaillent sou-

...« quelquefois ils n'emploient plus leur nom réel, ils n'emploient plus le pronom je, d'autre fois ils se servent du pronom il ou d'un pronom indéfini... ou d'une périphrase comme le malade de LEURET qui se désignait par « la personne de soi-même »...SÉGLAS.

vent leurs lamentations. Il est à remarquer aussi que quelquefois ils n'emploient plus leur nom réel que lorsqu'ils parlent du présent, ils n'emploient plus le pronom *je*, d'autre fois ils se servent du pronom *il* ou d'un pronom indéfini : cela (eux) n'existe plus, cela est vide ou d'une *périphrase* comme le malade de LEURET qui se désignait par « la personne de soi-même » (cf. *Archives de Neurologie*, 1862, tome IV, p. 155).

- Quel âge avez-vous? demandions-nous à une de ces malades.
- Qu'en sais-je. Quand le monde s'est effondré je croyais avoir 52 ans.
- Quel est votre nom?
- Je me faisais appeler M... je n'ai plus de nom ; je ne veux pas que l'on me nomme celui de mes parents qui était honnête, je l'ai déshonoré.
- Vous êtes mariée?
- Je vivais avec un homme nommé V... que j'appelais mon mari, qui ne *pouvait pas* l'être (la malade est cependant mariée légitimement). Nous étions *censés* rester ensemble 28 ans, jusqu'à la fin du monde.
- Avez-vous des enfants?
- J'avais un fils que je disais le fils à V... mais ce n'était pas mon fils.
- Quel est l'âge de votre fils?
- A ce moment (la fin du monde) il avait 25 ans ; il est *mort* comme tout le monde.
- Pourquoi semblez-vous aussi inquiète?
- Ah ! *qu'elle* est bête, *qu'elle* est bête, Coelina (elle-même) *elle* est damnée, *elle* a tué tout le monde... Sacré mille millions de milliards de Dieu...

Telle est l'expression clinique la plus complète et la plus simple du délire. Nous allons maintenant signaler quelques-uns des aspects psychologiques et cliniques les plus remarquables que COTARD et SÉGLAS ont admirablement mis en lumière dans leurs premières descriptions :

1° COTARD avait insisté sur l'*oppositionnisme* de ces malades dès le début de sa description des « négateurs ». Après avoir rappelé la description de GRIESINGER sur la « disposition négative » surtout marquée chez certaines mélancoliques, il poursuit¹ :

« Je hasarde le nom de négation pour désigner l'état des malades chez lesquels la position négative est portée au plus haut degré. Leur demande-t-on leur nom, ils n'ont plus de nom. Leur âge? ils n'ont plus d'âge. Où sont-ils nés? ils ne sont pas nés. Qui étaient leur père et leur mère? ils n'ont ni père, ni mère, ni femme, ni enfants. S'ils ont mal à la tête, mal à l'estomac, mal en quelque point de leur corps? Leur montre-t-on un objet quelconque, une fleur, une rose, ils répondent: ce n'est point une fleur, une rose ; chez quelques-uns la négation est universelle. Ces malades, ajoute COTARD, qui nient tout, s'opposent à ce qu'on veut leur faire faire, certains jours, dit GUISLAIN, ils sont d'une opposition dont on ne peut se faire une idée... A cette folie d'opposition, GUISLAIN rattache le mutisme, le refus d'aliments et cette singulière disposition de certains aliénés qui s'efforcent de retenir leurs urines ou leurs excréments. Mais il ne signale pas le délire de négation dont la folie d'opposition n'est pour ainsi dire que le côté normal »

2° Mais un caractère bien plus important est souligné d'emblée par COTARD, c'est

1. *Arch. de Neuro.*, 1882, t. 4, pp. 153 et 154.

la teinte mélancolique. Il s'est d'ailleurs, dit-il, proposé « d'exposer une évolution délirante spéciale qui paraît appartenir à un assez grand nombre de ces *mélancoliques* non persécutés, plus particulièrement aux anxieux, et reposer sur des dispositions négatives très habituelles chez ces malades ». C'est donc d'une variété de *délire mélancolique* qu'il s'agit et pour lui, en effet, il y a deux versants délirants de la mélancolie : la mélancolie avec idées de persécution et la mélancolie avec auto-accusation et indignité. C'est à ce second versant qu'appartient le délire de négation dont COTARD retrace ainsi l'évolution psychologique ¹.

Examinons par quelle évolution délirante les mélancoliques, s'accusant eux-mêmes, arrivent au *délire des négations*, résumons d'abord les principaux de leurs états mentaux. Dans leur forme la plus atténuée, ces caractères sont ceux de la variété de mélancolie signalée sous le nom : *d'hypochondrie mentale* par M. J. FALRET, qui l'a décrite avec une exactitude minutieuse. Les mélancoliques, dits sans délire, sont en effet atteints d'un triste délire portant sur l'état de leurs facultés morales ou intellectuelles, et présentent déjà une forme négative évidente. Ils ont honte, même horreur de leur propre personne, et se désespèrent en songeant qu'ils ne pourront jamais retrouver leur intelligence évanouie, leurs sentiments éteints, leur énergie disparue... ils prétendent qu'ils n'ont plus de cœur, plus d'affection pour leurs parents ou leurs amis, ni même pour leurs enfants. Les idées de ruine apparaissent souvent, et semblent être un délire négatif de même nature : en même temps que ces richesses morales et intellectuelles, le malade croit avoir perdu sa forme matérielle, il n'a plus rien de ce qui fait l'orgueil de l'homme, ni intelligence, ni énergie, ni fortune. C'est l'envers du délire des grandeurs où les malades s'attribuent d'immenses richesses en même temps que tous les talents et toutes les capacités. Cette hypochondrie morale repose sur le fond commun de la mélancolie et sur un état d'anxiété vague et indéterminée, les malades sentent que tout est changé en eux et au dehors et se désolent de ne plus apercevoir les choses à travers le même prisme qu'autrefois (M. J. FALRET). Dans les cas légers, il existe déjà comme un voile à travers lequel le malade ne perçoit plus la réalité que d'une manière confuse, tout lui paraît transformé. A mesure que l'état maladif devient plus intense, ce voile s'épaissit et, dans les cas de stupeur, finit par masquer entièrement le monde réel. Le malade est alors, comme le fait remarquer justement M. BAILLARGER, dans un état voisin du rêve. Non seulement à ce point de vue, mais à tous autres égards, il semble n'y avoir qu'une différence de degré entre ces états d'hypochondrie morale et les affections mélancoliques avec idées de culpabilité, de ruine, de damnation, et négation systématisées. L'hypochondrie morale est une ébauche dont il suffit d'accentuer les traits et de forcer les ombres pour achever le tableau de ces deux dernières formes de mélancolie. Le dégoût de soi-même arrive au délire de culpabilité et de damnation, les craintes deviennent des terreurs, la réalité extérieure transformée et confusément perçue finit par être niée. Certaines négations se montrent même de très bonne heure chez les hypochondriaques moraux : ils nient la possibilité de leur guérison, d'un soulagement quelconque dans leur état de souffrance : c'est une des premières négations de ces malades dont quelques-uns iront plus tard jusqu'à nier le monde extérieur et leur propre existence.

...« une caractéristique bien plus importante : c'est la teinte mélancolique »... COTARD.

...L'hypochondrie mentale de J. FALRET.

...L'hypochondrie morale n'est qu'une ébauche[...] Le dégoût de soi-même arrive au délire de culpabilité et de damnation, les craintes deviennent des terreurs...

1. *Arch. de Neuro.*, 1882, t. 4, pp. 159 et 160.

...Un peu plus tard, COTARD se référerait aux études de CHARCOT sur la « perte de la vision mentale » (c'est-à-dire l'incapacité de « voir mentalement les objets absents ») chez les mélancoliques...

3° Un peu plus tard ¹, COTARD se référerait aux études de CHARCOT sur la « perte de la vision mentale » (c'est-à-dire l'incapacité de « voir mentalement les objets absents ») chez les mélancoliques : « Des villes, des monuments, des paysages, des objets qui leur étaient familiers ne peuvent plus être évoqués. Les visages même de leurs parents et de leurs amis ne peuvent plus être rappelés à leur souvenir ». Naturellement, pour se conformer au « sensationnisme » de son époque, COTARD fut amené à « considérer la négation systématisée comme un délire greffé sur le trouble psychosensoriel, comme une interprétation malade d'un phénomène sensible ».

Mais si COTARD s'est ainsi rapidement arrêté dans l'analyse du trouble, SÉGLAS a pénétré plus profondément dans sa genèse psychologique en montrant que l'idée de négation procède d'un travail de dépersonnalisation, de *dissolution des fonctions synthétiques qui assurent normalement la construction du corps comme celle du moi et celle du monde extérieur*. Citons ce long passage de l'illustre clinicien ³ :

« Cette difficulté de fixer l'attention, cet affaiblissement du pouvoir de synthèse mentale est encore plus évident lorsqu'il cherche à faire lire le malade. Nous avons rapporté, à ce propos un certain nombre d'observations montrant que ces malades, même lorsqu'ils n'ont pas d'amnésie verbale et qu'ils comprennent le sens des mots en détails, ne comprennent que difficilement, parfois pas du tout, le sens des phrases. Ce n'est que lorsqu'on leur a donné le sens général de la phrase, en un mot quand on a fait, pour eux, cette même synthèse, qu'ils peuvent donner la signification de la phrase et la retenir. Nous pensons même que c'est là, dans quelques cas, une cause du mutisme que gardent parfois ces malades. On doit remarquer d'ailleurs que, plus l'on insiste, plus la synthèse mentale devient difficile par suite de la fatigue rapide de l'attention volontaire. Un autre fait qui met encore en lumière le défaut de synthèse, c'est que les malades qui ont un souvenir très net des faits antérieurs à leur maladie, ne se rappellent que moins bien les événements suivants. Cette amnésie mélancolique, que la clinique révèle, n'a rien d'étonnant, car les synthèses mentales seules qui ont été nettes dans la conscience, peuvent se conserver et se reproduire. On ne retient que ce que l'on constate. Il existe donc chez le mélancolique des troubles de la mémoire. Sans doute, parfois, il peut s'agir d'amnésies transitoires; comme dans ces cas rapportés par nous, où l'on notait des symptômes de migraine ophtalmique accompagnée, mais parfois aussi les images mentales étant conservées, il s'agit surtout pour les malades d'une impossibilité de les évoquer, comme dans les cas où ils semblent avoir, en lisant, de l'amnésie de certains mots, qu'ils ne peuvent d'abord et n'arrivent à épeler que si on les prononce ou si on les explique devant eux. La perte de la vision mentale, signalée par COTARD chez ses négateurs, s'expliquerait de cette façon, par une impossibilité de grouper, en se les identifiant, les images mentales, par une sorte de paralysie psychique aussi bien que par une amnésie sensorielle à laquelle on est d'abord porté à l'attribuer. La lenteur de l'idéation, la monotonie des idées, sont encore des phénomènes du même ordre, qui dénotent la difficulté de synthèse mentale, la perte de cette activité mentale qui préside aux opérations de la pensée.

1. Dans les *Arch. de Neuro.*,

2. *Progrès Médical* du 21 juillet 1884.

3. *Le délire de Négation*, pp. 81 à 83 et pp. 100 à 103.

...description de SÉGLAS...

...affaiblissement du pouvoir de synthèse mentale...

D'autre part, l'affaiblissement de l'effort de la volition, se résumant d'abord dans le défaut d'attention, l'état de distraction se traduit aussi par l'inaction, l'irrésolution, la résignation, l'impulsion, l'agitation automatique si fréquentes chez cette espèce de malades. Et comme le dit GRIESINGER, la conscience du changement, produit dans leur individualité, amène souvent, au début des efforts de réactions, des états anxieux.

Mais dès qu'ils s'aperçoivent qu'ils ne peuvent sentir, penser, agir, autrement qu'ils ne font, que la lutte leur est impossible, cet asservissement de la volonté, cet assujettissement du moi entraîne des idées de domination par une puissance supérieure des idées de possession très ordinaires chez les aliénés négateurs et que viennent corroborer, d'autre part, ces phénomènes de contradiction intérieure, de contraste psychique, que nous avons étudiés précédemment. La transformation de la personnalité est alors des plus évidentes, et les malades la traduisent souvent eux-mêmes en disant alors qu'ils se croient doubles. Pour être moins apparent, ce dédoublement de la personnalité n'en existait pas moins dès le début. La personnalité réelle, avec sa masse énorme d'états plus ou moins conscients, se résume dans notre esprit en une tendance fondamentale, sorte de schéma ¹, assez vague d'ailleurs, et que nous appelons l'idée de notre personnalité.

Par suite des modifications cénesthésiques et intellectuelles que nous avons signalées, il se forme un schéma nouveau qui coexiste, avec l'ancien dans le cerveau des malades. Il est bien rare qu'il y ait substitution complète d'une personnalité à une autre et que la deuxième n'hérite pas des dépouilles de la première, ne fût-ce que de certaines acquisitions devenues automatiques. L'ancienne mémoire organique subsiste toujours et revient à la conscience de temps à autre, par suite de quelque arrière-fonds, qui lui est commun avec la personnalité nouvelle. L'état de conscience actuelle en évoque un semblable, mais qui a un autre accompagnement. Les deux paraissent miens quoiqu'ils se contredisent. Tels sont ces malades qui trouvent « que tout reste le même, quoique tout soit changé ». Quoiqu'il y ait en apparence deux personnalités, la scission n'est pas complète, elles ont des points communs et sont toujours jugées miennes par le sujet. Dans les cas de possession, le dédoublement est plus complet : la personnalité nouvelle est devenue étrangère au malade, il ne la juge plus sienne, il pense, il sent, parle et agit comme s'il était double. A part ces cas de possession qui sont un peu particuliers, tout ce que nous venons de dire jusqu'ici peut s'appliquer à la mélancolie en général. Voyons maintenant ce que peut présenter de plus spécial à ce point de vue le délire des négations de COTARD. Chez ces délirants négateurs, les simples tendances négatives du début deviennent des idées de négation universelle, qui sont en rapport avec des altérations de plus en plus graves de la personnalité. Nous avons déjà vu plus haut, comment on pourrait interpréter les idées de négation des malades ayant trait à leurs propres facultés : par une modification survenue dans l'énergie psychique et les conditions affectives de la personnalité. Cette même cause nous a montré aussi comment les objets extérieurs pouvaient produire sur le malade des « impressions contraires ». Les uns se bornent là, d'autres expriment la même impression par une formule négative. Tout en reconnaissant l'existence et les attributs des objets, ils répondent cependant par la négative. Leur montre-t-on une rose par exemple? Ils disent : ce n'est pas une rose. On ne peut pas, dans ces cas, invoquer l'existence d'un trouble psycho-sensoriel pour expliquer l'idée de négation qui a toujours, même alors, la source dans l'altération primitive de la personnalité, par suite de laquelle les impressions extérieures, mal coordi-

...« cet asservissement de la volonté, cet assujettissement du moi entraîne des idées de domination[...]La transformation de la personnalité est alors des plus évidentes, et les malades la traduisent souvent eux-mêmes en disant alors qu'ils se croient doubles »...

...« Quoiqu'il y ait en apparence deux personnalités, la scission n'est pas complète, elles ont des points communs »...

...« On ne peut pas, dans ces cas, invoquer l'existence d'un trouble psycho-sensoriel pour expliquer l'idée de négation qui a toujours sa source dans l'altération primitive de la personnalité »...

1. Naturellement il est à peine besoin de souligner combien la notion « contemporaine » de « Schéma corporel » est ancienne...

données à cause du défaut de synthèse mentale, ne sont pas incorporées à la masse des acquisitions antérieures qui constituent la personnalité, et ne produisent plus, d'autre part, sur les modes malades, les mêmes modifications émotionnelles qu'auparavant ; ce qui les amène à nier d'une façon ou d'une autre les caractères des objets mis en cause. Un pas de plus et ce sera l'existence des objets extérieurs qu'ils nieront, comme ces malades dont parle GRIESINGER, auxquels il paraît que le monde réel est complètement évanoui ou mort, et qu'il ne reste plus qu'un monde imaginaire où ils sont anxieux de se trouver. Mais sous un aspect différent de la formule négative, n'est-ce pas toujours au fond le même processus psycho-pathologique puisant son origine dans une modification des conditions premières de la personnalité.»

L'analyse de SÉGLAS met donc en évidence le caractère déficitaire de la « synthèse psychique » comme fondement de ce que nous appellerions actuellement *l'expérience délirante de négation*. Le délire de négation paraît donc résulter à ses yeux et comme l'a indiqué fort bien et plus récemment A. TOBINO (1940), de l'impossibilité de former les concepts, c'est-à-dire d'accéder à cette forme de jugement de réalité qui se confond avec la rationalité du monde objectif et avec l'existence des sujets.

4° COTARD avait observé « qu'il n'est pas rare, toutefois dans les états de chronicité avancée, que le délire de négation *survive*¹ en quelque sorte aux troubles généraux du début et que les malades, comme celle de LEURET, ne présentent plus rien ni dépression, ni agitation anxieuse ». SÉGLAS à son tour a noté que le délire de négation est chronologiquement *secondaire* à l'état de mélancolie : « Le délire, écrit-il (p. 22), n'est que le contre coup des atteintes portées par le malade dans le domaine des émotions et de la volonté... Il ne se présente que lorsque la maladie une fois constituée a déjà passé par la période de début et qu'il n'est d'un autre côté, comme déjà l'avait très bien dit GRIESINGER, qu'une tentative d'explication de la part du malade de l'état d'anéantissement profond et de douleur qui le domine ». Citons encore cette phrase fulgurante (p. 23) : « *la conscience du mélancolique ne contient plus que l'idée-douleur, selon un mot de SCHULE* ». Ainsi le délire de négation s'est présenté à ces deux grands cliniciens pour ce qu'il est, c'est-à-dire une forme, pour ainsi dire, cicatricielle et chronique, caractères qui témoignent de sa « typicité », de sa « pureté ».

5° L'association au thème de négation de *thèmes connexes* a fait également l'objet d'analyses des deux auteurs. COTARD, dans son premier mémoire (1880), signalait diverses observations d'hypochondriaques publiées par ESQUIROL, PETIT, MOREL, etc. des thèmes fréquemment intriqués, comme dans l'observation qui a fait l'objet de sa première communication d'un cas « d'hypochondrie, de démonopathie, de damnation et d'immortalité ». Voici ce qu'il a écrit à ce sujet² :

« Chez tous ces malades, le délire hypochondriaque présente les plus grandes analogies ; ils n'ont plus de cerveau, plus d'estomac, plus de cœur, plus de sang, plus

1. C'est nous qui soulignons.

2. *Ann. Médico-Psycho.*, 1880, pp. 171-172.

...SÉGLAS à son tour a noté que le délire de négation est chronologiquement secondaire à l'état de mélancolie...

...COTARD, 1880: un cas « d'hypochondrie, de démonopathie, de damnation et d'immortalité »...

d'âme, quelquefois même ils n'ont plus de corps. Chez les persécutés les organes sont attaqués... Chez les damnés l'œuvre de destruction est accomplie, les organes n'existent plus, le corps entier est réduit à une apparence, un simulacre : les réactions métaphysiques sont fréquentes alors qu'elles sont rares chez les persécutés grands ontologiques. Aux idées hypochondriaques se joint très fréquemment l'idée d'immortalité. Il est remarquable que tous les malades chez lesquels j'ai trouvé mentionné le délire hypochondriaque avec l'idée d'immortalité, étaient dominés par des idées de damnation, de possession diabolique...».

Dans sa communication de 1880 sur le délire d'énormité il s'exprimait ainsi ¹ :

« Il y a quelques années j'ai essayé de démontrer que les idées d'immortalité des anxieux chroniques se rattachent aux dispositions négatives qu'on observe ordinairement chez ces malades. Mais il y a d'autres conceptions morbides qui accompagnent fréquemment les idées d'immortalité et qui me paraissent congénères. Si l'on examine avec un peu d'attention ces immortels on s'aperçoit que quelques-uns d'entre eux ne sont pas seulement infinis dans le temps mais qu'ils le sont encore dans l'espace. Ils sont immenses, leur taille est gigantesque, leur tête va toucher aux étoiles. Une démonopathe immortelle s'imagine que sa tête a pris des proportions tellement monstrueuses qu'elle franchit les murs de l'église. Quelquefois le corps n'a plus de limites, il s'étend à l'infini et fusionne avec l'univers. Ces malades qui n'étaient rien, arrivent à être tout. Ils sont des millions, des milliards dans l'énorme et le surhumain. Dans leur exagération et leur énormité les conceptions gardent leurs caractères de monstrosité et d'horreur. Bien loin que cette énormité soit une compensation au délire mélancolique, elle en marque, au contraire, le degré le plus excessif. Ils sont lamentables, gémissent et désespérés. Il faudrait être un psychologue bien naïf pour ne pas deviner que là même, l'amour-propre finit par trouver son compte. Le symbolisme du langage, les idées d'énormité, le sentiment d'une jouissance malfaisante, il est vrai, mais inhumaine s'accordent mal avec une véritable humilité. On arriverait presque à affirmer à priori avant que l'observation clinique nous y ait autorisés, que de véritables idées de grandeur doivent à la fin se développer sur ce terrain.

...COTARD: sa communication de 1880 sur le délire d'énormité...

...« ne sont pas seulement infinis dans le temps mais qu'ils le sont encore dans l'espace »...

5° Enfin, COTARD et SÉGLAS ont insisté sur un certain nombre de symptômes associés, l'analgésie et autres troubles de la sensibilité ², des hallucinations ³ (SÉGLAS), le mutisme ⁴ et enfin les impulsions au suicide et à l'auto-mutilation ⁵.

...Il y des symptômes associés...

§ II. – ÉTUDE CLINIQUE DES DÉLIRES DE NÉGATION

A. – BRÈVE ANALYSE STRUCTURALE DES DIVERS ASPECTS DU DÉLIRE DE NÉGATION.

Nous pourrions faire un simple inventaire descriptif des idées de négation en reprenant, par exemple, la classification de CAMUSET : idées hypochondriaques de

1. *Ann. Médico-Psycho.*, 1880.

2. COTARD, 1880 et 1882, pp. 30 à 40.

3. SÉGLAS, pp. 40 à 44.

4. SÉGLAS, pp. 50 à 52.

5. SÉGLAS, pp. 52 à 53.

négation – idées de négation extériorisées – idées de négation d'ordre psychique ou métaphysique – idées délirantes associées etc. Il est aisé à chacun de systématiser cette séméiologie rudimentaire des délires de négation, selon ce schéma, en empruntant aux descriptions de COTARD ou de SÉGLAS et aux exemples cliniques personnels, les éléments d'une pareille énumération. Nous préférons insister sur les modes de présentation de l'idée de négation en clinique, en fonction des divers types structuraux d'organisation de la conscience qui confèrent à chacun d'eux une physionomie spéciale. En effet, ce que l'on appelle génériquement « idée » de négation n'est pas seulement une « idée » toujours semblable à elle-même, elle est solidaire de formes délirantes variées et se trouve « prise » dans l'organisation totale de l'activité de la conscience : d'où sa diversité structurale.

...c'est dans l'anxiété que naît et s'entretient le complexe délirant de négation...

...loi majeure est de confondre le jugement et le sentiment dans une même négation du bien et de l'être...

...C'est dans le gouffre où le mélancolique vit ses tourments, ses terreurs, que s'inversent, s'effacent, et disparaissent les formes du réel...

...une des expériences délirantes primaires les plus typiques de la mélancolie anxieuse...

...Parfois l'expérience délirante est d'un niveau encore plus profond confuso-onirique et anxieux...

Le plus souvent c'est dans l'*anxiété* que naît et s'entretient le complexe délirant de négation. La conscience mélancolique douloureuse élabore les thèmes essentiels qui la reflètent : indignité, damnation, hypochondrie. Leur extension centrifuge (SÉGLAS) détermine comme un rayonnement du *moi*, éprouvé comme un foyer de mal, vers le néant du corps, des choses, du monde et du temps. Le désespoir se propage jusqu'à l'anéantissement selon une logique affective dont la loi majeure est de confondre le jugement et le sentiment dans une même négation du bien et de l'être. C'est dans le gouffre où le mélancolique vit sa panique, ses tourments, ses terreurs, que s'inversent, s'effacent, et disparaissent les formes du réel, celles qui garantissent et le sens de la vie et l'affirmation de l'existence. Concentrée sur le malheur qu'elle vit jusqu'à la mort et refluant jusqu'au foyer névralgique du mouvement qui passe du « Je ne pense pas » au « Je ne suis pas », la conscience mélancolique ensevelit le monde dans son propre rien. Ce rien, ce néant elle les nie dans l'affirmation de la négation de la Mort et du Temps. Mais, répétons-le, il s'agit moins d'idées que de sentiments, d'intuitions à la fois confuses et tyranniques qui constituent une des *expériences délirantes* primaires les plus typiques de la mélancolie anxieuse ¹. Tel est le « niveau moyen » du délire de négation, celui auquel il se confond avec la structure même de l'angoisse actuellement vécue dans le vertige et le tourbillon d'un monde chancelant.

Parfois l'expérience délirante est d'un niveau encore plus profond *confuso-onirique* et *anxieux* tout à la fois. Les visions de l'enfer, les voix accusatrices, les trompettes du jugement dernier, des événements macabres et tragiques peuplent la conscience obscurcie. Le corps est déchiré, torturé, rongé par des animaux, ou se disloque dans les supplices et les tourments déjà éternels. La possession diabolique s'empare de cette misérable chair informe qui n'a juste assez de substance que pour souffrir une « pure » douleur, d'autant plus « pure » qu'elle est « néantisante » au point de réduire l'existen-

1. L'expérience délirante de la « Fin du Monde » (cf. l'étude de A. WETZEL, Weltuntergängerlebnis, etc., *Zeitsch. f. Neuro.*, 1922, 78, p. 403), est une expérience de négation.

ce à n'être que cette souffrance vide. Le « délire » est vécu dans une série de présentations thématiques paradoxales et contradictoires, dont la pensée du rêve peut nous faire saisir, par la déréalité et la confusion même des images qui le composent, que leur « facticité » est déjà une forme d'anéantissement. Pour si pleine que soit cette conscience confuso-onirique elle « vit » cette « déréalisation » et la pente naturelle du délire qui l'exprime, est celui d'un amoindrissement de l'être : le thème cauchemardesque lie le « tout » au « rien », dégrade tout jusqu'à « ne rien être ». Tout est catastrophe. « Il n'y a plus de corps, il est dévoré, comme happé par l'infini, il est tout à la fois éternel et voué à une mort effroyable. Il n'y a plus rien, mais ce rien est encore un monde, celui du mal. Le sujet lui-même n'existe pas mais il est mêlé aux autres, au démon, etc... »

D'autres fois, au contraire, le niveau du complexe délirant est plus élevé, *plus conceptualisé*. Il se détache du plan des expériences délirantes que nous venons d'envisager. Le délire subit alors une sorte de sublimation intellectuelle. L'anxiété existe à peine, plus idéique que profondément émotionnelle, comme l'ont souligné COTARD et SÉGLAS. Parfois même le délire est si loin de ses déterminations affectives angoissantes que le « négateur » est presque euphorique, jovial, humoristique et même exceptionnellement maniaque ¹. Sans insister davantage sur ce point qui mériterait pourtant une étude spéciale, notons simplement que dans ces cas, le délire de négation se trouve dépouillé d'anxiété. Il est devenu purement idéologique, équivalent à une pure « attitude de négation » qui s'exprime en concepts plus ou moins riches. Tantôt son expression est monotone, stéréotypée, sommairement verbale. « Plus rien n'existe, je suis morte, je ne mourrai jamais, il n'y a plus d'estomac, je n'ai plus de derrière, jamais je ne pourrai mourir, disait presque plaisamment une malade qui a été pendant longtemps un des « bijoux » de la clinique de CLAUDE à Ste-Anne. Tantôt son expression est plus imaginative et pittoresque et le thème des négations prend des proportions grandioses et apocalyptiques. Les sujets trouvent alors des accents lyriques et étrangement poétiques pour exprimer la dévastation universelle et leur effroyable solitude; ils touchent parfois même à une sorte de rêverie métaphysique où l'idéalisme, le solipsisme prennent un accent particulièrement poignant, celui d'une philosophie et d'une dialectique du pur néant, de la solitude immense et infinie d'un être réduit à n'être qu'un rien au centre du vide...

Enfin comme l'ont signalé MALLET et BERLIOZ, le complexe de négation peut présenter une structure plus *obsessionnelle* que délirante, c'est-à-dire se présenter comme une ébauche de représentations vertigineuses et incoercibles contre lesquelles le sujet lutte. Dans les observations de MALET il s'agit d'ailleurs plutôt d'obsession de déper-

...parfois le délire subit alors une sorte de sublimation intellectuelle [...] dépouillée d'anxiété...

Tantôt son expression est monotone...

...tantôt plus imaginative...

...ils touchent parfois même à une sorte de rêverie métaphysique...une dialectique du pur néant, de la solitude immense et infinie d'un être réduit à n'être qu'un rien au centre du vide...

...Enfin, le complexe de négation peut présenter une structure plus obsessionnelle que délirante...

1. Comme dans la fameuse observation de SÉGLAS et CODET (1920), nous avons pu observer trois ou quatre cas de ce genre.

...La malade qu'il présenta en mai 1933 (et que nous crûmes guérir pendant quelques jours [...]) est connue de tous les psychiatres parisiens...

sonnalisation que de négation. La malade qu'il présenta en mai 1933 (et que nous crûmes guérir pendant quelques jours, peu de temps après, par une injection de mesca line) est connue de tous les psychiatres parisiens qui n'ont pu que constater la vanité de leurs efforts devant cette « obsession » inébranlable. Albert CRÉMIEUX et J. CAIN¹ ont récemment publié une observation de négation qui s'inscrit dans le registre névrotique de l'obsession : comme si elle avait pressenti la profonde liaison du thème de la « fin du monde » et des sentiments d'irréalité, leur malade présenta une angoisse à thème d'artifice, d'étrangeté et de déréalisation après avoir éprouvé à l'âge de 15 ans un choc émotionnel intense à l'annonce « prophétique » qu'à une date précise « il y aurait une pluie de grenouilles et de serpents et que ce serait la fin du monde ». Ce fut à partir du jour où l'Apocalypse prévue ne se produisit pas, qu'un « état psychasthénique s'installa ». Des cas de ce genre sont assez fréquents et généralement absorbés par l'étude et l'observation des sentiments de dépersonnalisation chez ces malades aux confins des névroses² et des formes mineures de schizophrénie.

B. — LES FORMES CLINIQUES

Nous rappellerons sommairement les deux principales : les *formes mélancoliques* (syndromes de COTARD) et les formes *hors de la mélancolie*.

1° *Formes mélancoliques.*

C'est, nous l'avons vu, dans le cadre de la mélancolie que COTARD décrit les « idées de négation ». Il considérait ce « délire des négations » comme un état de chronicité spécial à certaines formes hypochondriaques de mélancolie, fait, depuis lors, largement confirmé par la clinique de tous les jours. Cet état spécial se constitue rarement au cours du premier accès. C'est le plus souvent après une ou plusieurs crises qu'on le voit apparaître et s'installer. SÉGLAS distingue à cet égard plusieurs éventualités. D'abord ce qu'il appelle des *cas frustes* où manquent certains thèmes délirants (damnation, possession, etc.). Ensuite des cas à *évolution rapide mais régulière, soit continue, soit intermittente, avec symptomatologie complète*. Un troisième groupe de cas était caractérisé, selon lui, par une évolution analogue à la précédente mais à *symptomatologie fruste*. Il admettait encore des cas à *évolution irrégulière et des idées de négation épisodiques au cours de la mélancolie*.

Nous décrivons successivement les *délires de négation des crises de mélancolie*

1. Albert CRÉMIEUX et J. CAIN, Début apparent par choc émotionnel et angoisse de la fin du monde, *Ann. Médico-Psycho.*, 1948, II, pp. 76 à 80.

2. Nous avons observé une jeune malade qui présentait un syndrome de dépersonnalisation et de négation à structure nettement hystérique. Elle a été guérie par quelques séances d'électro-chocs. Sa mère internée en même temps qu'elle-même, car elles avaient toutes deux des idées de suicide, était une mélancolique hypochondriaque qui fut guérie par la même thérapeutique.

... C'est le plus souvent après une ou plusieurs crises [mélancolique] qu'on voit apparaître et s'installer [le délire de négation]...

DÉLIRE DES NÉGATIONS

survenant et évoluant sur un fond d'anxiété plus ou moins chronique et les *délires de négation postmélancoliques*. Les idées de négation des mélancoliques se présentent, en effet, dans deux conditions assez différentes. Tantôt elles s'observent au cours d'une mélancolie aiguë et disparaissent avec elle. Tantôt elles témoignent d'une organisation plus durable de la conscience mélancolique.

1° LES DÉLIRES DE NÉGATION DES ÉTATS MÉLANCOLIQUES :

Au cours des *crises de mélancolie* (anxieuse, délirante ou simplement stuporeuse) se constituent des idées de négation d'organe, de damnation et d'immortalité. L'ensemble de ces thèmes délirants est fortement encadré par les autres thèmes mélancoliques (ruine, culpabilité, indignité, hypochondrie, persécution, etc...) Tantôt l'anxiété est vive, tantôt il s'agit d'une simple dépression avec expression délirante, monotone, triste, à caractère divergent, à marche centrifuge « partant du malade pour atteindre ce qui l'entoure » (SÉGLAS). Mais le complexe délirant n'est pas toujours complet, il est parfois simplement ébauché ou fugace, sans occuper le premier plan du tableau clinique.

...au cours des crises de mélancolie...

L'éventualité la plus fréquente cependant et la plus typique est celle qui correspond à la description « princeps » de COTARD et qui est représentée par le délire de négation, de la *mélancolie chronique*. Rappelons-en ici les principaux traits caractéristiques. L'ensemble délirant, quand il est complet, comprend des idées de négation, d'immortalité, d'énormité, de damnation et de possession ; il existe aussi des troubles de la sensibilité (analgésie et paresthésies), et parfois des hallucinations visuelles, auditives ou psycho-motrices ; l'anxiété est vive et l'agitation anxieuse, intermittente ou continue, est fréquente. Les signes de la « folie d'opposition » s'ajoutent au tableau clinique du négateur : mutisme, refus d'alimentation, entêtement, esprit de contradiction ; les tendances impulsives au suicide et aux automutilations sont toujours à craindre ; les malades sont inquiets, maussades, en perpétuel état de déséquilibre émotionnel.

...éventualité la plus typique: au cours de la mélancolie chronique...

Tel est le tableau clinique le plus simple et le plus complet réalisé par ces formes de mélancolie anxieuse chroniques, traînantes et délirantes qui constituent, « *sensu stricto* », le SYNDROME DE COTARD le plus typique et le plus fréquent.

Ajoutons encore une note clinique qui nous paraît justifiée par la pratique : les *états mixtes* avec intrication d'un certain tonus psychique et de l'anxiété constituent un terrain d'élection pour le développement de ses formes les plus typiques.

...les états mixtes constituent un terrain de prédilection...

2° LES DÉLIRES DE NÉGATION POST-MÉLANCOLIQUES :

Ce sont des délires qui, plus ou moins voisins de la construction thématique du délire mélancolique, en constituent une *survivance* purement conceptuelle ou imaginative. Nous en décrirons deux formes principales : l'une paranoïaque, l'autre systématique ou paranoïaque.

...survivance purement conceptuelle paraphrénique ou paranoïaque...

...délires de négation, luxuriants, lyriques, à forte expression imaginative et verbale qui réalisent une véritable mégalomanie à rebours, un délire de grandeur mélancolique...

Sous le nom de *paraphrénie post-mélancolique*, il nous semble qu'il conviendrait de ranger ces délires de négation, luxuriants, lyriques, à forte expression imaginative et verbale qui réalisent une véritable mégalomanie à rebours, un délire de grandeur mélancolique. Un certain nombre de traits de la description classique de COTARD et de SÉGLAS choquent un peu quand on se représente les cas, de mélancolie anxieuse dont nous venons de parler plus haut. Au contraire, envisagés dans cette perspective ils prennent tout leur sens. Ainsi quand COTARD parle de ces cas « où le délire de négation survit en quelque sorte aux troubles généraux du début et que les malades ne présentent plus ni dépression, ni agitation anxieuse manifeste », c'est bien à ces cas que vise, ici, notre description, qu'il faisait allusion. De même pour les dispositions mégalomaniaques des « négateurs » c'est dans cette forme qu'elles prennent toute leur importance et leur véritable sens. Comme dans le développement des idées de persécution, où l'apparition de la mégalomanie introduit une « dimension » nouvelle qui exprime le bouleversement de la structure de ces délires, de même ici l'élargissement à l'infini de la négation, le caractère fantastique du délire, réalisent une véritable « paraphrénie ¹ ». On trouvera sous des titres qui ne les laisseraient pas deviner, des observations démonstratives de ce type clinique : par exemple dans la publication de LEROY ² ou celle de BRIAND et PORCHER ³. Le complexe délirant devient ici un mode d'expression fantastique, verbal et idéologique qui élargit jusqu'aux horizons cosmiques le thème de négation. Une pointe d'humour, un certain goût de la poésie s'observent assez fréquemment d'après les quelques cas que nous avons pu personnellement observer.

*...se mêlent intimement l'autoaccusation, les thèmes de persécution et les idées de négation pour former un délire « paranoïaque » de persécution ou hypochondriaque...
...C'est le cas du malade Maur. qui a été si longtemps étudié à la clinique de Ste-Anne...*

Parfois, il s'agit, par contre, d'un *délire systématisé* où se mêlent intimement l'autoaccusation, les thèmes de persécution et les idées de négation pour former un délire « paranoïaque » de persécution ou hypochondriaque. SÉGLAS a bien mis en évidence cette éventualité perdue de vue depuis ⁴. Ici tout le système est placé sous le signe d'une forte agressivité dirigée à la fois contre soi et contre autrui, la polarisation délirante soutient par sa tension affective une constante revendication, tout ensemble justificative du châtement et dénonciatrice d'une persécution. Le cas du malade Maur. qui a été si longtemps étudié à la clinique de Ste-Anne réalisait un magnifique exemple de ce type. Il était toujours dans un état de fureur contenue et revendiquait sans cesse toutes les tares, tous les vices, toutes les monstruosité. C'est d'un ton coléreux qu'il

1. Ceci, nous ne l'ignorons pas, ne peut avoir de sens que pour ceux qui, avec nous, définissent la « paraphrénie » comme un mode de reconstruction délirante fantastique qui survit au bouleversement des expériences délirantes primaires.

2. LEROY, Délire de négation systématisé. Trente ans d'observation. *Soc. Médico-Ment.*, 1920.

3. PORCHER, Délire hypochondriaque avec idées de préjudice et de persécution aboutissant à un délire de négation, *Soc. clin. Médico-Ment.*, 1920, 71.

4. SÉGLAS, pp. 160 à 183.

déclarait : « Comment voulez-vous que je meure? Est-ce qu'une charogne meurt, une pourriture? La santé? Mais comment voulez-vous qu'un syphilitique issu de parents idiots, criminels, qu'une masturbation invétérée a décharné, qu'un rachitique soit en bonne santé ? Mes organes ? Mais vous êtes fou, je n'en ai pas. Mon thorax c'est un thorax de grillon, un thorax de fille de putain qui ne se sent même pas mourir... » Comme dans beaucoup de délires de persécution « secondaires » à la mélancolie (notion ancienne, classique et pleinement justifiée), on trouve à la base et parfois au début de ces délires des accès de dépression mélancolique qui ont orienté une conception pessimiste et néantisante du monde, de la personne et des relations sociales.

Ainsi selon cette classification qui nous paraît serrer les faits de près, les rapports de la mélancolie et des délires de négation ne sont pas aussi simples qu'on se les figure. Ils ne sont pas non plus aussi exclusifs qu'on ne l'imagine parfois, en oubliant les travaux de COTARD et de SÉGLAS. C'est ce que nous allons examiner en faisant un bref inventaire de ces diverses formes cliniques où le délire de négation est sans lien avec la mélancolie.

2° *Délires de négation hors de la mélancolie.*

1° FORMES CONFUSO-DÉMENTIELLES. SÉGLAS¹ avait signalé qu'au cours des *états confusionnels* des *délires fébriles* toxi-infectieux des idées délirantes de négation peuvent s'observer. Il rappelait que BAILLARGER avait décrit cette variété de délire hypochondriaque au cours d'une fièvre typhoïde. Depuis lors un certain nombre d'observations ont été publiées. DUPOUY² a rapporté un cas de délire de négation en cours de l'encéphalite épidémique. Naturellement les anciens auteurs se sont occupés de cette forme délirante dans l'*épilepsie*. On trouvera des indications précieuses à cet égard dans des travaux, vieux de cinquante ans, ceux notamment de MONDRIE³ et d'AUJALEU⁴.

Mais c'est surtout dans la *paralysie générale* que le délire de négation a été étudié. Il avait été signalé pour la première fois par BAILLARGER (1857). VOISIN et BURLUREAUX (1880) ont décrit ensuite quatre formes de délires hypochondriaques des paralytiques : délire d'obstruction et de négation des organes – négation de l'existence et de la personnalité – délire de petitesse – délire d'exagération ou emploi de nombres ou expressions insensées pour exprimer les idées dépressives. Depuis lors, la thèse d'HENRY (1896) a mis au point cette variété du délire paralytique.

Mais un nouveau et intéressant chapitre a été écrit par les auteurs qui ont étudié les

...au cours des états confusionnels des délires fébriles toxi-infectieux...

...c'est surtout dans la paralysie générale que le délire de négation a été étudié...

1. SÉGLAS, *Le Délire de négation*, pp. 211 à 218.

2. DUPOUY, *Soc. Méd. Mentale*, 1924.

3. MONDRIE, *Délire hypochondriaque des Épileptiques*, Thèse, Paris, 1885.

4. AUJALEU, *Les manifestations hypochondriaques dans l'Épilepsie*, Thèse, Toulouse, 1902.

...par MINKOWSKI une magnifique observation du délire de négation chez un paralysé général...

délires des paralytiques généraux impaludés (VERMEYLEN LEROY et MEDAKOVITCH, etc.). On trouvera dans un travail de MINKOWSKI ¹ une magnifique observation du délire de négation chez un paralysé général dont la malaria ne put enrayer l'évolution dementielle.

Les états démentiels peuvent donc s'exprimer cliniquement par le thème de négation. C'était le cas notamment de l'observation de CUEL ² où il paraissait s'agir d'une forme de démence autre que la méningo-encé-phalite spécifique. C'est ainsi que dans la sénilité et la pré-sénilité ces délires se voient assez souvent. C'est même une notion classique que leur apparition à un âge avancé dans l'immense majorité des cas. SCHWAB KRAFFT-EBING, KRAEPELIN, SÉGLAS, CAMUSET les ont signalés dans les démences séniles. Dans un premier cas, dit SÉGLAS, elles sont directement liées à la sénilité et elles se montrent alors dans la démence à la suite d'un ictus apoplectique, dans les amnésies, au cours des délires séniles. Dans un deuxième groupe de faits, il s'agit de psychoses *tardives* et non plus séniles et c'est le plus souvent dans les mélancolies pré-séniles que l'on voit ces délires se développer ; BARBÉ a consacré à ce sujet, il y a longtemps, un court travail ³.

2° DANS LES ÉTATS SCHIZOPHRÉNIQUES :

Les idées de négation se rencontrent également dans la *démence précoce*. Elles font partie de tout le système délirant par lequel s'exprime la dissociation de la personnalité, mais il est très rare, et peut-être ne l'a-t-on jamais constaté, de voir de véritables délires de négation au cours de la désagrégation schizophrénique, certaines analogies méritent cependant d'être soulignées entre la « folie d'opposition » que COTARD et SÉGLAS faisaient entrer dans le délire des négations et le négativisme catatonique. Le cas de MIGNOT et M^{lle} LACASSAGNE ⁴ pourrait, peut-être, servir à illustrer le caractère « schizophrénique » de certaines formes de délires de négation. Mais à vrai dire, les thèmes de dépersonnalisation, de destruction du temps, de « fin du monde », aspects si fréquents de la pensée schizophrénique, absorbent le thème de négation dans la masse autistique où il demeure souvent indifférencié.

C. — PRONOSTIC

Le mauvais pronostic de ces délires a été affirmé par COTARD quand il a écrit: « On peut dire que le délire des négations est un état de chronicité spécial à certains mélancoliques intermittents dont la maladie est devenue continue ». Cependant il avait eu

1. MINKOWSKI, *Évolution Psychiatrique*, 1933.

2. CUEL, État démentiel avec idées de négation diagnostiqué de paralysie générale, *Soc. Clin. Ment.*, 1923.

3. *Soc. de Psychiatrie*, 23 mai 1912.

4. MIGNOT et M^{lle} LACASSAGNE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1937, I, p. 246.

...il est très rare de voir de véritables délires de négation au cours de la désagrégation schizophrénique, bien qu'il y ait certaines analogies avec le négativisme...

soin de formuler quelques réserves :

« Le pronostic est fâcheux lorsqu'on voit diminuer l'intensité du trouble mélancolique général tandis que les idées délirantes et les négations persistent au même degré. Les malades arrivent alors au délire négatif systématisé qui est rarement curable. Par sa marche, par son début, par sa terminaison brusque quand elle guérit, la *folie des négations* se rattache au groupe des vésanies à accès ou intermittentes et à la folie circulaire. Si même on réserve le nom de délire des négations aux cas où ce délire est arrivé au degré que j'ai indiqué au commencement de ce travail on peut dire que le délire des négations est un état de chronicité ». – RÉGIS, FALRET, WALLON, CARRIER d'abord et la plupart des cliniciens se sont rangés à cet avis. C'est ainsi que dans sa statistique CASTIN (1892), ayant suivi l'évolution de trente-deux cas, avait noté que la plupart (douze) étaient morts sans être sortis de leur délire et que trois seulement avaient guéri.

De son côté cependant SÉGLAS a estimé ¹ que le pronostic de délire des négations mélancoliques est fort difficile à préciser. On ne tarda pas effectivement à s'apercevoir que ce syndrome n'est pas toujours un signe de chronicité ni à plus forte raison d'incurabilité (cas de SÉGLAS, G. BALLEZ, etc...). Plus tard, VURPAS (1912), ROGUES DE FURSAC et CAPGRAS (1912), TISSOT (1921) en ont rapporté des observations. Celle de TISSOT, par exemple, concerne un officier de quarante-deux ans qui fut plongé pendant deux ans (1911-1913) dans une mélancolie avec délire de négation, mais guérit et combattit honorablement sur le front de 1917 à 1918. La discussion qui a suivi la communication de MIGNOT et LACASSAGNE (1937) montre que, au cours de ces dernières vingt ou trente années, les idées sur les pronostics du « syndrome de COTARD » se sont beaucoup modifiées. En fait la réponse à cette importante question pratique dépend de la question de savoir à quelle structure, dont le complexe délirant n'est qu'une partie, on a affaire. Ce n'est que lorsqu'il y a conceptualisation, détachement du fond affectif et à plus forte raison véritable « mégalomanie de négation » que le syndrome de COTARD prend à la fois sa forme la plus majestueuse et la plus fixe, nous semble-t-il.

On ne confondra avec une telle organisation délirante les idées de négation qui peuvent s'observer à titre épisodique non seulement dans les crises de mélancolie aiguë mais au cours d'autres psychoses comme nous l'avons noté. Quand le délire de négation est solidaire d'une forme traînante ou chronique de mélancolie, son pronostic dépend de la forme mélancolique qu'il exprime. Et s'il est vrai qu'il s'agit souvent dans ces cas d'un habitus mélancolique solidement organisé sinon irréversible, on peut aussi voir ces formes chroniques s'amender et rétrocéder. Quant aux délires de négation symptomatiques d'autres psychoses, elles n'ont aucun caractère pronostique particulièrement valable.

...« Le pronostic est fâcheux [...] quand les idées délirantes persistent... » COTARD.

...mais au cours de ces dernières vingt ou trente années, les idées sur les pronostics du « syndrome de Cotard » se sont beaucoup modifiées...

...c'est dans la « mégalomanie de négation » que le syndrome de Cotard prend à la fois sa forme la plus majestueuse et la plus fixe...

1. SÉGLAS, pp. 146 à 157.

§ III. – *APERÇU DES PROBLÈMES PATHOGÉNIQUES*

Le délire des négations a naturellement donné lieu à des discussions pathogéniques que nous allons situer dans la classification des conceptions de psychopathologie générale qui nous est familière.

1° THÉORIES MÉCANICISTES : Elles peuvent toutes se réduire à cette explication : le délire des négations dépend d'un trouble de la sensibilité. Cette thèse réduit le délire à n'être que l'affirmation « délirante » d'une abolition ou d'une altération des afférences perceptives du corps, et elle explique cette « non-perception » par un trouble de la « sensibilité générale » conçue elle-même comme une fonction partielle. Que ce soit sous le nom de trouble cénesthésique systématisé ou sous celui plus « moderne » de trouble du « schéma corporel », l'explication reste la même. A cet égard, COTARD était resté prudent quand il écrivait : « Dans quelle mesure ces altérations de la sensibilité concourent-elles au développement du délire hypochondriaque de négation, c'est là une question de pathogénie que je ne veux point essayer d'élucider ». Cette prudence n'a pas été exemplaire et c'est naturellement sous la forme d'une théorie « cénesthésique » faisant appel à des troubles de la perception et de la représentation du corps que la plupart des classiques à la fin du XIX^e siècle ont tenté d'expliquer le délire des négations. Relisons encore SÉGLAS (pp. 75-77) :

« On a donné le nom de cénesthésie, sens de l'existence, au sentiment général que nous avons de l'existence de notre corps, sentiment qui, à l'état normal, s'accompagne d'un certain bien-être. C'est comme le dit HENLE, la somme, le chaos non débrouillé des sensations qui, de tous les points du corps, sont sans cesse transmises « au sensorium ». Dans une note de son édition des *Rapports du physique et du moral* de CABANIS, PEISSE réfute la théorie de JOUFFROY : « que nous n'avons aucune conscience de l'exercice des fonctions organiques », et décrit d'une façon des plus exactes cette conscience organique qui constitue ce que CONDILLAC appelait le sentiment de l'existence et MAINE DE BIRAN le sentiment de l'existence sensitive. Depuis cette époque (1845), physiologistes et psychologues ont cherché à étudier les éléments de ce sens général du corps, de la *cénesthésie*. Ils ont déterminé ce qu'apporte chaque fonction vitale et montré combien est complexe ce sentiment confus qui, par une répétition incessante, est devenu nous-même, et que, par suite, nous ne pouvons connaître que par les variations qui l'élèvent au-dessus ou l'abaissent au-dessous de la normale. Nous n'avons pas à faire ici l'étude détaillée de ces fonctions vitales et de leur rapport psychique, il nous suffira de la résumer. C'est ainsi que nous avons d'abord les sensations organiques liées à la respiration, comme le sentiment de bien-être à l'air pur, la suffocation dans un air vicié; celles qui viennent du canal alimentaire, d'autres plus générales liées à l'état de la nutrition, l'état de la circulation générale et locale dont l'influence psychologique est peut-être la plus grande dont les variations importent le plus d'un individu à l'autre et suivant les divers moments, chez le même individu; les sensations organiques qui viennent de l'état des muscles, les sentiment de fatigue ou son contraire; le groupe des sensations musculaires qui, associées aux sensations externes de la vue et du toucher, jouent un si grand rôle dans la formation de nos connaissances; les sensations organiques dues à l'appareil génital, etc...

...Cotard était resté prudent...mais c'est naturellement sous la forme d'une théorie « cénesthésique » que la plupart des classiques à la fin du XIX^e siècle ont tenté d'expliquer le délire des négations...

...Pathogénie de la cénesthésie par Séglas...

Par suite des modifications survenues dans le fonctionnement des appareils organiques dans la mélancolie, et que nous avons signalées plus haut, on comprend aisément combien de sensations diverses et nouvelles doivent venir modifier le complexe habituel cénesthésique. De plus, par suite de l'état particulier des centres nerveux qui, eux aussi, participent à la souffrance générale de tout l'organisme, c'est surtout dans leur élaboration cérébrale que les diverses sensations se transforment et s'altèrent. Les images antérieures, ainsi que le dit COTARD, modifiées, déformées ou oblitérées par suite d'un état maladif des régions correspondantes de l'écorce cérébrale, ne sont plus adéquates à leurs excitants normaux, et les impressions, même régulièrement transmises, ne produisent plus que des sensations alarmantes par leur étrangeté. Comme tout état nouveau doit l'être, l'affaiblissement général de l'organisme du mélancolique est perçu par la conscience. L'état cénesthésique normal du bien-être perçu par le consensus harmonique des sensations organiques, fait place, l'équilibre une fois rompu, à un nouvel état cénesthésique pénible : état général de maladie le plus souvent et parfois avec quelques localisations plus précises. L'effet d'un organe faible ou malade dérange le ton psychique et se traduit dans le cerveau par une irritabilité excessive, ou une disposition à l'émotion, en résumé, par un état de malaise psychique (MAUDSLEY). C'est la source d'une série de raisonnements inconscients aboutissant, en dernier terme, à un jugement confus mais défavorable sur la constitution physique et psychique dont le ton semble abaissé au malade. »

Il est facile de reconnaître dans cette conception l'idée qu'on se faisait et que l'on n'a guère cessé de se faire généralement de la « cénesthésie » et de ses troubles. Dans quelle mesure une pareille hypothèse est compatible avec l'analyse (que nous devons à SÉGLAS lui-même) des troubles de la « synthèse psychique », l'illustre clinicien ne s'est pas demandé tout au moins dans son livre de 1897. Quoi qu'il en soit, presque à chaque fois qu'ils ont discuté de la pathogénie du « syndrome de COTARD », la plupart des auteurs se sont ralliés à cette théorie.

On la considère en effet assez généralement comme suffisamment démontrée par le fait que des affections cérébrales comme l'encéphalite épidémique ou la syphilis altèrent les voies ou centres de la sensibilité. Ainsi DUPOUY, SCHIFF et M^{me} REQUIN ¹ ont pu estimer dans leurs cas que les « cénesthopathies » sont responsables du délire. Naturellement, lorsqu'il s'agit de tabès, les choses paraissent encore plus simples. Le cas présenté par PÉRON ² paraissait se prêter admirablement à une interprétation de ce genre ; mais le fait qu'il s'agissait d'une paralysie générale rend plus conjecturale son interprétation ³, puisqu'il laisse supposer un trouble beaucoup plus général de la structure psychique.

DENY et CAMUS ⁴, ne se rangeant pas à l'opinion exprimée par RÉGIS ⁵ qui admet-

...on considère [la théorie de la cénesthésie] comme suffisamment démontrée par le fait que des affections cérébrales comme l'encéphalite épidémique ou la syphilis altèrent les voies ou centres de la sensibilité...

1. *Soc. Méd. Ment.*, 1924.

2. PÉRON, *Soc. Clin. Ment.*, 1924.

3. Cf. la Discussion qui a suivi la communication et l'examen histologique de ce cas exposé à la même Société par TRENEL en 1925.

4. DENYS et CAMUS, Étude nosologique et pathogénique du délire des négations, *Ann. Médico-Psycho.*, 1906, I, pp. 423 à 443.

5. RÉGIS, *Précis de Psychiatrie*, 3^{me} édition, 505.

tait une anesthésie viscérale, pensaient que l'on peut expliquer la psychose par une « insuffisance fonctionnelle », une inhibition de la région de l'écorce où sont fixées et enregistrées les images des sensations organiques c'est-à-dire des « centres cénesthésiques ». Ils émirent l'opinion que si leur première malade (qui présentait un délire de « négation corporelle ») avait la conviction inébranlable de ne plus avoir de corps malgré la conservation de sa lucidité, de son orientation de ses facultés logiques, et c'est parce qu'elle avait perdu la faculté d'évoquer, de se représenter ses formes corporelles « par suite de l'inhibition de ses centres cénesthésiques ». Ils expliquèrent cet étrange trouble, cette disparition de l'image du corps « par un trouble cortical a-ou hypo- de la cénesthésie, une hypo- ou une a fonction de la « somatopsyché » des auteurs allemands ». Ainsi, comme le souligne HECAEN ¹, ces auteurs admettaient la théorie de WERNICKE, STORCH et FOERSTER ² sur la disparition des sensations musculaires normalement associées aux sensations périphériques. Mais pour BONNIER ³ ce qui serait perdu ce serait non point ces sensations proprioceptives mais la capacité gnosique de « la figuration spatiale », la « définition topographique ». Il nous paraît évident que le type d'explication n'est pas très différent dans les deux cas. Et le « progrès » introduit par la notion de « schéma corporel » ne nous paraît pas avoir constitué une révolution mais une formulation nouvelle d'une explication, somme toute, traditionnelle. Quelque grand que soit le mépris qu'affectent les auteurs qui parlent constamment de « schéma corporel » à l'égard de la « vieille théorie de la cénesthésie » ils ne font, nous semble-t-il, que la reprendre à leur compte. On sait comment EHRENWALD ⁴ a tenté d'expliquer le délire de dépossession par des phénomènes de « dépersonnalisation segmentaire ». VAN BOGAERT ⁵ a cru pouvoir accepter cette idée d'une dépersonnalisation « segmentaire » (c'est-à-dire d'une absence de dépersonnalisation) et entrevoir la possibilité de « passer » de celle-ci à l'atteinte totale de la personnalité. Extrapolation qui se heurte au fait que le trouble partiel de la somatognosie qui est impliquée dans le concept « troubles du schéma corporel », justement parce qu'ils sont partiels, se situe à un niveau inférieur, celui d'une structure « segmentaire » que n'a pas le « délire de négation ».

...le « progrès » introduit par la notion de « schéma corporel » ne nous paraît pas avoir constitué une révolution mais une formulation nouvelle d'une explication, somme toute, traditionnelle...

1. HECAEN, La notion de schéma corporel et ses applications en Psychiatrie, *Évolution Psychiatrique*, 1948, n° 2, notamment pp. 93 à 101.

2. FOERSTER, Ein Fall von elementärscher allgemeiner Somatopsychose. Funktion der Somatopsyché, *Monatsch. f. Psych. und Neuro.*, 1903. Dans ce travail l'auteur rapporte le cas d'une femme de 50 ans anxieuse et phobique par intermittences qui présentait, somme toute, « un syndrome de COTARD » et que FOERSTER, élève de WERNICKE, a présenté comme un trouble particulier pour lequel il n'a fourni qu'une explication, somme toute traditionnelle. On comprend mal la ferveur avec laquelle LHERMITTE, VAN BOGAERT, HECAEN etc... envisagent cette théorie et celle de BONNIER ou de DENY et CAMUS sans accorder le même crédit aux vieilles conceptions périmées de SÉGLAS ou de RÉGIS. Toutes tombent sous le même coup et au même chef, sous la critique de BLONDEL.

3. BONNIER, L'aschématie, *Revue Neuro.*, 1905, p. 54.

4. EHRENWALD, Anosognosie und Depersonnalisazion, *Nervenartz*, 1931, 4, pp. 681 à 688.

LHERMITTE ¹ sans insister sur le problème qui nous occupe, a cependant à propos de « l'asomatognosie totale » (chapitre IX) adopté les idées de BONNIER, DENY et CAMUS, etc. Le sujet voit son corps et ne le reconnaît pas et cela constitue un trouble de l'identification, une sorte d'asymbolie, une agnosie. Il semblerait donc qu'au terme de ses analyses si approfondies, LHERMITTE se soit laissé entraîner à admettre que le délire ne constitue pas une modification globale de la conscience, mais une perturbation de ses infra-structures psycho-sensorielles.

Nous retrouvons là l'idée qui se révèle comme le centre même de toute théorie mécaniciste du « Délire de négation ». Il n'y a pas délire puisque le « délire » ne fait qu'exprimer la *réalité* d'un trouble perceptif.

Ceci est encore évident dans le travail d'HECAEN ². Malgré la prudence avec laquelle il paraît s'engager sur cette voie (p. 93), il n'en conclut pas moins que « si tous les syndromes de négation ne sont pas dus à une lésion pariétale ou même à une altération dynamique de cette région, lésion organique *d'une part* ³ et conflit instinctif *d'autre part* ⁴, peuvent aboutir à des tableaux cliniques très proches ; les uns ne constituent pas un trouble isolé du reste de la personnalité et les autres une attitude générale de comportement. » Autrement dit, si nous comprenons bien ces formules enveloppées, le « délire de négation » peut ressortir « aussi bien » à une « lésion pariétale » qu'à un « conflit affectif ». On se demande véritablement même en appelant SCHILDER à son secours comment on peut, en énonçant la *dualité* de ce mécanisme, prétendre l'envisager dans son unité. On se demande surtout comment il est possible de ne voir qu'une « différence de degré » entre un trouble asomatognosique segmentaire et un délire de négation ou de dépersonnalisation?

Ainsi toutes ces théories, malgré le mérite conjectural d'un « progrès » qu'elles aiment à s'attribuer, se confondent avec la théorie sensationniste de la cénesthésie dans la même affirmation : le délire des négations dépend d'un trouble basal de la perception. Et tous les auteurs dont nous venons de rappeler les opinions défendent la thèse mécaniciste par excellence : le trouble inférieur basal et partiel engendre le trouble supérieur et global. Reste cependant à réduire cette contradiction : comment une perturbation réelle du substratum perceptif engendre cet imaginaire qu'est le délire de négation?

2° THÉORIES PSYCHOGÉNISTES. Nous ne connaissons pas d'études particulières des psychanalystes sur le « délire de négation ⁵ ». C'est donc à partir des travaux de FREUD,

...[dans le mécanicisme], il n'y a pas délire puisque le « délire » ne fait qu'exprimer la réalité d'un trouble perceptif...

...On se demande surtout comment il est possible de ne voir qu'une « différence de degré » entre un trouble asomatognosique segmentaire et un délire de négation...

1. LHERMITTE, *L'image de notre corps*, I vol. 248 pages, Paris, 1939.

2. HECAEN, La notion de schéma corporel... *Évolution Psych.*, 1948, II.

3. C'est nous qui soulignons.

4. C'est nous qui soulignons.

5. VILLASECA (*Congrès des Aliénistes*, Barcelone 1929) a surtout étudié le « mythe » du juif errant, du roi Arthur, du héros des contes catalans, le comte Arnau, tous monstres maudits et réprouvés voués à ne pas mourir.

...Nous ne connaissons pas d'étude particulière des psychanalystes sur le « délire de négation »...

ABRAHAM, H. DEUTSCH, M. KLEIN, A. GARMA etc., sur la mélancolie et l'angoisse que nous pouvons esquisser et en quelque sorte avancer une théorie psychanalytique de la « négation ». Tout d'abord le monde des objets suppose que, parvenue au stade génital la libido l'investit de valeurs de réalité où se projette l'épanouissement de l'instinct dégage de soi, sorti de soi, c'est-à-dire ayant dépassé la phase proprement narcissique de l'évolution. C'est cette projection objectale qui assure le « surgissement », la « réalité » du monde, c'est aussi elle qui assure la réalité du corps et un certain attachement commun à ce monde et à ce corps. Il suffit de lire les écrits de FREUD et particulièrement son étude sur l'identification, le moi et l'idéal du moi, pour comprendre que l'objectivité est liée à l'objectivation des pulsions instinctuelles comme si l'être prolongeait le désir, et comme si le monde jaillissait de sa représentation². Or la mélancolie est caractérisée par un reflux, un refus de l'existence, une destruction de ce mouvement qui nous attache à la réalité comme à un « objet aimé ». La *perte de l'objet aimé* qui caractérise pour l'École psychanalytique l'angoisse de la mélancolie et l'apparente au deuil, cette perte vide le monde de son sens, lui retire sa réalité, l'anéantit. Une telle destruction du monde objectif va de pair avec l'agressivité dirigée contre soi, contre le corps châtié, que le mélancolique refuse de nourrir et qui, devenu objet de honte et de dégoût, perd son existence, son activité, sa chaleur et sa durée. L'acharnement du sur-moi qui demeure « seul existant » dans le désastre comme pour mieux poursuivre son œuvre d'anéantissement, *dévore*, insatiable, toute apparence de réalité et consume jusqu'à ne plus laisser de cendres, les restes d'un monde aboli, et d'un cadavre qui n'est même plus rien... Cette dialectique freudienne de la « *Destrudo* » pourrait être indéfiniment allongée et approfondie. Il nous suffit ici d'en retrouver, par notre propre intuition et pour notre propre compte, le mouvement afin d'en apprécier tout à la fois la valeur et l'insuffisance : la valeur en ceci que contrairement aux théories mécanicistes qui réduisent le délire de négation à un accident de la sensibilité et sont par conséquent incapables de nous rendre compte de sa signification dramatique, elle nous restitue le contenu significatif du « vécu » de ces délires – l'insuffisance en ceci que le reflux de l'instinct retourné contre lui-même, cette inversion de l'être dans le néant, reste aux yeux des psychanalystes, inconditionnée et que, dans ce problème particulier, comme dans tous les autres que nous avons déjà examinés ou examinerons, la force de l'instinct, qu'elle s'appelle libido ou *destrudo*, pour autant qu'elle anime *l'organisation* de notre existence, est incapable de nous expliquer sa *désorganisation*.

...L'acharnement du sur-moi qui demeure « seul existant » dans le désastre comme pour mieux poursuivre son œuvre d'anéantissement, *dévore*, insatiable, toute apparence de réalité et consume jusqu'à ne plus laisser de cendres, les restes d'un monde aboli...

1. FREUD, 1921 et 1923.

2. Il suffit de formuler ainsi la métaphysique freudienne pour saisir sa parenté philosophique avec l'œuvre de SCHOPENHAUER (cf. l'étude de W. BISCHLER).

3° ESQUISSE PHÉNOMÉNOLOGIQUE DANS LE CADRE D'UNE THÉORIE ORGANO-DYNAMISTE :

A vrai dire aucun des auteurs représentatifs, à nos yeux, de ces tendances doctrinales n'a présenté de théorie complète du délire de négation. Signalons cependant que certaines analyses de SÉGLAS et surtout certains aperçus ou approfondissements de Ch. BLONDEL en constituent des approximations importantes. Nous nous bornerons donc à esquisser ici un simple schéma.

Le délire de négation représente une altération de la réalité objective et subjective *vécue* par la conscience du malade comme un anéantissement diffus sinon global de la réalité et *observée* par les psychiatres comme une dissolution de la construction du monde en tant que relation de l'être à ce qui est. En un certain sens, le délire de négation qui dénie la réalité à ce qui est, est le contraire de l'activité hallucinatoire qui la confère à ce qui n'est pas. Une telle activité délirante n'est ni simple, ni toujours identique à elle-même. Elle se distribue cliniquement en une série d'états psychopathologiques : expériences délirantes primaires (crise de mélancolie anxieuse, états mixtes, états confuso-déméntiels, etc.) et élaborations délirantes secondaires (type par exemple le syndrome de COTARD paraphrénique). Mais naturellement sous ces multiples aspects le délire de négation est une manifestation du trouble introduit dans la conscience, par des perturbations organiques, qui conditionnent son mouvement de dissolution.

...En un certain sens, le délire de négation qui dénie la réalité à ce qui est, est le contraire de l'activité hallucinatoire qui la confère à ce qui n'est pas...

Envisagé dans cette perspective, le délire de négation perd son unité et son autonomie (que très peu d'ailleurs lui attribuent) pour devenir un des mille aspects du délire. Il ne saurait en tous cas être confondu avec de simples et partiels troubles de la sensibilité.

Il y a donc lieu de séparer les altérations de la réalité somatique par désintégration des fonctions de la synthèse perceptive, des délires de négation somatique pour autant que ceux-ci expriment un amoindrissement ou une abolition des valeurs de la réalité morale, sociale, cosmique et personnelle.

Les syndromes neurologiques *d'asomatognosie* ont pour caractères essentiels : leur topographie segmentaire – leur phénoménologie « accidentelle » – leur désintégration à l'égard de la vie psychique qui suit son cours normal – leur participation à un trouble de niveau inférieur, c'est-à-dire à la désorganisation d'un champ perceptif. Par là elles s'apparentent aux hallucinoses et ont comme elles une valeur de localisation dans la pathologie cérébrale ou plus généralement nerveuse des fonctions instrumentales ¹. Ces troubles altèrent la base phénoménologique de l'existence, entament son support, le « schéma corporel », ce système de références par quoi nous avons conscience des diverses parties de notre « corps propre », ce « centre de références total qu'indiquent

1. SARTRE, moins timoré que certains de nos « Gestaltistes » ou « Holistes » ne craint pas de dire cette évidence : « notre corps est l'instrument et le but de nos actions ».

les choses » selon la formule de SARTRE. Notre corps, base existentielle de nos perceptions, horizon toujours présent et constant des événements de notre vie, manière « d'être noué ou enraciné au monde » est, comme l'a si bien exprimé MERLEAU-PONTY¹, « à l'espace ». C'est cette forme d'existence *impliquée* dans notre existence, qui est altérée dans la pathologie neurologique des diverses variétés d'asomatognosies. Les troubles du « schéma corporel » sont cela et rien que cela dans la mesure où ils sont quelque chose. Si une certaine pensée philosophique périmée séparait trop le corps et l'esprit, l'instrument de la pensée, il faut bien reconnaître comme une évidence « existentielle » que le corps est le « ressaisissement continué du pour-soi par l'en-soi » et que le fait ontologique est précisément que « le pour-soi ne peut être que comme l'être qui n'est pas son propre fondement », et que par conséquent « avoir un corps » c'est bien, comme dit SARTRE, être le fondement de son propre néant et non pas être le fondement de son être². Autrement dit ce que notre corps représente, c'est pour nous quelque chose par quoi nous sommes enracinés, un « obstacle ». De telle sorte que les accidents qui surviennent à ce corps pour autant qu'ils ne l'entament que comme instrument n'abolissent ou ne diminuent qu'une portion inférieure de la réalité, c'est-à-dire n'atteignent pas la totalité de l'existence.

...Le corps est le « ressaisissement continué du pour-soi par l'en-soi [...] « avoir un corps » c'est bien, comme dit SARTRE, être le fondement de son propre néant et non pas être le fondement de son être...

...Le « délire de négation » [...], ne se confond pas avec les formes de désintégrations partielles qui conditionnent les asomatognosies...

...Le « délire de négation » est au contraire un délire, c'est-à-dire un bouleversement de l'existence...

...si le délire est conditionné par une altération de l'organisme, il ne se confond pas avec cette altération...

Le « délire de négation », s'il se réfracte dans le système de réalité somatique, si même il dépend de cette couche d'existence organique, ne se confond pas avec les formes de désintégrations partielles qui conditionnent les asomatognosies. Il se définit par cette opposition. Les asomatognosies expriment en effet un « anéantissement réel », un manque, une destruction, une « existence de néant » dans cette forme de réalité qui peut mourir par morceaux et qui est ma corporéité pour autant qu'elle ne se confond pas totalement avec mon existence. Le « délire de négation » est au contraire un délire, c'est-à-dire un bouleversement de l'existence qui, comme le cauchemar, dépend de la désorganisation somatique de l'être mais la dépasse. Peut-être si les psychiatres qui s'en sont occupés avaient eu plus souvent à l'esprit cette vérité première (qu'il nous faut bien avoir le courage d'énoncer) auraient-ils été protégés contre bien des erreurs, et auraient-ils mieux saisi que si le délire est conditionné par une altération de l'organisme, il ne se confond pas avec cette altération. Cela est particulièrement sensible pour cette forme de délire qui, niant la réalité du corps ou de tel ou tel organe, ne saurait être identifié à la disparition de ce corps ou de tel ou tel organe, ou encore à l'altération segmentaire et par conséquent spatiale d'une image corporelle, d'un « modèle postural » où telle ou telle des parties du corps occupe une place dans cette « représentation ».

1. MERLEAU-PONTY, La phénoménologie de la Perception, 1 vol., 531 pages, Paris, 1945.

2. Nous pensons, sans en être très convaincu, qu'il est peut-être nécessaire de nous excuser de mêler ainsi ces réflexions à cette étude. Mais quelle que soit notre métaphysique ce sont là, nous semble-t-il, des vérités d'évidence et qui montrent que la pathologie de notre corps en tant que forme inférieure de « notre réalité » est différente de la pathologie de « notre » manière d'être au monde.

Le délire qui nie l'existence est encore une forme de l'existence, c'est une illusion de la « conscience malheureuse », de l'Angoisse ». Et tout ce que nous avons pu dire de l'anxiété nous pourrions le répéter ici pour montrer que cette variété de délire se distribue dans les divers niveaux et sous les diverses formes structurales où naît et s'organise l'angoisse morbide. Tout de même que l'angoisse est l'ombre de la liberté humaine, la négation est l'envers et aussi une certaine forme de l'existence, celle du mal. Car le délire de négation ne retire pas seulement l'être au monde et aux choses et au corps mais il leur attribue la négativité inverse d'un ordre, celui du bien et de la vie. Quand la conscience chavire et s'effondre dans le mouvement qui renverse sa « raison », elle se détourne de l'être vers le néant. Si ce mouvement de « néantisation » général dans les névroses et les psychoses n'est qu'ébauché ou dégradé dans les thèmes de persécution, d'influence, de dépossession, de dépersonnalisation ou d'hypochondrie, qui expriment une diminution de la plénitude de la réalité de l'être, il atteint dans le thème de négation au plus haut degré de sa puissance dramatique jusqu'au « vécu » de la plus terrible des angoisses, celle de l'évanouissement et du vide, celle de la fin sans fin d'un monde inexistant.

...Le délire qui nie l'existence est encore une forme de l'existence, c'est une illusion de la « conscience malheureuse », de l'Angoisse »...

...de la plus terrible des angoisses, celle de l'évanouissement et du vide, celle de la fin sans fin d'un monde inexistant...

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD, Sur le délire de négation, *Ann. Méd.-Psycho.*, 1893.
- AUJALEU, *Les manifestations hypochondriaques dans l'épilepsie*, Thèse, Toulouse, 1902.
- BAILLARGER, Rapports du délire hypochondriaque et du délire ambitieux, *Ann. Méd.-Psycho.*, 1887, t. I, p. 363.
- BERLIOZ (Charles), *Essai sur l'obsession de la négation*, Thèse, Paris, 1935.
- BLONDEL, Délire systématisé de transformation et de négation chez un intermittent, *Encéphale*, 1912. – Mélancolie avec délire des négations, *Encéphale*, 1913, p. 552.
- BRIAND et PORCHER, *Soc. clin. Méd.-Ment.*, 1920, t. I, p. 71.
- VAN BOGAERT, *Ann. Méd.-Psycho.*, novembre-décembre 1934.
- CAMUSET, Délire des négations, *Congrès des Aliénistes*, 1892.
- CAPGRAS (J.) et DAUMEZON, Syndrome de Cotard atypique, *Soc. clin. Méd. Ment.*, 10 décembre 1936. – *Ann. Méd.-Psycho.*, 1936, t. II, p. 806.
- CARP, *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.*, 30 juillet 1932.
- CASTIN, Thèse, Paris, 1892.
- CASTIN, *Congrès de Marseille*, 1899.
- CLAUDE, MICHON et ROSINAUER, Démonomanie et syndrome de Cotard. Rapports avec la mélancolie et le syndrome obsessionnel primitif, *Ann. Méd.-Psycho.*, t. II, n. 4-5, p. 275.
- COOL (DE), Thèse, Paris, 1893.
- COTARD (J.), *Soc. Méd.-Psycho.*, juin 1880 (cf. travaux de Cotard réunis sous le nom de *Maladies cérébrales*, Paris, 1891). – Du délire des négations, *Archiv. de Neuro.*, 1882. – Article au *Dictionnaire Dechambre*. – Délire d'énormité, *Ann. Méd.-Psycho.*, 1888, p. 465. – Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse, *Archiv. de Neuro.*, 1884.
- CRÉMIEUX et CAIN, Psychasthénie grave avec obsession de négation, *Ann. Méd.-Psycho.*, 1948, II, p. 76.

- CUEL, État démentiel avec idées de négation diagnostiqué P. G., *Soc. clin. Méd.-Ment.*, 1923, p. 291.
- DENY et CAMUS, Idées de négation, *Étude nosologique et pathogénique*.
- DUPOUY, Idées de négation dans l'encéphalite, *Soc. clin. Méd.-Ment* 1924, p. 68.
- GARNIER, Délire de négation, *Soc. Méd.-Psycho.*, 1900.
- GIOVANNI FATTOVITCH et NICCOLO NICCOLAI, Delirio di negazione e psicosi reazionali, *Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria et Psicoanalisi*, 1938, vol. XIX, p. 200.
- GOT (J. A.), *Étude du syndrome de Cotard, sa valeur pronostique*, Thèse Bordeaux, 1912.
- HENRY, *Délire de négation de la P. G.*, Thèse, Paris, 1896.
- JOURNIAC, *Délire hypochondriaque*, Thèse, Paris, 1888.
- LAIGNEL-LAVASTINE, D'HEUCQUEVILLE (G.) et DELAITRE, Délire de négation de grossesse au cours de la gestation chez une débile déprimée et syphilitique, *Ann. Méd.-Psycho.*, t. I, p. 800.
- LAIGNEL-LAVASTINE, MIGNOU et MAURICE, Délire de négation récidivant avec idées d'immortalité, *Ann. Méd.-Psycho.*, 1941, t. I, p. 279.
- LAURIOT, *Délire de négation dans la mélancolie*, 1893.
- LEROY, Délire de négation systématisé. Trente ans d'observation, *Soc. clin. Méd.-Ment.*, 1920, p. 160.
- LEROY, MELAKOVITCH et MASQUIN, Idées de négation et P. G. malarisés, *Soc. clin. Méd.-Ment.*, 1930.
- LOUDET et DALKE, *Rivista. Ass. Med.*, 1933.
- LOUDET et MARTINEZ-DALKE, Sulla psicogenesi e il valore pronostic del S. di Cot., *Riv. de Crimin. Psiq. Medicina legal.*, 1933.
- LOUP, *Idées de négation dans les états hypochondriaques*, Thèse, Lyon, 1906.
- MIGNOT et LACASSAGNE (M^{lle}), Syndrome de Cotard chez une jeune fille de 20 ans. Guérison, *Ann. Méd.-Psycho.*, 1937, t.1, p. 246.
- MOUNDRIE, *Délire hypochondriaque des épileptiques*, Thèse, Paris, 1885.
- MALLET, Observation de négation, *Presse médicale*, 1933.
- NARDI, Su alcuni deliri di negazione sistematizzati, *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, 1935, vol. XLV, p. 664.
- PÉGUILLOU, *Valeur neurologique des idées de négation*, Thèse, Toulouse, 1895.
- PÉRON, Idées délirantes de négation au cours du tabès, *Soc. clin. Méd.-Ment.*, 1924, p. 144.
- RÉGIS, Note historique et clinique sur le délire des négations, *Gaz. Méd. de Paris*, 1893.
- REVAUT D'ALLONES (J.), Idées de négation à éclipses, *Ann. Méd.-Psycho.*, 1923.
- ROY, *De l'hypochondrie*, Congrès de Rennes, 1905.
- SÉGLAS, *Le délire des négations*, 1 vol., 1897.
- SÉGLAS et CODET, Accès maniaque intercurrent avec persistance du délire de négation, *Soc. clin. Méd.-Ment*, 1920.
- TISSOT, Délire de négation terminé par guérison, *Ann. Méd.-Psycho.*, 1921.
- TOBINO (A.), Le sindrome di Cotard o l'impossibilita del concetto, *Rivista sper. de Freniatria*, 1940, 64, p. 65.
- TRENEL, Note sur les idées de négation, *Arch. de Neuro.*, 1828.
- TRENEL, Examen histologique d'un cas de tabès avec délire de négation, *Soc. clin. Méd.-Ment.*, 1926.
- TRENEL et LIVET, Syndrome de Cotard dans la folie périodique, *Soc. clin. Méd.-Ment.*, 1912, p. 210.
- VURPAS, Trois observations de délire de négation. Disparition après douze ans, *Encéphale*, 1912.

Étude n° 17

HYPOCHONDRIE

9. Les troubles de la mémoire.
10. La catatonie.
11. Impulsions.
12. Exhibitionnisme.
13. Perversité et perversions.
14. Le suicide pathologique.
15. Anxiété morbide.
16. Délire des négations.
17. *Hypochondrie*.
18. Jalousie morbide.
19. Mégalomanie.

Il est peut-être difficile à un médecin qui s'est dépouillé, de par ses études et sa profession mêmes, du trouble qu'engendre chez tous les hommes le mystère du corps, de retrouver l'angoisse hypochondriaque. Ce qui touche aux viscères, aux fonctions organiques, aux actes médicaux, à cette réalité qui est, pour chacun de nous, celle qui demeure la plus intime et la plus secrète, éveille chez tous les hommes un vif émoi, profonde résonance du narcissisme le plus primitif. La honte, la curiosité, la coquetterie, l'effroi, le plaisir et la douleur émergent de ce « complexe corporel » ou se réfléchissent en lui. Ainsi se constitue un système d'images privilégiées et particulièrement émouvantes, qui ne cessent de nous occuper et de nous préoccuper, sorte de toile de fond, condition et accompagnement de toute réalité, clavier sensible de notre existence, comme la corporéité elle-même. Naturellement cette matière somatique, à travers laquelle et par laquelle nous vivons, qui est en nous, qui nous appartient et à laquelle nous appartenons pèse de tout son poids sur notre vie psychique et sans cesse l'attire vers l'angoisse de l'existence corporelle, vie précaire que la maladie et la mort sans cesse menacent. Tel est le complexe hypochondriaque immanent à la nature humaine, une des perspectives affectives fondamentales et commune à tous. Mystère et fragilité du corps, maladie et mort, tels sont les aspects de l'*hypochondrie* humaine qui nous saisit, tous, « *aux entrailles* ». La maladie n'étant qu'un chemin possible vers la mort, remarque Nikola SCHIPKOWENSKY ¹, il y a une étroite relation entre la crainte de la maladie et la peur de la mort. La claustrophobie et l'*hypochondrie* se sont trouvées dans ses observations profondément liées chez certains de ses malades dans le même complexe phobique à l'égard de leur vie comme de leur corps. La statistique de STANLEY HALL à laquelle se réfère Antonio SICCO (1939) dans son travail sur l'*hypochondrie* ² nous paraît, à cet égard, bien paradoxale. D'après ce travail portant sur les craintes majeures de 1701 personnes, seules 299 craignaient la mort et 241 les maladies !

...Mystère et fragilité du corps, maladie et mort, tels sont les aspects de l'hypochondrie humaine qui nous saisit, tous, « aux entrailles »...

1. N. SCHIPKOWENSKY, Wesen der Hypochondrie, *Zeitsch. f. Neuro.*, 1942, 174, pp. 1 à 66.

2. A. SICCO, Hypochondria y manifestaciones hipochondriacas, *Jornadas Psiquiatricas Panaméricanas*, Lima, mars 1939.

Il suffit d'entendre les conversations quotidiennes de la masse des hommes (et surtout des femmes), il suffit d'observer la séduction qu'exercent dans presque tous les ménages le « Larousse médical », la chronique médicale de la « Radio » ou des journaux, ou la trouble attirance qu'opèrent les atlas et les « muses » forains d'anatomie sur l'immense majorité des gens pour se convaincre que le complexe hypochondriaque est universel, pressant et lancinant dans l'humanité entière.

Rien d'étonnant dès lors à ce que le thème hypochondriaque soit si fréquemment exprimé par le délire, ce reflet de l'instinct.

Quand on parle d'hypochondrie ou « d'idées » hypochondriaques, on incline tout naturellement à y faire entrer les « préoccupations » exagérées ou imaginaires sur la santé, définition qui dans sa substance se retrouve chez tous les auteurs. Les « idées hypochondriaques » sont en effet des *idées délirantes d'estimation péjorative de l'état d'intégrité ou de santé du corps*. Et comme l'exprime encore Nikola SCHIPKOWENSKY, il n'y a pas d'hypochondrie sans « idées hypochondriaques », c'est-à-dire sans un système d'intuitions, convictions, croyances et jugements enracinés dans une conception et une expérience du corps malade.

L'hypochondrie ainsi définie admet donc comme tout « délire » une grande variété de phénomènes psychologiques allant depuis le « pur concept », et en passant par les « préoccupations obsédantes », jusqu'aux « sensations et perceptions anormales ». Or, celle-ci en se présentant comme une « réalité », en fondant l'hypochondrie sur des troubles « réels » (*cum materia*), risquent de la soustraire à sa rigoureuse définition logique qui exige qu'elle soit « *sine materia* ». On voit à quelles obscurités théoriques et à quelles difficultés pratiques se heurte le problème général de l'hypochondrie, réplique de celui que nous venons d'examiner en étudiant le « délire des négations ».

§ I. – LES TROUBLES HYPOCHONDRIQUES

Énumérons d'abord les états psychologiques qui composent les tableaux cliniques de l'hypochondrie.

A. – TROUBLES CÉNESTHOPATHIQUES

Les cénesthopathies sont, d'après DUPRÉ qui les a spécialement décrites ¹, « des altérations locales de la sensibilité commune ». Elles ont, précise-t-il, pour principaux caractères « d'être simples, essentielles, irréductibles à un autre processus morbide, d'être localisées, circonscrites à un seul territoire ». Elles diffèrent ainsi « des troubles des éléments supérieurs de la conscience organique qui constituent les maladies du sentiment de la personnalité. Tandis que ces maladies de la sensibilité semblent dues

1. *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, pp. 291 à 304.

...comme l'exprime Nikola SCHIPKOWENSKY il n'y a pas d'hypochondrie sans « idées hypochondriaques », c'est-à-dire sans un système d'intuitions, convictions, croyances et jugements enracinés dans une conception et une expérience du corps malade...

...Les cénesthopathies sont, d'après DUPRÉ, « des altérations locales de la sensibilité commune »...

à des perturbations de l'activité psychique intéressant les zones d'association de l'écorce, les cénesthopathies sont des perturbations de la sensibilité centrale des organes ». Enfin, toujours d'après DUPRÉ, les cénesthopathies constitueraient une « altération de la tonalité normale de la sensibilité psychique de certains territoires organiques ». – De nombreuses études ont, à l'époque même où les décrivait DUPRÉ, assimilé ces troubles cénesthopathiques aux douleurs viscérales réflexes de HEAD et les ont attribués à des « troubles de l'équilibre neuro-végétatif ». La dérégulation du tonus para- et orthosympathique, les altérations du système autonome thoraco-abdominal, les syndromes viscéropathiques abdominaux, les crises solaires, etc. tous les aspects de la pathologie des splanchniques semblent bien en effet consacrer dans la neurologie moderne le vieux concept hippocratique d'hypochondrie.

Quoi qu'il en soit de leur nature et de leur genèse, ces cénesthopathies sont soit *algiques*, soit *paresthésiques*.

Les malades, écrit encore DUPRÉ, se plaignent d'éprouver dans différentes parties du corps des sensations anormales à caractère plutôt pénible et gênant que douloureux dont la nature insolite les trouble, et dont la durée persistante les inquiète. Il s'agit de sensations étranges, souvent indéfinissables et décrites par les malades avec un grand luxe d'images et de comparaisons... Les parties sont rétrécies, élargies, aplaties, gonflées, desséchées, recroquevillées, déplacées, modifiées dans leur forme, leur température, leurs poids, leurs sécrétions, leur mobilité, ou leur fixité. Elles sont maintenues et comprimées par des crampons, des attaches, des appliques, des tenailles, etc. Des corps étrangers s'y interposent, des gaz s'y insinuent, des courants y circulent, des bouillonnements y frémissent, des craquements, des crépitations y éclatent, etc., des serrements, des battements, des tiraillements, des dislocations sont ressentis. A ces pénibles sensations s'ajoutent d'autres malaises de nature plus vague et que les malades désignent par le terme de paralysie, de congestion, d'anémie, de mort, de pourriture, de carie, d'état de trouble, etc. Pour rendre compte du siège et de la nature de leurs sensations les malades se livrent à une mimique où dominant l'expression anxieuse et grimaçante du visage et la répétition d'attitudes et de gestes.

Quant au *siège* des cénesthopathies il y a lieu de distinguer, toujours d'après DUPRÉ et assez simplement, les *cénesthopathies céphaliques* affectant les régions fronto-nasale, orbitaire, buccopharyngée, occipito-cervicale, les *cénesthopathies thoraciques*, à siège généralement profond, parfois osseux avec sensation d'obstruction, de rétrécissement de corps étranger, de brûlures, les *cénesthopathies abdominales* à prédominance gastro-intestinale ou pelvigénitale.

A ces troubles peuvent s'associer (nous suivons encore la description de DUPRÉ) d'autres syndromes de nature sensitive ou sensorielle (algies, prurit, hyperesthésie cutanée), de nature motrice (spasmes, tremblements, crampes, myoclonies, tics, etc.) des vertiges, des migraines, etc. Naturellement les études récentes de « Médecine psychosomatique » ont considérablement élargi le champ de ces « troubles fonctionnels » digestifs, urinaires, circulatoires ou sensoriels où l'ébranlement des divers territoires,

...Description de
Dupré...

...les distinctions de
DUPRÉ en cénesthopathies céphaliques, thoraciques et abdominales...

...les études récentes de
« Médecine psychosomatique » ont considérablement élargi le champ de ces
« troubles fonctionnels »...

segments ou fonctions somatiques paraît lié à de forts courants émotionnels, à des mécanismes de retentissement, de projection, de répression, d'inhibition etc. au niveau des organes de l'énergie instinctivo-affective véhiculée par le système neuro-végétatif.

Enfin, fait capital, ces troubles sont fixes et persistants, véritablement lancinants, opiniâtres et constants ¹.

B. – PRÉOCCUPATIONS HYPOCHONDRIQUES

Ici c'est l'anxiété morbide en tant que projection d'imaginaire qui domine le tableau clinique. Il s'agit généralement d'une anxiété systématisée à caractère obsédant, concentrée sur un objet précis, comme si le malade était plus ou moins consciemment « fixé » sur une partie de son corps, tel appareil physiologique ou telle maladie et tirait de cette source inépuisable de soucis un thème sans cesse renouvelé et monotone de catastrophes somatiques. L'hypochondrie se confond alors avec la phobie. Les malades sont inquiets, sombres, à l'affût de tout ce qui peut intéresser, augmenter ou justifier leur inquiétude. Ils sont polarisés, absorbés par leur « idée fixe », consultent les médecins, lisent des ouvrages médicaux, tiennent une comptabilité minutieuse de tous les incidents de leur vie organique. Ils sont terrorisés par l'idée du cancer qui les ronge, de la syphilis qui va les rendre fous, de la tuberculose qui évolue... Parfois l'objet de la préoccupation hypochondriaque est au contraire mobile mais sans cesse renouvelé, tantôt c'est un malaise léger, tantôt c'est une lecture, le hasard d'une rencontre, qui orientent les dispositions hypochondriaques toujours prêtes à se fixer sur une maladie ou un trouble fonctionnel quelconque. De grandes crises d'anxiété marquent l'acmé de ces longues phases de perplexité et de méditation pessimiste. Ces malheureux en proie à une sorte de panique s'exaspèrent, se découragent ou se révoltent. Leur agitation ou simplement leur « énervement » a toujours quelque chose de théâtral, de grotesque et toutes leurs réactions sont outrancières et ostentatoires : ils se précipitent chez leur médecin, exigent à grands cris d'être soulagés, guéris. Désespérés, ils font parfois des menaces ou des tentatives plus ou moins résolues de suicide.

C. – DÉLIRES HYPOCHONDRIQUES

Certes l'énoncé même, le récit, des troubles cénesthopathiques n'est séparé du délire – s'il l'est – que par la minceur d'une métaphore et à la préoccupation obsédante seule fait défaut une nuance de plus pour être délirante... Cependant le délire, s'il ne commence pas avec sa formulation thématique ne devient manifeste que lorsqu'il est

1. La thèse que G. MARGUERY (*Les Cénestopathies*, Toulouse, 1949) vient de consacrer à ce sujet est si exactement l'expression de notre propre conception que nous renvoyons purement et simplement à ce travail.

...Il s'agit généralement d'une anxiété systématisée à caractère obsédant, concentrée sur un objet précis...

...L'hypochondrie se confond alors avec la phobie...

...l'énoncé même, le récit, des troubles cénesthopathiques n'est séparé du délire – s'il l'est – que par la minceur d'une métaphore...

affirmé par le sujet d'un état somatique « purement imaginaire ». Nous parlons alors tous dans ce cas de thèmes délirants hypochondriaques.

Les principales variétés en sont :

1° *Le délire hypochondriaque de préjudice corporel.*

C'est une variété du délire de revendication qui porte sur un dommage corporel. Le type en est le délire « post-opératoire » ou encore certaines « psycho-névroses de rente » appelées encore « *sinistroses* ». Le malade se plaint d'avoir subi un préjudice, qu'il éprouve, dont il souffre sans cesse et pour lequel il demande ou même exige inlassablement réparation. Ses gémissements, ses douleurs, ses troubles fonctionnels entraînent un comportement de victime. Tout s'y inscrit en terme de protestation, de griefs, de fausse résignation à l'égard du dol dont il « accuse » les symptômes comme pour entretenir une perpétuelle « accusation » contre ses auteurs.

...Tout s'y inscrit en terme de protestation, [...], de fausse résignation à l'égard du dol dont il « accuse » les symptômes comme pour entretenir une perpétuelle « accusation » contre ses auteurs...

2° *Le délire hypochondriaque de transformation corporelle.*

Les transformations corporelles sont généralement éprouvées comme altération, gêne ou même absence d'organes ou de fonctions (idées de négation) ou encore comme métamorphose partielle ou générale du corps. Nous avons étudié longuement déjà les « *idées de négation*¹ » et il serait inutile d'y revenir. Elles consistent à affirmer que les organes n'existent plus, sont mutilés, sont bouchés, que les fonctions physiologiques ne s'exercent plus. Les malades n'ont plus d'estomac, plus de cœur, ils sont morts, vides, etc. Les « *Idées de métamorphose* » expriment une transformation dans l'économie, la morphologie, la substance même du corps « vécu » comme la forme physique de l'être et de la santé. Il s'agit soit de changements de substance de l'organisme tout entier ou de certains organes : le cœur est en caoutchouc, les os en bois, les vertèbres en marbre, le corps est en carton, etc. les tissus ont perdu leurs propriétés physiologiques, ils sont secs, plats, froids ; le sang est glacé ; les muscles sont gorgés d'eau, etc., soit de changements de forme et de volume (idées d'énormité, de petitesse, de transformation pathologique ou magique des viscères, du système nerveux ou des membres allant jusqu'au mythe du morcellement du corps).

...les organes n'existent plus, sont mutilés, sont bouchés... (Idées de négation)

...changements de substance de l'organisme tout entier ou de certains organes...

...changements de forme et de volume...(Idées de métamorphose)

3° *Le délire hypochondriaque de possession de zoopathie et de grossesse.*

Cette possession, cette habitation du réceptacle charnel de l'être par un autre être, cette inclusion dans le corps d'un autre corps parasite prend dans ses formes extrêmes la forme de la *démonomanie* ou de *zoopathie interne*². Quelquefois la possession va si loin que les malades se sentent chassés de leur corps et remplacés par des êtres mythologiques ou zoologiques, ils se sentent transformés en animaux (lycanthropie), en chiens, en chevaux, en serpents : ils aboient ou rampent, etc. Si le *délire démono-*

...Quelquefois la possession va si loin que les malades se sentent chassés de leur corps [...], ils se sentent transformés en animaux (lycanthropie)...

1. Cf. Étude n° 16.

2. Henri LEVY, *Délire de Zoopathie interne*, Thèse, Paris, 1904.

pathique s'exprime généralement par un délire d'influence de telle sorte que les malades n'agissent, ne parlent que sous « l'inspiration du diable » qu'ils ont dans leur corps, il peut aussi se manifester sur le plan corporel par une possession démoniaque des organes et des fonctions. Il faut joindre à ce groupe les *idées de grossesse* qui sont assez fréquentes chez les femmes et peuvent aussi se rencontrer chez les hommes. VIE et BOBE¹ ont publié il y a quelques années, une étude séméiologique et pathogénique sur ces idées délirantes de grossesse.

4° *Le délire hypochondriaque d'agression corporelle.*

Ici les perturbations corporelles sont éprouvées non seulement comme des perceptions étranges, inusitées, douloureuses, mais comme l'effet d'une action extérieure persécutive (courants électriques, brûlures, sensations génitales). Il s'agit naturellement de troubles essentiellement hallucinatoires pour autant que les malades projettent dans le monde extérieur le point de départ des altérations somatiques qu'ils ressentent et animent leur champ perceptif proprio- ou enteroceptif de forces ou actions néfastes. Ces délirants se plaignent d'être « travaillés », d'être des sujets d'expérience ou objets de sévices corporels plus ou moins compliqués ou affreux : on transforme leurs vertèbres, on les a empoisonnés, ils sont magnétisés, aimantés dans leurs nerfs, leur sang est vicié, on dilacère leur estomac, on brûle leur cerveau, on introduit des corps étrangers dans leurs cavités naturelles. On les martyrise et tous ces supplices sont le plus souvent ressentis comme une agression sexuelle, une cohabitation forcée et infamante.

...Ces délirants se plaignent d'être « travaillés », d'être des sujets d'expérience ou objets de sévices corporels...

§ II. – TABLEAUX CLINIQUES DE L'HYPOCHONDRIE

Ces divers troubles, ces divers niveaux de délires hypochondriaques se présentent en proportions assez variées en clinique pour réaliser au sein des diverses psychoses et psychonévroses les tableaux cliniques caractéristiques de ce que l'on appelle les « états hypochondriaques ».

A. – L'HYPOCHONDRIE DANS LES ÉTATS DE DÉSÉQUILIBRE ET LES NÉVROSES. L'HYPOCHONDRIA MINOR.

Le type le plus fréquent et le plus « pur » d'hypochondriaque est l'hypochondriaque « constitutionnel ». L'hypochondrie apparaît alors comme une forme d'organisation névrotique de la personnalité où prédominent les composantes sado-masochistes. Divers tableaux cliniques doivent être décrits.

1° *L'hypochondriaque anxieux constitutionnel.*

1. VIE et BOBÉ, *Encéphale*, 1932.

HYPOCHONDRIE

L'anxieux est pour ainsi dire voué par sa destination la plus naturelle à l'hypochondrie, thème d'inquiétude « à portée de sa main », véritable instrument du supplice qu'il s'inflige. Ainsi se trouve réalisée cette « *constitution organique* » (ainsi qu'ABADIE avait proposé de l'appeler pour placer tous ces hypochondriaques sous le patronage du plus illustre et du plus ridicule d'entre eux : *le Malade imaginaire*). Ce type de déséquilibré anxieux est hyperémotif, impressionnable, sombre, souvent hypersthénique et d'esprit doctrinaire. Il poursuit avec une ardeur implacable le châtiement systématique dont il se persécute. Il est abstinent, ami des contraintes alimentaires (végétarismes, régimes draconiens), idéaliste sur le plan moral et parfaitement égoïste dans la pratique. Sa vie se passant à s'appliquer le plus dur, le plus minutieux des martyrs, il entretient soigneusement toutes les causes d'angoisse, cultive tous ses malaises, ses indispositions, les moindres irrégularités de sa vie organique. Incessamment appliqué à détecter la maladie, il fait de l'hygiène la loi d'une existence entièrement asservie aux prescriptions diététiques et médicamenteuses. Il s'anéantit sous l'accumulation des plus sévères interdits. Acariâtre, tyrannique, gémissieur, il inflige à son entourage familial le supplice de ses exigences, de ses plaintes, comme si tous autour de lui devaient participer à son anxiété, se plier à ses caprices, se soumettre à son perpétuel chantage. Il s'agrippe au médecin, le capte, entend le diriger, le traiter tout à la fois comme un complice et un responsable de son hypochondrie, il lui impose ses diagnostics, ses théories physiopathologiques. Sa présence continue lui est indispensable moins pour l'apaiser que pour donner de nouveaux aliments à son anxiété, la justifier et lui accorder plus de prétextes. Parfois cette hypochondrie présente tous les aspects d'une névrose *neurasthénique* : le malade est inquiet, perplexe, aboulique, présente des crises d'angoisse, un syndrome neuro-végétatif souvent de type vagotonique, des céphalées et une profonde asthénie. Sur ce fond dépressif apparaissent de véritables bouffées hypochondriaques intermittentes où se renforcent et se cristallisent ses tendances nosophobiques et nosophiliques.

2° *L'hypochondriaque paranoïaque.*

Celui-ci se plaint toujours contre quelqu'un. Agressif, tyrannique, méfiant, excentrique, il est essentiellement revendicateur. DELMAS (1931) a souligné le « caractère paranoïaque » de beaucoup de malades hypochondriaques. Il s'agit le plus souvent d'une hypochondrie viscéro-abdominale, les troubles digestifs, les cénestopathies gastro-intestinales, les désordres fonctionnels de la digestion et surtout de l'alimentation et de la défécation occupent le premier plan, on peut même dire le centre du tableau clinique. Souvent aussi l'hypochondrie se fixe sur l'appareil génito-urinaire et se projette sur les fonctions sexuelles et l'urination. Enfin, rappelons-le, car il s'agit d'une éventualité très fréquente, elle se cristallise autour d'une intervention chirurgica-

...L'anxieux est pour ainsi dire voué par sa destination la plus naturelle à l'hypochondrie...

...Acariâtre, tyrannique, gémissieur, il inflige à son entourage familial le supplice de ses exigences, de ses plaintes...

...Parfois cette hypochondrie présente tous les aspects d'une névrose neurasthénique...

...DELMAS (1931) a souligné le « caractère paranoïaque » de beaucoup de malades hypochondriaques...

...fixé sur l'appareil génito-urinaire...

...cristallisée autour d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme...

le ou d'un traumatisme. Le malade se plaint d'avoir été et d'être encore une victime de son entourage familial, de ses médecins, de l'alimentation, etc. Les erreurs de diagnostic, les conseils pernicious, les interventions maladroites, l'indifférence coupable de son entourage, la malignité de ses serviteurs concourent à faire de lui, dans son esprit, une pitoyable victime. Il se révolte, proteste, dénonce. Parfois c'est devant les tribunaux qu'il entend faire la lumière et demander réparation. Rien ne l'arrête, rien ne l'apaise, tout et tous l'exaspèrent, le narguent, lui font endurer un supplice « réel », « physique », « et non moral et imaginaire ». Se sentant bafoué, incompris, « empoisonné » (parfois au sens propre), il devient agressif, menaçant et parfois meurtrier. La mort du conjoint perfide, du médecin « assassin », seule en portant le délire à son comble, à son acmé parvient à détendre pour quelques temps cette inextinguible soif de vengeance et de punition que représente l'hypochondrie paranoïaque.

...Se sentant bafoué, incompris [...], il devient agressif, menaçant et parfois meurtrier...

3° *L'hypochondriaque obsédé.*

La psychonévrose obsessionnelle se manifeste fréquemment par des obsessions d'ordre hypochondriaque : (nosophobie, folie du toucher, obsessions et phobies portant sur l'activité génitale, les fonctions organiques, la tuberculose, les microbes, etc.). Dans ce cas, l'hypochondrie est concentrée sur un seul thème ou quelques thèmes seulement et engendre tout le cérémonial habituel de protection, de défense et de lutte contre l'obsession reconnue comme telle. D'autre part, elle n'est que l'expression d'un type de pensée morbide « compulsive », marquée du sceau de la contrainte, incoercible et vertigineuse. Tous les traits de la mentalité de l'obsédé, le syndrome souvent appelé « psychasthénique », le caractère sadique-anal constituent à l'hypochondrie sa toile de fond caractéristique : méticulosité, scrupules, aboulie (et plus généralement tous les « impedimenta » de l'action) mais aussi agressivité dirigée contre soi.

...Dans ce cas, l'hypochondrie est concentrée sur un seul thème [...] et engendre tout le cérémonial habituel de protection, de défense et de lutte...

4° *L'hypochondriaque hystérique.*

L'hystérie, névrose pathomimique par son aspect le plus caractéristique met en œuvre un mécanisme hypochondriaque de conversion. Elle transfère sur le plan des fonctions organiques et de leurs troubles un conflit inconscient. Aussi va-t-elle, peut-on dire, « au delà » de l'hypochondrie, elle fabrique ou contrefait des maladies avec une complaisance et une efficacité qui excluent, puisqu'elles la neutralisent, l'angoisse inhérente au délire hypochondriaque. Cependant ce mécanisme n'est pas toujours aussi sommaire et complet et bien souvent il s'arrête en chemin réalisant une sorte de « politique de la maladie », une « hypochondrie ostentatoire » (CODET) qui est parfois tout à fait caractéristique par ses expressions outrancières, son théâtralisme, ses excès et ses subterfuges. La fiction morbide est vécue ici avec un éclat pittoresque, à grand renfort d'images, d'attitudes et comme dans une débauche d'exagérations, de mensonges et de manifestations bruyantes. La psychologie du sexe et de la race intervient pour engen-

...L'hystérie neutralise l'angoisse inhérente au délire hypochondriaque. Cependant ce mécanisme n'est pas toujours aussi complet réalisant [...] une « hypochondrie ostentatoire »...

drer et renforcer chez les femmes, les arabes, les juifs, les latins, etc. la riche éclosion de gestes, de mimiques, de crises névropathiques, de caprices et d'affectations, qui surchargent le tableau clinique ¹.

Nous venons d'isoler un certain nombre de types d'hypochondrie névrotique mais en fait la clinique du déséquilibre psychique nous présente « associées » ou mieux « amalgamées » ces diverses formes constitutionnelles en un tout où se mêlent les facteurs cyclothymiques, paranoïaques, mythomaniaques, anxieux, obsessionnels, etc. pour constituer une hypochondrie de caractère ou une *névrose hypochondriaque*. Cette forme d'hypochondrie névrotique est peut-être de toutes les formes cliniques la plus typique et c'est dans ce sens que Antonio SICCO (1939) a pu conclure au terme de son excellent travail que l'hypochondrie est une réalité clinique qui doit être résolument annexée aux névroses étant plus voisine de l'obsession que du délire. Naturellement c'est dans le groupe des « *névroses d'angoisse* » dont nous avons parlé (Étude n° 15) que s'observent ces réactions hypochondriaques. Il n'est pas sans intérêt de noter que Nikola SCHIPKOWENSKY (1942) a noté la source onirique des idées hypochondriaques psychonévrotiques, cela ne saurait nous surprendre puisque le rêve et la névrose émergent du même foyer inconscient générateur d'angoisse.

...souvent ces formes sont amalgamées...

...Cette forme d'hypochondrie névrotique est peut-être de toutes les formes cliniques la plus typique...

B. — L'HYPOCHONDRIE DANS LES PSYCHOSES. L'HYPOCHONDRIE DÉLIRANTE

1° *Les formes hypochondriaques de la mélancolie et des psychoses cyclothymiques.*

La crise de mélancolie à forme délirante et anxieuse se présente cliniquement avec une très grande fréquence comme un état de délire hypochondriaque. Il s'agit là d'une « expérience délirante primaire » et fondamentale de transformation catastrophique du corps, de ses fonctions et de ses organes. Le thème hypochondriaque atteint souvent les confins du délire de négation, et parfois l'enveloppe. Les malades se plaignent d'être « pourris », contagieux, infectés, d'avoir le sang décomposé, l'estomac putréfié, les intestins gangrenés et bouchés, de ne plus pouvoir aller à la selle, de ne manger que des ordures, de sentir des odeurs affreuses, d'avoir le ventre gonflé ou obstrué, le rectum enfoncé, des urines purulentes, le cœur détraqué, les os rompus, etc. A cette hypo-

...Il s'agit là d'une « expérience délirante primaire » et fondamentale de transformation catastrophique du corps...

1. On rattache parfois à l'hystérie ce groupe de cas auquel nous avons fait allusion plus haut et qui a donné lieu à tant de discussions. On appelle *sinistrose* (BRISAUD) ou, à l'étranger, *névrose de rente*, ces cristallisations psychiques ou psychomotrices consécutives à un traumatisme donnant lieu à tant de procès et d'expertises. La revendication se confond parfois si exactement avec l'intérêt que l'on a pu nier le caractère pathologique de ces réactions et les confondre avec de purs et simples stratagèmes de simulation. Quoiqu'il en soit pour autant qu'elles représentent une revendication paranoïaque et inconsciente, dans leur forme authentique, elles doivent entrer plus naturellement dans le groupe de l'hypochondrie paranoïaque que dans la grande névrose.

chondrie « physique » se joint ce que l'on a appelé parfois une hypochondrie psychique ou morale : les mélancoliques se plaignent alors de n'avoir plus de pensées, d'avoir la tête vide, d'être des monstres, des mécaniques, autrement dit d'avoir perdu les attributs même de l'humanité.

Mais en dehors de la crise de mélancolie proprement dite, nous observons fréquemment des formes hypochondriaques sur fond dépressif ou cyclothymique et le plus souvent à évolution chronique. C'est le cas notamment de l'hypochondriaque déprimé ou anxieux, cyclothymique, *constitutionnel*, dont nous avons parlé plus haut. C'est le cas aussi de certaines formes de *délires systématisés secondaires à la mélancolie* dont nous parlerons plus loin et qui manifestent la parenté profonde du thème de persécution dans la paranoïa et du thème de dépréciation, d'indignité, de culpabilité et d'oppression physique dans la mélancolie.

...C'est le cas aussi de certaines formes de délires systématisés secondaires à la mélancolie...

Il faut souligner enfin l'existence de certains *états mixtes hypochondriaques* et même, si l'on en croit certaines observations, une hypochondrie sur *fond hypomaniaque* (DUPOUY et DUBLINEAU 1930 – COURBON et MARS 1935). C'est ainsi que A. DEMEY¹, ayant consacré un travail aux relations de l'hypochondrie et de la manie, a pu réunir douze observations de ce genre.

2° Les formes hypochondriaques de la démence précoce et des états schizophréniques.

Les évolutions hébéphréniques ou schizophréniques groupées sous le nom de démence précoce, de psychoses discordantes ou schizophréniques se manifestent très souvent par un complexe hypochondriaque bien connu. Préoccupations nosophobiques, sentiments d'étrangeté corporelle et de modifications somato-psychiques, troubles cénesthésiques, hallucinations cénesthésiques, démonopathie, zoopathie, impressions de métamorphose sexuelle et organique, illusions de parasitisme viscéral, idées de transformation ou de négation des organes et des fonctions, courants électriques, travail térébrant de destructions des organes, des vertèbres, du cœur, opérations magnétiques à distance, sourde ou lancinante élaboration d'un processus physiopathologique magique ou démoniaque, viols à distance, sensations voluptueuses artificielles, brûlures, dépècement, prurit hallucinatoire, etc. tels sont les aspects constants de ces « *délires somatiques* » schizophréniques. Ils font partie intégrante de la pensée schizophrénique car non seulement le thème hypochondriaque s'exprime par le langage incohérent hermétique et néologique propre à ces malades mais il est vécu à titre d'expériences délirantes primaires comme événement mystérieux, ineffable, riche en péripéties chaotiques et étranges. Le sujet à l'égard de ce travail hypochondriaque qui tient plus de l'opération chirurgicale, de l'expérimentation ou de l'entreprise maléfique

...Préoccupations nosophobiques, sentiments d'étrangeté corporelle et de modifications somato-psychiques, troubles cénesthésiques, hallucinations cénesthésiques, démonopathie...

1. A. DEMEY, *Thèse*, 1936.

que de la maladie, demeure perplexe, ambivalent, énigmatique. Tantôt il exprime son délire par des expressions bizarres, en termes déconcertants de lyrisme ou d'horreur, ou dans un galimatias hermétique et stéréotypé. Tantôt il ne le livre qu'à demi-mot ou ne le laisse transparaître qu'au travers de quelques néologismes, de quelques formules verbales elliptiques et fulgurantes. BELEY ¹, ces dernières années, a très bien étudié ces formes hypochondriaques schizophréniques ; il a noté la profonde unité du thème d'influence persécutrice et du thème hypochondriaque : « Le schizophrène, écrit-il, se penche sur son corps. Il est fixé à ce corps qui souffre ou à cet esprit troublé. Il présente une sorte de *concentration distraite* sur ses maux... Il s'en fournit une explication vague. Ainsi se constitue le syndrome d'influence hypochondriaque, c'est le caractère principal de ce lien mystérieux entre le trouble perçu et son origine persécutrice première, lien mystérieux dont le malade se satisfait et dont il ne cherche à savoir ni le pourquoi, ni le comment... ». A l'autre pôle de ces psychoses schizophréniques, le délire hypochondriaque se perd dans une masse amorphe d'expressions conceptuelles et verbales. Comme détaché des expériences délirantes primaires, il se déroule en un flot d'idées et de mots impénétrables et fantastiques, mêlant l'hypochondrie à une fiction inextricablement enchevêtrée, exprimée, dans un langage inconsistant, plein de mystère, ou stéréotypé en métaphores ou images énigmatiques.

...A l'autre pôle de ces psychoses schizophréniques, le délire hypochondriaque se perd dans une masse amorphe d'expressions conceptuelles et verbales...

3° Les formes hypochondriaques de l'épilepsie :

Elles ont été toujours et surtout anciennement très étudiées ². Par contre, dans une étude plus récente, R. HIRSCH ³ a souligné assez paradoxalement la rareté de la « névrose hypochondriaque » chez les épileptiques. Cependant la clinique nous offre avec une particulière fréquence des états hypochondriaques, dans les crises d'anxiété ou de confusion de nature comitiale et il est bien loin d'être exceptionnel de voir les épileptiques se plaindre de troubles somatiques étranges, se préoccuper de leurs organes, éprouver des troubles cénesthopathiques et parfois présenter de véritables délires hypochondriaques. Mais c'est surtout dans les phases interparoxystiques, dans les manifestations de la constitution « épileptoïde » que figurent à titre de traits de caractère typiques les tendances et préoccupations hypochondriaques. L'épileptique, visqueux, geignard, explosif est presque toujours selon une formule clinique classique « *revendicateur, mystique et hypochondriaque* ». Ces malades se plaignent constamment, gémissent, pleurent, éclatent en crises émotionnelles soudaines. Toujours « tendus », « énervés », ils consultent des médecins et guérisseurs, réclament des remèdes non seulement contre leurs crises (et quelquefois même pas du tout) mais contre des troubles digestifs, cardiaques, circulatoires, génito-urinaires, etc. Leurs jérémiades sont monotones et

...il est bien loin d'être exceptionnel de voir les épileptiques se plaindre de troubles somatiques étranges, se préoccuper de leurs organes, éprouver des troubles cénesthopathiques...

1. BELEY. *Gazette des Hôpitaux* 1937.

2. MOUNOLIE, *Thèse*, Paris, 1895.

3. HIRSCH, Hypochondrie und Epilepsie, *Monatschr. f. Psych.*, 1938, p. 367.

nuancées d'une sorte d'entêtement, de persévérations opiniâtres, souvent entrecoupées de violentes crises de revendications agressives ou de désespoir ¹.

4° *Les formes hypochondriaques des états démentiels :*

Il est classique de décrire les états hypochondriaques dans la *paralysie générale* depuis que, en 1857, BAILLARGER décrit le « *délire hypochondriaque* » comme une forme typique de cette affection ². Souvent, en effet, ces malades croient que leurs organes sont changés, détruits ou lésés. Les idées de négation y sont particulièrement fréquentes. Ils pensent que leurs aliments passent sous leur peau, tombent dans un trou, que leurs urines sont du sperme putréfié, etc. Les conceptions délirantes sont à la fois absurdes, mobiles, contradictoires, incohérentes et fragmentaires. Parfois il s'agit de délire d'énormité, de fausse grossesse ou de petitesse. Les idées hypochondriaques peuvent se mêler sur un registre démentiel, aux conceptions mégalomaniaques : les malades se plaignent d'avoir l'estomac bouché par 300.000 vers, d'être électrocutés par un milliard de volts, d'avoir des microbes gros comme des bœufs, etc. Ce genre de délire se rencontre aussi parmi les « *délires secondaires* » post-malariques ³. LEY ⁴ en a publié en 1930 une observation typique. G. URIBE CUALLA (1939), dans son consciencieux rapport, cite un cas très intéressant (observé par DELGADO). Les formes paranoïdes de la paralysie générale ⁵ comportent un contingent important de troubles hypochondriaques. Il y a lieu enfin de signaler l'importance des *formes hypochondriaques* du début de la méningo-encéphalite et notamment la fameuse *forme neurasthénique* de GILBERT BALLEET avec troubles cénesthésiques, sentiments d'altération somato-psychique et préoccupations nosophobiques. Nous aurons l'occasion de revenir à propos du problème pathogénique sur les rapports de l'hypochondrie, du tabès et des taboparalysies.

Dans les états démentiels séniles, l'hypochondrie est également très fréquente. Elle colore souvent la pathologie mentale de l'involution et cela même hors du cadre des nombreuses formes mélancoliques préséniles et séniles. Il n'est pas rare, en effet, de voir le début des psychoses et des démences séniles s'accompagner d'idées de transformation ou d'altération d'organe, de préoccupations sur la santé et les maladies. Le plus souvent ces troubles hypochondriaques s'associent à un thème d'empoisonnement ou plus généralement de persécution. Les malades se plaignent d'avoir été volés, intoxiqués, d'être pourris, bouchés, d'avoir le sang changé, de sentir des douleurs, des brûlures dans l'estomac... Quelquefois ce délire hypochondriaque aboutit à de véritables

1. On peut rapprocher ces états de l'anxiété hypochondriaque des encéphalitiques.

2. Cette forme hypochondriaque se rencontrerait, selon DIDE et GUIRAUD, dans 15% des cas de paralysie générale.

3. VERMEYLEN, 1928, et VERMEYLEN et VERWAECK.

4. LEY, 1930.

5. M^{lle} SERIN, *Thèse*, Paris, 1926.

... en 1857, BAILLARGER décrit le « *délire hypochondriaque* » comme une forme typique de la P.G...
... Les idées de négation y sont particulièrement fréquentes...comme les délire d'énormité et de transformation d'organe...

...l'hypochondrie colore souvent la pathologie mentale de l'involution...

idées de négation comme dans la paralysie générale.

5° *Les formes hypochondriaques des délires chroniques.*

Dans la mesure où nous avons déjà fait allusion aux formes schizophréniques, nous avons déjà rappelé qu'un grand nombre de délires chroniques affectaient une forme hypochondriaque. Mais nous avons spécialement ici en vue les *formes systématisées* entrant dans le groupe des paranoïas et les *formes paranoïdes* à type paranoïque. Leur forme hallucinatoire fréquente (hallucinations cénesthésiques, syndrome d'influence, de possession, etc.) fait ranger beaucoup de ces délires dans les *psychoses hallucinatoires chroniques* de l'École française.

...Leur forme hallucinatoire fréquente [...] fait ranger beaucoup de ces délires [hypochondriaques] dans les psychoses hallucinatoires chroniques de l'École française...

Les délires hypochondriaques systématisés. En parlant des formes « paranoïaques » des psychonévroses hypochondriaques, nous avons eu en vue surtout des cas de revendication et d'exaltation égocentrique caractérisés par la tension et la polarisation agressive de la personnalité. Il s'agissait surtout de personnalités déséquilibrées et psychopathiques, de caractères « paranoïaques » chargés d'hypochondrie. Ici nous visons plus spécialement les grandes *formes délirantes* à évolution progressive, le « *Délire systématisé hypochondriaque* ». Comme l'indiquait SÉGLAS ¹, il se développe comme le fameux délire de persécution ; il est l'expression d'un système instinctivo-affectif profondément inscrit dans la personnalité, c'est une « paranoïa primitive » (SÉGLAS). Outre son caractère « primitif », il exprime de façon évidente un sentiment d'autophilie, d'exaspération du moi... Le caractère égocentrique, le caractère centripète des conceptions fausses se traduit par des idées comparables au délire de persécution des aliénés » (SÉGLAS). Le plus souvent il s'agit dans ces cas d'un véritable *délire d'interprétation* mais il est bien difficile, nous le savons, de distinguer ce mode d'organisation du délire des *variétés hallucinatoires*. Les malades se plaignent d'être empoisonnés, modifiés dans leur organisme, ils décrivent avec abondance leurs impressions (sur les trois registres habituels de la projection : interprétations, illusions, hallucinations), les troubles qu'ils éprouvent, le « travail » pernicieux et nocif auquel se livrent les « ennemis » ou plus simplement le médecin ou le conjoint à leurs yeux coupable. Ainsi s'édifie un système explicatif, et pseudo-raisonnant, fortement motivé. Les consultations médicales, les examens radiologiques, les analyses chimiques, les recherches policières accumulent les preuves « irréfutables », etc. Tout est interprété, entraîné dans le sens du délire qui se construit et se développe comme un système idéo-affectif inébranlable mais pénétrable.

...Les malades se plaignent d'être empoisonnés, modifiés dans leur organisme [...], du « travail » pernicieux et nocif auquel se livrent les « ennemis »...

Les délires hypochondriaques paranoïdes. Quand ils n'appartiennent pas purement et simplement aux psychoses schizophréniques, certains délires paranoïdes hypochondriaques constituent des formes hypochondriaques paraphréniques. Soit qu'il s'agisse, comme nous l'avons vu dans l'Étude n° 16, d'un « syndrome de COTARD » ou de dépersonnalisation comportant une composante hypochondriaque, soit qu'il s'agisse de

...certains délires paranoïdes hypochondriaques constituent des formes hypochondriaques paraphréniques...

1. SÉGLAS, *Leçons Cliniques*, 20^{ème} leçon.

vastes complexes délirants de persécution et de grandeur, l'hypochondrie ici prend les proportions grandioses et les caractères fantastiques de l'ensemble du délire. L'activité délirante se meut sur un plan idéo-verbal et conceptuel, laissant loin derrière elle les expériences délirantes primaires. Dans ces sortes de délires, l'imagerie pittoresque, l'invention lyrique, l'abondance de la fiction enchevêtrent et confondent les détails anatomiques, les métaphores d'expression émotionnelle, les plans du physique et du moral, du corps et du monde. Des séries d'organismes s'emboîtent et se métamorphosent dans le propre organisme du sujet. Chaque fonction, chaque organe est multiplié à l'infini, ou en continuité avec l'infinité du temps et de l'espace. Le sang est animé du rythme même de la nature, les fonctions sexuelles monstrueuses et mythiques coïncident avec une magique « surréalité », l'âge et le corps des sujets s'étendent à l'infini, se dissolvent ou se déforment, rendus indéfiniment plastiques et élastiques par la merveilleuse distorsion de l'espace et du temps.

Souvent enroulés en spirales monotones ces délires se développent ou se dévident en concepts pseudo-scientifiques, métaphysiques ou biologiques (magnétismes, ions, radiesthésie, ondes, chimie biologique, glandes endocrines, greffe, transfusion, etc.). L'hypochondrie devient alors Apocalypse et l'hypochondriaque s'exhausse jusqu'à la fonction de thérapeute universel dont le corps est livré aux assauts d'un monde conjuré. Astrologue, thaumaturge, mage, mais aussi victime expiatoire, on ne sait distinguer nettement s'il accuse des troubles ou prodigue ses dons, point paraphrénique où se confondent la persécution hypochondriaque et l'hypochondrie mégalomaniaque et où l'hypochondrie sublimée en conception universelle se transforme en catastrophe cosmique.

Comportement et réactions antisociales des hypochondriaques.

Dans son comportement social, familial, chez lui, en maison de santé, à l'hôpital psychiatrique, l'hypochondriaque offre naturellement bien des diversités de conduite. La forme même de l'hypochondrie dont nous venons d'étudier les aspects compose à chacun sa physionomie propre. Mais ces réserves étant faites, on peut énumérer de l'hypochondrie moyenne et surtout psycho-névrotique un certain nombre de réactions caractéristiques. Nous distinguerons à ce propos son *comportement habituel* et ses *actes anti-sociaux*.

Comportement habituel : D'humeur sombre, de caractère irritable, gémissueur et rabâcheur, l'hypochondriaque est le plus souvent prolix et bavard. Il mêle autrui, son entourage, sa famille, ses domestiques, ses infirmiers et ses médecins à son *introspection délirante*. Tout le monde doit connaître et reconnaître la réalité de ses troubles. Les principales caractéristiques de son comportement sont :

a) la consultation médicale non seulement au cabinet d'un ou de dix médecins, mais encore auprès des livres médicaux, des pharmaciens, des guérisseurs, rebouteux, radiesthésistes, etc.

b) *le cérémonial hypochondriaque* du repas, du coucher, du lever, des régimes, de la garde-robe, des rapports sexuels.

c) *la thérapeutique* presque toujours personnelle, capricieuse et ésotérique. Les remèdes doivent en effet d'abord correspondre à l'idée que le sujet se fait de la nature

...L'hypochondrie devient alors Apocalypse ...

...l'hypochondrie sublimée en conception universelle se transforme en catastrophe cosmique...

de ses troubles et les préceptes des « guérisseurs » extra-médicaux ont presque toujours leur préférence. C'est qu'un peu de sorcellerie, de magie, d'ésotérisme ou d'exorcisme leur est indispensable. Une fois adoptée et tant qu'elle reste à leurs yeux mystérieusement efficace, la thérapeutique devient un absolu. Qu'il s'agisse de drogues, de régimes, de pratiques occultes, de radiesthésies, de procédés magiques, de médications toniques et anodines, de mécano-thérapies grotesques, d'hydrothérapie compliquée, de massages, d'ondes ou de pendules charlatanesques, la thérapeutique est aveuglément appliquée et érigée plus encore qu'en discipline hygiénique, en règle morale, en impératif catégorique.

d) *Le mode d'existence.* Souvent la clinophilie, l'agoraphobie conjuguent leur effet pour faire de l'hypochondriaque un *reclus*, enfermé dans sa chambre, sa maison de santé et parfois confiné au lit. Mais même quand il conserve une apparence d'activité normale, son comportement général est essentiellement *sado-masochiste*. Le complexe de persécution est très près à ce point de vue du complexe hypochondriaque et quand l'hypochondrie n'est pas simplement une forme de délire mélancolique elle s'identifie presque nécessairement au thème persécutif. Aussi le plus souvent l'hypochondriaque a le comportement d'un persécuté-persécuteur. Même quand ces deux pôles de son activité sont situés sur un plan purement nosographique, médical, les réactions qui en dépendent sont caractéristiques à la fois de l'autopunition et de l'agressivité. Les restrictions systématiques de leur programme vital, un sur-moi inflexible, la culture et l'entretien d'une anxiété qui les brûle à petit feu, les échecs professionnels renouvelés jusqu'à l'interdit complet de l'action d'une part et les scènes familiales, la jalousie, les crises de colère, la tyrannie domestique (nous avons connu une hypochondriaque qui avait imposé plus de trente déménagements à son mari), l'incessante importunité à l'égard de l'entourage, du médecin, etc. d'autre part, correspondant à la structure bipolaire sado-masochiste de l'hypochondriaque. C'est par rapport à cette bipolarisation que s'ordonne l'existence de l'hypochondriaque, soit qu'il passe son temps à se « suicider », moralement, soit qu'il s'emploie à « dévorer » sa famille ou ses médecins.

Réactions anti-sociales : Nous savons tous qu'en présence des hypochondriaques il faut craindre trois principales réactions : le *suicide*, l'*auto-mutilation* et l'*homicide*.

Le *suicide* s'observe naturellement dans les formes mélancoliques mais il doit être considéré spécialement dans les formes de dépression constitutionnelle qui s'apparentent à la névrose d'angoisse. Dans son rapport, ESTAPE (1939) a réuni 21 observations personnelles de tentatives de suicide chez les hypochondriaques. Il insiste sur l'« état dangereux latent » que représente toute hypochondrie. Tous les cliniciens connaissent des cas de ce genre. Si généralement la conduite du névrosé hypochondriaque est plutôt celle d'un sado-masochiste qui cultive l'échec, se confine dans l'inaction ou entretient des conflits qui exacerbent sa délectation morose dans la semi-existence, il lui arrive parfois d'y mettre fin¹.

L'*auto-mutilation* s'observe dans deux conditions assez différentes : dans les états anxieux et obsédants et au cours des grands délires hypochondriaques paranoïdes. Le plus souvent, il s'agit de mutilations des organes génitaux, siège privilégié du délire hypochondriaque de ces malades. On peut, à la rigueur faire entrer dans ce cadre les

...la thérapeutique est aveuglément appliquée et érigée plus encore qu'en discipline hygiénique, en règle morale, en impératif catégorique...

...Souvent la clinophilie, l'agoraphobie conjuguent leur effet pour faire de l'hypochondriaque un reclus...

...il s'emploie à « dévorer » sa famille ou ses médecins...

...il faut craindre trois principales réactions : le suicide, l'auto-mutilation et l'homicide...

1. Cf. le rapport de ROY et JUQUÉLIER, *Étude médico-légale de l'hypochondrie*, Congrès de Rennes, 1905. Malgré son ancienneté, ce travail a gardé toute sa valeur.

interventions chirurgicales exigées de ces malades et parfois exécutées. Elles constituent des auto-mutilations indirectes et particulièrement recherchées sous cette forme, d'un alibi chirurgical.

L'homicide est la réaction la plus redoutable de cette sorte de délires. Tantôt il s'agit d'un hypochondriaque à type paranoïaque persécuté-persécuteur qui devient le classique « assassin des médecins ». Rappelons, comme c'est de tradition, les assassinats des chirurgiens POZZI et GUIMARD, et récemment (1936), au Chili, du psychiatre FONTE CULLA. L'ancienne observation du meurtrier du Dr BLEYNIE, rapportée par LEGRAND DU SAULLE, est un modèle du genre. Tantôt il s'agit d'un paranoïde, le plus souvent schizophrène qui se livre à quelque énigmatique attentat contre ses persécuteurs qu'il accuse de l'électriser, de le magnétiser, de le « travailler ». Les médecins ne sont pas les seules victimes des hypochondriaques. Beaucoup plus souvent même l'agressivité se décharge sur des personnes de l'entourage familial ¹.

...L'homicide est la réaction la plus redoutable de cette sorte de délires. [...] l'hypochondriaque à type paranoïaque persécuté-persécuteur qui devient le classique « assassin des médecins »...

§ III. – DIAGNOSTIC

Nous laisserons de côté le diagnostic différentiel structural des diverses formes d'hypochondrie pour ne nous occuper que du grand problème diagnostique que pose la notion même d'hypochondrie. Maladie réelle ou imaginaire ? C'est en effet en ces termes un peu trop simplistes, comme nous le verrons, que se présente, avec son maximum de difficultés, le diagnostic pour lequel le psychiatre est si souvent consulté par les praticiens. Il ne se passe pas de jour que nous n'ayons à trancher cette question.

Le praticien a consciencieusement examiné, radiographié, ausculté son malade, il n'a trouvé rien de net, d'objectif, mais il a observé une extrême nervosité, des réactions anxieuses excessives. Et alors le redoutable dilemme surgit : est-ce un « organique » dont le cancer, la cardiopathie, le mal de Pott « ne fait pas sa preuve », ou est-ce un « psychopathe » hypochondriaque ? Généralement, dans ces cas, chacun se méfiant du diagnostic tributaire de sa propre position médicale, de son diagnostic « par destination », le praticien incline vers une « psychopathie » et le psychiatre croit à une « affection organique... »

Tout le monde connaît les fameuses observations d'ESQUIROL : il s'agissait d'un malade atteint d'ulcère de l'œsophage et qui pensait avoir un corps étranger dans le gosier et d'un autre qui atteint de péritonite croyait avoir des animaux dans le ventre... MOREL avait observé un cas analogue, celui d'un malade qui croyait qu'un animal lui rongeaient le cœur : il avait un rétrécissement auriculo-ventriculaire. – BONNET citait un cancéreux qui pensait avoir un crapaud dans l'estomac. – MARCHAND (1904) a vu une malade qui prétendait que son estomac était en bois et rempli de gravier et elle avait « en réalité » un cancer à l'estomac, sous diverses désignations (hypochondrie justifiée, hypochondrie en rapport avec des affections organiques, hypochondrie « cum materia »). Les auteurs n'ont cessé de publier d'assez nombreuses observations du

1. On trouvera dans KRAFFT-EBING les observations de deux meurtriers hypochondriaques délirants, (les cas GALIMBATO et Joseph SCH.).

...Maladie réelle ou imaginaire ? ...

les observations d'ESQUIROL, de MOREL, de BONNET, de MARCHAND...

même genre ¹. Au début de ce siècle, notons-le puisque le problème est redevenu « d'actualité » avec le développement de la médecine psycho-somatique, on s'était déjà beaucoup intéressé à propos de l'hypochondrie, des neurasthénies, des « névroses digestives », « hépatiques ² », etc., à cette intrication fondamentale de troubles organiques et psychiques. Toute la symptomatologie gastro-névropathique fut passée en revue chez les hypochondriaques : on souligna les relations entre hypochondrie et l'entérocolite membraneuse ³, la dilatation de l'estomac ⁴, etc. Dans la suite on a mis l'accent sur les syndromes cénesthopathiques solaires, épigastriques, etc., c'est-à-dire sur la pathologie non plus seulement viscérale mais splanchnique, neuro-végétative, etc., jusqu'au moment où avec les travaux de O. SCHWARZ (1925), F. ALEXANDRE (1936), V. VON WEIZSACKER (1939), F. DUNBAR (1943) et sous l'influence du puissant mouvement psychanalytique c'est à la psychogénèse de tous ces troubles que l'on est, pour le moment, revenu ⁶. Pour parler d'observations plus récentes et posant le même problème signalons le cas de M^{lle} LACROIX ⁶ : hypochondrie justifiée dans un cas d'ulcère gastrique, et l'observation de BAONVILLE, LEY et TITECA ⁷ : il s'agissait d'un délire paranoïde hypochondriaque en rapport avec une volumineuse tumeur abdominale.

C'est dire que la plupart des auteurs ont toujours admis et admettent qu'un syndrome hypochondriaque n'exclut pas nécessairement une affection viscérale et particulièrement une viscéropathie avec troubles neuro-végétatifs et qu'il s'agit le plus souvent d'une expression somato-psychique.

Si donc l'opposition n'est pas celle de deux termes qui s'excluent, on se gardera dans les cas auxquels nous faisons allusion, au début de ce paragraphe, d'être trop catégorique, car il peut s'agir d'une affection organique comportant un syndrome hypochondriaque ou d'un « syndrome fonctionnel » organo-végétatif admettant une grande part « conflictuelle » inconsciente.

Si nous n'acceptons pas de dire que l'hypochondrie est « purement » psychique et la maladie organique « purement » organique, il faut nous tourner vers un autre point de vue : l'*analyse structurale*. Les critères positifs de l'hypochondrie doivent rester (qu'elle soit ou non appliquée à un « syndrome organique ») la structure névrotique de

...sous l'influence du puissant mouvement psychanalytique c'est à la psychogénèse de tous ces troubles que l'on est, pour le moment, revenu...

...si nous n'acceptons pas [le dualisme], il faut nous tourner vers l'analyse structurale...

1. Par exemple encore VIGOUREUX et COLLET, *Ann. Médico-Psycho.*, 1908 ; MIGNARD, *Ann. Médico-Psycho.*, 1908 ; AMARIE et BOUVILHET, *Ann. Médico-Psycho.*, 1909, etc., etc...

2. Cf. notamment le livre de DÉJÉRINE et GAUCKLER, *Les manifestations fonctionnelles des Psychonévroses*, Paris, 1911.

3. MORALLIE, 1904.

4. PICK, 1904.

5. Cf. Étude n° 4, pp. 58-59 et Étude n° 6, p. 122. Nous renvoyons également au chapitre « Psychiatrie et Médecine psychosomatique » que nous venons d'écrire pour la « *Somme de Médecine* » dirigée par le Pr LERICHE.

6. *Soc. Méd. Ment.*, 1925.

7. *Journal Belge de Neuro.*, 1935.

l'anxiété diffuse et obsédante, le comportement sado-masochiste du sujet, les antécédents et le caractère du malade enfin, l'importance du syndrome neuro-végétatif ou fonctionnel caractérisé par sa diffusion et ses variations émotionnelles. Ce diagnostic sera porté aussi bien dans les cas de préoccupations anxieuses « cum materia » car il ne suffit pas que le malade souffre par exemple d'un ulcus peptique pour qu'il cesse d'être un hypochondriaque, que dans le cas d'hypochondrie « sine materia », car nous ne saurons *jamais* s'il n'y a pas quelque « épine irritative » organique. C'est donc la structure névrotique de l'angoisse, problème que nous avons envisagé ailleurs, qui doit constituer la base du diagnostic d'hypochondrie dans tous les cas.

La question que nous venons de soulever à propos des syndromes hypochondriaques en rapport avec des lésions organiques ou nerveuses, nous conduit au seuil des problèmes pathogéniques que l'hypochondrie n'a pas cessé de poser dans une forme à peu près identique d'ailleurs à celle du problème de l'hystérie ¹.

§ IV. – THÉORIES PATHOGÉNIQUES

Les troubles organiques qui conditionnent les psychoses et névroses de type hypochondriaque sont admis par la plupart des auteurs. Nous venons de rappeler que certaines affections viscérales (cancers, syndromes vasculaires, maladies du foie, des organes pelviens, du péritoine, etc.) affectent d'étroites relations avec certains états hypochondriaques. De même certaines affections nerveuses comme le tabès ², la syphilis cérébrale ³, l'encéphalite ⁴ paraissent engendrer des syndromes hypochondriaques et il nous paraît évident d'admettre que l'hypochondrie comme toute autre névrose ou psychose est conditionnée par un désordre neuro-somatique. Ceci dit, les diverses théories des troubles hypochondriaques interprètent ces faits différemment, les unes basant tout délire hypochondriaque sur des troubles neurologiques basaux, les autres mettant l'accent sur la psychogénèse consciente ou inconsciente de l'hypochondrie et d'autres enfin considérant les diverses formes d'hypochondrie dans un schéma génétique de fonctions hiérarchisées où elle figure comme une forme structurale de l'anxiété névrotique ou psychotique ; ce sont ces théories mécanicistes, psychogénétistes et organo-dynamistes de l'hypochondrie que nous allons passer rapidement en revue, sans trop entrer dans le détail des controverses que nous avons déjà eu l'occasion d'exposer à propos de l'anxiété et des délires de négations.

1. Rappelons à ce sujet le titre du premier grand ouvrage sur le sujet, celui de BRACHET, *Recherches sur la nature et le siège de l'hystérie et de l'hypochondrie...*

2. DUPRÉ et LÉVY, *Rev. Neuro.*, 1903.

3. URECHIA, *Ann. Médico-Psycho.*, 1934.

4. PETIT, Congrès de Nancy, 1937.

A. – THÉORIES MÉCANICISTES

Elles tentent d'expliquer les symptômes de l'hypochondrie sous toutes leurs formes par un trouble basal élémentaire des fonctions perceptives de la sensibilité ou de la somatognosie, de telle sorte que les algies, les cénesthopathies, les troubles accusés par les hypochondriaques sont considérés comme le produit de l'excitation ou des altérations des voies et centres de la perception proprio- ou entéroceptive tout de même que les idées de transformation ou de négation d'organes seraient conditionnées par des troubles soit de la sensibilité protopathique, soit de l'intégration des données sensibles dans les opérations gnosiques. Et cela même quand les notions utilisées sont celles de « cénesthésie » ou de « schéma corporel » qui sont assez ambiguës pour désigner à la fois la forme globale d'organisation de la conscience du corps ou de la représentation de tel ou tel segment du corps ; malgré les précautions oratoires ou les artifices de style, ces notions sont utilisées de telle sorte que le délire est toujours considéré comme basé sur une désintégration fonctionnelle partielle et basale. Ce point de vue qui nous est familier par la constance même de sa position doctrinale, constitue une thèse fondamentale du mécanisme atomistique appliqué à la psychiatrie en général et au problème qui nous occupe en particulier. Nous examinerons trois aspects de cette position théorique : l'hypochondrie considérée comme engendrée par des troubles cérébro-spinaux de la sensibilité, l'hypochondrie engendrée par des algies viscérales réflexes et enfin l'hypochondrie engendrée par des troubles du schéma corporel.

1° *Hypochondrie et affections des voies et centres de la sensibilité.*

Nous trouvons naturellement dans les anciens auteurs et notamment chez LUYS cette idée exprimée avec une très grande netteté : « Chaque partie du corps est reliée à un point particulier du centre cénesthésique. Quand par suite du progrès des lésions de la pérencéphalite diffuse, un point quelconque du point cénesthésique est atteint, ce point ne fonctionne plus... Il en résulte que la partie du corps en relation avec ce point du centre cénesthésique devient absent du moi et le sujet malgré ce que lui apprennent ses sens extérieurs en nie absolument l'existence ». Une telle théorie s'est appliquée très rigoureusement au délire de négation, comme nous l'avons vu. Mais selon les cas et avec quelques variantes, la même conception se retrouve chez tous les auteurs qui défendent un point de vue analogue à propos de tous les troubles des « fonctions perceptives » qui assurent la « sensibilité » et « la conscience du corps ».

Les maladies du niveau *spinal* comme le tabès sont considérées par certains auteurs comme susceptibles de provoquer des délires hypochondriaques. C'est le cas du fameux syndrome de PIERRET-ROUGIER qui ne résiste guère à l'analyse puisque, d'une part, les troubles de la sensibilité du tabès ne constituent pas une condition suffisante pour déterminer un délire hypochondriaque (ce que montre l'expérience clinique avec une évidence aveuglante) et que, d'autre part, ces troubles ne paraissent pas

...les algies, les cénesthopathies, les troubles accusés par les hypochondriaques sont considérés [dans le mécanisme] comme le produit de l'excitation ou des altérations des voies et centres de la perception proprio- ou entéroceptive...

...« Chaque partie du corps est reliée à un point particulier du centre cénesthésique... LUYS..

nécessaires puisqu'un hypochondriaque peut délirer sans présenter ces troubles. Il en est de même pour la *sclérose en plaques*¹. Cependant, il fut un temps où il paraissait tout naturel d'admettre que les paresthésies, algies réticulaires ou cordinales pouvaient provoquer un délire hypochondriaque qui « succédait à la longue à une irritation périphérique incessamment renouvelée² ». Depuis lors on est plus prudent ; c'est ainsi que GUIRAUD, à propos du cas auquel nous venons de faire allusion, n'ose pas aller jusque-là, et que DE MORSIER dans son travail sur les hallucinations ne parle pas des hallucinations des délires tabétiques comme du produit d'une excitation des neurones de la sensibilité du premier ou deuxième échelon. C'est que ces théories se heurtent à deux objections qui reviennent constamment à l'esprit à propos des rares cas publiés : leur rareté au regard de la fréquence de l'hypochondrie et la structure psychopathologique de la conscience et de la personnalité de l'hypochondriaque.

Les *affections diencéphalo-thalamiques* ont donné lieu à des interprétations et controverses du même ordre. Car il ne suffit pas de monter d'un étage dans le système nerveux pour que le problème change de sens. On sait que pour GUIRAUD l'hypochondrie est une « cénestopathie pure »³. Les douleurs, les inquiétudes imaginaires ou psychopathiques résultent de l'irritation des voies sensibles mais cette irritation se produit *au-dessus* des centres réflexes neuro-végétatifs, au niveau de la région sous-thalamique et tubérienne. G. DE MORSIER⁴ a fait état de quelques observations à vrai dire plus caractéristiques d'hallucinoses visuo-cénesthésiques que de délires hypochondriaques dans les lésions thalamiques. Il cite notamment les cas de VAN BOGAERT, VON STOCKERT, VON PAP, SCHUSTER. Dans le deuxième cas d'EHRENWALD⁵, il s'agissait d'un homme de soixante-quatre ans atteint d'hémiplégie sensitivo-motrice gauche avec hémianopsie qui ne sentait plus sa main vivante. A la place de la partie gauche de sa poitrine, de son estomac, de son ventre « on lui avait mis une planche qui se prolongeait jusqu'à l'anus. Les aliments ne passaient plus par l'estomac et l'intestin, mais par la planche qui était percée d'un trou ». Outre que dans ce cas, il n'y a pas eu vérification anatomique, de telles observations tombent toujours sous le coup des critiques exposées à propos des affections spinales : le délire ne peut provenir d'un syndrome thalamique qui ne le comporte précisément pas, il exige pour se constituer un trouble plus global.

Naturellement on a cru qu'en invoquant des lésions centrales, *corticales*, la théorie devait gagner en valeur explicative. C'est ainsi qu'au cours de la discussion du fameux rapport de ROY (1905), DENY proclamait que « c'est avant tout à un trouble, à une per-

1. Observation GUIRAUD, *Soc. Méd. Ment.*, 1927.

2. DENY, *Discussion sur l'hypochondrie*, Congrès de Rennes, 1905.

3. GUIRAUD, *Encéphale*, 1925.

4. G. DE MORSIER, Les hallucinations, *Rev. d'Oto-Neuro-Ophth.*, 1938.

5. EHRENWALD, *Anosognosie und Depersonalisation. Nervenarzt*, 1931.

turbation fonctionnelle de la cénesthésie cérébrale qu'il faut rattacher les états hypochondriaques ». Au même congrès, BONNIER déclarait : « De même que les centres bulbaire peuvent « s'emballer », de même que des centres cérébraux pourront se prendre dans leur fonctionnement, s'empêtrer dans leur susceptibilité propre et constituer la phobie des contacts externes, l'hypochondrie consciente des contacts avec notre représentation interne et d'autres systématisations durables... » Si pour lui l'état hypochondriaque était le propre de l'étage bulbaire, l'idée hypochondriaque régnait à l'étage supérieur selon ses propres expressions. Mais ceci nous conduit tout naturellement à la pathologie du schéma corporel que nous envisageons plus loin.

2° *Théorie sympathico-viscérale de Head.*

Elle est déjà ancienne et a été excellemment exposée dans le rapport de ROY (1905), avant d'être présentée à nouveau chez nous par MOURGUE ¹. En 1901, HEAD publia un mémoire « sur certains troubles mentaux qui accompagnent les affections viscérales » où il a consigné le résultat de cent cinquante-quatre longues et minutieuses observations. Il a pu dans tous ces cas noter les changements d'humeur et les troubles mentaux associés (hallucinations et interprétations) reconnaissant pour principal facteur la « douleur réfléchie » des affections viscérales (*The reflected pain of visceral disease*). La dépression, le malaise, l'inquiétude naissent en effet d'autant plus facilement que la douleur viscérale est intense, durable ou fréquemment répétée, que le nombre des segments affectés est plus considérable et enfin que la zone douloureuse d'hyperesthésie est plus étendue. C'est donc dans les affections viscérales à projection hyperesthésique abdominale que la dépression s'observe le plus. Il faut au contraire des douleurs particulièrement vives et durables du thorax pour produire celle-ci et là encore la douleur réfléchie sur la partie supérieure de la cage thoracique, produite par l'insuffisance aortique par exemple, cause bien moins d'impression que le stertor avec insuffisance mitrale qui donne une douleur réfléchie au niveau des 7^{me} et 9^{me} zones thoraciques ». La théorie de HEAD, justificative de la plus ancienne conception de l'hypochondrie, fut reprise à grand fracas par un Américain CAMBLE (1904). Depuis lors on paraît s'être bien écarté de cette conception pathogénique. Cependant, et c'est une des conclusions essentielles du rapport de ROY, beaucoup d'auteurs ont admis que le facteur viscéropathique et sympathologique constitue une composante essentielle de l'hypochondrie.

3° *Théorie du « Schéma corporel ».*

Nous l'avons déjà envisagée à propos du « délire des négations » et nous nous exposons ici à des redites pourtant indispensables. Encore qu'il soit bien difficile de trouver dans les travaux contemporains, pourtant si nombreux sur ce point, une bonne

...La conception ancienne pathogénique de HEAD a été présentée par MOURGUE...

1. MOURGUE, *Neurobiologie de l'hallucination*, 1932.

...On désigne sous le nom de « schéma corporel » un système fonctionnel sinon un dispositif anatomique à composante multisensorielle [...] assurant la conscience du corps, de son unité, de sa diversité, de sa représentation topographique et de son intégrité...

...Le « schéma corporel » ainsi vaguement défini est devenu la « tarte à la crème » des applications de la neurologie à la psychiatrie...

...observations de van BOGAERT et d'EHRENWALD ...

définition du « schéma corporel », du « modèle postural », de « l'image de soi » ou de la « somatognosie » qui marque avec décision une différence conceptuelle véritable à l'égard des vieilles notions de « sensibilité générale » ou de « cénesthésie », il semble que l'on désigne sous ces noms, depuis FOERSTER, HEAD, et surtout les travaux de SCHILDER, LHERMITTE, VAN BOGAERT, GUREWITCH, L. VON ANGYAL, HECAEN¹ etc. un système fonctionnel sinon un dispositif anatomique à composante multisensorielle s'étageant depuis les étages inférieurs jusqu'à l'écorce pariétale et assurant la conscience du corps, de son unité, de sa diversité, de sa représentation topographique et de son intégrité. Au fond, on le voit, cette notion est assez élastique et vague pour que, pompeusement parée de vocables physiologiques, elle ait exercé une séduction quasi-universelle. (Chez nous André THOMAS l'a cependant vivement et justement critiquée). Elle permet notamment de donner une apparence de consistance à la théorie neurologique de l'hypochondrie. L'image du corps, une fois « hypostasiée », déposée dans un système cortical, est dès lors soumise aux habituelles manipulations des « atomistes » (même quand ils n'ont à la bouche que les mots de totalisme, dynamisme, « Ganzheitsprinzip » ou principe « holistique », etc.). De telle sorte que « l'image de notre corps » qui tantôt désigne les apparences inconscientes ou les sensations que nous en recevons, tantôt se confond avec la conscience de la personnalité morale et sociale, est présentée ici comme vulnérable « *partes extra partes* ». Le « schéma corporel » ainsi vaguement défini est devenu la « tarte à la crème » des applications de la neurologie à la psychiatrie en reprenant, sans la modifier autant que certains le prétendent, la vieille théorie « sensationniste » de la conscience. Les auteurs qui se sont occupés de cette question se bornent généralement à quelques approximations discutables. Ainsi VAN BOGAERT écrivait il y a quelques années² :

« Le sentiment d'étrangeté, de dépossession de certaines parties du corps est un symptôme courant dans les états hypochondriaques et il y a longtemps qu'il a retenu l'attention des psychiatres. Il revient à EHRENWALD d'avoir montré qu'entre un fait de dépossession et les dépersonnalisations segmentaires observées au cours d'affections non névropathiques il y a une certaine analogie. Les deux exemples d'EHRENWALD suivants illustrent parfaitement cette thèse. Observation I : Fille de 28 ans. Hémiplégié par tumeur cérébrale. Elle nie sa menstruation, ne reconnaît pas les linges sanglants comme les siens, ignore d'où viennent les taches dans ses draps. Pas d'autres troubles mentaux. Ultérieurement idées de négation : tout son corps a disparu entièrement.

Observation II : Femme de 33 ans ayant une hémiplégié gauche. Elle nie aussi sa menstruation, se comporte puérilement et ne parle d'elle-même qu'à la troisième personne. »

Et le grand neurologue d'Anvers ne craignait pas de conclure :

1. On trouvera dans l'article de HECAEN : Le schéma corporel et ses applications en Psychiatrie, *Évolution Psychiatrique*, 1948, un excellent exposé des travaux récents et leur bibliographie.
2. L. VAN BOGAERT, Pathologie de l'image de Soi, *Ann. Médico-Psycho.*, 1934, 11, pp. 751 à 757.

« Ces deux cas sont d'un intérêt théorique considérable : l'anosognosie à l'égard de la fonction menstruelle conduit chez la première à une dépersonnalisation réelle ; chez la seconde à une perte isolée du sentiment du moi. Elles montrent toutes les deux qu'une dépersonnalisation « segmentaire » peut ultérieurement compromettre, à une échelle psychologique beaucoup plus haute, le sentiment de notre personnalité. »

Peu de temps après, DE MORSIER écrivait à son tour ¹ à propos des hallucinations sensitives dans les lésions pariétales :

« Le phénomène de dépersonnalisation se trouve très nettement dans le cas d'EHRENWALD (tumeur) et dans ceux de Van BOGAERT. Comme EHRENWALD le dit justement, le symptôme de dépersonnalisation est le même, qu'il apparaisse au cours d'une lésion grossière du cerveau ou au cours d'un délire hypochondriaque chronique. »

Enfin HECAEN dans son récent travail (1948), sans d'ailleurs envisager spécialement l'hypochondrie, a repris à son compte, après un exposé des mêmes faits (EHRENWALD, L. VON ANGYAL etc.), une opinion semblable. Faisant état de quelques observations personnelles et de celles de TEITELBAUM ², il tente, en appliquant les idées de P. SCHILDER, de montrer que le syndrome interpariétal de GUREWITCH, les troubles hystériques, les troubles amyostatiques, les cénesthopathies, l'hypochondrie en général et la pathologie corticale forment une masse homogène de faits. Ce « confusionnisme » ne peut pas avoir d'autre sens que de réduire précisément le délire hypochondriaque à un « trouble focal ». Quant à l'idée que, selon « la conception de P. SCHILDER », tendances narcissiques, sadiques, complexes de castration peuvent « aussi bien que les troubles kinesthésiques vestibulaires ou optiques être directement à l'origine des troubles du schéma corporel », elle ne fait qu'ajouter à la confusion et rendre encore plus évident que sous l'ambiguïté et le mélange de concepts, que représente la notion de « schéma corporel », il y a plutôt une idée confuse qu'un fait précis.

Tous les travaux auxquels nous venons de faire allusion ont ceci de commun, qu'ils tentent de baser l'hypochondrie sur des symptômes réels et ainsi qu'il arrive pour toute théorie mécaniciste de la projection hallucinatoire, ils n'expliquent l'hallucination et le délire qu'à la condition de les supprimer.

...Tous les travaux auxquels nous venons de faire allusion ont ceci de commun, qu'ils tentent de baser l'hypochondrie sur des symptômes réels...

B. – THÉORIES PSYCHOGÉNISTES

Le type le plus sommaire de ce genre d'explication est constitué par la théorie de DUBOIS (de BERNE), exposée dans son fameux livre ³. Voici quelques extraits de son ouvrage, caractéristique de sa manière de considérer l'hypochondrie comme « purement » psychique :

« C'est une conception enfantine que de chercher l'origine de ces altérations struc-

1. DE MORSIER, p. 316.

2. TEITELBAUM, Psychogenic body image associated with psychogenic aphasia and agnosie, *Journal of nerv. and ment. diseases*, 1941, 93, p. 581.

3.[NdÉ: voir note 1 page suivante]

...*Conception psychogénétiste de DUBOIS de Berne (1909)...*

« *J'ai l'impression qu'il ne fallait pas les chercher, car les constater c'est les faire naître* » BABINSKI

...*cette théorie laisse de côté les conditions de cette « idée fixe »...*

...*Il faut convenir que les psychanalystes, en effet, ont davantage approfondi les racines inconscientes de la névrose hypochondriaque... HESNARD par ex.*

turelles ou chimiques qui modifient notre pensant et sentant dans un simple trouble du fonctionnement de nos organes splanchniques... Ce sont là des illusions, des jeux de laboratoires... On oublie l'abîme qui sépare la physiologie même moderne de la clinique. Il nous arrive à tous d'être fatigués, d'avoir quelques troubles gastriques, des battements de cœur, une névralgie fugace. L'hypochondriaque prend peur, constate avec dépit cette lassitude, la rend durable par l'attention qu'il lui prête fasciné par l'idée de maladie, elle devient chez lui une idée fixe ». Quant aux troubles périphériques locaux constatés au cours de l'hypochondrie, DUBOIS dit d'eux, les assimilant à des troubles hystériques et disant de ceux-là ce que BABINSKI disait de ceux-ci : « J'ai l'impression qu'il ne fallait pas les chercher, car les constater c'est les faire naître ». Ainsi se défend une position « purement psychique » de l'hypochondrie par idéo-genèse ou pure suggestion, théorie qui ne satisfait que par une première approximation, car, comme pour l'hystérie, elle laisse de côté le problème principal, celui des conditions de cette « idée fixe ». La même critique vient à l'esprit à la lecture du travail de GELMA sur les « douleurs obsédantes ² », malgré son recours à la théorie psychanalytique.

Il faut convenir que les psychanalystes, en effet, ont davantage approfondi les racines inconscientes de la névrose hypochondriaque. HESNARD, par exemple, étudiant un cas ³ de ce genre, montre comment s'est constituée l'angoisse hypochondriaque par diffusion de l'excitation érotique sur des régions extragénitales du corps, à la suite du refoulement exogène d'un auto-érotisme assez marqué ; son malade présentant un fort complexe de castration, il fut guéri par la psychanalyse. Dans un autre travail ⁴, HESNARD a approfondi le mécanisme complexe de la névrose hypochondriaque à propos d'un nouveau cas où l'hypochondrie, effet d'une régression en masse vers la sexualité infantile, constituait une érotisation corporelle anxieuse. On trouvera encore, parmi cent autres, un exemple d'interprétation freudienne de névrose hypochondriaque dans l'observation de FROIS-WITMANN ⁵. Plus généralement, il sera aisé, comme le dit cet auteur, d'« aller chercher dans FREUD, dans FERENCZI, dans JONES, dans Mélanie KLEIN, dans REICH, dans STARCKE, dans RADO » des interprétations psychanalytiques de l'hypochondrie. Il est évident en effet que celle-ci constitue peut-être la névrose d'angoisse la plus fréquente, celle où les mécanismes de conversion, d'auto-punition et de régression aux phases prégénitales de la libido se conjuguent étroitement. Tous les

1. DUBOIS, *Le traitement moral des psychonévroses*, Berne, 1909.

2. GELMA, *Les algies non organiques*, Strasbourg, 1931.

3. HESNARD, Le mécanisme psychanalytique de la psychonévrose hypochondriaque, *Rev. de Psychanalyse*, 1929-1930, n° 3.

4. HESNARD, Nouvelle contribution à l'Étude psychanalytique de la psychonévrose hypochondriaque, *Revue de Psychanalyse*, 1930-1931, n° 3.

5. J. FROIS-WITMANN, Analyse d'un des troubles sexuels avec anxiété et symptômes hypochondriaques, *Rev. de Psychanalyse*, 1932, p. 501.

travaux de psychanalyse ne cessent de se référer à cette forme d'existence qui tient le sujet à mi-chemin d'une guérison désirée et redoutée et d'une maladie réelle et imaginaire. Tous ces mécanismes de projection, d'identification et de conversion jouent à la surface et à la profondeur du corps pour constituer le « matériel clinique » le plus abondant, le plus fréquent et le plus « enraciné » dans la couche instinctuelle, celui de l'idée, de la préoccupation, de l'obsession, de la phobie, de la perception ou du délire hypochondriaques.

Naturellement le « narcissisme ¹ » fournit le fond affectif qui en constituant le corps comme une forme de réalité privilégiée le rend particulièrement vulnérable et sensible.

La projection des tendances *sado-masochistes* s'applique tout naturellement par le mécanisme de l'*érotisation de l'angoisse* et celui de l'*auto-punition* à l'objet du corps propre qui devient ainsi le siège d'un mal qui satisfait à la fois le désir de châtement et d'échec, le refoulement et la déviation de pulsions dont il est l'instrument. La régression vers un stade pré génital sadique oral encore plus primitif, en dirigeant les sources mêmes de l'instinct contre son réceptacle identifié à l'objet aimé ou haï, expose ses organes aux tendances agressives.

Le *complexe d'Edipe* et celui de *castration*, son contemporain de la phase génitale, en maintenant toujours virtuelle l'expérience redoutée du morcellement du corps et le martyr de la chair et du sang, investissent constamment de ces forces instinctivo-complexuelles tous les accidents réels ou possibles du corps, vécu dans son ensemble comme une de ses parties, l'organe sexuel ².

Enfin les mécanismes de *conversion* déplacent sur le plan somatique les conflits inconscients et l'organisme devient le clavier vivant du jeu des instincts d'agression dirigés contre soi ou contre autrui.

HESNARD ³ a très attentivement analysé dans un des chapitres les plus intéressants de son dernier ouvrage, la structure du comportement hypochondriaque. C'est une conduite de culpabilité mais qui s'exerce à la fois dans le sens de la dévalorisation somatique et dans le sens de la répression de l'activité sexuelle. Ce « lamentable triomphe morbide » de l'hypochondriaque ne saurait être réduit en schéma simpliste de FREUD, celui du retour à la sexualité corporelle primitive. La conduite hypochon-

...La projection des tendances sado-masochistes s'applique tout naturellement par le mécanisme de l'érotisation de l'angoisse et celui de l'auto-punition à l'objet du corps propre...

HESNARD: « *L'univers morbide de la faute* » 1949...

1. Cf. spécialement « Zur Einführung des Narzissismus » de FREUD (1914), in *Theoretische Schriften*, 1911-1925, pp. 25-57.

2. On trouvera un bon exemple du « matériel psychanalytique » de la névrose hypochondriaque dans le cas « Peggy » publié par Edith JACOBSON, *The Psychoanalytic Quarterly*, 1943> XII, sa traduction espagnole a paru dans la *Psiconalisis de la melancolia*, publiée à Buenos-Aires en 1948, sous la direction de A. CARMA et L. RASCOWSKY.

3. HESNARD, *L'univers morbide de la faute*, 1949. La dévalorisation corporelle préventive et la culpabilité sexuelle dans l'hypochondrie, pp. 135 à 144.

driacque résulte d'une *somatisation de la culpabilité* (« sorte de punition par incarcération dans l'existence opaque et rigide du corps ») ¹ qui métamorphose l'organisme en pseudo-réalité. L'angoisse de faute devient, conclut HESNARD, « réalité de corps brut et négation de la vie ».

Tous ces « mécanismes » que la psychanalyse a patiemment découverts et démontés nous rendent sensibles dans la pratique clinique et psychothérapique le *drame hypochondriaque*. Ils le rendent aussi accessible à notre thérapeutique et cela est capital. Mais ceci dit, pour ne parler que des névroses qui constituent le champ privilégié de la psychanalyse, la névrose hypochondriaque pour autant qu'elle admet précisément une *régression* vers des formes d'existence archaïques et complexuelles suppose un conditionnement de cette régression. Et c'est ce conditionnement qui échappe à une conception purement psychogénétique de la névrose hypochondriaque.

C. – THÉORIE ORGANO-DYNAMISTE

Les théories mécanicistes de l'hypochondrie en la fondant sur des troubles de la perception croient pouvoir la considérer comme une collection de « symptômes » à l'égard desquels la conduite du psychiatre doit céder le pas à celle du médecin praticien qui traite (ou ne traite pas) un trouble somatique comme tel. Les théories psychogénistes en approfondissant la signification inconsciente de l'hypochondrie et en la présentant comme une manifestation d'une intentionnalité de maladie rendent compte de sa structure psychique sans nous en fournir d'explication. Dans l'opposition de ces deux conceptions, l'hypochondrie condamnée à être « cum materia », c'est-à-dire à être une maladie comme les autres ou « sine materia », c'est-à-dire rien qu'un pur imaginaire, cesse d'être une forme anormale de la vie, c'est-à-dire cesse d'être ce qu'elle est. L'application particulière du « dilemme psychiatrique » que nous avons si souvent dénoncé devient ici, comme dans un autre domaine voisin, celui de l'hystérie, véritablement caricaturale. Cela se conçoit d'ailleurs puisqu'il s'agit précisément dans les deux cas du point même où la pathologie mentale se confond avec son expression somatique et pose de ce fait avec la dernière acuité la question des rapports du physique et du moral, problème qui, on le sait ¹, est presque toujours pensé en termes « monistes » ou « dualistes » qui le rendent justement impensable.

Le propre d'une conception organo-dynamiste est de dépasser ces deux modes d'explication et de leur substituer une théorie qui puisse expliquer comment l'hypochondrie est une maladie somatique où les symptômes sont ceux d'une structure névrotique et psychiatrique et non d'une lésion d'organes ou de fonctions.

Une telle vue des choses exige que soit débrouillé l'écheveau si emmêlé des notions de « corps », de troubles organiques et fonctionnels, de troubles de la sensibi-

1. Cf. notre Étude n° 4.

lité, de cénesthésie, de « schéma corporel », d'affection réelle, de maladie imaginaire, etc. C'est dire qu'elle exige le travail d'épuration que nous avons déjà fait dans nos premières études, dans nos discussions avec MM. AJURIAGUERRA et HECAEN sur les rapports de la neurologie et de la psychiatrie et dans nos débats avec LACAN, ROUART, BONNAFÉ et FOLLIN sur la psychogénèse, ou encore dans notre travail sur « Le Système nerveux et les troubles nerveux »¹. Il nous sera permis par conséquent d'être bref ici et de nous contenter d'une simple mise en ordre de notions qui doivent nous rendre pensable le concept d'hypochondrie.

Si la « *maladie organique* » de la pathologie générale est une somatose (reflétant d'ailleurs la totalité psychosomatique) qui altère une ou plusieurs fonctions vitales dévolues à un organe ou à un appareil, si l'*affection neurologique* est une « maladie organique » du système nerveux qui altère une ou plusieurs fonctions de la vie de relations dévolues à tel ou tel de ces dispositifs qui constituent la systématisation même du système nerveux, si la « *maladie mentale* » (névrose ou psychose) est caractérisée par la forme régressive qu'affecte la vie psychique en tant que forme d'organisation de la conscience et de la personnalité, sous l'influence d'un déficit énergétique somato-nerveux, l'hypochondrie se range tout naturellement dans le groupe des névroses et des psychoses. Nous ne saurions en effet confondre un ulcus peptique (même si joue dans son déterminisme le complexe d'Alexander) ou une asomatognosie (même si elle est en relation profonde avec la couche inconsciente), avec l'hypochondrie digestive ou un délire de négation, c'est-à-dire de nous priver de voir que la structure de ces divers troubles est différente.

Par sa structure même, l'hypochondrie est une *illusion*, et le problème de l'hypochondrie n'est qu'un aspect de celui de la projection hallucinatoire et délirante. Mais le propre de l'illusion est précisément d'être vécue à la fois sur le registre de l'imaginaire et sur celui du réel. La réalité que contient l'hypochondrie n'est pas autre chose que la réalité même de l'appartenance de notre corps à notre « monde », ce n'est pas celle de la corporéité de telle ou telle partie ou fonction de ce corps (qui n'entre dans notre conscience comme un objet que dans certaines conditions exceptionnelles ou malades), mais cette expérience « par quoi je suis mon corps² » et qui lie « mon » corps à « moi » dans la relation de l'« avoir ». C'est la parfaite disposition de mon corps qui m'échappe dans l'hypochondrie et ce que je sens dans mon corps alors c'est un événement et non seulement un accident qui s'y passe malgré moi et contre moi. L'hypochondrie est une expérience délirante qui passe par mon corps, le traverse et investit toutes les « perceptions » par quoi je sens mon corps intégré à mon existence,

...Par sa structure même, l'hypochondrie est une illusion, et le problème de l'hypochondrie n'est qu'un aspect de celui de la projection hallucinatoire et délirante...

...La réalité que contient l'hypochondrie n'est pas autre chose que la réalité même de l'appartenance de notre corps à notre « monde »...

1. *Évolution Psychiatrique*, 1947, n° I, pp. 71 à 105.

2. MERLEAU-PONTY, p. 231. Le corps comme forme d'existence est lui-même intégré dans le monde, est dans ce monde « comme le cœur dans l'organisme », dit-il encore.

de significations péjoratives : c'est un *délire corporel* comme disaient les anciens auteurs. Telle est l'essence phénoménologique de l'hypochondrie qui lui confère une réalité, qui n'est ni celle de l'affection organique ni celle de l'affection neurologique, mais celle d'une structure psychopathologique de l'existence.

Après cette référence préalable et nécessaire à toute conception organo-dynamiste de l'hypochondrie, puisqu'elle la fonde comme objet de notre science, nous devons envisager l'application à ce problème de notre mode habituel d'explication. Pour nous, la maladie mentale est une forme de régression (structure négative). Pour nous, la maladie mentale est une forme de sous-intégration de la part subsistante, (structure positive). Pour nous, la régression de la vie psychique dépend d'une désorganisation ou d'un défaut d'organisation somatique.

Ce que libère l'hypochondrie, c'est le complexe hypochondriaque immanent à la nature humaine. Il apparaît dans l'enfance (point sur lequel N. SCHIPKOWENSKY a particulièrement insisté dans sa remarquable étude) et se reflète dans la vie des adultes. Nous savons bien que le foyer hypochondriaque se trouve chez l'enfant lui-même et notamment dans *l'angoisse de la mort* ainsi que les études psychanalytiques l'ont surabondamment montré. L'hypochondrie de ce fait a toujours une valeur significative qui la lie à la dialectique de la vie instinctuelle telle que FREUD et son école l'ont admirablement mise à jour. C'est par là que le problème de l'hypochondrie touche à celui de l'anxiété et n'en constitue même qu'un aspect séméiologique, tant au point de vue pratique que doctrinal.

Mais ce qui caractérise l'hypochondrie en tant que névrose et psychose c'est que le « thème » hypochondriaque est chez ces malades une forme d'existence qui constitue, soit une « arriération affective » soit une « régression » vers les modes primitifs de la pensée affective. La « maladie du corps », l'accident ou l'agression corporelle sont des métaphores qui traduisent et expriment cette fixation ou cette régression et figurent le conflit complexe resté ou redevenu forme d'existence. Cet aspect « régressif » ou « non évolutif » de la névrose hypochondriaque se manifeste dans la « constitution » même du sujet qui apparaît à l'observation clinique comme un « déséquilibré », un « détraqué », un « obsédé », un « psychasthénique », un « névropathe », etc., concepts qui expriment tous l'idée d'une structure négative des troubles si bien mis en évidence par tous les grands cliniciens et notamment par P. JANET. Les « symptômes » qui constituent les tableaux cliniques de l'hypochondrie dépendent du niveau structural auquel elle est intégrée. Et nous avons pu constater que l'on décrit par ce même mot des formes de pensée pathologique, des structures et des niveaux divers allant depuis la névrose d'angoisse jusqu'aux démences en passant par la mélancolie, les délires chroniques et les schizophrènes. C'est relativement à ces niveaux et formes d'organisation que le complexe hypochondriaque est vécu comme une forme positive de l'angoisse somatique.

...Ce que libère l'hypochondrie, c'est le complexe hypochondriaque immanent à la nature humaine...

...le problème de l'hypochondrie touche à celui de l'anxiété et n'en constitue même qu'un aspect séméiologique...

...le « thème » hypochondriaque est chez ces malades une forme d'existence ...

Enfin nous abordons l'essentiel, « l'organicité » de l'hypochondrie comme de toute psychose ou névrose est manifeste, à nos yeux par sa structure régressive même. Cette organicité est signée par ce que nous savons des processus morbides acquis ou héréditaires en tant que générateurs ou de délires hypochondriaques. Ce que nous enseigne la pathologie de l'encéphalite, de l'épilepsie, de la senescence cérébrale, l'importance des tares héréditaires, les relations des névroses hypochondriaques avec les formes maniaco-dépressives etc. sont autant *de faits* qui ne doivent pas être tenus hors du problème de l'hypochondrie mais qui doivent au contraire y entrer comme un facteur décisif d'explications. *Mais l'organicité de l'hypochondrie est celle du conditionnement de la névrose ou de la psychose à forme hypochondriaque et non pas celle du symptôme hypochondriaque.*

En s'écartant résolument des naïvetés du mécanisme qui identifie l'hypochondrie à un trouble organique « pur et simple » et aux vues sommaires d'une conception purement psychogénétique qui reste impuissante à nous rendre compte du fait qu'ayant, tous, les « complexes » qui « mènent » à l'hypochondrie, nous ne sommes pas tous des hypochondriaques, l'« explication » organo-dynamiste restitue son vrai visage à l'hypochondrie. C'est un *délire*¹ qui comme tous les délires se déploie à des niveaux et selon des structures diverses depuis les « expériences délirantes » éprouvées comme des sensations actuelles de détérioration corporelle jusqu'aux mythes de la négation du corps et du monde. Le thème de la mort différée en exprime toutes les variétés et variations de « vécu »: mort partielle et circonscrite de telle fonction ou tel organe, de tel nerf, agonie de tel appareil qui souffre et fait mal ou encore cette mort virtuelle déjà présente dans le corps qu'est la maladie. Mais ce délire n'est pas une « pure imagination », il exprime une décomposition de l'être... Le délire hypochondriaque (névrose ou psychose hypochondriaque) est *l'effet d'une maladie qui altère réellement l'être et s'exprime par l'imaginaire* : c'est, comme dans l'hystérie, la maladie où l'écart organo-clinique est maximum et il est tellement grand que la relation qu'il exprime entre le conditionnement somatique et les symptômes, relation vécue trop étroitement et comme « à la lettre » par le malade, est généralement niée par le médecin. C'est en nous défiant de ces deux erreurs que nous avons tenté de restituer à l'hypochondrie sa « réalité » ou, si l'on veut, sa « demi-réalité ». C'est-à-dire une « réalité » qui n'est ni celle d'un objet, d'un organe ou du trouble d'un appareil de notre corps, mais cette « réalité » somatique ambiguë qui participe tout à la fois au monde des objets et de l'existence du sujet et qui, altérée dans l'hypochondrie, est vécue comme un événement, une catastrophe somatique.

... l'essentiel [pour nous] : « l'organicité » de l'hypochondrie comme de toute psychose ou névrose est manifeste, à nos yeux par sa structure RÉGRESSIVE même...

...l'« explication » organo-dynamiste restitue son vrai visage à l'hypochondrie. C'est un délire...

...Mais ce délire n'est pas une « pure imagination », il exprime une décomposition de l'être...

...c'est, comme dans l'hystérie, la maladie où l'écart organo-clinique est maximum...

...la « réalité » de l'hypochondrie n'est ni celle d'un objet, d'un organe ou du trouble d'un appareil de notre corps, mais cette « réalité » somatique ambiguë qui participe tout à la fois au monde des objets et de l'existence du sujet

1. Rappelons encore le mot de N. SCHIPKOWENSKY, « Eine Hypochondrie ohne hypo-chondrische Ideen gibt es gar nicht, » p. 6.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

- MACARIO, Études cliniques sur la démonomanie, *Ann. Méd.-Psycho.*, 1843, 1 p. 440.
- BAILLARGER, Rapports du délire hypochondriaque et du délire ambitieux, *Ann. Méd.-Psycho.*, 1887.
- COTARD, Délire des négations, *Arch. de Neuro.*, 1882. – Délire d'énormité *Ann. Méd.-Psycho.*, 1888 et article *Hypochondrie*, Dictionnaire-Dechambre, 1889.
- JOURNIAC, *Recherches sur le délire hypochondriaque*, Thèse, Paris, 1888.
- SÉGLAS, *Le délire des négations*, 1 vol.
- BALLET (Gilbert), *Traité de Psychiatrie* (article Séglas).
- THOMAS, L'idée de grossesse, *Écho médical de Lyon*, 1902.
- FOERSTER (O.), Ein Fall von elementärer allgemeiner Somatopsychose, *Monatsch. für Psych.*, 1903.
- LÉVY (H.), *Délire de zoopathie interne*, Thèse, Paris, 1904.
- ROY, L'hypochondrie, *Congrès des Aliénistes de langue française de Rennes*, 1905.
- SÉRIEUX et CAPGRAS, *Les folies raisonnantes*, 1909.
- BARRE, Idées de négation dans la sénilité, *Soc. de Psychiatrie*, 1911.
- BLONDEL (Ch.), *La conscience morbide*, 1913.
- MARCHANT et DUPOUY, Délire de préoccupations hypochondriaques de grossesse, *Journal de Psychologie*, 1912.
- DE CLÉRAMBAULT, Persécuté hypochondriaque, *Soc. Méd. Ment.*, 1923.
- SCHILDER (P.), Zur Lehre von Hypochondriasis, *Monatsch. für Psycho.*, 1924, 6, p. 124.
- DUGAS, La cénesthésie, *Journal de Psychologie*, 1924.
- GALLEPSIE, Hypochondriasis. Définition Nosology-psychopathology, *Guy's Hosp. Rep.*, 1928, t. I, p. 408.
- GENIL-PERRIN, *Les paranoïaques*, 1927.
- JAHREISS, Das hypochondrische Denken, *Archiv. für Psycho.*, 1930, t. 823.
- DISCUSSION SUR L'HYPOCHONDRIE, *Proc. Royal Soc. Med.*, 1928.
- OESTERREICH, *Les Possédés*, trad. fr., Payot, 1927.
- BELEY, Hypochondrie délirante schizophrénique et autre délire hypochondriaque, *Gazette des Hôpitaux*, novembre 1937.
- CLAUDE et LEVY VALENSI, *Les anxieux*. 1938.
- RAPPORTS de J. M. ESTAPE, de J. de MENDOZA, de PEON DEL VALLS, de ROXO, de SICCO et de G. URIBE CUALLA à la 2^e Réunion des Journées neuro-psychiatriques pan-américaines, mars 1939.
- CODET, Les deux hypochondries, « *Mélanges* » offerts à P. Janet, 1939, p. 43.
- SCHIPKOWENSKY, Wesen der Hypochondrie, *Zeitsch. f. Neur. Psy.*, 1942, t. 174, pp. 1-66.
- KIETZENELBOGEN (S.), Hypochondrical complaints with special Reference to personality and environment, *Amer. J. of Psychiatr.*, 1941, t. 98, pp. 815-822.
- HESNARD, *L'univers morbide de la faute*, 1949, pp. 135 à 144.

Étude n° 18

JALOUSIE MORBIDE

9. Les troubles de la mémoire.
10. La catatonie.
11. Impulsions.
12. Exhibitionnisme.
13. Perversité et perversions.
14. Le suicide pathologique.
15. Anxiété morbide.
16. Délire des négations.
17. Hypochondrie.
18. *Jalousie morbide*.
19. Mégalomanie.

§ I. – ANALYSE DE LA JALOUSIE

La jalousie est une conscience douloureuse de frustration ; c'est une passion vécue dans l'angoisse, la colère, le dépit, une souffrance engendrée et exaspérée par l'image d'un rival.

Cette souffrance est indépendante et du fait, et de la nature du « bien » ravi, c'est-à-dire : 1° que la jalousie est avant tout, selon le mot de MAIRET¹ le chagrin « d'une frustration dont le jaloux a peur », que cette frustration soit réelle ou non, 2° que la jalousie peut s'exercer dans tous les domaines (jalousie de fortune, d'honneurs, d'amour).

Cependant on réserve généralement le nom de jalousie à la *jalousie amoureuse* qui est la forme la plus intense et la plus caractéristique de la jalousie en raison du caractère constamment conjectural de la possession et du don dans l'amour. Sans doute, le terme de « jalousie » s'applique-t-il en dehors de toute situation de compétition ou de rivalité dans le sens d' « attachement pour » ou de « zèle pour » en tant qu'elle est essentiellement et simplement un « désir brûlant ». Dans l'ouvrage monumental que LAGACHE² a consacré à cette passion et qui nous servira tout au long de cette étude de guide, il indique justement de quel intérêt est le travail de Margot GRYWACZ sur le sens des mots « zelosus » (latin) et « gelos » (provençal). Mais s'il est vrai que la jalousie est différente de l'envie en ce que, comme l'écrivait d'ALEMBERT : « On est jaloux de ce qu'on possède et envieux de ce que possèdent les autres », on saisit bien que le sens profond de la jalousie est constitué par le sentiment d'être frustré d'un bien, d'un bien soustrait à notre possession pour être donné à autrui, et, mieux encore, d'un bien qui se retire de nous pour aller vers autrui. C'est donc une personne en tant qu'enjeu de notre possession qui est *l'objet* le plus fort et le plus authentique de la jalousie. Voilà pourquoi la vraie jalousie est « amoureuse ».

...l'ouvrage monumental que LAGACHE a consacré à cette passion nous servira, tout au long de cette étude, de guide...

...le sens profond de la jalousie est constitué par le sentiment d'être frustré d'un bien [...] qui se retire de nous pour aller vers autrui...

1. MAIRET, *La jalousie*, I vol., 1908.

2. LAGACHE, *La jalousie amoureuse*, 2 vol., Presses Universitaires, 1947.

3. Margot GRYWACZ, « *Eifersucht* » in *den romanischen Sprechen*, 1937.

A. – LA JALOUSIE AMOUREUSE

...L'amour est jaloux, comme le dit excellemment LAGACHE, en ceci qu'il est selon le mot de PICHON « captatif »...

L'amour est jaloux, comme le dit excellemment LAGACHE, en ceci qu'il est selon le mot de PICHON « captatif ». Quand l'amour est « oblatif », c'est-à-dire qu'il se donne et est vécu comme un don presque désintéressé, qu'il se satisfait dans le sentiment d'appartenir à l'autre dans un acte d'offrande dont l'amoureux reste encore maître, même quand il se livre à l'esclavage total il n'y a pas de jalousie possible. Par contre, dès que l'amour est vécu comme une possession de l'objet, comme un *droit de propriété*, il pose par son propre mouvement la possibilité indéfiniment ouverte d'une « frustration », d'une atteinte à ce droit de possession. L'amour captatif n'est pas vécu comme une relation entre deux êtres mais comme une relation entre soi et un être qui peut échapper. C'est dire que la situation affective de l'amour contient en puissance la situation « triangulaire » de la rivalité. Mais la jalousie ne contient pas seulement la souffrance de la privation, elle implique la colère de l'amour-propre blessé. D'un côté, le jaloux est plongé dans la peine du bien perdu, d'un autre, dans l'irritation que lui cause la joie du rival. Frustration d'amour et dépit, telle est la jalousie amoureuse. Rappelons à ce propos les phrases des moralistes et psychologues qu'il est classique de citer : « Il y a dans la jalousie plus d'amour-propre que d'amour » (LA ROCHEFOUCAULT). « Celui qui aime veut posséder à lui tout seul la personne qu'il désire, il veut avoir un pouvoir absolu tant sur son âme que sur son corps, il veut être aimé uniquement et habiter l'autre, y dominer comme ce qu'il y a au monde de plus élevé et de plus admirable » (NIETZSCHE). Citons surtout la fameuse proposition de l'Éthique ¹ : « Celui qui s'imagine que la femme qu'il aime se prostitue à un autre ne s'attriste pas de l'obstacle que cette infidélité peut dresser entre sa passion et lui, mais il est forcé d'unir à l'image de ce qu'il aime, l'image du sexe et des excréments de cet autre. A cette vue, il prend cette femme en haine, et c'est la jalousie qui consiste en un trouble de l'âme obligée d'aimer et de haïr à la fois le même « objet ».

« Il y a dans la jalousie plus d'amour-propre que d'amour »

LA ROCHEFOUCAULT

Nous venons d'indiquer une première ambiguïté de la jalousie (frustration et dépit), nous devons en souligner une seconde, suggérée par le texte de SPINOZA : *La jalousie est un mélange de haine et d'amour* où la proportion de haine peut être plus grande que la composante amoureuse ². Le jaloux enveloppe l'objet dans la haine du rival ; ou, pour mieux dire, la jalousie dissimule la répartition exacte des sentiments d'amour et de haine entre le sujet, l'objet et le rival dans la figure triangulaire de la situation fondamentale.

Enfin, troisième caractère ambigu : *la jalousie est un mélange de conviction et de doute*. Il est de l'essence de ce sentiment d'être une adhésion profonde, obsédante, à la

1. SPINOZA, *Éthique*, livre III, théorème 35.

2. « L'amant aime l'aimée comme le loup aime l'agneau ». Cet aphorisme de PLATON a été placé par LEVY-VALENSI (*Concours médical*, 1932, n° 20) en tête d'une de ses études sur la jalousie.

croissance qu'il existe un motif de jalousie, et d'autre part de ne constituer qu'une série d'approximations hypothétiques, de suppositions sans fin. Le jaloux est avide de certitude. Il poursuit la preuve sans l'atteindre, sans jamais pouvoir l'atteindre. Le caractère angoissant, vertigineux de la jalousie, a été bien noté par LA ROCHEFOUCAULT : « La jalousie se nourrit dans les doutes : c'est une passion qui cherche toujours de nouveaux objets d'inquiétude et de nouveaux tourments » : elle rebondit sans cesse.

Nous devons, avant d'entreprendre la psychopathologie de la jalousie, nous attarder un peu à l'étude de ses divers aspects fondamentaux (la jalousie mélange d'amour et de haine, – la jalousie blessure d'amour-propre, – la jalousie, doute, – l'ambivalence du comportement jaloux).

1° *La jalousie mélange d'amour et de haine.*

L'amour est fortement fixé sur « l'objet » dont le sujet a perdu la jouissance. Il arrive même que cette perte, à elle seule, révèle ou même déclenche l'amour ; en tout cas elle l'exacerbe, le galvanise. Il y a dans la jalousie un paroxysme de *désir* et le désir en tant que tel suppose toujours un certain obstacle et une certaine insatisfaction. La virtualité constante de l'infidélité réalise précisément l'aiguillon de l'amour et par avance justifie la souffrance, des affres, des « folies » de l'amour déçu. Mais en même temps qu'amour, dans une alternance rapide de ces deux sentiments, la jalousie est haine du rival d'abord, et plus profondément encore de l'objet. Haine intense et meurtrière d'Othello orientée vers la dislocation du bonheur des autres, « de leur bonheur », « de son bonheur ». Rage violente d'anéantir, de changer quelque chose aux jouissances des autres prises hors de soi, contre soi. – Un des aspects les plus approfondis par FREUD et les psychanalystes de cette ambivalence sentimentale est la *projection*, par le jaloux, de ses propres sentiments d'hostilité et d'infidélité à l'égard de l'objet, sur l'objet (je ne le trompe, il me trompe). A la racine de la jalousie et de l'aversion déguisée et « déplaçée » qu'elle représente, gît l'image d'un conflit qui sépare le jaloux de l'objet de son amour, l'obstacle que ses complexes inconscients dressent entre eux. Aussi la jalousie nous apparaît-elle comme l'expression d'un double courant affectif qui lie l'amoureux (ou le jaloux) à son objet : courant d'attraction et courant de répulsion. Mieux encore, l'amour doit être considéré comme un « organisme bipolaire » (LAGACHE) « dans lequel l'objet et le sujet sont coordonnés et subordonnés : le sujet reconnaît l'existence et la valeur de l'objet sans avoir à renoncer à son existence et à sa valeur propres : l'amour n'intentionne pas seulement l'objet aimé mais le tout dont le sujet et l'objet ne sont que des parties... Un tel envisagement exclut évidemment l'idée d'une possession et d'une assimilation unilatérales¹. » C'est dire que l'amour ouvre la porte à la haine qui comble le vide opéré dans le couple par la constante possibilité du refus de l'objet

... « La jalousie se nourrit dans les doutes... » LA ROCHEFOUCAULT

...Il y a dans la jalousie un paroxysme de désir et le désir en tant que tel suppose toujours un certain obstacle...

...la jalousie est haine du rival d'abord, et plus profondément encore de l'objet...

...Rage violente d'anéantir, de changer quelque chose aux jouissances des autres prises hors de soi, contre soi...

1. Lagache, II, p. 10.

de se donner au sujet et la captativité, incomplètement satisfaite du sujet. L'amour quand il explicite dans le vécu de la jalousie ce conflit latent se charge de haine.

2° *La jalousie blessure d'amour-propre.*

...Le jaloux souffre dans son honneur, dans son idéal du moi, dans sa personne sociale. Il se sent bafoué, ridiculisé....

Le jaloux souffre dans son honneur, dans son idéal du moi, dans sa personne sociale. Il se sent bafoué, ridiculisé. Il y a nécessairement un sentiment d'infériorité à la base de la frustration vécue dans la jalousie. Le jaloux se sent atteint dans sa dignité : d'où les réactions de colère qui s'ajoutent à l'agressivité de la haine. La vengeance est la forme décisive des sentiments du jaloux ; elle satisfait plus que la fureur amoureuse, le dépit de l'orgueil. L'éloignement de l'objet, sa soustraction à l'amour captatif, son attraction « vexante » pour le rival, blesse le sujet dans son sentiment de propriété et de droit exclusif. La situation vécue par le jaloux est celle d'une atteinte portée à sa personne par delà la frustration de son droit de propriété. Il se sent visé et non pas seulement volé.

...Il se sent visé et non pas seulement volé...

3° *Le doute et les hésitations du jaloux.*

La structure « intellectuelle » de l'état de jalousie est évidemment « passionnelle » (polarisation idéique exclusive, tyrannisme sentimental, monoidéisme, logique passionnelle, etc...) L'ensemble de l'idéation justificatrice se fait cependant sur le mode du doute, par des séries indéfinies de doute. C'est le doute qui commence, c'est le doute qui finit. Malgré les éclats, les certitudes affirmées, les faits allégués, les indices, les révélations, les preuves, « toutes les preuves », sans cesse le jaloux doute, comme vit dans la plus cruelle et la plus savamment/ entretenue des incertitudes le « cocu magnifique » de CROMMELYNCK. Il y a une raison à ce doute, c'est qu'il implique l'espérance. Le jaloux espère que cela n'est pas vrai, que sa jalousie proclamée peut magiquement le prémunir contre l'infidélité réelle, qu'en criant « au feu » et qu'il se brûle il se protégera de l'incendie. Mais cet espoir n'est pas nécessairement et simplement à base d'amour, il peut aussi n'être que le désir plus ou moins conscient de haïr sans être trompé, de torturer sans être torturé. Le doute exprime alors l'ambivalence du courant de la jalousie qui est à la fois un besoin de s'éloigner de l'objet et un besoin d'en jouir. De telle sorte que la « réalité » de la situation d'infidélité ne constitue pas le fond véritable de la jalousie ; cette « réalité » toujours virtuelle est sans cesse remise en question puisque aussi bien la certitude de la « présence continue et totale » (LAGACHE) de l'objet exigée par le sujet n'est jamais complète et même à certains égards est, à jamais, impossible. C'est la projection de cette exigence comme condition d'une satisfaction irréalisable en sa plénitude dans la relation sujet-objet qui compromet la sérénité de l'amour, qui le trouble et le remplit de perplexité et de jalousie.

...Il y a une raison à ce doute, c'est qu'il implique l'espérance...

4° *Le comportement jaloux.*

Le jaloux veut « savoir » par tous les moyens : il ouvre les lettres, surprend les rendez-vous, les œillades, examine le linge, scrute l'emploi du temps, calcule la vraisemblance, suppute les probabilités, vérifie les allées et venues, surveille ou fait surveiller, épie les gestes, les moindres mots, dissèque les attitudes, les lapsus, poursuit le mensonge et le flagrant délit. Sans cesse sur le qui vive, il vit un monde tout entier dirigé contre son bien et son droit. Un seul être menaçant de ne plus répondre et de se plier à son amour et tout est peuplé d'ombres, de mystères, de complots, d'intrigues et de conspirations. Pour soutenir son propre personnage, le jaloux a besoin de donner une consistance à ceux de l'infidèle et du rival et ainsi, toujours comme le « cocu magnifique », parvient-il à créer la situation que ses soupçons construisent et que sa persévérance, dans la démonstration pièce à pièce, inlassablement exige. Il tente de protéger l'objet de son amour captatif, par tous les moyens physiques (réclusion, port imposé de ceintures de chasteté), ou moraux (chantage sentimental, scènes, épreuves, feintes d'infidélité, guet-apens, etc.). Mais plus encore il essaie de lui faire du mal. Il est agressif, il humilie, injurie, frappe ; la colère monte, il doit faire un éclat, se venger, rompre le cercle qui l'étreint, tuer... Et son meurtre, à travers le corps de l'objet ou du rival atteindra les fantômes que son inconscient a interposé entre l'infidèle objet de son amour et ses propres possibilités d'aimer.

Soulignons encore que la jalousie procède par *paroxysmes*, par crises et que les rêves jouent parfois un rôle considérable dans l'établissement de la conviction passionnelle. Il n'est pas impossible en tout cas qu'ils rythment le développement de la passion jalouse.

— Quant au caractère masculin de la jalousie, si l'on peut admettre avec quelque vraisemblance que la jalousie est plus fréquente chez l'homme en raison du caractère plus typiquement captatif de l'amour masculin, les caractères mêmes de l'« hyperesthésie » jalouse et de la fragilité de la fixation amoureuse chez la femme nous rendent compte de la plus grande fréquence de la jalousie morbide chez elle (MOREAU de Tours, fils ¹).

Naturellement la jalousie, cet aspect si vivant de la vie humaine familiale et sociale, cette passion, une des plus riches en développements dramatiques, a été de tout temps un objet privilégié d'études morales, psychologiques et littéraires. A ce propos les noms de personnages des grandes tragédies, Oreste, Hermione, Othello ne sauraient manquer d'être cités. Rappelons l'analyse subtile que contient de ce sentiment l'œuvre de PROUST (Un amour de Swann). Cette violente passion humaine dont TRÉLAT ² a dit : « La jalousie portée à l'excès est une véritable folie », s'apparente ainsi

...Il tente de protéger l'objet de son amour captatif, par tous les moyens physiques [...], ou moraux...Mais plus encore il essaie de lui faire du mal. Il est agressif, il humilie, injurie, frappe...

...Rappelons l'analyse subtile que contient de ce sentiment l'œuvre de PROUST (Un amour de Swann)...

1. MOREAU (de Tours), *De la folie jalouse*, Paris, 1877.

2. TRÉLAT, *La folie lucide* (chapitre « Les jaloux »), Paris 1861, p. 137.

...la jalousie pathologique présente une structure particulière...

par son intensité même à la folie tout au moins selon l'idée d'ÉRASME, de DESCARTES et de tant de moralistes. Ce n'est pas, peut-être, nécessairement l'opinion de tous les psychiatres. Nous nous attacherons précisément à montrer que la jalousie pathologique présente une structure particulière. Elle libère en effet tout l'appareil « fantasmique » seulement contenu dans la jalousie normale laquelle est essentiellement réaction à une situation d'infidélité certaine ou plausible.

B. – JALOUSIE NORMALE ET JALOUSIE PATHOLOGIQUE

Ces sentiments, ces comportements qui constituent l'existence du jaloux, nous venons de dire qu'ils appartiennent à l'amour captatif, c'est-à-dire à la forme de la passion amoureuse qui ne peut pas être considérée purement et simplement comme pathologique du seul fait de sa violence. Un homme ou une femme qui aime et qui est en proie à ces tourments de la jalousie, à ces feux qui dévorent Hermione ou Desdemone ou Swann, n'est nécessairement pas « et *ipso facto* » un malade. Sa jalousie peut avoir une structure passionnelle normale. Mais en quoi, précisément, la passion jalouse est-elle normale ?

Tout d'abord quand la jalousie naît dans une situation effective d'infidélité, qu'elle est pour ainsi dire « contenue » par la situation elle-même qui l'a engendrée, tout ce qui vient, dans cette jalousie, de la situation « objective » d'infidélité est autant de moins qui dérive de la structure affective du sujet : c'est-à-dire qu'il n'y a pas de délire. Or il existe des critères « structuraux » de cette passion normale qui lui confèrent une physionomie spéciale : l'anxiété, les réactions d'échec, le découragement et le désir de vengeance se présentent comme un ensemble de « réactions compréhensibles » et proportionnelles aux dimensions même de la situation vitale catastrophique. Le sujet engagé dans cet événement y réagit soit comme M. Bergeret avec calme, sang-froid et résignation, soit comme ce sous-officier (objet de notre première expertise criminelle), qui, bafoué par sa femme adorée et par son « meilleur ami » qui le trompait avec un véritable raffinement de cynisme, lui trancha « froidement » la gorge. Le caractère direct, clair, réfléchi de la réaction dans l'un et l'autre cas, le « sang-froid » même avec lequel l'universitaire pondéré a accepté et le militaire passionné a « rétabli », l'un avec patience, l'autre avec violence, la situation que l'infidélité avait rompue, participent d'une analyse de motifs d'un comportement humain qui reste, pour tous, entièrement transparent, sinon exemplaires. Même lorsque le « cocu » se trouve au comble de l'émotion, celle-ci garde dans son expression, ses nuances et même ses excès une forme de souffrance qui se déroule entièrement sur le plan de la conscience et emprunte à son organisation « passionnelle » les lois de ses déterminations. Ceci est tellement vrai que l'on peut « diagnostiquer » une infidélité réelle par l'analyse de la jalousie comme nous eûmes l'occasion de le faire à propos d'un autre sous-officier que nous expertisâmes peu après

...Un homme ou une femme qui aime et qui est en proie à ces tourments de la jalousie,[...] n'est nécessairement pas « et ipso facto » un malade...

...Les « réactions compréhensibles » [...] participent d'une analyse de motifs d'un comportement humain qui reste, pour tous, entièrement transparent...

le meurtrier auquel nous faisons allusion plus haut, et qui, se croyant trompé, l'était...

Mais comme le disait malicieusement et profondément G. DE CLÉRAMBAULT à propos d'un jaloux morbide que l'on avait conduit à l'infirmerie du dépôt : « Plût au ciel, Monsieur, qu'il suffise d'être cocu pour n'être point malade ! » *Il arrive en effet que même, lorsque l'infidélité est réelle, la jalousie soit pathologique.* C'est au fond le cas des jalousies passionnelles que LAGACHE considère avec JASPERS, mais à notre avis abusivement si elles ne sont que « réactionnelles », comme « morbides » et qu'il appelle les « réactions de la personnalité ». Il s'agit là, nous y reviendrons, d'un concept assez obscur. Ce qui caractériserait cette forme de jalousie selon LAGACHE qui en fournit deux observations (sur les 51 qui font l'objet de son travail), ce sont les traits suivants : 1° La réaction ne serait pas née sans l'événement. – 2° Le contenu est en rapport compréhensible avec l'événement « bien qu'il faille faire intervenir des mécanismes extra-conscients ». – 3° L'évolution dépend de l'événement et des rapports de la réaction avec lui. – S'il en était véritablement ainsi on se demande pourquoi et au nom de quoi, ces « jalousies » devraient être considérées comme pathologiques. Mais en fait, l'étude de ces cas permet, nous semble-t-il, d'admettre un facteur « caractériel » au moins aussi important que le facteur « circonstanciel » et on revient toujours à propos d'observation de ce genre au concept « d'hyperémotivité diffuse ». Il semble bien en effet que chez ces jaloux, c'est le critère de « débordement » émotionnel qui est essentiel, c'est-à-dire que tout se passe comme si le seuil de l'émotion se trouvait anormalement bas de telle sorte que le sujet ne peut pas dominer sa situation catastrophique et qu'il se laisse submerger par elle. Et c'est pourquoi il s'agit non pas d'une simple « réaction » mais d'une réaction *inadéquante* à une infidélité même patente.

Inversement *un jaloux peut être un jaloux pathologique alors qu'il ne vit pas la situation d'infidélité comme réelle mais seulement comme possible ou virtuelle.* C'est alors la structure même de la personnalité et parfois le délire connexe qui nous font porter le diagnostic de jalousie pathologique.

Si dans ces deux cas, à vrai dire les plus délicats, le délire n'est pas manifesté, il est latent dans la structure même de la jalousie, car la jalousie morbide est toujours délirante soit qu'elle vive la situation d'infidélité *sans fondement réel*, soit qu'elle *projette* dans une situation réelle les exigences des fantasmes imaginaires et inconscients.

Nous reviendrons à la fin de cette étude sur la structure de la jalousie pathologique. Pour le moment, les réflexions qui précèdent nous suffisent pour dire que la jalousie morbide comprend classiquement les délires de jalousie et un petit secteur de réactions émotionnelles jalouses qui se développent dans l'histoire de certaines personnalités morbides.

Selon la classification de JASPERS ¹ reprise par LAGACHE et qui constitue un vrai

...« *Plût au ciel, Monsieur, qu'il suffise d'être cocu pour n'être point malade !* » ...G. de CLÉRAMBAULT

...*Il arrive en effet que même, lorsque l'infidélité est réelle, la jalousie soit pathologique...*

...[même lorsque] le délire n'est pas manifesté, il est latent dans la structure même de la jalousie, car la jalousie morbide est toujours délirante...

...la jalousie morbide comprend classiquement les délires de jalousie et un petit secteur de réactions émotionnelles jalouses...

1. K. JASPERS, Eifersuchtwahn, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1910, I, pp. 367 à 637.

progrès dans l'étude des délires de jalousie et des délires en général nous distinguerons:

- 1° La jalousie délirante comme développement de la personnalité.
- 2° La jalousie délirante déterminée par une altération processuelle de la personnalité¹.
- 3° La jalousie délirante symptomatique de processus organique.

Nous aurons l'occasion d'ailleurs en décrivant ces faits de montrer leur profonde unité.

§ II. – ÉTUDE CLINIQUE

A. – LA JALOUSIE DÉLIRANTE LIÉE AU DÉVELOPPEMENT ANORMAL DE LA PERSONNALITÉ.

...Cette classe de « délires de jalousie » correspond à la notion de « Monomanie » d'ESQUIROL...

Cette classe de « délires de jalousie » correspond à la notion de « Monomanie » d'ESQUIROL. « C'est, disait-il, une affection dans laquelle le délire est borné à un seul objet ou à un petit nombre d'objets, avec exaltation et prédominance d'une passion gaie ou triste... Le plus souvent les monomaniaques ne déraisonnent pas, mais leurs affections, leur caractère sont pervers ; par des motifs plausibles, par des explications très bien raisonnées, ils justifient de l'état actuel de leurs sentiments et excusent la bizarrerie, l'inconvenance de leur conduite. C'est ce que les auteurs ont appelé monomanie raisonnée, mais que je voudrais nommer monomanie affective ». Dans de tels délires il semble y avoir une gradation progressive, une simple différence d'intensité entre la passion normale et pathologique. C'est, tout au moins, ce qu'ont admis la plupart des auteurs classiques. Citons par exemple ce passage de MOREAU (de Tours), fils² : « Un monomaniaque dominé par la pensée de tel ou tel individu est son ennemi acharné, le déteste cordialement et désire sa perte. Il *est fou*, parce qu'il est sous l'emprise d'une croyance erronée et parce qu'il hait son ennemi ou celui qu'il regarde comme tel. Sa haine, sa jalousie sont la conséquence naturelle de son erreur. Que si l'on objecte que, son erreur détruite, ses sentiments haineux, jaloux, peuvent subsister encore, nous répondrons sans contester, ce qui, au reste, nous paraît très susceptible de l'être et qu'aucun fait bien observé n'établit, selon nous, qu'il n'y a point de haine véritable, mais plutôt une sorte de réminiscence des impressions produites par les sentiments dont l'individu est affecté. Entre cette réminiscence et la haine véritable, la même différence existe entre la sensation d'un son que l'on entend et le souvenir, la réminiscence de cette sensation ». Cette passion poussée à l'extrême a donc été considérée comme une véritable « folie partielle », une véritable monomanie, pouvant passer par toutes les phases cliniques régulières, aller depuis un simple dérangement des facultés se tra-

...MOREAU (de Tours), fils ...

1. Les notions de « processus psychique » et de « processus physique » dans la conception de JASPERS ne sont pas claires et prêtent à ambiguïté. Il vaut mieux parler de développement morbide d'une personnalité d'une part et de « délires processuels » ou mieux d'altération processuelle de la personnalité d'autre part.

2. MOREAU de Tours, fils, *De la Folie jalouse*, p. 14.

duisant par un caractère spécial de méfiance, jusqu'à l'exaltation la plus violente entraînant l'homicide et parfois aussi le suicide.

C'est au fond la même conception que l'on rencontre dans la notion de « développement de la personnalité » due à JASPERS¹.

Lorsqu'elle est due au développement d'une personnalité, la psychose présente, selon JASPERS, les caractères suivants :

« Le développement lent des symptômes, selon un mode analogue au progrès normal de la vie, tel qu'il s'est manifesté depuis l'enfance. – Les épisodes diffus n'entraînent aucun bouleversement durable. – On peut déduire la vie entière d'une prédisposition personnelle univoque » (JASPERS²).

D'après LAGACHE qui en fournit dix observations et reprend les critères de JASPERS, on peut caractériser les cas de jalousie « par développement de la personnalité » de la façon suivante :

1° Il s'agit d'individus dont les dispositions à la jalousie remontent à la jeunesse (il existe souvent des anomalies instinctives et spécialement sexuelles). – 2° Le tableau clinique apparaît de façon compréhensible à l'occasion d'événements susceptibles d'irriter la passion du sujet (Pas d'idées de persécution ou d'empoisonnement). – 3° Les idées délirantes ainsi apparues sont ranimées lors de nouvelles occasions et avec le temps s'oublie en partie, en partie se transforment : seule subsiste la tendance à des explosions nouvelles lors d'occasions appropriées.

Nous n'acceptons pas, quant à nous, sans réserves, l'idée qu'il s'agit d'une passion « excessive » ou d'un « simple développement psychogénétique d'une personnalité », pour autant qu'il s'agit précisément de véritables délires paranoïaques à structure passionnelle. Si LACAN³ admet que tout est compréhensible dans un tel développement morbide qui consisterait seulement dans l'élaboration systématique des événements dans l'histoire de l'individu (ce qui définit, nous semble-t-il, la personnalité normale) nous devons noter que plus récemment STENBERG⁴ dans son travail qui paraît avoir échappé à LAGACHE, conclut que la jalousie morbide « même sous sa forme purement paranoïaque » est irréductible au développement historique de la personnalité. Il existe dans ces cas un éréthisme émotionnel, un facteur constitutionnel et aussi des « moments féconds », des crises délirantes qui, si elles n'altèrent pas profondément et de façon progressive la personnalité impriment à sa trajectoire une modification pathologique.

...La jalousie par développement anormal de la personnalité ... (JASPER)

...Nous n'acceptons pas, quant à nous, sans réserves, l'idée qu'il s'agit d'une passion « excessive » ou d'un « simple développement psychogénétique d'une personnalité »...

...LACAN, [lui], admet que tout est compréhensible dans un tel développement morbide...

1. JASPERS, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1910.

2. JASPERS, *Ibidem*, pp. 612-613.

3. J. LACAN, *La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Thèse, Paris, 1932.

4. STENBERG, *Beitrag zur Kasuistik des Eifersuchtwahns, Acta Psychiatrica et Neurologica*, 1943, XVIII, p. 59.

C'est ce que nous allons voir en décrivant les deux types cliniques les plus connus de ces sortes de jalousie morbide : *l'hyperesthésie jalouse* et le *délire systématisé de jalousie*.

1° *L'hyperesthésie jalouse de Mairé.*

« N'atteignant pas au degré d'une monomanie et se plaçant entre celle-ci et la jalousie physiologique, dont elle ne se distingue que par une réactivité plus facile et plus grande », on peut décrire d'abord l'hyperesthésie jalouse ainsi dénommée par MAIRET.

Il s'agit de personnalités psychopathiques et le plus souvent de sujets hyperémotifs, ou anxieux. Ils réalisent le type du « jaloux constitutionnel ». La « mise en activité facile et l'intensité des vibrations », sont pour MAIRET les caractères constants de cette forme de jalousie. Le délire éclate généralement brusquement et disparaît parfois de même. La marche en est rémittente avec des exacerbations de causes diverses. Au cours de ces paroxysmes, ou dans les formes accompagnées d'angoisse on observe parfois des *rêves* en rapport avec la préoccupation malade. Une malade de MAIRET, couchée à côté de son mari, rêvait qu'il la trompait, se réveillait angoissée et lui faisait une scène comme si son rêve avait été l'expression de la réalité. A ce sujet FREUD signale que, contrairement à son opinion antérieure d'après laquelle le délire communément ne pénètre pas dans le rêve, il fut étonné de constater chez un malade l'existence dans ces rêves des idées délirantes. Mais ce fait contraste, d'après lui, avec l'observation d'un autre délirant jaloux par accès chez qui les rêves étaient « purs » de tout délire au moment de ses paroxysmes et ne montrait qu'en dehors des phases d'exaltation jalouse les tendances homosexuelles sous-jacentes. Chez un autre de ses malades, les idées de jalousie étaient rêvées avant leur apparition clinique et il a fallu l'analyse pour les déceler. – Ceci montre que dans ces deux cas le rêve accueille ce qui précisément est refoulé dans la vie de veille...

L'hyperesthésie jalouse semble une *réaction de faiblesse*. Ceux qui en sont atteints éprouvent un sentiment de détresse, de crainte. Ils ont « peur de la vie », peur du bonheur, peur de ne pas savoir retenir l'objet aimé. On peut les considérer comme porteurs d'un véritable complexe d'infériorité. Ils sont tremblants et pusillanimes. C'est d'ailleurs un type fréquent de la jalousie morbide féminine. Nous en observons actuellement un cas tout à fait typique dans notre service. Il s'agit d'une jeune femme dont la jalousie « féroce » à l'égard de son mari exprime une revendication affective plus profonde, une névrose d'échec et un sentiment de frustration et d'infériorité.

Le portrait de l'« hyperémotif jaloux » correspond assez bien à l'Octave, de MUSSET. Chez lui, l'hyperesthésie revêtait une évolution nettement *rémittente* : il avait « de bons et mauvais jours ». Ces derniers étaient marqués par des accès de méchanceté envers sa femme qu'il cherchait à avilir, en même temps qu'il souffrait lui-même cruellement. Dans ses bons jours il était en proie à une grande excitation amoureuse et

...Il s'agit de personnalités psychopathiques et le plus souvent de sujets hyperémotifs, ou anxieux. Ils réalisent le type du « jaloux constitutionnel »...

...Ils ont « peur de la vie », peur du bonheur, peur de ne pas savoir retenir l'objet aimé...

...l'« hyperémotif jaloux » correspond assez bien à l'Octave, de MUSSET...

au besoin de se faire pardonner, mais le moindre geste ou le moindre mot pouvait réveiller son émoi. L'observation ¹ de LAIGNEL-LAVASTINE, NEVEU, et M^{lle} JOUANNAIS (1942) qui montre l'apparition d'une « idée prévalente et jalouse » chez un hyperémotif et son développement « en secteur » peut être donné comme un exemple démonstratif de cette forme clinique.

Les observations III, IV, et V de LAGACHE paraissent également entrer dans ce groupe. Son observation III (Jeanne D. R., 50 ans) est particulièrement intéressante. Les réactions paranoïaques et les épisodes de jalousie qui se succèdent dans sa vie amoureuse et conjugale constituaient comme chez notre malade ² la continuation de réactions analogues manifestes déjà dans son enfance. Fille d'un psychopathe instable, son existence révéla de nombreux traits de perversion sexuelle. Elle fut jalouse de sa sœur cadette. Il semble, dit LAGACHE très justement, que la notion d'*arrêt du développement* est ici plus adéquate que celle de développement de la personnalité et il paraît en être bien ainsi, en effet, pour tous les malades de ce groupe. Une vie psychique tumultueuse, des traits de déséquilibre de type hystérique, mythomaniaque, hyperémotif, cyclothymique, etc... des conflits sexuels importants, une labilité extrême du comportement, constituent les traits essentiels de cette arriération affective.

Chez les sujets de type cyclothymique, les dispositions à la jalousie ne sont pas rares, empruntant au pôle mélancolique la faiblesse et l'anxiété qui la sous-tendent, au pôle maniaque les éléments d'une passion sthénique qui la renforcent. Chez les *obsédés*, l'idée s'impose à l'esprit avec conscience alors que la volonté fait effort pour lui résister. Il est très fréquent que la tension passionnelle, la polarisation de cette forme de jalousie prenne l'aspect d'une « idée prévalente » ou d'une « obsession » ou parfois d'une « phobie ». La jalousie des *hystériques* a été étudiée par TRUBERT ³ dans sa thèse, elle se manifeste naturellement par les paroxysmes, les excès névropathiques caractéristiques de cette névrose.

Enfin chez les *vieillards* on peut observer en dehors de tout autre cause des manifestations de jalousie dans lesquelles l'hyperémotivité joue le principal rôle. Il en était peut-être ainsi de ces deux vieillards de la thèse de RUIN ⁴ qui tirèrent des coups de revolver au cours de scènes de jalousie reposant sur des motifs plausibles mais au cours desquelles se manifestèrent des réactions anxieuses et émotives violentes ⁵.

...Chez les sujets de type cyclothymique, les dispositions à la jalousie ne sont pas rares...

...les deux vieillards de la thèse de RUIN tirèrent des coups de revolver au cours de scènes de jalousie...

1. M^{lle} JOUANNAIS, *Ann. Médico-Psycho.*, 1942.

2. Le jour même où nous corrigeons les épreuves de cet ouvrage nous avons été consulté pour un cas également tout à fait démonstratif. Il s'agit d'une femme de 50 ans ayant toujours vécu la situation affective de la frustration et qui développe une « hyperesthésie jalouse » constituant une « expérience » de *revendication* paranoïaque.

3. TRUBERT, Thèse, Paris, 1929.

4. RUIN, *La jalousie homicide*, Thèse, Paris, 1932.

5. Ce type de jaloux est décrit dans la littérature classique également tels l'Arnolphe des *Femmes Savantes*, le Bartholo du *Barbier de Séville*, etc.

2° *Le délire systématisé de jalousie.*

Le malade y accède par le développement de la personnalité dont nous avons reproduit les caractères, d'après la conception de JASPERS.

Le premier, BOMBARDA ¹, a dégagé en 1896 et 1899 le type de ce *délire systématisé de jalousie*, il admettait que son évolution exigeait le terrain de la paranoïa : « Sont des paranoïaques, certains jaloux, méfiants, faisant sans raison à leur femme une vie de « martyr de la foi conjugale ». MAIRET a très bien décrit les phases et les caractères de ce délire. Le *début* en est marqué par l'apparition de l'*idée fixe de jalousie*. Celle-ci naît du *doute*, mais ce doute a pour point de départ un motif futile. Ce premier doute suppose et crée à la fois la perplexité fondamentale et une certitude approximative selon une ambivalence qui est maxima dans cette forme pathologique. Chez l'un, c'est une remarque faite par une voisine sur l'amabilité d'un tiers envers sa femme, remarque à laquelle il ne fait d'abord pas attention et qui lui « reviendra » à l'esprit comme ayant une signification désobligeante pour lui. Un autre rentrant le soir à l'improviste et après avoir heurté à la porte avant que sa femme vienne lui ouvrir, trouve le lit non défait et s' imagine qu'elle n'a pu coucher que dans le lit du propriétaire. Une femme, après vingt-quatre ans de mariage, se demande un jour si ce sont bien les affaires qui empêchent son mari de rentrer déjeuner à son domicile à midi. Une autre excitée génésiquement et dont le mari ne peut satisfaire tous les désirs, s' imagine que c'est parce qu'il a des maîtresses, etc.

Après avoir parfois éprouvé une honte, toute passagère de sa suspicion, le jaloux délirant cherche à *confirmer son doute*. Contrairement au jaloux « normal » il ne cherche pas de preuves précises qui, si elles étaient négatives, lui feraient abandonner son soupçon mais il s'adresse aux faits les plus futiles et les moins démonstratifs pour obtenir l'impossible confirmation de son doute. Telle l'histoire du gendarme chez qui le doute paraissait être né de la constatation d'une tache suspecte et qui confirmait les craintes qu'il avait des relations de sa femme avec un de ses collègues sur le simple fait que celui-ci avait chargé sa femme de lui « rapporter des choux du marché... »

En somme, il s'agit d'un malaise envahissant et indéfiniment progressif. Il s'amplifie par la suite, le thème délirant s'enrichissant à travers les expériences vitales qui se présentent comme dans un véritable *délire d'interprétation*. L'idée de jalousie devenue fixe, tout est mis en œuvre pour arriver à une preuve patente de l'infortune conjugale. Le jaloux se livre à une série d'investigations. « Il semblerait, dit MAIRET, qu'un homme qui, comme le monomane, a acquis la conviction de son infortune conjugale, conviction telle que les raisons les plus péremptoires qu'on peut lui donner de l'inanité de son idée ne sauraient ébranler celle-ci, il semblerait, dis-je, qu'un pareil homme n'ait pas besoin de preuves plus patentes de son malheur que celles sur lesquelles il fait

1. BOMBARDA, Délire systématisé de jalousie, *Arm. Méd.-Psycho*, 1902, II, p. 208.

...Le premier, BOMBARDA, a dégagé en 1896 et 1899 le type de ce délire systématisé de jalousie...

...Le début en est marqué par l'apparition de l'idée fixe de jalousie. Celle-ci naît du doute...

...le jaloux délirant cherche à confirmer son doute...

...le thème délirant s'enrichissant à travers les expériences vitales qui se présentent comme dans un véritable délire d'interprétation...

reposer cette idée. Il n'en est rien cependant; ne possédant pas de preuves palpables de l'infidélité de son conjoint, ces preuves il voudrait les avoir et met tout en œuvre pour les obtenir » (MAIRET). Les investigations sont de toutes sortes : le jaloux surveille sa femme dans les moindres faits et gestes, se dissimule pour la surprendre, l'épie dans sa toilette, l'observe dans ses parfums, flaire ses vêtements quand elle rentre, il examine son linge et s'il trouve quelque trace suspecte l'examine à la loupe ou la fait analyser, ses lettres sont décachetées, il va jusqu'à supposer une cryptographie compliquée, etc. Une observation de PARANT nous montre un jaloux espionnant sa femme, jugeant que si elle était fatiguée c'est qu'elle venait de se livrer à son amant, etc... Il était à l'affût des regards furtivement échangés entre elle et un passant. Un matin il alla visiter toutes les églises de la ville pour l'y chercher, jugeant que c'est là qu'elle aurait dû être et que ne s'y trouvant pas, elle ne pouvait être qu'en mauvaise compagnie. Les rapports incestueux sont naturellement particulièrement soupçonnés par le monomane jaloux ¹.

Beaucoup de ces délirants ne se contentent pas d'investigations. Ils ont recours à des mesures de contrôle et de probation de toutes sortes pour mettre un terme à leur perplexité sinon à leur infortune. Tel jaloux suit tous les mouvements de sa femme, lui défend de parler à personne et ne la laisse aller à la fontaine qu'en la regardant du pas de la porte. Tel autre l'oblige à le suivre partout où il va, et même à passer avec lui la nuit dehors pour surveiller ses foins coupés. Un autre, obligé de quitter quelques jours son domicile et ne pouvant emmener sa femme, l'enferme dans sa chambre après avoir fait grillager les fenêtres et la cage de l'escalier. MAIRET cite le cas d'un délirant jaloux qui, couché auprès de sa femme, craignait qu'elle ne l'endorme avec un narcotique pour aller courir à quelque rendez-vous ou qu'elle ne reçoive quelque amant dans son lit : il mit alors derrière la porte une table chargée de vaisselle afin qu'à la moindre tentative il soit réveillé. Un autre de ses malades jetait de la cendre devant la porte de sa chambre pour s'assurer que personne n'était entré pendant la nuit. Certains attachent leur femme au lit, l'un d'eux garrotait la sienne avec une courroie, sans d'ailleurs parvenir à assurer sa tranquillité : se réveillant parfois dans la nuit il palpait les cuisses de sa femme et « s'il les trouvait fraîches, pensait immédiatement qu'elle avait profité de son sommeil pour courir à la débauche » (MAIRET). Un malade de BOMBARDA qui soumettait son épouse à une véritable inquisition garnissait toutes les portes de cadenas. Un malade que nous sommes en train d'expertiser barricadait sa porte la nuit avec un cadenas dont il avait seul le secret ; mais des fétus de paille de contrôle lui ayant « montré » que sa femme (qui est « si fine ») parvenait à s'échapper il en a conclu qu'elle lui versait une poudre qui l'endormait et, nouveau « sérum de vérité », lui faisait trahir son secret... La réclusion, les garrots, les filatures par agences de polices privées,

...ces preuves il voudrait les avoir et met tout en œuvre pour les obtenir » (MAIRET).

...Ils ont recours à des mesures de contrôle et de probation de toutes sortes...

1. Nous verrons plus loin que l'explication de cette fréquence ne doit pas être cherchée seulement dans les conditions occasionnelles et la promiscuité de l'habitation.

les ceintures de chasteté sont les moyens les plus usuels de contrainte et de vérification employés par ces délirants jaloux.

...L'évolution de ce délire peut, selon MAIRET, se faire avec la persistance de la seule idée délirante de jalousie...

L'évolution de ce délire peut, selon MAIRET, se faire avec la persistance de la seule idée délirante de jalousie, il s'agit alors de *monomanie de jalousie pure* ou *d'idée fixe de jalousie*. Dans certains cas cependant s'ajoutent les idées de persécution : c'est la *monomanie jalouse avec délire de persécution* et le jaloux se comporte comme un persécuté-persécuteur. Dans l'évolution de la « *monomanie jalouse pure* » nous voyons persister avec une intensité croissante l'idée fixe. Cette forme correspond à la brève description que nous venons de rappeler du délire systématisé progressif de BOMBARDA. « L'éloignement du conjoint, contrairement à ce qui se passe dans l'hyperesthésie jalouse, ne fait pas disparaître le délire, elle atténue seulement son activité ». Séparé de son milieu familial, le malade paraît souvent calme, affirme même avec énergie la disparition de toute idée de jalousie : mais celle-ci reprend souvent dès la sortie. Pour MAIRET, la « monomanie jalouse » reste indéfiniment ce qu'elle est, ou bien, ajoutait-il, elle aboutit à un moment donné à une « folie » dont la forme est variable ; rarement elle aboutirait à la démence, éventualité que l'on observerait par contre plus souvent lorsqu'il s'agit de « *monomanie avec délire de persécution* ». On voit quand il s'agit de cette dernière forme s'ajouter au thème de jalousie, les persécutions de toutes sortes avec plaintes aux autorités. Mais, pour MAIRET, « la différence qui distingue le persécuté-persécuteur jaloux du persécuté ordinaire, c'est que chez lui l'idée fixe de jalousie est le pivot autour duquel se cristallisent les idées de persécution ». C'est ainsi que le persécuté jaloux accuse souvent l'épouse coupable de l'empoisonner et le complice de se moquer de lui ouvertement.

...l'idée fixe de jalousie est le pivot autour duquel se cristallisent les idées de persécution...

BOMBARDA a rapporté l'observation d'un délirant jaloux qui peut servir de type de description de cette forme. Il eut beaucoup de peine à le faire interner, vingt médecins ayant refusé d'attester la folie. Suspectant depuis de nombreuses années l'infidélité de sa femme, ce malade croyait ses enfants adultérins et il la persécutait sans cesse. Il trouvait partout de nombreuses traces de sperme. Il croyait que ses persécuteurs s'ingéniaient à des manœuvres extraordinairement compliquées pour pénétrer chez lui. L'un d'eux entrait par la fenêtre, ayant loué la maison d'à-côté, il passait par le premier étage et sautait dans la maison du malade d'une fenêtre à l'autre. A l'approche du mari, il fuyait par la fenêtre du fond. En sortant de là, il allait dormir avec la propre fille du malade. Les enfants s'étaient entendus avec leur mère pour qu'elle le trahisse. Une fois l'audace de sa femme et de son amant alla jusqu'à « pratiquer l'infamie à sa barbe », cela s'était passé sur une chaise-longue de la pièce voisine, la porte de communication avec sa chambre étant ouverte pendant un court moment où le sommeil l'avait pris. Les jupes de la femme avaient servi à cacher l'amant de telle sorte qu'il était impossible qu'on le vît. A l'asile il ne doutait pas de la complicité de sa femme et du médecin, et

il les soupçonnait de vouloir l'empoisonner, aussi se méfiait-il des médicaments qu'on voulait lui faire prendre.

LAGACHE a rapporté sept cas (6 à 13) qui sont tous fort intéressants. Voici les conclusions qu'il tire de l'analyse de ces observations. Il a pu mettre en évidence des antécédents héréditaires chez ces malades mais il écarte l'idée d'une hérédité similaire. Les traits de caractère jaloux remontent à l'enfance mais sont intriqués à d'autres traits d'arriération affective (fixation à la mère, conflit avec la mère, rivalité fraternelle, conflit œdipien, etc...) pour constituer « un ensemble caractériel complexe ». Les dispositions paranoïaques ou hypersthéniques, les traits du caractère sensitif de KRETSCHMER existent souvent. C'est sur ce terrain que se développe le délire après un « travail de maturation de la prédisposition ». Cette élaboration progressive obéit, selon LAGACHE, aux règles suivantes :

1° Dans la plupart des cas, l'anamnèse révèle une prédisposition, souvent sous la forme d'un caractère sthénique, dominateur, avec propension au sentiment d'injustice subie, ou tout au moins d'indices d'une telle disposition sous la forme de traits de la série paranoïaque ; mais il ne s'agit pas d'une prédisposition univoque comprenant explicitement la jalousie.

2° Pendant un long espace de temps, souvent plusieurs années, ces sujets vivent une situation objectivement ou non insatisfaisante, le plus souvent cette frustration est éprouvée dans le domaine de la vie conjugale, mais il s'y ajoute des frustrations dans le domaine de la vie professionnelle et des ambitions personnelles qui sont transposées en jalousie par un mécanisme de déplacement.

3° L'état de jalousie se développe d'une manière généralement insidieuse et progressive jusqu'à des paroxysmes dans lesquels aux aspirations déçues font suite des réactions revendicatrices et agressives.

Le noyau psychologique du développement de ces jalousies réside dans la transformation de l'avidité frustrée et blessée en revendication agressive. Voici un extrait de l'observation VII de LAGACHE.

Il s'agit de Marie J. âgée de 40 ans. A 21 ans un jeune homme, dont elle ne voulait pas, l'aurait violée pour l'engrosser et la contraindre au mariage. Ayant connu son futur mari, plus jeune qu'elle de six ans, elle continuait de fréquenter son ancien amant. Peu d'amour pour son mari mais satisfaction sexuelle dans les rapports conjugaux. Conflits avec la belle-famille, longue période de « jalousie diffuse ». Soupçons, surveillance puis cristallisation du délire.

On note les particularités suivantes :

1°. Au cours de toute son histoire et de toute l'observation, elle se montre très attachée à la mère qui regrette elle-même qu'elle se soit mariée à cause de ses crises de folie ; l'attitude de la mère, révélée spontanément, complète et pour une part suscite celle de la fille.

...LAGACHE en a rapporté sept cas...

...une prédisposition... avec un caractère sthénique, dominateur; et propension au sentiment d'injustice subie...

...une situation objectivement ou non insatisfaisante...

...aux aspirations déçues font suite des réactions revendicatrices...

...observation de LAGACHE...

- 2° Attachement vif pour le père.
- 3° Indices de rivalité fraternelle : elle estime que son père préférerait sa sœur et son frère.
- 4° Attachement passionné pour le frère plus jeune.
- 5° Éducation sévère de la mère.
- 6° Vie sérieuse et même sauvage pendant l'adolescence.
- 7° Malgré une affection persistante pour un garçon de son pays, reste pour lui une « sœur ».
- 8° La perte de sa virginité est attribuée à un viol ; la responsabilité de sa liaison avec son futur mari est rejetée sur lui ; elle reste « moralement » pure.

Le caractère paranoïaque ne permet pas de ramener ces traits à l'unité, bien que l'on trouve parmi eux certains traits dont la valeur paranoïaque s'affirmera ; caractère passionné des attachements familiaux, difficulté à se détacher, indices de jalousie, tendance à l'introversion, tendance à s'innocenter et à rejeter la responsabilité sur autrui. D'une façon concrète, le caractère trouve son unité dans la notion de fixation familiale : il s'agit d'une femme insuffisamment sevrée de sa famille et, par voie de corrélation, défavorablement disposée à s'ouvrir à une vie sociale plus large et à la vie amoureuse.

...observation de
LAGACHE...

4°. L'échec conjugal sanctionne ces dispositions défavorables. Dès le début de sa vie de ménage, elle a été mise en garde en apprenant que son mari n'était pas « sérieux » sans que cette information ait suscité aucune jalousie immédiate et apparente. Pour que celle-ci se développe, il faudra l'action progressive d'un conflit conjugal chronique : sexuellement satisfaite – au moins le prétend-elle – elle n'a jamais été complètement heureuse ; la grossesse et les accouchements pénibles, le surmenage maternel et domestique ne sont pas compensés par les manifestations tangibles d'amour et d'intérêt qu'elle attend ; elle voit son mari comme n'ayant d'intérêt et de générosité que pour ses amis et sa propre famille ; celle-ci, selon la patiente, a toujours voulu la dominer et lui a toujours reproché d'avoir trop d'enfants et pas de métier ; le conflit conjugal s'élargit au conflit des deux familles, et dans la mesure où elle rejette son mari vers sa belle-famille, elle se replie elle-même sur la sienne. De son entourage, de ses voisins, elle ne veut fréquenter personne.

Le conflit entre ses désirs et la réalité se développe de 1926 à 1933. Il y a déjà de la jalousie dans le reproche qu'elle fait à son mari : il n'aime pas sa femme et ses enfants, il préfère ses amis et ses propres parents. C'est en 1933 que les idées d'infidélité conjugale se forment ; elle commence à le surveiller en dissimulant ses soupçons (« je l'ai assez étudié ») qui se concrétisent à la faveur de quelques incidents. En 1935, elle confie sa jalousie à sa mère qui la juge immotivée. En 1936, avec la quarantaine – elle est un peu plus âgée que son mari – la jalousie s'exacerbe ; elle se sent négligée à cause du second métier de son mari, justifié amplement par ses charges. Un séjour d'été au voisinage des beaux-parents aggrave la tension. Et la jalousie se cristallise enfin sur une cliente de son mari, infirmière dans l'hôpital où il est cuisinier, et de réputation douteuse.

Ainsi la réaction revendicatrice de 1936 n'est qu'un fragment et le couronnement d'un développement paranoïaque de la personnalité dont les temps sont les suivants :

I. Dans la jeunesse, on constate des traits de caractère de tonalité paranoïaque, comme la jalousie, la stabilité très marquée des liens affectifs ; il est probable que le tempérament était déjà excitable et sthénique ; on n'est cependant pas autorisé par l'en-

quête biographique à parler de caractère paranoïaque ; l'ensemble des dispositions se cristallise dans la fixation familiale marquée qui entravera le développement des relations sociales et amoureuses ; il y a convergence entre les dispositions de la malade et la sévérité morale de la mère, son désir de garder sa fille auprès d'elle et de ne pas l'exposer aux risques du mariage.

II. Au cours des sept premières années de ménage, la malade est rebutée par la réalité, qui lui apporte plus d'exigences que de satisfactions à ses désirs ; les torts en sont attribués au mari, considéré comme trop attaché à sa famille, ce qui est précisément le cas de la patiente.

III. De cet état général de frustration on passe à une jalousie plus spécifiquement amoureuse et conjugale qui se manifeste d'abord par des soupçons et une surveillance dissimulés.

IV. Sur ce fond se constituent, à la faveur d'incidents, des épisodes interprétatifs et revendicatifs à thème de jalousie. L'opposition entre le désir et la réalité continue à exercer son action profonde et continue. Ainsi le ton du conflit conjugal monte et cette ascension aboutit à l'état paroxystique de septembre 1936.

Nous pouvons rapprocher de cette observation un cas personnel :

M^{me} M... 51 ans, est entrée dans mon service pour un délire de jalousie avec menace de mort à l'égard de son mari, voies de fait, conviction profonde de la culpabilité du conjoint, basée sur des interprétations délirantes, dont certaines à caractère rétrospectif.

...un cas personnel...

Il s'agissait d'une psychose paranoïaque à type de revendication passionnelle avec construction d'un système démonstratif de pseudo-constats et d'accumulation de preuves dérisoires. L'ensemble du comportement et de la conviction passionnelle était très sthénique et entraînait une attitude de protestation violente contre l'internement. L'analyse (corroborée par deux narco-analyses) décelait sous des tendances hétéro-agressives un substratum masochiste à tendances auto-punitives. Insatisfaction conjugale. Refus de rapports contre nature et accusation complémentaire du vice de la rivale. Dans ce cas qui pouvait paraître purement psychogénétique, la nature morbide de la jalousie transparaissait dans le fond cyclothymique, hyperesthésie émotionnelle considérable et une profonde névrose d'angoisse. L'acmé passionnel ayant entraîné l'internement s'était accompagné d'une expérience délirante avec obnubilation de la conscience entraînant une amnésie très nette des événements qui furent la cause directe de l'admission dans mon service.

La nature pathologique de cette jalousie se trouvait confirmée par ses antécédents héréditaires : sa grand'mère maternelle avait présenté une crise mélancolique. Une des sœurs a été neurasthénique et l'autre internée au Canada comme paranoïaque.

Qu'il s'agisse d'*hyperesthésie jalouse* ou de *délire d'interprétation systématisé de jalousie*, à la base de tous ces délires il existe des bouleversements de la structure formelle de la vie psychique qui rendent ces états « incompréhensibles » dans le sens de JASPERS¹. L'analyse de ces délires révèle en effet un état de déséquilibre foncier, des crises d'excitation, des expériences délirantes complexes, tous phénomènes *hétéro-*

... L'analyse de ces délires révèle un état de déséquilibre foncier, des crises d'excitation, des expériences délirantes complexes, tous phénomènes hétérogènes...

1. Cette « incompréhensibilité » constitue la structure formelle de ces délires. Elle est si patente pour un clinicien exercé que dès que le jaloux est examiné, nous saute aux yeux la « typicité » de ces délires, leurs caractères évolutifs et leurs aspects séméiologiques.

gènes, quant au développement de la personnalité. Pour si loin que nous permettent d'aller les relations de compréhension qui lient le délire à la personnalité, elles ne nous rendent pas compte du délire.

B. — LA JALOUSIE DÉLIRANTE SECONDAIRE A L'ALTÉRATION PROCESSUELLE DE LA PERSONNALITÉ

... ces délires ne diffèrent des précédents, [...] que par leur caractère plus nettement « processuels », c'est-à-dire par la fréquence, l'intensité et la durée des expériences délirantes primaires...

Pour nous ces délires ne diffèrent des précédents, dont nous venons de souligner qu'ils ne sauraient se réduire à un développement psychogénétique, que par leur caractère plus nettement « processuels », c'est-à-dire par la fréquence, l'intensité et la durée des expériences délirantes primaires. Aussi donnons-nous ici les critères de JASPERS non point comme des critères différentiels à l'égard des délires que nous venons d'étudier mais comme des critères communs aux deux groupes de délires.

La psychose par processus, selon JASPERS, se présente avec les caractères suivants. « On constate, dit-il, qu'à partir d'un moment déterminé, un nouveau développement s'inaugure. Il y a irruption toujours nouvelle d'instances psychiques hétérogènes. Que le bouleversement soit passager ou durable il dépend du processus sous-jacent. Il existe une absence anarchique de régularité dans le décours des symptômes mentaux. Toutes les manifestations se succèdent en des transitions où n'apparaît aucune dérivation psychologique ; car elles dépendent ordinairement du processus ». C'est à partir de l'analyse de deux observations que JASPERS a décrit ces délires de jalousie conditionnés par un processus, description dont se détachent quelques particularités cliniques caractéristiques :

1° Il s'agit de personnes « un peu particulières » qui montrent un certain entêtement et sont assez excitables sans d'ailleurs que l'on puisse les distinguer des milliers de personnes présentant les mêmes traits.

2° Le délire de jalousie (bientôt suivi d'idées de persécution) se déclare dans un laps de temps relativement court ne dépassant pas un an environ.

3° Cette formation délirante est accompagnée de symptômes divers : inquiétude (n'as-tu rien entendu ?), idées délirantes d'être observé... Illusions de la mémoire. « Les écailles lui tombent des yeux ». Symptômes somatiques interprétés.

4° Ces malades s'entendent à relater d'une manière très expressive le fait de leur empoisonnement et les états effrayants qui ont suivi. On n'a aucun point d'appui pour affirmer les hallucinations.

5° On ne trouve aucune cause extérieure au déclenchement de tout le processus (à savoir ni modification quelconque des circonstances de la vie ni le plus mince accident).

6° Dans le cours ultérieur de la vie (7 à 18 ans) aucune adjonction de nouvelles idées délirantes, mais le sujet garde son délire ancien, ne l'oublie pas, il considère son

contenu comme la clef de sa destinée et traduit sa conviction par des actes. Il est possible et vraisemblable que se parachèvent les idées délirantes, mais cela se limite à antidater certaines données de l'époque fatale relativement courte et du temps qui l'a précédée. Le sujet n'est pas réticent.

7° Il n'est pas question d'un affaiblissement démentiel quelconque. Il y a eu un dérangement délirant qu'on peut concevoir comme localisé en un point et la personnalité ancienne l'élabore rationnellement avec ses sentiments et ses instincts anciens.

8° Ces personnalités présentent un complexe de symptômes qu'on peut rapprocher de l'hypomanie ; conscience de soi jamais défaillante, irritabilité, tendance à la colère et à l'optimisme, dispositions qui à la moindre occasion se renversent en leur contraire, activité incessante, joie d'entreprendre. On se rapportera à la thèse de LACAN ¹ à défaut de pouvoir se rapporter à l'article de JASPERS ².

LAGACHE ³ a insisté à son tour :

1° Sur l'impossibilité d'une interprétation compréhensive à partir des événements ou du caractère.

2° Sur un certain nombre de troubles concomitants : inquiétude, illusion de la mémoire, idées d'empoisonnement, etc...

3° Sur la constitution rapide (en moins d'un an) d'une systématisation dont les expériences délirantes initiales constituent la clé de voûte. L'observation publiée par MINKOWSKI ⁴ lui paraît à cet égard typique ; le délire était enveloppé dans une atmosphère de mystère, il se situait dans un « espace noir » analogue à celui que nous avons devant nous, homogène et monotone, quand nous fermons les yeux. La jalousie dans ce cas se développa sur le thème d'infidélité homosexuelle et le rival, ami du mari, avait été précisément l'amant de la malade. A cette projection complexuelle manifeste correspondait une pensée très altérée (trouble de la conscience de soi, étrangeté des sentiments, aliénation de la pensée et de la parole intérieure, altération de la perception d'autrui, échange de personnalité entre elle et autrui). Autant dire que la jalousie perdait de sa pureté pour se fondre dans un contexte délirant et hallucinatoire.

Les observations de LAGACHE qui correspondent à ce type de « délire procesuel » sont au nombre de dix. Dans un premier groupe (3 observations) il s'agit d'états de jalousie contemporains des altérations de la personnalité. Constitution rapide du délire, idées d'empoisonnement, imprécision des soupçons et des preuves, déformation de la perception du moment et des personnages de la situation-triangulaire, situation complexuelle manifeste, etc., tels sont les traits majeurs de ce type de

...Ces personnalités présentent un complexe de symptômes qu'on peut rapprocher de l'hypomanie...

...observation publiée par MINKOWSKI...

...la jalousie [perd] de sa pureté pour se fondre dans un contexte délirant et hallucinatoire...

1. LACAN, Thèse, Paris, 1932.

2. JASPERS, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1910.

3. LAGACHE, pp. 105 à 220 du t.1.

4. MINKOWSKI, Jalousie morbide sur un fond d'automatisme mental, *Ann. Médico-Psycho.*, 1929, 11.

jalousie morbide qui se confond plus ou moins avec l'évolution de psychoses schizophréniques ¹. Le cas de Dominique (observation XVI) est particulièrement intéressant et LAGACHE insiste spécialement sur la projection anachronique du thème dans le passé, sur l'incongruence de ce passé avec le présent et sur la charge de bouleversement que la jalousie emprunte au moment présent pour s'édifier dans le passé. La jalousie de Dominique est comme étrangère à sa personnalité, elle est, dirions-nous, essentiellement « fantasmique ». Les observations XVII et XVIII constituent un deuxième groupe caractérisé par le fait qu'après un processus psychotique d'altération de la personnalité, il se forme une jalousie anachronique également tournée vers le passé. – Enfin dans un troisième groupe de faits (observations XIX à XXII) c'est la jalousie qui « inaugure le processus », c'est-à-dire que la jalousie morbide, d'abord analogue à un « délire passionnel » (pour lequel on emploie généralement le terme de « paranoïaque » en raison de sa « clarté », et dont on parle avec JASPERS, LACAN OU LAGACHE comme d'un simple développement de la personnalité) devient ensuite manifestement « processuelle » ; de telles observations sont d'un intérêt considérable, car elles montrent précisément que l'on ne saurait séparer, répétons-le, le « délire-développement d'une personnalité » du « délire-processus », le premier étant à nos yeux déjà « processus » dans la mesure même où il est délire.

...l'on ne saurait séparer, [à nos yeux] répétons-le, le « délire-développement d'une personnalité » du « délire-processus »...

C. – LA JALOUSIE MORBIDE SYMPTOMATIQUE DE PROCESSUS ORGANIQUE

Nous venons de dire que le « délire-développement de la personnalité » est à rapprocher du « délire-processus », nous pouvons ajouter que ces délires « sans conditionnement organique connu » sont à leur tour à rapprocher de ce qui se passe dans les formes pathologiques de « jalousie par processus organique ». Tant il est vrai que « délire », « processus » et « maladie » sont les synonymes par lesquels on désigne le même bouleversement somato-psychique que nous appelons « psychose ». Ce n'est donc que par un artifice, dont nous sommes conscients, et parce qu'ici, nous pouvons faire état d'un processus étiologique connu ou plausible que nous étudions à part ces « délires de jalousie symptomatiques ».

...« délire », « processus » et « maladie » sont les synonymes par lesquels on désigne le même bouleversement somato-psychique que nous appelons « psychose ».

1° *Le délire de jalousie alcoolique.*

En premier lieu il convient d'étudier le *délire alcoolique de jalousie*. Il fut étudié par MARCEL ² déjà en 1847.

1. Nous n'étudierons pas ici tous les aspects cliniques de la jalousie dans les psychoses. Pour ce qui est des « idées de jalousie » dans la démence précoce, on consultera le travail de P. ABELY et C. FEUILLET (*Ann. Méd.-Psycho.*, 1941, II, pp. 75 à 87).

2. MARCEL, *De la folie causée par les boissons alcooliques*, Paris, 1847.

– En Allemagne COHEN VAN BAREN¹ (1846) et KRAFFT-EBING² (1891) attribuèrent une importance considérable à l'alcoolisme dans l'étiologie de la jalousie, puisqu'ils estimaient que 80% des alcooliques sont des jaloux. – En 1901, PARANT³ rappelait que l'action de l'alcoolisme, tout en ne faisant bien souvent que concourir avec celle d'autres causes, telles que dégénérescence et troubles sexuels, peut faire naître le délire de jalousie en dehors de tout « tempérament jaloux ». Cependant plus récemment DUPOUY, CHATAGNON et TRELLES⁴, étaient d'un avis opposé et pour eux l'alcool ne crée pas la jalousie ; il exerce seulement une action libératrice et stimulante sur les dispositions paranoïaques de jalousies préexistantes. Pour LAGACHE l'action de l'alcool est d'abord « quantitative », c'est-à-dire que l'alcool entraîne une diminution du contrôle et stimule les automatismes ; mais elle est aussi qualitative en s'exerçant électivement sur les fonctions sexuelles.

Ce délire de jalousie presque spécifique du sexe masculin s'élabore dans les accès aigus alcooliques, mais on le rencontre plus ou moins organisé, plus ou moins intense, plus ou moins durable dans toutes les manifestations de l'alcoolisme.

Dans les délires alcooliques aigus, les idées de jalousie sont fréquentes. On peut observer des ivresses jalouses, des états d'onirisme jaloux qui, le plus souvent éphémères, peuvent cependant ne constituer qu'une étape vers un délire permanent plus ou moins systématisé.

Mais c'est surtout dans l'alcoolisme chronique que le délire de jalousie est le plus fréquent. Il se manifeste, après une période d'incubation, par des soupçons à point de départ souvent nocturnes. Ce délire est excessivement tenace et survit même à l'imprégnation alcoolique.

Le « *délire d'interprétation à forme jalouse des Buveurs* »⁵ a été anciennement étudié par ESCOUBE⁶, BATTIER⁶ et ISCOVESCU⁷. R. MIGNOT⁸ soulignait que ces délires s'édifient sur des interprétations plutôt que sur des hallucinations ; « c'est le type parfait des psychoses à base d'interprétations délirantes », écrivait-il. SÉRIEUX et CAPGRAS⁹ ont mis l'accent sur les « éclipses » et les accès « paroxystiques » qui rythment l'évolution de ces délires, véritables « moments féconds » de l'inspiration jalouse morbide. Ce sont en un certain sens des « délires de rêve à rêve », de « confusion à confusion ». Au cours de ces délires chroniques en effet apparaissent des accès subai-

...le délire alcoolique de jalousie. Il fut étudié par MARCEL déjà en 1847...

« c'est le type parfait des psychoses à base d'interprétations délirantes », écrivait R. MIGNOT...

1. COHEN VAN BAREN, *Zeitsch. für Psych.*, t. I, p. 601.

2. KRAFFT-EBING, *Traité clinique et Médecine Légale des Aliénés*.

3. PARANT, *Les délires de jalousie*, Thèse, Paris, 1901.

4. DUPOUY, CHATAGNON et TRELLES, Présentation de deux jaloux, *Soc. Méd. Ment.*, 1930.

5. *L'Eifersuchtwahn der Trunkler*, des auteurs allemands.

6. Cités par NEVEU, Thèse, Paris, 1941.

7. ISCOVESCU, *Des idées de jalousie dans le délire alcoolique*, Thèse, Paris, 1898.

8. TRIBOULET, MATHIEU, MIGNOT, *Traité de l'Alcoolisme*, Paris, 1903.

9. SÉRIEUX et CAPGRAS, *Le délire d'interprétations*, 1909.

...tous les classiques ont insisté sur l'érotisme et l'obscénité des représentations dans les rêves et les hallucinations pénibles de ces malades...

gus qui aggravent le pronostic et pendant lesquels s'exacerbent les idées délirantes. Ces « expériences délirantes aiguës » plus ou moins *oniriques* s'accompagnent de troubles psychosensoriels comme dans la fameuse observation de GARNIER ¹ où le malade frappait l'image hallucinatoire de l'amant de sa femme. – Rappelons enfin que tous les classiques ont insisté sur l'*érotisme* et l'*obscénité* des représentations dans les rêves et les hallucinations pénibles de ces malades.

Pour LAGACHE ², les délires de jalousie alcoolique se présentent, en clinique, selon toute une gamme de types. Il distingue : 1° la jalousie ébrieuse (1 cas) ; 2° les réactions psychologiques morbides du type de la jalousie passionnelle morbide ou « hyperesthésie jalouse » des classiques (4 cas) ; 3° les délires d'interprétation qui s'amendent dans le délai de la désintoxication toxique (3 cas) ; 4° des états de jalousie du type du délire chronique d'interprétation (1 cas) ; 5 des bouffées interprétatives avec altération de la personnalité (1 cas) ; 6° des états de jalousie du type de la psychose hallucinatoire chronique (1 cas) ; 7° des états de jalousie de type confuso-chronique du *delirium tremens* (1 cas) ; 8° enfin des cas mixtes où s'intriquent les divers symptômes et les divers mécanismes (1 cas). – Il insiste sur les caractères communs de tous ces cas : *éretisme affectif* de caractère mixte plus net que chez le passionnel ou l'interprétant – rôle considérable de la *lubricité* et de la *perversité sexuelle* dans les représentations délirantes – *troubles sexuels* et notamment impuissance – caractère *bruyant, scandaleux et obscène* des manifestations – aggravation sous l'influence des *facteurs d'alcoolisation* (influence saisonnière, vespérale, nocturne) – enfin, fréquence des *idées d'empoisonnement* en rapport avec les troubles digestifs.

NEVEU ³ dans son étude des « délires chroniques » a noté lui aussi et une fois de plus la fréquence des « idées de jalousie » chez les alcooliques : elles se développent, dit-il, sur un fond d'interprétations. Quelquefois, elles peuvent être inconscientes et ne s'exprimer que dans le rêve. « Celui-ci peut être la source d'une conviction délirante et cette conviction est parfois entretenue par des rêves successifs partiellement amnésiques, origine d'un sentiment de jalousie inexplicé. Dans une de ses observations, son malade exprime dans la jalousie à l'égard de sa mère la haine qu'il ressentait à son égard et ses rêves de coït incestueux révélaient naturellement des tendances œdipiennes profondes. D'autres fois, c'est dans l'hallucination que se projette la jalousie. Le thème de jalousie doit être rapproché d'après NEVEU de celui d'agression sexuelle si fréquent également dans les délires alcooliques et de celui d'empoisonnement qui lie, pour ainsi dire, la haine à la vengeance perfide dans l'événement persécutif.

LLOPIS LLORET et A. ESCUDERO ORTUNO ⁴ ont récemment bien analysé la structure formelle de la conscience onirique de jalousie dans le *delirium tremens*. Ils ont insisté sur la multiplicité de l'image du rival (série de personnages, arabes, soldats, etc.).

...la multiplicité de l'image du rival...

1. GARNIER, 11, pp. 239 à 292.

2. LAGACHE, I, pp. 239 à 292.

3. NEVEU, *Les Délires chroniques des alcooliques*, Thèse, Paris, 1941.

4. LLOPIS LLORET et A. ESCUDERO ORTUNO, El delirio de infidelidad conjugal múltiple. *Actas luso-españolas de Netto. y Psiq.*, 1948, pp. 217 à 225.

2° *La jalousie morbide des toxicomanes.*

LAGACHE (Observation VII) a décrit la jalousie d'un dessinateur de 49 ans déséquilibré, pervers, émotif impulsif, et éthéromane. La surexcitation psychomotrice, l'instabilité agressive, l'excitation érotique et perverse en constituaient les traits essentiels. LAGACHE fait remarquer à ce sujet très justement que les particularités cliniques ne dépendent pas de propriétés spécifiques du toxique, mais que « en grande partie (elles) se ramènent à la profondeur de la désintégration ». Dans ces jalousies toxiques, ajoute-t-il, « la jalousie a ses racines les plus anciennes dans le déséquilibre psychique et la situation vitale ».

...les particularités cliniques ne dépendent pas de propriétés spécifiques du toxique...

3° *Dans les affections cérébrales.*

Les observations sont rares. Signalons cependant le cas de LAGACHE (XXVI) qui est intéressant à cet égard. Il s'agissait d'un malade de 31 ans, atteint d'épilepsie Bravais-Jacksonienne, post-traumatique avec syndrome de WEBER. Au cours d'accidents paroxystiques, le malade présentait des états de jalousie avec délire d'agression homosexuelle « ayant un minimum de liens avec la personnalité ».

Les idées délirantes de jalousie dans l'*encéphalite épidémique* peuvent se développer à la suite des expériences délirantes érotiques, oniriques ou oniroïdes qui s'observent dans cette affection.

On trouvera à cet égard des observations intéressantes dans les travaux de CLAUDE et Henri EY ¹ et de DUPOUY, COURTOIS et BOREL ². Là encore l'onirisme constitue le miroir où jouent et se mêlent les fantaisies et toutes les « imagos » qui constituent la formule complexuelle de la jalousie. DUPOUY, CHATAGNON et TRELLES ³ ont admis que le processus encéphalitique réalisait une véritable « néoformation » jalouse, tant le développement d'une jalousie morbide leur ayant paru directement engendré par l'encéphalite.

4° *Dans la démence sénile.*

Il est assez fréquent d'observer des idées de jalousie, chez les vieillards, fait signalé par CHRISTIANSEN ⁴ dès 1895. Il cite des observations comme celle d'un maniaque de soixante-dix ans dont la femme, disait-il, « avait une baraque de prostitution à la foire du trône », et celle d'un vieillard mélancolique qui s'entendait appeler « le cerf » et se levait la nuit pour chercher les amants de sa femme. Dans sa thèse fort intéressante, PUYUELO ⁵ étudie avec un peu plus de détails la jalousie morbide des vieillards.

1. CLAUDE et Henri EY, Troubles psychosensoriels et états oniriques dans l'Encéphalite épidémique chronique. *Presse Médicale*, 1933.

2. DUPOUY, COURTOIS et BOREL, Délire de jalousie chez les Parkinsoniens, *Ann. Médico-Psycho.*, 1932, 11.

3. DUPOUY, CHATAGNON et TRELLES, *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1930.

4. CHRISTIANSEN, *Le délire érotique des vieillards*.

5. PUYUELO, *La jalousie*, Thèse de Bordeaux, 1935, pp. 93 à 98.

Chez certains vieillards la jalousie apparaît comme un symptôme précoce de démence sénile, contrastant généralement avec le caractère antérieur du malade. Le délire participe des troubles intellectuels séniles, « les idées délirantes sont absurdes, invraisemblables, contradictoires et offrent le cachet de la démence sur laquelle elles sont implantées ». On observe parfois des troubles psycho-sensoriels et le malade se montre d'une très grande irritabilité et d'une violente grossièreté. Les idées de jalousie ne sont pas toujours pures, elles se mêlent à des idées hypochondriaques et à des idées de persécution, d'empoisonnement, d'indignité, plus ou moins systématisées. L'excitation génésique considérable a frappé les observateurs. Les fantasmes œdipiens renversés se mêlent à cet érotisme jaloux. C'était le cas pour le malade dont PARANT rapporte d'après RESPINE l'observation : à 67 ans et depuis quelques années, il se livrait à des excès sexuels et tua par jalousie sa fille qu'il avait surprise avec un amant.

5° Dans la paralysie générale.

L'éventualité des délires de jalousie soit au cours de l'évolution soit surtout au début (comme dans le cas d'HEUYER et DESCLAUX¹) est bien connue également et nous n'y insisterons pas.

§ III. – STRUCTURE DE LA JALOUSIE MORBIDE

La jalousie morbide, essentiellement *délirante* comme nous venons de le voir, est une *passion* pathologique. Mais une passion qui structurellement est incommensurable avec la passion normale. C'est une passion dont le développement est purement *interne* et absolument *irrationnel*. Sans doute peut-il paraître naïf de vouloir caractériser la passion pathologique par les qualités, somme toute, communes à toute passion, mais nous allons voir que la structure interne et irrationnelle de la passion morbide jalouse est précisément différente de la structure passionnelle normale.

Rapportons-nous au chapitre fondamental que D. LAGACHE a consacré à ce problème². Il rappelle que l'on peut soutenir avec DESCURET³ que l'état passionnel de la jalousie normale et celui de la jalousie pathologique ne diffèrent que par la durée: au cours des passions invétérées, dit-il, on peut observer des « paroxysmes de folie ». Mais on se demande comment alors peut *se poser* le problème d'une « jalousie morbide » qui *s'impose* pourtant au clinicien. On peut soutenir aussi que toute jalousie est morbide et c'est ce que ne manquent pas de faire de nombreux psychiatres qui acceptent de « considérer comme pathologique » tout état passionnel assez intense pour

1. HEUYER et DESCLAUX, *Ann. Méd.-Psycho.*, 1943, I, p. 439.

2. LAGACHE, *De la jalousie non pathologique ou jalousie psychologique*, I, pp. 305 à 320.

3. DESCURET, *La Médecine des Passions*, 1844. Consulter sur ce point aussi l'ouvrage de P. MOREAU (de Tours) fils, (*De la folie jalouse*, 1877) où cette thèse est affirmée sous l'autorité de TRÉLAT.

...[dans la démence sénile], Les idées de jalousie ne sont pas toujours pures, elles se mêlent à des idées hypochondriaques et à des idées de persécution, d'empoisonnement, d'indignité...

...La jalousie morbide, essentiellement délirante [...] est une passion pathologique.[...] Son développement est purement interne et absolument irrationnel...

entraîner des réactions dangereuses. Lorsque, à la Société médico-psychologique, CAPGRAS ¹ fit sa communication sur les « crimes et délires passionnels » une longue discussion s'en suivit et on peut établir ainsi les conclusions de ce débat. Quand il s'agit vraiment de délire passionnel de revendication, 1° le criminel est remarquablement lucide, impassible et satisfait ; 2° les conceptions délirantes transparaissent dans le contenu et les extravagances du thème (monstruosité des motifs et des mobiles de la persécution ou de la jalousie et des actes « justiciers ») ; 3° la personnalité du criminel est une personnalité psychopathique, « déséquilibrée » ; 4° l'état passionnel est porté à son paroxysme. Autant dire que tous ces critères ne sont pas très convaincants. Mais ce qui l'est davantage c'est, encore une fois, la nécessité qui s'impose à nous tous, de poser le problème, c'est-à-dire de sentir qu'il existe une différence entre la passion vécue par un être normal et la passion vécue sur un registre pathologique. C'est au fond, à la thèse de CANGUILHEM ², qu'il faut s'en tenir : ce qui définit l'homme pathologique c'est ce par quoi il n'est plus « normatif », c'est-à-dire qu'il n'est plus capable de répondre aux fluctuations du milieu en élaborant de nouvelles normes. La maladie à cet égard est un rétrécissement et une impuissance. C'est, dit, à son tour, LAGACHE, « un remaniement structural qui fait passer du monde personnel de l'homme sain au monde personnel du malade ». Autrement dit, c'est une *régression*, terme que LAGACHE n'emploie qu'avec une étonnante réserve alors qu'il nous paraît susceptible d'orienter la solution du problème. Peut-être, en y recourant plus résolument, se serait-il épargné le paradoxe de sa position, lorsqu'il présente le pathologique comme caractérisé par la formation d'une « norme », c'est-à-dire, précise-t-il, une attitude stabilisée, une disposition permanente de la personne et, pour le cas particulier de la jalousie, « une manière constante et habituelle de vivre la relation amoureuse et sexuelle ». Cette manière *d'équilibre* ou de surcompensation caractérise bien, en effet, tout système paranoïaque et le délire passionnel en particulier, mais, outre qu'il n'est qu'un effet d'un bouleversement initial et primordial proprement processuel, il représente une manière d'être si constante, si rigide, si irréversible qu'il est, justement, le contraire d'une « norme ». Il est « anormal » parce qu'il est l'effet d'un accident évolutif, d'une fixation anachronique ou d'une dissolution. C'est la modalité *régressive* qui constitue la maladie, et non point la prétendue modalité « normative » d'une simple « réaction » qui ne nous paraît pas compatible avec la notion même de maladie.

...C'est la modalité régressive qui constitue la maladie, et non point la prétendue modalité « normative » d'une simple « réaction »...

Or, si toute passion – et Dieu sait si les théologiens-moralistes ont insisté sur cet aspect du « Traité des Passions » – est un état d'infériorité en ce sens que l'être qui se livre à ces « excès », à ces « débordements », est plus près de la bête que de l'ange, il

1. CAPGRAS, Crimes et délires passionnels, *Soc. Médico-Psycho.*, 1927.

2. CANGUILHEM, *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et la pathologique*, Thèse, Strasbourg, 1943.

n'en reste pas moins que la passion normale a un double caractère fondamental : elle est adaptée à une situation vitale et elle peut être « dominée ». Le premier de ces caractères soustrait la passion à une détermination purement interne de ses mobiles. Sans doute – et c'est en cela qu'elle est « passion » – est-elle subie comme une exigence issue de soi-même pour autant que je me pose et que je m'oppose comme « revendicant », « avide », « emporté », etc., dans l'élan et la véhémence de mon être profond dressé de toute sa fureur contre l'événement, les circonstances et le milieu social. Mais elle est née, sinon entièrement nourrie, de ma mise en situation dans le monde. Issue de cette situation, même si j'y ajoute le complément constitutif de mes instincts, ma passion en épouse les contours, en subit le sens et le poids. De telle sorte que la passion normale est pour ainsi dire soudée à son second critère : dépendant essentiellement d'une situation, c'est-à-dire d'une manière d'être dans un aspect concret et fini du monde, elle dépend de la conscience que je prends de cette situation, c'est-à-dire d'un acquiescement implicite de mon jugement ou mieux de sa conformité à ma conception réfléchie du monde, laquelle, pour être à l'arrière-plan, n'en demeure pas moins présente. Pour si frénétique que soit le mouvement auquel je m'abandonne, pour si violent et irrésistible que soit le tourbillon de mes sentiments je garde la possibilité de me ressaisir et, après m'être livré à cette « folie », de la surmonter. Elle est un « paroxysme » consenti et, somme toute, sinon contrôlé, du moins contrôlable.

C'est précisément ce que ne peut pas être la maladie et c'est en quoi elle est malade. La forme passionnelle qu'affecte la maladie, est un effet et non une cause de cette manière de vivre les tourments de la frustration, c'est-à-dire d'être enfermé dans sa passion, de la subir et de s'y engouffrer. Ici *l'endogénéité* et *l'irrationalité* de la jalousie morbide sont les qualités structurales et formelles de la conscience délirante. C'est ce qui nous explique que les études particulières de JASPERS sur la jalousie morbide aient conduit justement à la psychopathologie générale de la pensée délirante. C'est ce qui nous explique encore que G. DE CLÉRAMBAULT ait pu si admirablement décrire la morphologie des délires passionnels, c'est-à-dire en déterminer la structure formelle¹ : « Il existe certes, écrivait-il en 1921, des cas limites mais dans l'immense majorité des cas la différenciation entre état passionnel banal et état passionnel morbide est possible. Les critères en outre de la table thématique (coexistence typique des formules et des thèmes) sont l'intensité des réactions, la persistance, l'incoercibilité, la dyslogie, l'hypertonie, sur fond de perversité et d'impulsivité ».

La légitimité même du concept de « jalousie morbide », reconnue de si éclatante façon, nous incite donc à en établir ses caractéristiques structurales fondamentales.

1. D. DE CLÉRAMBAULT, *Les psychoses passionnelles*, Œuvre, pp. 323 à 449.

...l'endogénéité et l'irrationalité de la jalousie morbide sont les qualités structurales et formelles de la conscience délirante. C'est ce qui nous explique que les études particulières de JASPERS sur la jalousie morbide aient conduit justement à la psychopathologie générale de la pensée délirante...

Les modifications de l'activité noétique constituent les modalités propres de l'irrationnalité de la jalousie morbide. Répétons-le de crainte de paraître l'oublier : certes, tout état passionnel est – c'est un lieu commun – essentiellement irrationnel et soumis aux lois de la « logique affective », c'est-à-dire, en fin de compte, soustrait aux lois de la logique tout court ; mais la « conscience » du jaloux morbide et ses modes de connaissance constituent une chute de niveau ¹ en ce sens que la pensée du jaloux pathologique a perdu non seulement sa clarté et sa rationalité, ce qui est le cas de toute « connaissance » passionnelle, mais la *possibilité* d'être claire et rationnelle. C'est ce qui nous explique qu'une étude de la « jalousie vécue », quand elle prend pour objet presque exclusif de son analyse la jalousie morbide, comme celle de LAGACHE, met perpétuellement en évidence les modalités de connaissance paranoïaque que LACAN avait magistralement exposées, il y a quelques années ². Les altérations de l'activité noétique sont majeures dans ces « moments féconds », ou ces « phases matricielles » des délires de jalousie qui se présentent en clinique sous forme onirique, oniroïde, maniaque, etc. Le cas des délires alcooliques de jalousie est à cet égard absolument probant. Ce que nous avons dit des élaborations de la jalousie dans le rêve ou les phases parahypniques rejoint cette constatation. Mais, même quand le jaloux est « lucide » et « calme », sa pensée garde l'empreinte de cette profonde modification de sa vie psychique. Rapportons-nous à cet égard à l'analyse par LAGACHE de ses cas « Anna » et « Simon » ³. Leurs expériences fondamentales se sont constituées sur la base de sentiments pathologiques, effets de la régression de la pensée vers ses formes magiques et archaïques de connaissance. Les expériences « Imaginatives » de « l'intrusion », du « regard », de la « trahison », et de l'« excommunication » sont vécues, comme les « postulats passionnels » de G. DE CLÉRAMBAULT, sur un registre de projection quasi ou même typiquement hallucinatoire. Les fausses perceptions, les illusions, les interprétations, constituent les sources classiques de cette connaissance : « La place des pressentiments anxieux, des illusions, des fausses connaissances, des fantasmes, des rêves parmi les matériaux de la croyance montre bien le rôle de l'à priori représenté par les structures intentionnelles de l'amour jaloux et le postulat de la jalousie » ⁴. On conçoit que la « connaissance » jalouse morbide qui plonge ses racines profondes dans le monde des images, comme nous le verrons plus loin, emprunte, à la fois, son système de valeurs « assératives », ses hésitations ⁵, son perpétuel doute, ses

...Les modifications de l'activité noétique constituent les modalités propres de l'irrationnalité de la jalousie morbide...

...l'analyse la jalousie morbide, comme celle de LAGACHE, met perpétuellement en évidence les modalités de la connaissance paranoïaque... (LACAN)...

1. LAGACHE, II, p. 114.

2. Conférence de 1932 à l'Évolution psychiatrique restée inédite.

3. LAGACHE, II, pp. 95 à 126.

4. LAGACHE, II, p. 101.

5. Le caractère classiquement *douleur* de la jalousie s'explique, dit excellemment LAGACHE, II, p. 115, par le décalage entre les possibilités d'une connaissance psychologique et les aspirations de la connaissance jalouse qui vise à la certitude de l'être.

soudaines illuminations, ses « pseudo-constats », la furtivité même des événements qui lui fournissent sa trame, à une organisation noétique de la conscience profondément altérée. Lorsqu'il s'agit d'une régression plus profonde (formes paranoïdes) on peut, avec LAGACHE¹ distinguer des formes assératives, interprétatives (« à la limite des hallucinations verbales périphériques »), imaginatives, hallucinatoires verbales orinoïdes avec rêve persécutif et enfin oniriques. Cette dernière forme, remarque LAGACHE, est très intéressante « parce qu'elle réalise pleinement l'aspiration scopophilique immanente à la connaissance jalouse ».

...Le monde de la jalousie morbide est un monde chancelant [...] C'est le monde qui reflète l'inconsistance de la conscience, sa perplexité et sa dispersion dans une pluralité chaotique de forces antagonistes. Autrement dit, c'est le monde de l'angoisse...

C'est ainsi que le monde de la jalousie morbide est un monde *chancelant*, trait qui nous paraît plus fondamental que LAGACHE ne paraît l'avoir vu. C'est le monde qui reflète l'inconsistance de la conscience, sa perplexité et sa dispersion dans une pluralité chaotique de forces antagonistes. Autrement dit, c'est le monde de l'angoisse. LAGACHE a été davantage frappé par le *rétrécissement* de l'univers jaloux : « A ce monde rétréci dans l'espace et le temps, l'entourage cosmique et social constitue un horizon qui n'est ni vide ni indifférent. Cet entourage immédiat est aussi un monde qui se refuse, un monde qui chez les paranoïdes devient hostile et inquiétant » (II, p. 94). Peut-être pourrions-nous dire qu'il a raison d'étudier la « concentration sur le monde privé » du monde jaloux dans les formes délirantes systématisées, qui constituent les psychoses paranoïaques, mais que la jalousie des « états aigus » et des délires paranoïdes (qui s'organisent au même niveau, généralement profond, que ces états aigus) est le signe, l'effet, d'une dislocation de la conscience, laquelle prive le monde de son atmosphère de sécurité comme l'être de ses pouvoirs ou de ses droits de conquête et de possession.

...Ainsi paraît bien établie la structure proprement « négative », déficitaire de la jalousie pathologique...

Ainsi paraît bien établie la structure proprement « négative », déficitaire de la jalousie pathologique. Elle prend sa source dans la désorganisation formelle de la conscience morbide, elle exprime et vit dans un thème significatif de défiance, la structure croulante de la réalité.

...Le fantôme du rival jaillit d'un besoin profond de vivre la situation amoureuse, [...], comme un drame « à trois » et ouvert...

La structure fantasmique de la jalousie morbide éclate avec évidence dans la substitution du roman délirant à la réalité, mais aussi dans le complément d'imaginaire que le jaloux morbide ajoute à une situation d'infidélité réelle ou plausible. Elle se joue sur le plan des images et n'a pour ainsi dire besoin de recourir à aucune réalité pour naître et se développer. Tout entière enracinée dans la dynamique complexe de l'être, ce sont ses exigences qu'elle exprime et c'est la projection de ses images qui constitue le faux événement de l'intrusion. Ce sont les conflits internes qui sont figurés sur la scène délirante de la jalousie. Le fantôme du rival jaillit d'un besoin profond de vivre la situation amoureuse, non pas comme un « tête à tête » ou un « corps à corps » privé, mais comme un drame « à trois » et ouvert.

1. LAGACHE, II, p. 113.

La structure « triangulaire » de la jalousie exige ici, en l'absence de rival « réel », l'intervention d'un rival imaginaire dont le personnage totalement ou partiellement fictif incarne la puissance néfaste, d'agressivité et de perversité qui émane du jaloux lui-même. Cette intrusion fantasmique modifie les positions respectives du jaloux et de l'objet de sa jalousie. Nous avons déjà souligné combien l'amour jaloux contenait de haine. La virtualité de ce courant affectif négatif s'actualise sans toutefois se démasquer, dans l'inversion des proportions amour-haine : « Je l'aime » ne devient pas « je le hais » mais tout le comportement se charge du sens de cette haine inconsciente et on sait quelle agressivité se décharge constamment sur le partenaire, malheureuse victime de l'amour jaloux¹. Si la jalousie déploie sa haine sous l'apparence de l'amour, c'est certainement parce que le « partenaire » n'est pas, ne peut jamais être idéal. « Le partenaire idéal propre à remplir les aspirations de l'amour jaloux ne peut être qu'un partenaire imaginaire. Un être réel ne peut être actuellement possédé en totalité : il ne se donne que par « facettes » dans des présentations auxquelles le tout de son existence passée, présente et future constitue un horizon représenté » (LAGACHE). Tel est le drame éternel de l'amour, car, dans une relation réelle, le degré de la « déception fondamentale » corrélatif au caractère captatif de l'amour ménage toujours dans le couple la possibilité du dépit, de l'infidélité et de la vengeance. C'est cette « altéralité » (LAGACHE) du partenaire qui est la blessure profonde, la faille de l'amour par où s'infiltré avec la haine, l'image de *l'Autre*. Ainsi se glisse dans la figure linéaire, dans le « lien » de l'amour, la possibilité d'une autre présence et « le jaloux cherche à réaliser la présence de ce qui par essence est absent, conduite de présentification, d'avoir-possession et d'avoir-jouissance dans la jalousie rétrospective et la jalousie prospective » (LAGACHE). Dans la jalousie, pourrions-nous dire, le jaloux remplace une absence affective par une présence irréaliste.

Mais il y a plus et l'image du « Rival » ne comble pas seulement un vide, une absence ou un inassouvissement, il introduit dans la relation amoureuse une substitution d'objet. Nous avons vu à propos de l'homosexualité² que l'image de son propre corps sexué et du corps de l'autre sexe forment un bloc primitif que le choix objectal dissocie sans le diviser complètement. De même se cacher, voir ou être vu, sont des moments d'un même cycle de la relation amoureuse pour autant que le regard constitue la forme fondamentale de cette relation³. La situation triangulaire de la jalousie morbide représente un retour à ces fantasmes, nœud de la situation œdipienne et lieu géométrique de l'identification de Soi avec l'un ou l'autre sexe.

...C'est cette « altéralité » (LAGACHE) du partenaire qui est la blessure profonde, la faille de l'amour par où s'infiltré avec la haine, l'image de l'Autre...

...le jaloux remplace une absence affective par une présence irréaliste...

1. Le meurtre du partenaire semble être plus fréquent de la part de l'homme jaloux tandis que la femme jalouse tue de préférence sa rivale (LAGACHE). C'est peut-être parce que la femme va moins directement jusqu'au bout de ses fantasmes.

2. Étude n° 13, *Perversité et Perversions*.

3. Étude n° 12, *Exhibitionnisme*.

...c'est à l'immanente ambivalence de notre système pulsionnel que correspond le fantasme de l'intrusion du rival...

Autrement dit, c'est à l'immanente ambivalence de notre système pulsionnel que correspond le *fantasme de l'intrusion du rival*. Soit qu'il double le sexe du partenaire « infidèle » quand la trahison de celui-ci est présumée homosexuelle, et permette une satisfaction symétrique et secrète. Soit qu'il introduise un tiers du même sexe que le jaloux (cas le plus fréquent) dans le couple et élargisse ainsi jusqu'à l'inverser le plaisir d'aimer. Soit enfin que ce fantasme du rival domine jusqu'à l'abolir l'image de l'infidèle. Toutes situations ou possibilités qui s'expriment en termes approximatifs de la fameuse formule de FREUD « je ne l'aime pas lui, c'est elle qui l'aime ».

Or c'est une des dimensions structurales les plus authentiques de la jalousie morbide que de mettre à jour ce substratum complexe de la jalousie¹. Tout ce que l'on a dit (et que nous avons rappelé plus haut) sur la « lubricité » et la « perversité » des jaloux alcooliques, encéphaliques, etc... les exemples cliniques que la pratique nous offre constamment (et dont on trouvera dans l'ouvrage de LAGACHE de très belles observations), la fréquence des « composantes » homosexuelles, incestueuses, exhibitionnistes, scopophilique, sadique ou masochiste, des délires de jalousie, tous ces traits typiques de la jalousie pathologique nous permettent de mieux la saisir pour ce qu'elle est. Si l'amour est d'autant plus fort et normal qu'il enferme deux êtres de sexe opposé dans l'espace rigoureusement clos d'un corps double et seulement double ; si la jalousie normale est la crainte ou le dépit d'une intrusion effective dans cet espace fermé, la jalousie morbide est une production fantasmique qui n'introduit pas, (puisqu'elles y sont déjà incluses), mais qui libère les « imagos » antagonistes dont est formée l'image unique du partenaire, en tant qu'objet de la relation amoureuse. Cette division de l'objet, en ses parties constitutives, est l'essence de la jalousie complexe. Ainsi, c'est l'opacité et l'actualité d'une image jusque-là transparente et virtuelle qui, en faisant apparaître le « Rival », cristallise le délire de jalousie.

...Cette division de l'objet, en ses parties constitutives, est l'essence de la jalousie complexe...

1. Pour HESNARD (*L'univers morbide de la faute*, 1949. L'attribution au partenaire de la déchéance morale dans le délire de jalousie, pp. 125 à 131) l'accusation d'infidélité projette sur le partenaire l'auto-accusation et l'auto-punition. Dans cette perspective qui s'inscrit naturellement dans la dialectique inconsciente de la jalousie morbide l'image du Rival est celle du Bourreau exigé par la « pseudo-morale » de l'Inconscient.

JALOUSIE MORBIDE

BIBLIOGRAPHIE

- P. MOREAU (de Tours) fils, *La folie jalouse*, 1877, I vol.
- BOMBARDA, *O delirio de ciarne*, Lisbonne, 1896.
- ISCOVESCU (M.), *Contribution à l'étude des idées jalouses dans le délire alcoolique* 1898.
- DOREZ (Armand), *La jalousie morbide*, 1899, Thèse.
- ESCOUBE (J.), *La jalousie morbide des alcooliques*, 1899.
- PARANT (V.) fils, *Les délires de jalousie*, 1901.
- MAIRET (A.), *La jalousie, Étude psychophysiologique*, 1908, I vol.
- JASPERS (K.), Eifersuchtswahn, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1910, t. I, pp. 567, à 637.
- FRIEDMANN, *Ueber die Psychologie. Eifersucht. Grenzfragen der Nerven und Seelen*, 1911.
- MONNIER (A.), *La jalousie passion avec le délire jaloux interprétatif*, Bordeaux, 1925.
- FREUD, Neurotischen Mechan. bei Eifersucht, Paranoïa und Homosexualität, *Sammlt. Werke*, t. XIII.
- COURBON (Paul) et FAIL (Gabriel), Pseudo-délire de jalousie passive chez une hypomaniaque, *Bull. Soc. clin. Méd.-Ment.*, 1928, p. 45.
- MINKOWSKI (E.), Jalousie pathologique sur fond d'automatisme mental, *Ann. Méd.-Psycho.*, 1929, p. 24.
- DUPOUY (R.), CHATAGNON (P.) et TRELLES, Présentation de deux jaloux, *Bull. Soc. clin. Méd.-Ment.*, 1930, p. 34.
- DUPOUY (R.), COURTOIS (A.) et BOUL (J.), Délire de jalousie chez un parkinsonien post-encéphalique, *Ann. Méd.-Psycho.*, 1932, t. II, p. 49.
- GONZALEZ (Gabriel), *La jalousie. Étude médico-psychol.* Thèse, Paris, 1932.
- LÉVY-VALENSI, Amour et délire de jalousie, *Concours Médical*, mai 1932.
- HAHN (B.), Eifersucht als Neurose, *Forsch. d. Med.*, 24 avril 1933, t. II, n. 16, p. 236.
- RUIN, *La jalousie homicide*, Thèse, Paris, 1933.
- COURBON et LECONTE, Délire systématisé de jalousie conjugale, *S. Méd.-Psycho.*, 8 mars 1934, p. 391.
- P. SCHIFF, Les Paranoïas et la Psychanalyse, Rapport à la *Neuvième Conférence des Psychanalystes de Langue Française*, 1935.
- CLAUDE, Les délires de jalousie, *Prog. Méd.*, 7 déc. 1935, n. 49.
- COURBON (P.) et LECONTE (M.), Efficacité d'intimidation sur un cas de délire de jalousie, *Ann. Méd.-Psycho.*, 1935, t. I, p. 791.
- PUYUELO (R.), *La jalousie. Étude méd.-psychol.*, Thèse, Bordeaux, 1935.
- VEDRANI (G.), Delirio di gelosia paranoico, *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 1937, vol. XXVI, p. 853.

- NUTINI (Gino), Delirio di gelosia paranoico, *Rassegna di Studi Psichiatria*, 1938, p. 258.
- WOHLFARTH (Paul), Zur Psychol. des Mordes und Eifersucht, *Archivio Generale di Neurologia Psichiatria e Psychoanalisi*, 1938, vol. XIX, p. 276.
- GRUHLE (Hans W.), Partielle Geschäftsunfähigkeit. Partielle Zurechnung-unfähigkeit (Eifersucht), *Der Nervenarzt*, 1940, p. 544.
- ABELY (P.) et FEUILLET, Les idées délirantes de jalousie dans la démence précoce, *Ann. Méd.-Psycho.*, 28 avril 1941, juin-juillet 1941, t. II, n. 1 et 2, p. 75, 1941.
- LAIGNEL-LAVASTINE, NEVEU (P.) et JOUANNAIS (M^{lle}), Syndrome passionnel de jalousie, *Ann. Méd.-Psycho.*, Séance 9 mars 1942, t. I, n. 4-5, avril-mai 1942, p. 239, 1942.
- HEUYER et DESCLAUX, Réactions de jalousie ayant déterminé l'internement d'un paralytique général au début, *Ann. Méd.-Psycho.*, avril 1943, t. I, n° 4, p. 439.
- STENBERG (S.), Beitrage zur Kasuistik des Eifersuchtwahnes, *Acta psichiatria et neurologia*, 1943, t. XVIII, fasc. I, p. 59.
- LAGACHE, *La jalousie amoureuse*, 1947, 2 vol.

Étude n° 19

MÉGALOMANIE

9. Les troubles de la mémoire.
10. La catatonie.
11. Impulsions.
12. Exhibitionnisme.
13. Perversité et perversions.
14. Le suicide pathologique.
15. Anxiété morbide.
16. Délire des négations.
17. Hypochondrie.
18. Jalousie morbide.
19. *Mégélanie.*

Par les « idées de grandeur » s'exprime une surestimation de tous les attributs de possession, de puissance et de valeur du Moi. Elles s'accompagnent souvent, mais pas toujours, de sentiments euphoriques. Car, si la joie exalte les dispositions mégélaniques et ambitieuses, on les retrouve aussi dans d'autres constellations psycho-affectives telles que l'orgueil, le sentiment de persécution et même nous le verrons dans l'infinité de la douleur. C'est dire que le « thème de grandeur », dès que nous l'approchons, nous paraît refléter des structures délirantes très diverses.

...Définition...

L'Historique des « idées de grandeur », du « délire ambitieux », des « conceptions mégélaniques », reflète d'ailleurs la diversité des complexes affectifs et délirants dont l'idée de grandeur n'est qu'un fragment. Tout d'abord avec BAYLE, les idées de grandeur sous leur forme euphorique, expansive, furent rattachées à la « folie paralytique ». Plus tard FOVILLE (1889) entendit décrire une variété spéciale de délirants chroniques plus ou moins nettement opposés aux persécutés : les mégélanes. Le travail d'épuration clinique que FALRET, LASÈGUE, FOVILLE, MAGNAN, LEGRAND DU SAULLE, KRAEPELIN, etc.. concoururent à mener à bien dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, révéla bientôt et rendit classique la profonde unité des thèmes de persécution et de grandeur. Autant dire que la mégélanie fut alors étudiée en dehors de ce fonds euphorique qui lui avait été primitivement reconnu, comme un thème qui se développe souvent au sein de l'inquiétude et peut jaillir de la douleur morale elle-même. On comprend que KLEIN (1888), dans sa thèse, ait consacré cette division sommaire des idées de grandeur, en délires euphoriques et délires sans euphorie... Dans la suite, à propos de l'*autisme schizophrénique*, BLEULER (1911), appliquant les premières conceptions de FREUD, a montré que l'expansion mégélanique exprime le narcissisme ou compense le heurt avec la dure réalité au terme des mécanismes de *compensation* sur lesquels ADLER¹ a tant insisté. Depuis on n'a cessé de broder sur ces thèmes.

...Tout d'abord avec BAYLE...

...Plus tard FOVILLE (1889)...

...Dans la suite, à propos de l'*autisme schizophrénique*, [et la compensation narcissique] BLEULER (1911)...

...mécanismes de compensation décrits par ADLER (1912)

Il est remarquable d'ailleurs que les délires mégélaniques n'ont été l'objet que

1. ADLER, *Ueber den nervösen Charakter*, 1912 (trad. fr., 1926) ; *Praxis und Théorie der Individualpsychologie*, 2^e édit., Munich, 1924 ; *Menschenkenntnis*, Leipzig, 1931, etc.

de très rares études approfondies.

§ I. – ANALYSE PSYCHOPATHOLOGIQUE DE LA MÉGALOMANIE

...Les conceptions mégalomaniaques constituent l'un des aspects fondamentaux des délires. L'idée de grandeur est presque aussi fréquente que le thème de persécution...

...oblativité et d'avidité...

Les conceptions mégalomaniaques constituent l'un des aspects fondamentaux des délires. L'idée de grandeur est presque aussi fréquente que le thème de persécution. Si nous voulons comprendre, par delà la diversité des thèmes, l'unité profonde de la pensée délirante, nous devons saisir dans le cœur humain le double mouvement (selon le mot de SZONDI) de l'*égosystole* et de l'*égodiastole* qui en rythment le débit affectif. Car c'est le conflit de ces deux forces, ainsi que tous les moralistes et philosophes l'ont bien aperçu, qui constitue le radical de tout idéal et de toute conduite, c'est-à-dire la structure la plus profonde de notre vie morale. Celle-ci s'inscrit en fonction de deux directions, ou plus exactement de ces deux pôles qu'Édouard PICHON a très bien désignés par les deux termes d'*oblativité* et d'*avidité*. De l'oblativité relèvent les sentiments d'humilité et d'effacement qui peuvent aller jusqu'à la délectation amère ou héroïque dans le sacrifice. De l'avidité dépendent les désirs de puissance, de conquête, de jouissance expansive, les sentiments d'orgueil et de domination. A ces deux pôles de la vie affective sur le plan moral correspondent deux systèmes pulsionnels plus profonds appelés tour à tour « libido » et « destrudo », instincts de puissance ou de culpabilité, etc. Le couple sado-masochiste des pulsions libidinales primaires de la phase prégénitale constitue deux foyers, l'un d'expansion agressive du moi, l'autre de retournement agressif contre soi qui révèle cette profonde dualité structurale de l'être, les termes antinomiques du conflit intime de notre existence. Le développement des instincts, leurs qualifications successives, leur organisation, l'équilibre des forces qu'ils représentent chez l'adulte normal, laissent subsister au cœur de nous-même ces tendances fondamentales que notre caractère inhibe soit dans un sens soit dans un autre ou laisse alterner au gré des circonstances et des comportements adaptatifs aux conditions et aux événements de notre milieu vital. A cette dualité foncière de nos aspirations correspond le *binôme délirant fondamental* : *autoaccusation-mégalomanie*. Au fond de tout délire, c'est une de ces deux racines que l'on découvre. Quant au thème de persécution, il assure une fonction de compromis entre ces deux tendances, d'où sa plus grande fréquence. Il implique, à la fois, en effet, l'auto-accusation dont la persécution n'est qu'une expression retournée du dehors contre soi, et la mégalomanie dont la persécution n'est que l'envers. On conçoit dès lors quelle profonde parenté unissent dans la dialectique des thèmes délirants, persécution et mégalomanie et il est aisé de prévoir, dans une telle perspective, que l'idée de grandeur va circuler à travers toute la pensée délirante soit à titre d'implication dans le thème principal, soit au contraire comme énoncé thématique majeur, ou en tout cas, comme une des deux dimensions nécessaires à tout délire pour autant qu'il se situe dans le jeu de la rétraction ou de l'expansion du moi.

A. – MÉGALOMANIE ET PSYCHOLOGIE NORMALE

Nous venons d'indiquer brièvement et aussi clairement que possible, que toute idée de grandeur puisait sa source dans le bouillonnement commun des aspirations humaines. C'est dire que l'idée de grandeur est certainement pressante chez tous les hommes et qu'elle émerge sans cesse dans la psychologie normale.

La forme la plus caractéristique de cette émergence est la *rêverie*. Toute rêverie met en œuvre une tendance mégalomaniaque à construire des « châteaux en Espagne » pour autant qu'elle est, en effet, une production de l'esprit, hors du jeu normal des contraintes logiques, pratiques et éthiques. Le « libre cours », la « spontanéité », la « facilité » de la rêverie en font l'expression à peu près constante de nos aspirations d'avidité, de notre instinct de puissance, une sorte de revanche contre la dure opposition des réalités : elle est à la fois une « évasion » et une « compensation ». Cette fonction de soupape mégalomaniaque a été très bien étudiée par Paul BOREL, dès 1909 ¹. Son étude a porté sur 90 observations de personnes normales parmi lesquelles 71 sur 90 (70%) se laissaient aller à des rêveries colorées d'idées de grandeur. P. BOREL a considéré la mégalomanie de la rêverie comme analogue à l'exercice de la force physique dépensée dans les jeux de l'enfance. A cet âge, comme le montre l'enquête que venait de faire à cette même époque SMITH ², les rêveries portent surtout sur le jeu (qui n'est lui-même qu'une rêverie en action « mettant en jeu » les tendances ambitieuses de la rêverie). Chez des sujets plus âgés, le sentiment de force personnelle s'associait dans la rêverie aux vêtements, à la parure, à la richesse extérieure et apparaissaient les « idées de richesse », de luxe dans le costume et l'habitation qui prédominent régulièrement de 8 à 10 ans dans les imaginations infantiles. Vers l'âge de 15 ans, ces rêveries de richesse existent encore, mais moins fréquentes, les *rêveries de gloire* devenant au contraire prépondérantes (gloire militaire, gloire scientifique ou politique, etc.) ; de cet âge sont encore caractéristiques les *rêveries humanitaires et philanthropiques*, les *rêveries amoureuses*, les *rêveries de vie expansive et aventureuse* et les *rêveries de puissance*, de *domination* et de *commandement*. Au moment de l'adolescence, dit BOREL, le « self-feeling » s'associe de plus en plus à la conscience de la force intellectuelle, aussi voyons-nous prévaloir les idées de supériorité intellectuelle qui se traduisent par les *rêveries d'invention*. C'est donc la psychologie de la rêverie et plus particulièrement celle de l'enfance qui nous rapproche le plus de la psychopathologie mégalomaniaque. On comprend que GUIRAUD ³ ait pu retrouver dans les idées de grandeur la trace des rêveries infantiles. Mais l'âge par excellence de l'ambition, de l'ex-

...La forme la plus caractéristique de cette émergence [normale de la mégalomanie] est la rêverie...

1. P. BOREL, Rêverie et délire de grandeur, *Journal de Psycho.*, 1909.

2. SMITH, Psychology of day dreams, *Amer. J. of Psychology*, 1904.

3. GUIRAUD, Souvenirs d'enfance et idées de grandeur, *Ann. Médico-Psycho.*, 1928.

pansivité du moi, du self-feeling, et son insolente ou excentrique affirmation, c'est l'adolescence. DEBESSE ¹ a très minutieusement analysé ce mouvement d'exaltation juvénile. Rappelant le mot de Ch. BLONDEL ² : « Le *mien* passe normalement au moment de la puberté par une phase d'excitation romanesque », l'auteur note, avec SPRANGER ³, que le « Jugendbewegung » est non seulement source d'une culture du moi mais encore culte du moi. Pour lui cette hypertrophie des valeurs égotistes est constituée de deux éléments fondamentaux : d'une part une certaine *énergie* qui cherche à se libérer, d'autre part une grande *avidité*, une disposition « prométhéenne » de l'être pensant qui ne peut survivre à rien, répugne à toute spécialisation et vise à l'universel. Naturellement la compensation du sentiment d'infériorité, si bien étudiée par l'école de l'« *Individual-psychologie* » d'ADLER, se retrouve au centre de cette expansivité. Une des caractéristiques essentielles de la mégalomanie juvénile est qu'elle se projette dans un *idéal de soi* qui assure l'unité de la personne et de sa polarisation, de telle sorte que malgré sa frénésie et ses débordements, l'âme de l'adolescent transpose du plan du jeu enfantin au plan du *sérieux* son besoin de conquête et de puissance. C'est une période où l'ambition se confond avec l'organisation même d'une morale de la pureté et de l'intransigeance.

...[L'adolescence] est une période où l'ambition se confond avec l'organisation même d'une morale de la pureté et de l'intransigeance...

Enfin cet élargissement des perspectives du moi qui prépare et mesure la carrière future après avoir abouti aux rêveries romanesques, aux projets d'aventures, aux rêves ambitieux les plus excentriques se résorbe. Il ne représentait qu'une phase de la maturation de la personnalité et, en se faisant adulte, l'homme renonce généralement à être un héros, un génie ou un saint... surtout s'il doit devenir l'un ou l'autre !

Cependant ces rêves juvéniles renaissent encore, comme nous le soulignons plus haut, chez l'adulte dans la rêverie et aussi dans la hâblerie mythomanaïque, si caractéristique du « mirage ⁴ » dans lequel se complaît l'imagination des Méridionaux et des Orientaux.

P. BOREL, dans un autre article ⁵, a tenté de démontrer qu'au contraire de ce qui se passerait pour la rêverie, l'idée de grandeur serait presque toujours absente du rêve. La pensée du dormeur semble cependant présenter, écrit P. BOREL, certains caractères qui devraient « à priori » favoriser l'éclosion des idées de grandeur. Parmi ces caractères de la pensée onirique il en est un, assez rarement mis en valeur du reste, mais que LE LORRAIN et Havelock ELLIS ont bien décrit : c'est la « magnification de l'imagerie » et « l'exagération des sentiments dans le rêve ». Pour ce dernier auteur, il y aurait une

1. DEBESSE, *La crise d'originalité juvénile*, Paris, 1936 cf. surtout pp. 164 à 193.

2. Ch. BLONDEL, *La personnalité*, Traité de DUMAS, II, p. 528.

3. E. SPRANGER, *Psychologie des Jugendalters*, 1928.

4. *Le Nabab*, d'Alphonse DAUDET, comprend de bonnes observations à cet égard d'un auteur qui a rendu légendaires les fameuses mégalomanies de TARTARIN...

5. P. BOREL, Les idées de grandeur dans le rêve, *Journal de Psychologie*, 1914, p. 400. Article posthume, car l'élève de DÉJÉRINE fut tué au début de la guerre de 1914.

sorte de « mégalomanie normale » dans nos rêves, mais qui ne serait qu'accidentelle et occasionnelle. L'explication de la rareté relative de la mégalomanie dans le rêve serait, pour P. BOREL, le fait qu'il existe entre le rêve et la rêverie une différence considérable : la conscience du moi ; la notion de personnalité est présente dans la rêverie et manque dans le rêve, or elle est nécessaire à la formation de l'idée de grandeur. Cette explication est peut-être ingénieuse. Mais il ne semble pas très évident, si l'on en croit l'expérience psychanalytique du monde onirique (et plus simplement l'expérience de la plupart des gens), que l'idée de grandeur dans les songes, que les rêves mégalomaniaques, soient si rares que P. BOREL le pensait. En fait, il existe un grand nombre de scènes et de thèmes ambitieux, mirobolants, acrobatiques, glorieux, héroïques ou somptueux dans les aventures oniriques ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte en se référant au « matériel » de n'importe quelle analyse. Mais ce qui est en effet plus particulier au rêve, c'est la « magnification de l'image », sorte de complaisance de la conscience du rêveur pour l'agrandissement, la luxuriance, l'amplification théâtrale, l'énormité, la richesse, la grandeur de l'image vécue. C'est que, à ses degrés les plus inférieurs, le rêve est si immédiatement soudé aux aspirations, aux intentions d'ailleurs obscures de la conscience que celle-ci se repaît, se repose et se délecte dans cette imagerie issue d'elle-même, morceau d'elle-même, où coule sa propre substance et qu'elle jouit de ses images amplifiées par le foyer d'un prodigieux miroir, celui de ses désirs. C'est de cette griserie, de cet ensorcellement, de cet enchantement, de cette toute-puissance de l'image que naît la valeur privilégiée et esthétique du monde éidétique. Autrement dit : même quand le rêve n'exprime pas nettement l'idée de grandeur, son atmosphère en est tout imprégnée, car les aspirations mégalomaniaques s'accrochent, s'agglutinent au monde des images, à ce monde qui est celui où se détendent les forces d'expansion comprimées par la pensée vigile.

...ce qui est en effet plus particulier au rêve, c'est la « magnification de l'image » [...] la luxuriance, l'amplification théâtrale, l'énormité, la richesse, la grandeur de l'image vécue...

B. – DÉSÉQUILIBRE MÉGALOMANIAQUE DES VALEURS DU MOI AUX DIVERS NIVEAUX DE RÉGRESSION PATHOLOGIQUE

C'est par le « jugement ¹ » que les diverses valeurs de soi sont fixées selon un suffisant taux d'objectivité. Jugement difficile et fragile puisque sa fonction autocritique est particulièrement vulnérable et que perpétuellement elle risque de se suspendre ou de s'altérer. Qu'il vienne à défaillir, à se fissurer, et l'armature qui contient avec peine la formidable expansivité du moi, laissera (comme dans la rêverie, ou dans l'âme de

1. Ce « jugement » est, plutôt, une certaine « manière d'être au monde » où sont engagées non seulement les opérations noétiques ou cognitives de la vieille psychologie des « facultés », mais notre attitude affective et surtout notre perspective des valeurs morales et de réalité. Le « jugement » doit être ici entendu comme la forme supérieure d'intégration du comportement et de la pensée dans le système des valeurs, la hiérarchie des formes d'être et de possible.

l'adolescent) rompre à son profit la difficile et équitable estimation du moi par rapport à autrui et au monde.

...Il paraît certain que certaines conditions de l'équilibre thymique (c'est-à-dire de l'intégration des variations émotionnelles) en disparaissant favorisent l'expression des pulsions mégalo-maniaques...

Il paraît certain que certaines conditions de l'équilibre thymique (c'est-à-dire de l'intégration des variations émotionnelles) en disparaissant favorisent l'expression des pulsions mégalo-maniaques. C'est le cas des états psychopathologiques essentiellement euphoristiques où la joie, comme nous le disions précédemment, enveloppe alors l'idée de grandeur ; celle-ci, ainsi libérée, jaillit de son propre élan. On connaît l'action des toxiques « hilarants » ou euphoristiques (opium, haschich, alcool, éther, etc...) qui, en altérant la conscience, produisent des sentiments d'alacrité, de confiance expansive ; ils font voir la vie « en rose » ; ils élargissent les perspectives vitales ; ils renversent les obstacles et sous la sourde poussée du désir brisent les résistances de la réalité et de la raison. L'euphorie délirante des *phthisiques*, celle foncière de la *paralyse générale* à forme expansive, celle *des états d'excitation maniaque* sont classiquement considérées comme génératrices de tendances mégalo-maniaques. MIGNARD, en étudiant les états de satisfaction chez les déments, a montré quel rôle joue l'euphorie béate dans la genèse de certaines idées de grandeur. Nous étudierons plus loin ce problème à propos de la paralyse générale. De tels états euphoriques dépendent manifestement des perturbations de la vie neuro-organo-végétative dont la « moria frontale » et les « états d'excitation hypothalamiques » ont tour à tour depuis cinquante ans représenté le type privilégié. C'est dans ce sens que COTARD¹, déjà en 1888, parlait de « l'origine psychomotrice » du délire de grandeur et le fondait sur un automatisme hyperthymique, une exaltation des processus cérébraux. Mais si les sentiments euphoriques, l'état d'émotion provoquent l'idéation mégalo-maniaque, par un assez étrange paradoxe les états d'anxiété de la paralyse générale n'en sont pas exemptés et la mélancolie peut donner au délire mélancolique, et spécialement à celui de négation, une véritable dimension mégalo-maniaque : c'est le délire d'énormité (idées « pseudo-mégalo-maniaques » de RÉGIS). Nous aurons encore à souligner, plus loin, l'importance du lien qui unit la mégalo-manie aux délires « pessimistes » de persécution, de possession ou d'influence.

Mais le « mécanisme » le plus important de la genèse des idées de grandeur paraît être différent et il convient plutôt de mettre l'accent sur la régression des capacités psychiques et des troubles de la conscience qui « libèrent » tout ce que le jugement et la conscience claire réprimaient : les forces expansives égotistes. L'importance des *états régressifs* de la conscience et de la personnalité est telle que l'observation clinique la plus rudimentaire a toujours montré l'idée de grandeur fâcheusement subordonnée à un trouble déjà assez profond de la personnalité et des fonctions psychiques, soit dans les états de démence soit dans les formes terminales des « vésanies ».

1. COTARD, De l'origine psychomotrice du délire, *Congrès international de Médecine Mentale*, 1889, p. 69.

MÉGALOMANIE

Nous devons rapidement examiner quelques *niveaux* psychopathologiques relativement à leur capacité à produire le délire mégalo-maniaque, selon l'un ou l'autre de ces deux mécanismes.

a) C'est dans sa forme morbide la plus « élevée », comme *hâblerie fantastique*, que se présente la mégalomanie. Comme si dans le mensonge, la fiction romancée ou le mirage auquel le *mythomane* s'abandonne sans cesser de diriger ses inventions, le désir de grandeur trouvait, à s'exprimer sur le registre de l'imaginaire, une suffisante satisfaction.

b) Dans les *états de rêverie pathologique*, connus chez nous sous le nom de « délires aigus d'imagination », d'états schizomaniaques, de « bouffées délirantes », etc. ¹... la prolifération fabulatoire se répand tout naturellement en thèmes de grandeur, fantaisies romanesques, héroïques, glorieuses et mirobolantes. Dans un monde magnifique et merveilleusement plastique sont vécues les prodigieuses aventures qui, jaillies des profondeurs du désir, cheminent dans une succession de miracles au travers d'une nature, d'un temps et d'un espace déjoués et comme asservis à la toute-puissance magique du caprice. Selon le degré plus ou moins élevé de la rêverie, il s'agit soit de fictions encore adhérentes au réel, parfois même vraisemblables, étayées sur des « preuves », des « constats », des « démonstrations » et constituant un « système », soit de rêveries très relâchées, très « libres », très « vagabondes », détachées au maximum du monde réel et constituant une vaporeuse efflorescence de fantastique.

c) Dans les états *d'exaltation maniaque*, le jeu et l'emphase verbale sur laquelle SÉGLAS ² avait spécialement insisté sont générateurs d'idées de grandeur mobiles. La clinique nous offre fréquemment chez ces malades le tableau d'une mégalomanie volatile et sautillante comme la fuite des idées elle-même (L. BINSWANGER). La plaisanterie, l'humour, la vanité, le cabotinage tissent la trame de ce délire mouvant et inconsistent, rythmé par le vertigineux « tempo » d'une fantaisie endiablée.

d) Dans les états *oniriques et oniroïdes*, les rêves ambitieux qui peuplent l'onirisme sont vécus dans l'atmosphère exaltante des secrets révélés, du paradis entrouvert et des prodigieuses extases. Les apparitions et révélations surnaturelles en constituent la trame la plus fréquente et les expériences délirantes sont vécues comme visions, inspirations divines et prophétiques, merveilleuses communications célestes. C'est souvent aussi sur le registre *érotique* que le thème de grandeur enveloppe le sujet d'une atmosphère lascive où il jouit délicieusement des accouplements satisfaisant au-delà du possible les fantasmes libidinaux dont ils sont nés... Sur le plan de l'action *politique et sociale*, enfin, sont vécues avec une extrême fréquence également des scènes de

...dans les « bouffées délirantes », la prolifération fabulatoire se répand tout naturellement en thèmes de grandeur...

...La clinique de l'exaltation maniaque nous offre fréquemment le tableau d'une mégalomanie volatile et sautillante comme la fuite des idées elle-même...

...les rêves ambitieux peuplent l'onirisme...

1. On trouvera de bons exemples dans le travail de DUPRÉ et LOGRE, Les psychoses Imaginatives aiguës, *Ann. Médico-Psycho.*, août-septembre, 1914 et les travaux d'A. BOREL, et G. ROBIN, Les rêveries morbides, *Ann. Médico-Psycho.*, mars 1924, et *Les rêveurs éveillés*, I vol., Gallimard, 1925.

2. SÉGLAS, *Journal de Psychologie*, 1907, p. 240.

toute-puissance, d'héroïsme ou de mission grandiose, des exploits de réformation sociale et de salut patriotique. Les états les plus profondément oniriques peuvent permettre à la conscience du confus de vivre encore des événements merveilleux. Rappelons, à ce sujet, ce que Havelock ELLIS a appelé la « magnification de l'image ». Mais c'est surtout dans les états crépusculaires, les états oniroïdes que la conscience dramatique élargit ses contenus jusqu'à l'infini du mystère et du grandiose. La « fin du monde »¹, le déroulement d'événements surhumains, cosmiques ou historiques dont le sujet est le centre, les grandes scènes apocalyptiques où il figure l'Antéchrist, les travaux fantastiques auxquels il se livre aux yeux du monde éperdu d'admiration, ses prouesses de chevalier, ses victoires de conquérant, le prestige de sa mission divine et l'épopée de ses dons exceptionnels se concrétisent en mille constructions et images empruntées au roman, à la poésie ou aux arts plastiques et dont la figure héroïque de Jeanne d'Arc émerge à peu près à coup sûr.

e) *Dans les états démentiels.* Ici, dans la dégradation du jugement, l'obscurcissement de la conscience, les désordres de la vie instinctive et au sein de la satisfaction béate qu'éprouve celui qui, altéré dans son esprit critique, n'apprécie plus les limites que le monde social, autrui, la nature, les lois de la logique ou les impératifs moraux imposent à son expansion, nous trouvons un des niveaux psychopathologiques les plus favorables à l'éclosion de la mégalomanie. C'est au sein de cette dégradation amplifiante des valeurs du moi qu'elle s'est imposée dans la paralysie générale à l'observation des psychiatres. Si elle n'est pas absolument caractéristique de la « démence paralytique » puisqu'elle peut se rencontrer dans d'autres états démentiels, c'est tout de même dans le délire mégalomane du paralytique général qu'elle se présente sous son aspect le plus caractéristique. Comme dans les états oniroïdes dont nous venons de parler, toute la vie psychique est alors vécue dans les dimensions amplifiées d'une conscience élargie au point d'infliger la distorsion d'un miroir grossissant à tous ses contenus. Le moi physique moral et social, les autres, les choses, sont monstrueusement exagérés et boursoufflés. Les images et les mots les plus chargés de significations colossales, énormes, formidables, fantastiques, inégalables, privilégiées se présentent immédiatement à l'esprit imprimant aux projets du dément une hyperbolique déformation mégalomane du monde et de sa propre personne. A cette hyperbole il adhère « tout de go » avec une satisfaction béate ou parfois une conviction obstinée. Le plus souvent jovial, confiant, hilare ou grandiloquent, il exprime complaisamment les idées absurdes qui composent les thèmes multiples de sa mégalomanie. Sa personnalité et sa conscience condensées dans un monde d'images narcissiques, il projette dans ses fabu-

...si la mégalomanie peut se rencontrer dans d'autres états démentiels, c'est tout de même dans le délire mégalomane du paralytique général qu'elle se présente sous son aspect le plus caractéristique...

1. Cf. l'étude de A. WETZEL, Weltuntergängerlebnis und Schizophrenie, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1922, 78, p. 403 et celle de P. SCHIFF (La paranoïa de destruction : réaction de Samson et fantasme de la fin du Monde, *Annales Médico-Psycho.*, 1946, 1, p. 283).

lations naïves ou grotesques, l'hypertrophique image qu'il se forme de lui-même, de ses dons, de ses richesses, de sa puissance, d'autant plus grossis dans « le délire » qu'ils appartiennent moins « au délirant ».

Naturellement la mégalomanie, contenue et exprimée comme nous venons de le voir dans ces divers niveaux de dissolution de la conscience, peut s'organiser ainsi que nous y insisterons plus loin sur le plan de la personnalité dans les formes délirantes ou schizophréniques. Pour le moment il nous a suffi de montrer comment les modifications régressives de la vie psychique « libèrent » l'expansivité du Moi qui s'épanouit en floraisons délirantes mégalomaniaques.

C. – LES ASPECTS SÉMÉIOLOGIQUES DES « IDÉES DE GRANDEUR »

Nous pouvons distinguer dans les divers aspects mégalomaniaques que nous observons dans les tableaux cliniques trois degrés dans l'organisation de la mégalomanie : les idées et sentiments euphoriques de satisfaction, les idées de grandeur organisées et enfin les grands délires mégalomaniaques,

1° *Idées et sentiments euphoriques de satisfaction et de bonheur*. Le sentiment fondamental peut être, soit celui d'une *joie passive*, la satisfaction béate avec un minimum de représentations délirantes, soit celui de la *joie active* qui s'exprime dans l'exaltation d'une exubérante activité. H. C. RUMKE ¹, dans son étude phénoménologique et clinique des sentiments de bonheur, a analysé neuf cas (les seuls qui se soient prêtés à son étude parmi quelque 5.000 malades de la « Valerius Klinik » d'Amsterdam). C'est dire combien il tient pour rares ces états de bonheur chez nos malades. Cela l'a étonné lui-même. Il est vrai qu'il avait eu soin de définir très sévèrement ce sentiment selon les critères de Willy MAYER ². Pour cet auteur les caractéristiques phénoménologiques des états d'*ivresse heureuse* (Glückrausch) sont : l'ivresse d'un bonheur essentiel – la concentration – le mouvement centripète des tendances – la fusion du Moi dans le sentiment fondamental – trouble relatif de la structure aperceptive de la pensée qui reste cependant claire quant à sa vivacité et ses souvenirs – sensation de bien-être Quant aux « *sentiments de bonheur* » ils sont caractérisés par la concentration – le rayonnement vers le monde – l'exaltation des tendances – la maîtrise de soi – une conscience entièrement claire. – Ces sentiments de bonheur s'accompagnent d'une impression de fraîcheur et de puissance. L'étude de RUMKE rapproche ces états plus ou moins extatiques « de ravissement de l'expérience mystique, du rêve et de ces états hyponoïdes que ZIEHEN avait décrit chez les enfants sous le nom d'« Eknoïa ». Naturellement ces sentiments de bien-être et d'exaltation sont vécus, sous forme de rêveries d'imaginations,

...H. C. RUMKE, dans son étude phénoménologique et clinique des sentiments de bonheur...

1. H. C. RUMKE, *Zur Phänomenologie und Klinik des Glücksgefühls*, I vol., Berlin, 1924

2. W. MAYER, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1914, 2.

3. ZIEHEN, *Die Geisteskrankheiten des Kindesalters*, I vol., 1915.

de représentations et d'impressions dont l'expansion mégalomane ou égotiste constitue la nuance fondamentale. Dans cette atmosphère de joie et de confiance émergent des fantasmes de surestimation et de satisfaction qui peuvent viser *l'état du corps*, sa bonne qualité, la force physique, la puissance sexuelle, les capacités psychiques, les qualités de l'intelligence, de la puissance inventive, du talent, de l'activité artistique. Les idées de satisfaction peuvent opérer une *survalorisation sociale de l'individu* : sa place dans la hiérarchie sociale, sa richesse, son train de vie, ses relations sociales sont éclairés d'un jour nouveau et favorable. Il s'agit là d'une vision euphoristique et majorative des choses et de soi. Ces états de satisfaction ont été admirablement étudiés par MIGNARD¹ dans la démence de l'idiotie où les idées délirantes apparaissent en étroite relation avec un sentiment de joie passive ou de vive exaltation. Le plus souvent il s'agit d'idées parcellaires vagues, variables et puériles qui émergent du chaos démentiel et y retournent.

2° *Les idées délirantes de grandeur.*

Le thème de grandeur est ici plus explicite et nettement formulé. Il se détache du fond mélodique affectif pour constituer une transformation mégalomane de la personne et de sa mise en situation dans le monde. Les patients ne s'attribuent plus seulement des dons, des qualités, des richesses, un avenir magnifique ; ils sont *des personnages* importants, puissants, extraordinaires : Jeanne d'Arc, le Pape, des monarques, des héros ou plus « modestement » des vedettes. Notons parmi les plus communes les *idées délirantes de filiation*, par lesquelles les malades s'affirment d'origine illustre, les *idées délirantes d'invention*, les *idées délirantes mystiques*, qui les égalent aux saints, à des prophètes, à des envoyés de Dieu, etc. Il y a lieu de rapprocher de ces thèmes qui sont les plus communs certaines expressions mégalomanes délirantes comme *l'érotomanie* (illusion d'être aimé par un être supérieur dans l'échelle des valeurs sociales) ou les *fabuleuses maternités*, les *métamorphoses sexuelles prodigieuses*, etc., qui compensent généralement la médiocrité ou la difficulté des relations sexuelles réelles.

Tous ces délirants sont remarquables par leurs attitudes hautaines, leurs extravagances vestimentaires. Il est assez rare qu'ils soient réticents car la « bouffissure d'orgueil » que représente leur délire ne cesse de transparaître et de s'affirmer. Les écrits, les pamphlets, les projets de réforme, les proclamations, les protestations contre leur séquestration, parfois de véritables travaux d'érudition, d'exégèse, de héraldique témoignent de leurs ambitions, de leur fausse science ou de leur insatiable besoin de démonstration et d'exhibition.

3° *Les délires de structure mégalomane fondamentale.* Par l'allusion que nous venons de faire à ces mégalomanes littérateurs, faux savants ou philosophes, nous

1. MIGNARD, *Les états de satisfaction dans la démence et l'idiotie*, I vol., 1909.

...Ces états de satisfaction ont été admirablement étudiés par MIGNARD dans la démence de l'idiotie...

...Tous ces délirants sont remarquables par leurs attitudes hautaines, leurs extravagances vestimentaires...

avons déjà annoncé ces formes de délire de grandeur qui constituent non seulement, comme disait Gilbert BALLEZ, un « métabolisme de la personnalité » physique, sociale, morale dans un sens mégalomaniaque, mais une véritable métamorphose de la conception du monde. Sans doute toute modification dans l'équilibre moi-monde qu'exprime l'idée de grandeur transforme-t-elle, du même coup, toutes les perspectives idéologiques des malades, mais nous avons, ici, spécialement en vue les cas cliniques où le thème de grandeur est au premier plan et enveloppe l'ensemble de l'existence du mégalomane. Soit que se constitue un véritable système du monde, une philosophie dont le centre est le culte d'un personnage tout puissant incorporé à la personne du délirant devenu le Tout-Puissant. Soit que la nature, l'histoire, la théologie, la géographie, la physique et la biologie soient pensées comme des aspects fantastiques d'un monde infiniment dilaté à la mesure même d'un moi qui se confond avec l'univers.

Dans le premier cas le délire construit sa trame et s'enfoncé comme un coin dans la réalité en utilisant toutes les ressources dialectiques et logiques d'une formidable démonstration, parfaite dans son architectonique mais sans aucune base autre qu'une intuition initiale fulgurante et irréfutable pour le mégalomane fragile et pitoyable pour autrui. C'est le cas par exemple d'un malade de Bonneval qui se croit depuis quarante ans issu de la famille Bonaparte ; il a accumulé preuves sur preuves pour démontrer ses véritables origines, ayant entrepris et achevé un travail surhumain de refonte de l'histoire. Il convenait un jour que tout l'édifice reposait sur « cette petite fleur de lys qui est imprimée dans son dos ». Sur notre observation que cette marque n'existait pas, il chancela et pâlit au bord de la syncope. Éperdu, sentant vaciller tout son système, il ne trouve la force que de balbutier « Oh, alors !... » en mimant le coup de rasoir dont il voulait, dans son désespoir, se trancher la gorge... Il ne nous restait plus que la ressource pour calmer son émotion si dramatique que de jeter un coup d'oeil sur son dos et de le rassurer en lui affirmant que « la petite fleur de lys y était bien ». Il revint à la vie et retourna à sa fantasmagorie un instant ébranlée.

Dans la seconde éventualité il s'agit de ces délires ¹ étudiés chez nous sous le nom de « délires d'imagination » et par KRAEPELIN de « paraphrénies ». La mégalomanie est ici un mode de pensée où rien n'est perçu, rien n'est vécu qui ne soit un mythe de toute-puissance. Le corps merveilleusement plastique traverse les siècles et les continents ; chacune de ses parties reflète le tout de l'univers et les trésors de la terre, les pierreries, l'or, forment avec son sang la circulation elliptique des astres dans l'éternelle rotation

...le thème de grandeur est au premier plan et enveloppe l'ensemble de l'existence du mégalomane...

...soit le centre[du délire] est le culte d'un personnage tout puissant incorporé à la personne du délirant...

...soit dans les délires d'imagination ou paraphrénies, la mégalomanie est ici un mode de pensée où rien n'est perçu, rien n'est vécu qui ne soit un mythe de toute-puissance...

1. Les études de STORCH (*Dos archaische Denken*, 1922 – et article in *Zeitschr. f. d.g. Neuro.*, 1930, t. 127) s'appliquent assez exactement à ce type de délire. De même les études de G. DUMAS (*Annales Médico-Psycho.*, 1934) et LEVY-VALENSI (*Annales Médico-Psycho.*, 1934). Beaucoup d'analyses d'inspiration plus ou moins phénoménologique comme celles de Kurt SCHNEIDER, d'OTTO KANT, Carl SCHNEIDER, etc., sur la pensée délirante ont approfondi le « scandale logique » de ces structures mégalomaniaques.

des signes du zodiaque. Empereur de Rhénanie, cette femme opulente, commande par le jet de ses dix millions de sexes masculins au forage du tunnel sous la Manche par où Staline et Truman, c'est-à-dire les deux Amazones, filles d'un lézard quadricéphale à l'œil vert doivent pénétrer dans son ventre homme-femme, etc... Tous nos services sont ornés de quelques spécimens de ce genre qui passent leur triste existence de reclus à produire un véritable océan de fantastique. Tout ne se passe-t-il pas comme si cette mégalomanie jusque-là à peine dessinée, ébauchée, timide ou naissante et dont nous avons retracé les niveaux structuraux successifs n'éclatait ici avec toute la puissance lyrique d'une force qui a rompu toutes les digues pour nous offrir l'image suprême de la folie?

§ II. – LES ASPECTS MÉGALOMANIAQUES DES DIVERSES « MALADIES MENTALES »

Après tout ce que nous venons de dire sur les divers aspects cliniques de la mégalomanie, et avant les descriptions particulières que nous aurons l'occasion de faire à propos des diverses structures névrotiques et psychotiques, nous serons assez bref sur ce rappel d'une séméiologie surabondamment connue. Nous nous bornerons à fixer les traits essentiels et à l'occasion, à insister sur quelques points particuliers.

A. – ASPECT MÉGALOMANIAQUE DES PSYCHOSES AIGUËS

1° Dans les états maniaques.

L'exaltation « thymique » est généralement empreinte d'euphorie et il est bien habituel de voir des maniaques à humeur mobile tenir des propos pleins d'emphase. C'est dans l'hyperbole et l'exagération de leur formule verbale que se trouve moulée leur fantaisie mégalomaniaque : tout va bien, la vie est belle, ils sont en excellente santé, pleins de puissance et d'avenir, le monde leur appartient, ils ont un pouvoir de compréhension inouï. Les termes de fantastique énorme, formidable, etc., reviennent constamment dans leurs propos. A un degré de plus, ce délire n'est pas aussi extemporané et variable. Il ne se confond pas seulement avec le flux idéo-verbal et de leur « fuite des idées » émergent des constructions mégalomaniaques de leur propre personnage (ils sont généraux, savants, thaumaturges, chargés de mission temporelle ou spirituelle, etc.) ou de leur situation (ils ont d'immenses propriétés, ils doivent gouverner le pays). Leurs attitudes et leurs goûts vestimentaires sont imprégnés de cette exaltation optimiste et de cette surestimation de la personne. Enfin, le délire peut se présenter sous une forme plus nettement oniroïde et s'épanouir dans des rêveries plus ou moins hallucinatoires au cours desquelles ils vivent des scènes de commandement, d'inspiration ou de prophétie. Très souvent, en effet, le thème *d'inspiration* surnaturelle ou divine manifeste et exprime la forte poussée de leurs automatismes inconscients : l'hypermnésie, la fuite des idées,

...[Dans les états maniaques] exaltation optimiste et surestimation de la personne...

l'abondance du flux idéo-verbal les entraîne à vivre un état d'exaltation à la fois pseudo-génial, artificiel et mystérieux. Naturellement, quand un tel état se prolonge dans les formes de manie chronique, il constitue la structure de tous ces délires chaotiques, tumultueux, mais présentant parfois de véritables travées d'organisation, qui constituent des thèmes de richesse, de puissance, de mission divine, de prophétie, etc... Quand l'excitation maniaque se résorbe jusqu'à n'être plus qu'un état d'hypomanie, on sait que la surestimation des valeurs du « moi » conduit à des délires de revendication, d'invention, d'idéalisme passionné qui s'insèrent presque toujours dans l'activité proprement sociale, professionnelle ou politique. A ce degré, le délire mégalomaniaque ne constitue qu'une sorte d'exubérance où se mêlent l'avidité, la vanité et la captativité de ces sujets débordant d'enthousiasme, de désir et de tumultueuse activité. Notons enfin la nuance spéciale que prend le délire de grandeur chez les maniaques débiles. Le fond oligophrénique colore alors de puérile naïveté les conceptions délirantes de grandeur et c'est généralement au monde rétréci de leur existence qu'ils empruntent leurs expressions thématiques : les images d'Épinal, les mythes folkloriques, les superstitions, les croyances les plus primitives fournissent un matériel enfantin au délire. C'est ainsi que la vie militaire ou professionnelle, la lecture des journaux chez les hommes, l'imagerie religieuse chez les femmes, sont candidement exploitées.

2° Dans les états mélancoliques.

Dans les états mixtes il n'est pas exceptionnel de voir se mêler aux thèmes fondamentaux d'autoaccusation des idées délirantes mégalomaniaques. Tel malade qui se croit damné pense qu'il pourra être secouru par de puissants amis, tel autre hypochondriaque croit être en relation miraculeuse avec Dieu, etc. Mais le plus caractéristique de la structure mégalomaniaque de la mélancolie est, comme nous l'avons vu à propos du délire de négation, la négativation même du thème de l'anxiété dans celui de la durée éternelle de l'être ou le caractère mégalomaniaque de sa monstruosité. Le thème de l'antéchrist ou celui du « bouc émissaire » cosmique expriment cette dimension mégalomaniaque du délire mélancolique

3° Dans les états confuso-oniriques.

Il est bien connu que certains toxiques, dont l'opium reste le prototype, produisent en même temps qu'un état d'obnubilation de la conscience, une dramatisation mégalomaniaque de ses contenus. Les fantasmagories imaginatives, une inspiration lyrique extrêmement riche, s'évaporent de cet état d'exaltation en nuées de grandeurs. C'est un des points où la productivité délirante rejoint l'inspiration esthétique. Ce qui se passe pour ces toxiques paraît se produire également dans un grand nombre d'états de confusion ou de subconfusion onirique. La splendeur et la magnificence des images vécues forment une sorte de rêve dont le sujet est non seulement le centre et l'auteur mais le

... le plus caractéristique de la structure mégalomaniaque de la mélancolie est, [dans le délire de négation] la négativation même du thème de l'anxiété dans celui de la durée éternelle de l'être ou le caractère mégalomaniaque de sa monstruosité...

...certains toxiques, dont l'opium reste le prototype, produisent [...] une dramatisation mégalomaniaque de ses contenus...

héros. Relativement à cette hypertrophie, à cette magnification de l'image de soi s'ordonne une série de scènes ou de péripéties. Elles s'enchaînent pour former un décor merveilleux qui se confond avec la féerie des contes de fées ou des splendeurs de l'au-delà. Même quand l'angoisse paralyse son mouvement d'expansion et dramatise la fiction, celle-ci se déploie dans un cadre temporo-spatial bouleversé, en événements étranges, grandiloquents, ceux d'un spectacle théâtral ou d'un mythe. Il n'est pas jusqu'aux images les plus tragiques de l'onirisme, le sang ou le feu, qui n'affectent dans leur présentation à la conscience confuso-onirique une forme de carnage ou d'incendie par quoi s'exprime cette tendance à l'hyperbole du monde des images. Tout se passe comme si l'effondrement des valeurs de réalité étendait jusqu'à l'infini le contenu dramatique de la conscience, comme si, en disparaissant de la scène du monde, la conscience contractée dans sa forme dilatait ses contenus jusqu'à l'infini.

4° Dans l'épilepsie.

Il est assez rare, comme le faisait remarquer CHRISTIAN, d'observer chez les épileptiques des idées de grandeur, et les délires mystiques même de l'épilepsie ne revêtent que rarement une forme expansive ¹. Cependant les phases d'activité délirante que l'on observe chez ces malades, soit à titre de confusion post-critique soit d'équivalents psychiques, peuvent être oniriques ou féériques ². Autrement dit ce que nous venons de rappeler au sujet des expériences confuso-oniriques vaut également pour ces états délirants comitiaux. Il peut même arriver que se forme à travers ces expériences délirantes paroxystiques une organisation autistique de la vie psychique sur laquelle FOLLIN a récemment fondé son étude des relations entre l'épilepsie et la schizophrénie ³. La mentalité épileptique, à certains égards si près de celle des parkinsoniens encéphalitiques, se trouve pour ainsi dire infiltrée de significations délirantes puisées dans l'immense variété d'états psycholeptiques qui rythment l'évolution de cette psychose. La religiosité de ces sujets prend sa source dans ces divers degrés d'automatisme comitial et s'élargit parfois jusqu'à des thèmes grandiloquents et naïfs de grandeur. Des thèmes de filiation, de fabuleuse maternité, de mission prophétique, peuvent se rencontrer et coïncider par leur frénétique inspiration avec les thèmes spécifiquement dostoïevskiens. Parfois cependant le délire de grandeur comitial se condense en coulées fantasmagoriques violentes et brèves. Rappelons, par exemple, les cas cités par CHRISTIAN et cette observation de KRAFFT-EBING ⁴ où il s'agissait d'un épileptique de vingt et un ans à tendance imaginative qui présentait de brusques bouffées délirantes de grandeur, sorte de rêverie mégalo-romanesque sur un thème héroïque et guerrier.

1. BOVEN, *Arch. Suisses de Neuro. et de Psycho.*, 1924.

2. SWICK, Thèse, Paris, 1934.

3. FOLLIN, Thèse, Paris, 1941.

4. *Traité de Psychiatrie*, Obs. 54.

...Il est assez rare, comme le faisait remarquer CHRISTIAN, d'observer chez les épileptiques des idées de grandeur...

L'observation clinique nous fait assez fréquemment assister à de brusques fantasmagories de ce genre dont le malade parfois ne garde pas le souvenir ou au contraire s'y réfère comme à un événement extraordinaire et étrange.

5° *Dans les bouffées délirantes des dégénérés.*

Au cours des délires polymorphes de MAGNAN, ou de ces psychoses dégénératives atypiques étudiés par BONHOFFER, KLEIST, SCHRÆDER, etc., il y a quelques années, l'éclosion d'idées de grandeur plus ou moins mêlées à d'autres thèmes délirants est pour ainsi dire la règle. Et l'on voit surgir alors dans l'esprit plus ou moins confus de ces malades de prodigieuses prouesses, des exploits imaginaires, des dons exceptionnels, de magnifiques destinées. Telle femme se croit sainte ou guerrière (de telle sorte que l'image de Jeanne d'Arc se présente ici avec une fréquence privilégiée), tel homme se croit Pape ou Napoléon. Très souvent le thème mégalomaniaque, inscrit dans une expérience délirante funambulesque, reste incertain ou enchevêtré dans des péripéties presque inexprimables. Une de nos malades par exemple se croyait le point de mire dans ses relations sexuelles de toutes les autorités de son village et confondait dans un complexe délirant inextricable des thèmes de jalousie, d'érotomanie et de sorcellerie. Une autre que nous avons récemment observée se croyait évêque, devait aller à Rome pour se faire sacrer Pape et tirait de ce rang prestigieux dans la société l'assurance d'un don miraculeux de guérir. Une troisième enfin, encore dans notre service, croyait avoir écrit des livres de médecine et enchevêtrait à ce thème de grandeur un thème paradoxal de jalousie.

...Au cours des délires polymorphes de MAGNAN [...] l'éclosion d'idées de grandeur plus ou moins mêlées à d'autres thèmes délirants est pour ainsi dire la règle...

B. — MÉGALOMANIE ET ORGANISATIONS PSYCHOTIQUES ET NÉVROTiques CHRONIQUES.

1° *Dans les psycho-névroses et les états de déséquilibre psychique.*

Si la psycho-névrose obsessionnelle n'affecte que peu de rapports cliniques avec la mégalomanie, celle-ci n'en demeure pas moins présente dans son contenu latent. Il n'est pas rare, en effet, de voir l'obsession se présenter comme une lutte contre l'expansion excessive de la personnalité. C'est ainsi que certains obsédés, s'ils « n'ont pas d'idées de grandeur », ne cessent pas dans le conflit qui les divise. Certaines formes métaphysiques ou de dépersonnalisation de l'obsédé sont tout à fait caractéristiques à cet égard, les malades se sentent attirés vers l'infini par une exagération monstrueuse de leur conscience de soi. — Mais c'est naturellement dans la névrose hystérique que l'on trouve exprimées en traits cliniques manifestes les tendances expansives mégalomaniaques. Tout d'abord dans la mentalité hystérique elle-même avec sa mythomanie, ses tendances romanesques, il est aisé de surprendre la compensation imaginative aux conflits intérieurs. Le « mensonge » hystérique est essentiellement une majoration et une transfiguration de la personne, de l'expérience et du destin. L'artifice même de ses

...Il n'est pas rare de voir l'obsession se présenter comme une lutte contre l'expansion excessive de la personnalité...

...Mais c'est naturellement dans la névrose hystérique que l'on trouve exprimées en traits cliniques manifestes les tendances expansives mégalomaniaques...

affirmations répond à cette profonde nécessité de sortir de la condition naturelle pour lui préférer une sorte de mirage plus flatteur. Les accidents hystériques, les crises, la politique de la maladie, la recherche du factice et du fictif expriment ce désir de s'exhiber, de se présenter sous une forme qui satisfasse la vanité. Le point où la pathomimie coïncide avec le désir d'avoir une maladie exceptionnelle ou d'être un cas merveilleux représente précisément le point où s'articulent deux tendances fondamentales : celle de l'affirmation de soi et celle de sa négation, sans d'ailleurs que le narcissisme ne cesse de gagner plus qu'il ne perd.

...chez les déséquilibrés ou personnalités psychopathiques, on rencontre de véritables crises d'expansion mégalomane où se manifestent les mécanismes de compensation du complexe d'infériorité (ADLER)...

Chez tous ces sujets qu'on appelle déséquilibrés ou personnalités psychopathiques, on rencontre de véritables crises d'expansion mégalomane où se manifestent les mécanismes de compensation ou de saturation du complexe d'infériorité selon ADLER ¹. Si cela est peu évident pour ceux qui ont trouvé une sorte de point d'équilibre dans leur déséquilibre et où la neutralisation de l'angoisse s'est opérée efficacement, les à-coups mégalomane sont beaucoup plus sensibles dans les révoltes, les exaspérations, les tensions passionnelles, les impulsions de ceux qui se débattent dans le conflit qui oppose le Moi au Monde. C'est ainsi que la conduite de leur existence gouvernée par les tendances érotomanes, revendicatrices, le goût de réaliser la vedette du cinéma ou du crime, manifeste sous forme plus ou moins perverse ou violente ces brusques décharges d'instincts où s'affirment leurs désirs de s'exalter, de se montrer ou de dominer. Dans les formes où prédomine l'introversion, c'est-à-dire le tempérament schizoïde, c'est dans la rêverie compensatrice que s'épanouit la tendance mégalomane et aussi dans ses équivalents que sont le journal intime, les essais littéraires, et même les vocations religieuse et scientifique. Quand au contraire l'ensemble de l'appareil énergétique de la névrose se trouve violemment polarisé vers autrui et le monde, c'est en pointe agressive que s'introduit l'exaltation mégalomane de soi dans les dispositions paranoïques caractérielles ². On sait combien de tels déséquilibrés se montrent orgueilleux et méfiants dans leurs revendications passionnelles, leur carrière d'inventeur, leur insatiable soif de procès, leur prosélytisme politique, leurs pamphlets, ou leur rigide moralité armée des implacables consignes du sur-moi ; le bovarysme, la « culture du moi », l'idéal de soi constituent les constantes habituelles de l'organisation de ces personnalités dont le déséquilibre est souvent rompu au profit des tendances égotistes.

1. Les études d'Alfred ADLER et de l'école de l'Individual psychologie ont admirablement montré le rôle que jouent ces mécanismes dans la structure des névroses. L'ouvrage d'ADLER sur le *Tempérament nerveux* est tout infiltré de la « fiction schématique » par quoi l'individu substitue à sa malheureuse condition une fiction consolatrice.

2. Cette paranoïa caractérielle, si elle est l'ébauche ou l'indice de ce qu'est un véritable système délirant paranoïaque, ne saurait être confondue avec les véritables délires paranoïaques systématisés dont nous parlerons plus loin et dont elle ne constitue ni la condition nécessaire, ni suffisante.

2° Dans les états schizophréniques.

C'est dans l'onde même qui renvoie à Narcisse son image que se réfracte l'autisme schizophrénique. Tout le patient et génial effort de BLEULER a porté sur la pénétration en profondeur de la pensée schizophrénique que nous avons tous, après lui, pris l'habitude de considérer comme un imaginaire où se reflètent et se satisfont les tendances profondes de la vie affective à s'épanouir dans le rêve. Soit qu'il s'agisse des expériences schizophréniques fondamentales où les relations du monde et du moi sont vécues comme une formidable expansion des valeurs subjectives dans le cosmos (expérience de dépersonnalisation à contact mystique ou magique avec le monde du surnaturel, expérience de survalorisation du moi dans les aventures amoureuses ou érotiques, expérience de pénétration de la réalité physique ou spirituelle par une compréhension infinie, expérience de métamorphose mythologique ou surnaturelle, expérience de communication avec la toute-puissance divine ou les forces de la nature, etc.), – soit qu'il s'agisse de l'organisation même de la personnalité et de l'architecture du monde selon des thèmes mégalomaniaques (palingénésie, vie séculaire, fabuleuse vieillesse, fécondité infinie, innombrables personnalités, coïncidence du corps et de l'univers, mythe de la résurrection renouvelée, de la génération hermaphrodite, de l'éternelle jouvence, etc.) la pensée schizophrénique creuse en profondeur les thèmes mégalomaniaques jusqu'à les faire rayonner dans la structure interne d'un monde qui, en se rétrécissant toujours davantage, ne cesse d'envelopper et de distribuer dans le dédale de son labyrinthe la ligne compliquée, et indéfiniment repliée à quoi se réduit et par quoi se complique, l'image de soi. La formulation verbale même de cette pensée, que nous venons ainsi de refléter sinon de reproduire, exprime, par ses incidentes et son enchevêtrement, le caractère fermé et alambiqué de ce monde de valeurs où circule le désir de s'entortiller dans les plis embrouillés d'un labyrinthe et protecteur linceul. Ce travail délirant où les thèmes mégalomaniaques sont extrêmement mêlés à tous les autres aspects phénoménologiques du délire s'effectue selon une évolution qui détache de plus en plus le sujet du monde et l'enferme vivant dans un tombeau, si plein de mirages et de rêves, que le sujet ne vit plus au terme de l'évolution, qu'une existence où le désir de vivre un monde à sa mesure équivaut à la mort. On sait combien, au début de cette dissociation schizophrénique, les idées délirantes de grandeur peuvent apparaître soudain comme des signes avant-coureurs dans de foudroyantes intuitions de toute-puissance ou dans la forme hallucinatoire de voix séductrices, enjôleuses ou qui s'ouvrent sur l'infini. On sait aussi comment se construisent ces thèmes mégalomaniaques de transformation corporelle à la fois hypochondriaques, érotiques ou mystiques, ces érotomanies qui satisfont les pulsions complexes les plus profondes par l'utilisation ou la construction d'« objets » paradoxalement puissants et impossibles. On sait enfin combien grossissent en s'amplifiant les personnages qui se groupent dans

...dans les expériences schizophréniques fondamentales les relations du monde et du moi sont vécues comme une formidable expansion des valeurs subjectives dans le cosmos...

des complots et forment les cycles magiques et grandioses qui, enserrant la personnalité dans une étreinte cosmique, l'hypertrophient dans le mirage de sa toute-puissance. Il nous suffit d'avoir rappelé ce que la clinique nous offre journellement d'exemplaires de cette pensée schizophrénique essentiellement narcissique pour en avoir établi la structure essentiellement mégalomaniaque.

3° *Dans les délires chroniques.*

Pour autant que les cas, que l'on appelle, surtout dans notre nosographie française, « délires chroniques » ne paraissent pas appartenir à cette forme d'ensevelissement schizophrénique dont nous venons d'esquisser l'évolution et la structure, les formes délirantes doivent être groupées, comme nous ne cessons de le répéter, en deux types cliniques distincts : les délires systématisés et les délires paraphréniques.

— *Les délires chroniques à évolution systématique* qui nous paraissent répondre au contenu historique et empirique du vieux concept de paranoïa constituent une marche progressive du délire vers une forme toujours plus lucide et élucidée de la pensée délirante. Tous se passe dans ces cas comme si le délire, parti d'une sorte de nébuleuse primitive, en émergeait progressivement pour construire un système toujours plus clair d'événements ou de l'univers, au point de donner au sujet l'impression d'avoir percé le mystère primitif et d'en pouvoir fournir une explication entièrement logique. Ce travail d'édification du délire dure généralement plusieurs années et requiert toutes les ressources dialectiques du délirant dans un labeur opiniâtre et incessant¹. C'est dans de telles formes systématiques d'évolution délirante que l'on voit se produire le passage de l'idée de persécution à l'idée de grandeur ou plus exactement que l'on voit surgir et s'élever comme un thème de puissance la mégalomanie qui était seulement impliquée dans l'atmosphère trouble et ineffable de la persécution initiale. Cette transformation du monde du persécuté en monde mégalomaniaque a donné lieu aux travaux bien connus de tous les classiques (J. P. FALRET, LASÈGUE, MAGNAN, KRAEPELIN) et notamment aux fameuses analyses d'Achille FOVILLE²:

« Après avoir souffert plus ou moins longtemps de leurs hallucinations, après les avoir attribuées à des ennemis inconnus ou s'être contentés de les expliquer à l'aide d'un mot plus ou moins obscur ou merveilleux, certains lyépémaniques hallucinés se disent : de pareils phénomènes ne peuvent se passer dans l'état social où nous vivons, sans l'intervention des personnages les plus puissants et les plus haut placés ; eux seuls disposent de l'autorité nécessaire pour provoquer de pareils effets ; eux seuls par conséquent sont les instigateurs de nos tourments. D'autres au contraire, voyant qu'en

1. Les travaux de BLEULER, KEHRER, KRETSCHMER, LANGE, LACAN, etc. sur ces formes de systématisation contiennent tous des analyses des thèmes de persécution et de grandeur. Le fameux cas Wagner, étudié par GAUPP (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1910, p. 317), puis par LANGE (*Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, t. 85 et t. 94 — *Die Paranoïa Frage*, 1 vol., 1927) est très démonstratif à cet égard.

2. Achille FOVILLE, fils, *Mémoire de l'Académie de Médecine*, 1871, pp. 344 à 350.

...la marche progressive du délire va vers une forme toujours plus lucide et élucidée de la pensée délirante...

...on voit surgir et s'élever comme un thème de puissance la mégalomanie qui était seulement impliquée dans l'atmosphère trouble et ineffable de la persécution initiale...

...La fameuse analyse clinique de FOVILLE...

fin de compte ils ne succombent jamais complètement aux dangers dont ils sont entourés se figurent qu'ils ont des amis cachés, mais tout-puissants, qui les protègent.

Cet ordre d'idées imprime dès lors son cachet à l'ensemble des conceptions et des hallucinations; les malades parlent de grands personnages; ils en voient partout, ils méconnaissent la personnalité réelle des personnes qui les approchent : l'empereur, l'impératrice, les princes viennent les voir ou leur envoient des messages. Au milieu du délire mélancolique, les idées de grandeur acquièrent une importance réelle prédominante. Ce n'est là en réalité que l'exagération de ce que nous avons déjà indiqué comme fréquent chez les lypémaniaques : l'enchaînement des phénomènes est le même ; seulement les idées ambitieuses au lieu d'être accessoires et accidentelles sont devenues principales et continues, et de plus elles conduisent les malades à des erreurs sur la personnalité des personnes étrangères.

Mais les choses peuvent aller encore plus loin, frappés du peu de rapport qui existe entre la position bourgeoise et la puissance dont leurs ennemis doivent disposer pour les atteindre en dépit de tout ; entre le rôle effacé qu'ils jouent dans le monde et les mobiles impérieux qui seuls peuvent expliquer l'acharnement avec lequel on les poursuit, quelques-uns de ces malades finissent par se demander si réellement ils sont aussi peu importants qu'ils le paraissent. Une nouvelle perspective s'ouvre là à leur esprit tourmenté ; ce n'est plus la personnalité des autres, c'est leur propre personnalité qui se transforme à leurs yeux ; pour qu'on la traque comme on le fait, il faut, se disent-ils, qu'on ait un intérêt à agir ainsi et si l'on a si grand intérêt à les perdre c'est qu'ils portent ombrage à quelque personnage riche et puissant, c'est qu'ils auraient droit eux-mêmes à une richesse et à une puissance dont ils sont frauduleusement dépouillés ; c'est qu'ils appartiennent à un rang élevé dont les circonstances plus ou moins mystérieuses les ont écartés ; c'est que les gens qu'ils avaient considérés comme leurs parents, ne sont pas leurs parents véritables ; c'est qu'eux ils appartiennent en réalité à une famille de premier ordre, à une souche royale le plus souvent. »

On saisit ici ce que l'on a appelé le fameux « syllogisme » d'Achille FOVILLE : « Si je suis persécuté c'est donc que je suis un grand personnage ». Cette conception intellectualiste du délire contient une part de vérité, car il est certain que le « travail raisonnant » de ces malades occupe la première place du tableau clinique. Mais si nous voulons comprendre l'épanouissement du thème mégalomaniaque dans le développement de la systématique délirante, il est nécessaire d'envisager que le thème prévalent, dans le dernier temps de la symphonie, était déjà impliqué et comme annoncé dès la première phase de son évolution. Il est impossible en effet d'envisager le thème de persécution autrement que comme un des termes du binôme fondamental persécution-grandeur (ou si l'on veut culpabilité-avidité, ou si l'on veut encore masochisme-sadisme). Si le thème de grandeur ne se développe qu'après avoir été enveloppé, c'est que dans l'expérience délirante fondamentale et initiale (comme dans le rêve), la structure complexe profonde subissait encore une certaine censure, et restait, comme étouffée, soumise à une forte répression. Dans la suite, quand le délire a pu devenir la forme même de l'existence, jaillit alors et s'élève comme un chant glorieux le thème narcissique primordial

...le syllogisme d'Achille FOVILLE: « Si je suis persécuté c'est donc que je suis un grand personnage »...

du délire de grandeur. Mais c'est aussi un chant du cygne. Tous les cliniciens connaissent en effet le mauvais pronostic d'un système délirant de cet ordre.

Toutefois le délire systématique peut brûler pour ainsi dire les étapes et Achille FOVILLE avait pu écrire : « Cependant on rencontre certains cas où les conceptions délirantes de nature mégalo-maniaque naissent spontanément, sans hallucinations antérieures, et d'autres où les hallucinations sont de nature flatteuse ou agréable et font naître d'emblée des idées de grandeur ». Bien des observations ont été publiées dans la littérature ¹ et l'observation clinique quotidienne nous offre un grand nombre de cas de ce genre. Généralement les anciens auteurs attribuaient à cette génération rapide et pour ainsi dire spontanée de la mégalo-manie un pronostic plus favorable comme si cette rapide flambée devait plus aisément s'éteindre. Nous avons eu l'occasion d'observer ces dernières années un cas qui semble confirmer cette manière de voir, réserve faite de l'efficacité de la thérapeutique employée. Il s'agissait d'une jeune fille très intelligente mais à hérédité chargée. Quelques mois après la mort d'un jeune homme avec qui elle avait entretenu des relations d'ailleurs purement sentimentales et même sans projet de mariage ferme, brusquement, elle crut que ce jeune homme n'était pas mort, que c'était son sosie qui était mort, qu'il devait l'épouser, qu'il était toujours présent autour d'elle, qu'elle l'entendait, que tout parlait de lui, que par tout et par tous il communiquait avec elle, qu'il était prince d'Angleterre et qu'elle devait le rejoindre pour régner sur la Grande-Bretagne. Ce délire commanda entièrement sa conduite pendant plus de deux ans. Il paraissait absolument inébranlable et cependant sous les coups combinés d'une psychothérapie très active et d'électrochocs, brusquement, tout le délire tomba, et est tombé depuis un an. Mais si la soudaineté de la mégalo-manie est parfois d'un pronostic favorable il n'en est pas toujours ainsi. Nous pensions pouvoir obtenir un aussi beau résultat avec une autre de nos malades, jeune fille également intelligente, qui, un jour de Pentecôte, il y a trois ans, eut la révélation qu'elle était le Paraclet. Depuis lors tout son délire et toute son existence se résument dans cette affirmation : « Je suis le Saint-Esprit. J'ai un don exceptionnel, une puissance totale et je connais La Vérité : la réalité des couples ». Elle présente ses idées sous une forme systématique serrée et absolument inébranlable : « de par ailleurs » elle est complètement saine d'esprit. C'est le type même d'une monomanie... Mais jusqu'ici tous nos efforts thérapeutiques sont brisés contre une affirmation à la fois globale et intransigeante : « C'est la seconde époque de l'ère chrétienne, je suis le Saint-Esprit incarné. » Ce thème mégalo-maniaque condensé dans l'ellipse d'une croyance souveraine et dogmatique constitue un des paradoxes les plus extraordinaires que peut nous offrir la clinique psychiatrique. Ici l'idée de grandeur ne paraît pas constituer la résultante de tout

1. Nous indiquons à titre d'exemple celles d'ARNAUD dans le *Journal de Psychologie*, 1904.

...« *Cependant on rencontre certains cas où les conceptions délirantes de nature mégalo-maniaque naissent spontanément...* »

FOVILLE.

...*Nous avons eu l'occasion d'observer ces dernières années un cas qui semble confirmer cette manière de voir...*

un système, elle en paraît constituer la seule substance. Cependant, si l'on ne retrouve pas dans le temps un conditionnement psychopathologique qui préface ce système de grandeur, on trouve à l'analyse structurale de l'« l'idée délirante » une base d'implantation beaucoup plus large que l'on ne croirait. A cet égard l'étude des niveaux de dissolution artificiellement produits par des drogues comme l'amytal sodique, le penthotal etc... permet de faire deux constatations : la première, c'est que le délire s'évanouit avec la conscience et revient avec la pensée vigile. La deuxième, c'est que dans l'état de subconscience, dans les phases préhypniques de la dissolution artificielle, on retrouve plus facilement toute la structure complexuelle inconsciente de la pensée délirante et avec elle tout un contexte délirant qui est (comme DE CLÉRAMBAULT l'avait magistralement noté pour l'hallucination) comme l'avant-coureur du délire ultérieur... Ainsi l'idée délirante de grandeur émergee rapidement de la conscience morbide, si elle n'est pas rattachable manifestement à un travail de construction *antérieur* n'est pourtant que l'expression à la surface de la conscience d'un travail délirant *sous-jacent*.

– Dans une deuxième catégorie de faits nous avons affaire à des *délires paraphréniques* dont on peut dire que la mégalomanie constitue une caractéristique structurale, une dimension fondamentale. Ce qui caractérise ces délires en effet, c'est précisément que c'est sans frein et sans fin que coule de source le délire de grandeur. Il submerge la totalité du monde et, trait également caractéristique, il superpose sa grandeur au monde réel, de telle sorte que le sujet dans une manière de diplopie voit et vit deux mondes : celui de la réalité où les valeurs subjectives sont subordonnées aux valeurs objectives, c'est le monde de tous les jours vécu avec ses dimensions étroites, humbles et normales, et celui de la fiction qui élargit le moi jusqu'à un horizon infini et éternel. Cette expansion égotiste allant jusqu'à atteindre et dépasser les limites et les lois de l'univers s'exprime dans les thèmes d'infinité, de toute puissance, de magie qui caractérisent, nous l'avons vu, les aspects de la pensée schizophrénique : en quoi précisément ces délires paranoïdes touchent sans toutefois se confondre avec elle à la désagrégation schizophrénique. Nous y avons souvent insisté, cette forme de délire paranoïde que constituent les paraphrénies représente un flot puissant de lyrisme qui déferle sur toute la conception du monde et nous avons affaire ici aux malades les plus esthétiques, les plus fantastiques, les plus merveilleux...

...dans les délires paraphréniques on peut dire que la mégalomanie constitue une caractéristique structurale...

...les paraphrénies représente un flot puissant de lyrisme qui déferle sur toute la conception du monde et nous avons affaire ici aux malades les plus esthétiques, les plus fantastiques, les plus merveilleux...

4° Dans les *démences*.

Que nous nous référions aux travaux classiques de RITTI, de WERNICKE, de KRAEPELIN sur les démences séniles et les délires séniles ou sur la presbyophrénie, ou que plus simplement nous nous rapportions à notre expérience clinique journalière, tout le monde se trouve d'accord pour constater que les délires des vieillards sont tout empreints d'onirisme et que les délires de grandeur y sont assez fréquents. Les fabula-

tions des presbyophrènes sont à cet égard tout à fait remarquables puisqu'elles expriment outre une certaine inconscience du trouble une vision panoramique et généralement optimiste des événements passés, présents ou futurs. Quand l'activité hallucinatoire est prévalente, les rêveries oniriques se présentent assez souvent non point comme des événements angoissants ou tragiques, mais comme des scènes cocasses où se mêlent l'espièglerie, la farce et des aventures plus ou moins romanesques. Il y a lieu de remarquer que le caractère mégalomaniaque de ces expériences délirantes est assez fréquemment reconnu et critiqué ; les malades rient parfois de ces imaginations ou de ces visions qui les représentent jeunes ou riches ou en compagnie de personnages illustres. A la pointe extrême de la série se situent ces formes d'imageries hallucinatoires dont l'observation de FLOURNOY rapportée par MOURGUE à la fin de son livre ¹ constitue un exemple magnifique. Ce matériel esthésique avec tous ses caractères de féerie, de couleur, de formes d'ornements, de métamorphoses brillantes, etc., se retrouve assez souvent dans ces formes oniriques ou oniroïdes des délires des vieillards en état plus ou moins prononcé de démence.

Mais c'est surtout dans la *paralysie générale* que se rencontrent les délires de grandeur les plus connus et les plus constants et le délire mégalomaniaque par son aspect tristement grotesque et excessif a toujours frappé les observateurs. Pour BAYLE, le délire ambitieux était le symptôme pathognomonique de cette maladie. Un long débat s'institua dans la suite pour savoir si les idées mégalomaniaques ne se trouvaient pas dans d'autres maladies et particulièrement dans certaines monomanies (BAILLARGER, DELASIAUVE, FALRET) et surtout pour déterminer les caractères du délire ambitieux propres à la paralysie générale et au délire ambitieux des persécutés. C'est à FALRET que revient le mérite d'avoir indiqué les caractères particuliers des idées de grandeur dans la démence paralytique. Elles sont, disait-il, *multiples, mobiles, non motivées, contradictoires*. LALANDE (1900) a essayé d'y ajouter d'autres caractères généraux et notamment la tendance à l'infini, c'est-à-dire l'exagération, l'extravagance, l'énormité que prennent les idées délirantes du paralytique ; VIGOUROUX et BURLINEAUX ont proposé le terme de « *délire d'exagération* » pour les caractériser. On a souligné également *la perte des notions de l'espace et de la durée* (désorientation, ubiquité, aucun sens de la mesure). N. POSCHOGA ² a noté que sur cent cas de paralysie générale qu'il avait étudiés à l'hôpital Kostinscheni à Kichinew (79 hommes et 21 femmes), 64 % des hommes présentaient des idées de grandeur. La prévalence de la mégalomanie lui a paru nette chez les intellectuels chez qui le pourcentage atteignait 74 %.

Nous distinguerons dans l'étude clinique des idées de grandeur dans la paralysie générale deux plans différents déjà bien aperçus par FOVILLE et consacrés également

1. MOURGUE, *Neurobiologie de l'hallucination*, 1932.

2. POSCHOGA, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1926, 106, p. 892.

...Pour BAYLE, le délire ambitieux était le symptôme pathognomonique de cette maladie...

...mais c'est FALRET qui en donne les caractéristiques: [les idées de grandeur sont] multiples, mobiles, non motivées, contradictoires...

par la division qu'établit SÉGLAS ¹ en idées de satisfaction et idées de grandeur proprement dites.

Les idées de satisfaction. Tout paraît au paralytique général favorable, bien, beau, satisfaisant : « Il parle, dit FOVILLE, de l'étendue de son savoir, du chiffre de ses affaires, de ses revenus, de la considération dont il est entouré, de l'excellence de sa femme, de la beauté de ses enfants. Il montre avec enthousiasme ses mains, ses bras, ses organes génitaux. Il fait des dessins magnifiques. C'est un poète hors ligne, un parfait musicien. Il achète sans compter, car il est très riche. Il suffit de passer à sa banque ». Il va sortir le jour même, il est en pleine forme, tout va très bien...

Les idées de grandeur proprement dites consistent en des inventions tout à fait imaginaires : il a fait des campagnes, il fait jouer des pièces, il a des millions et des milliards. Il « *millionne* » des autos, des femmes, des bijoux... Il est pape, roi, Dieu lui-même. Il est chargé par la Providence de construire un charriot de 45 kilomètres de long pour faire le tour du monde en 36 minutes. Le délire ambitieux ici substitue à la personnalité de ce malheureux dysarthrique, trémulant, incapable de se conduire, celle d'un personnage puissant, fait, nous le verrons, d'une valeur cruciale.

Ces idées de grandeur constituent la forme habituelle *du délire expansif de la paralysie générale*. Elles peuvent constituer comme nous le verrons plus loin un *délire mégalomaniaque à forme paranoïde*.

Quant au mécanisme de ces idées de grandeur, de satisfaction ou ambitieuses dans la paralysie générale, il faut noter l'importance des *accès oniriques* à répétition, des *états d'excitation maniaque* et la coïncidence de telles idées avec de véritables *explosions hallucinatoires*. M. PERLMUTTER ², comparant les idées de grandeur des paralytiques et les idées de grandeur dans le parkinson post-encéphalitique, a justement insisté sur les états d'excitation maniaque et a vu dans la mégalomanie l'indice d'une lésion plus profonde du cortex. Ceci rejoint l'idée que se font également beaucoup d'auteurs, à juste raison, sur le caractère progressivement démentiel (c'est-à-dire conditionné par l'état de démence) de la mégalomanie des paralytiques généraux. C'est ainsi que MIGNARD dans son étude des états de satisfaction rattache la mégalomanie à l'état démentiel et à la « satisfaction béate » qu'il paraît entraîner. L'absence de contrainte rationnelle libérerait une activité purement délirante, affective, foncièrement absurde et variable. Il est important de noter à ce propos que de même que nous avons vu les idées de grandeur s'insérer dans le fond expansif, jovial, ludique, de la pensée désordonnée du maniaque, ici les idées de grandeur sont en continuité directe avec les troubles graves du comportement général du malade comme affranchi de toute contrainte morale ou logique. Son inconscience absolue, la perte de l'auto-critique

...SÉGLAS introduit une division entre idées de satisfaction et idées de grandeur proprement dites...

...Quant au mécanisme de ces idées de grandeur, [...] il faut noter l'importance des accès oniriques à répétition, des états d'excitation maniaque et la coïncidence de telles idées avec de véritables explosions hallucinatoires...

1. Dans le Traité de Gilbert BALLET.

2. *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1929, 121.

constituent naturellement le fond sur lequel se détachent les idées de grandeur. La première idée venue à l'esprit des aliénistes et qui paraît assez ancrée chez la plupart d'entre eux, c'est pourtant que l'idée de grandeur serait directement engendrée par une disposition euphorique fondamentale. Comme l'a fait remarquer KAUFMAN ¹, il n'est pas rare cependant de constater que le délire de grandeur chez les paralytiques généraux est indépendant du fond de l'humeur. Il a tenté de faire varier l'état cénesthésique ou de « Stimmung » de paralytiques généraux mégalomanes en leur faisant absorber de l'huile de ricin ou de crotone et il aurait observé que malgré l'état d'angoisse, les idées délirantes de grandeur persistaient... Enfin, nous devons signaler le travail de Paul SCHILDER ² qui estime que l'idée de grandeur chez ces malades qui sont si profondément frappés dans leur être exprime par une sorte de mécanisme de défense (Abwehrmechanismus) le désir de compenser par le délire d'une fabuleuse puissance leur misérable faiblesse. Nous verrons plus loin l'importance de ce mécanisme pour la pathogénie de la mégalomanie.

Dans les *formes paranoïdes* de la paralysie générale ³, les thèmes mégalomaniaques sans constituer un système bien cohérent s'agglutinent à d'autres thèmes pour se présenter en clinique comme un délire voisin de la schizophrénie ou des paranoïdes. Il y a lieu de mentionner spécialement ces formes paranoïdes mégalomaniaques tout empreintes d'onirisme que l'on observe après la malariathérapie (délires secondaires ⁴).

§ III. — PATHOGÉNIE DE LA MÉGALOMANIE (*Le travail délirant de la projection du Moi dans le Monde*)

Quant nous avons étudié les perversions, le suicide, etc... il nous a fallu nous référer aux découvertes que FREUD et son école ont faites dans la couche inconsciente de l'humanité, pour mettre en évidence dans le « cœur » humain, des pulsions que la grande majorité des hommes méconnaît. Ce n'est qu'au prix de cet effort d'analyse que nous avons pu montrer que la « maladie ne crée pas mais libère » des tendances humaines communes à l'espèce. Quand il s'agit de l'expansion mégalomaniaque, par contre, la chose paraît plus facile. Tous les moralistes, tous les littérateurs, tous les hommes ont toujours aperçu, et admis, qu'il existe en nous une puissante propulsion à survaloriser

1. KAUFMAN, Zur Pathologie des Grossenideen, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, t. 65.

2. SCHILDER, Bemerkungen über die Psychologie des Paralytischen Grossenwahns, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, t. 74.

3. M^{lle} SERIN, Thèse, Paris 1920, et la monographie de PLAUTT, sur l'hallucinoïse syphilitique. — FERENCZI et HALLOS ont étudié la pensée délirante des Paralytiques généraux d'un point de vue psychanalytique (*Inter. Zeitschr. f. Psychoanalyse*, n° 5).

4. A propos des délires secondaires nous renvoyons aux études de GERTSMAN, *Die Malariabehandlung in der progressive Paralyse*, 1928, I vol ; de VERMEYLEN et VERWAECK, *Encéphale*, 1930 ; de MASQUIN et BOREL, *Encéphale*, 1934, pp. 73 à 79, etc.

notre propre personne. Que ce soit sous les aspects éthiques de l'idéal et du devoir qui nous exhause dans l'exercice de la vertu et jusque dans notre propre humilité – que ce soit sur le plan social où notre existence prend la valeur d'une « ascension » ou plus simplement d'une « percée » ou d'un « surclassement » – que ce soit encore sur le plan affectif que nous recherchions des « succès » – ou sur le plan professionnel que nous tendions vers la « réussite » ou la « fortune » – toujours et inlassablement, vivre, pour autant que la vie tend vers un but, c'est sans cesse croître et grandir. Quand ce n'est pas en « puissance » c'est en « sagesse ». Toute notre vie psychique entraîne dans son progrès les formes successives d'un effort, d'un épanouissement par quoi notre existence persévère dans son désir de poursuivre un programme vital qui satisfasse un besoin profond, celui de nous « élever », c'est-à-dire de réaliser notre « idéal », notre « plan » ou plus simplement notre « fin ». L'expansion fondamentale de l'être qui le *pousse* à augmenter son « espace vital », à « progresser », à se « développer » est contenue en puissance (que l'on appellera ou on n'appellera pas « instinctive », peu importe) chez tous les êtres vivants. Cette racine biologique, cet instinct d'accroissement est en germe dans tout organisme. C'est même le germe à partir duquel se développe l'organisme, en tant qu'il est lui-même son propre constituant et, en croissant, se conforme à la loi interne de sa formation et de son développement. Cette plante qui *pousse* réalise dans ses feuilles et ses fruits une volonté de puissance qui est le sens de sa vie particulière. Cet insecte qui travaille à peine détaché de la masse de ses semblables et concourt à l'édification collective d'une commune réserve alimentaire, si « anonyme » qu'il soit, si peu personnalisé qu'il demeure jusqu'à sa mort, ne s'affirme comme individu que dans la mesure où il introduit par les particularités de sa morphologie ou de son travail un aspect singulier, un semblant de diversité dans la monotonie et l'homogénéité de la masse spécifique. Ce par quoi il « *se distingue* », c'est précisément cette force qui le sépare des autres, qui le dresse contre les autres, et par là introduit dans la communauté une possibilité de conflit. Dans la société humaine, ce conflit est porté à sa suprême puissance par la différenciation progressive même des tendances de chacun. La personne humaine se caractérise en effet par son degré extrême d'individualisation et par conséquent par la possibilité toujours ouverte d'un conflit entre sa puissance et celle du monde. Toutes ces banalités nous devons les dire pour saisir à sa racine la mégalomanie en tant que pulsion de puissance qui se confond avec la conscience d'être une personne, une personnalité, un « personnage », c'est-à-dire un système de forces autonomes ayant une certaine grandeur privilégiée – et vécues comme « miennes ». Car la conscience de l'unité, du sens et des forces qui me composent n'est rien d'autre que le pouvoir que je me sens de l'orienter et de l'animer. Ainsi, naît par mon corps, dans mon corps (mais sans aller toujours jusqu'à y « incorporer » tout le « mien », tout ce qui est à moi, depuis « mes » parents jusqu'à « ma montre ») un système de valeurs dont la

...L'expansion fondamentale de l'être qui le pousse à augmenter son « espace vital », à « progresser », à se « développer » est contenue en puissance chez tous les être vivants...

commune mesure est d'être dans les deux sens du mot, une « propriété » de ma personne et qui englobe mes organes, mes facultés, ma famille, mes idées, mes biens, mon nom, mes fonctions, mes droits, mon histoire et mon destin. La possibilité d'augmenter tous les attributs de mon « moi », c'est justement mon Moi.

Mais ce Moi n'est pas une pure conscience des relations qui m'unissent au monde, il passe nécessairement par un « objet » auquel tous les autres me renvoient, mon corps¹. Il est là comme le foyer et le cœur de notre existence. C'est sur lui que notre conscience du monde s'est posée, c'est lui qui l'a engendrée, c'est par lui que nous avançons dans la vie. C'est lui qui a constitué le premier personnage intégralement aimé. C'est pourquoi la racine biologique de notre désir de puissance se confond avec la racine psychologique de notre « narcissisme ». Toute la réalité de notre désir de puissance, c'est notre corps qui la contient et la détient, c'est en lui que notre personnage est incarné, est « enraciné au monde » (MERLEAU-PONTY). C'est en lui et par lui que se sont composés l'image privilégiée et le modèle d'un être humain objet de la première fixation libidinale. Et ce n'est qu'au prix d'un effort que, seul, l'enjeu vital de notre socialisation a permis, que nous nous sommes détachés de lui pour le reconnaître chez autrui, ou plutôt que nous avons reconnu autrui dans les lignes, la chaleur et la vie de cette image, la première adorée, de cet εἶδολον. A partir de cette première et fondamentale aventure, le drame des « identifications » va commencer et dérouler ses lourdes volutes qui resteront inscrites au plus profond de nous-même. Investissements successifs, transferts libidinaux, « complexes », vont représenter les phases successives du travail dialectique que va constituer le monde et le personnage à partir des fantasmes du corps morcelé et de son membrement primitif au stade décisif appelé par LACAN « stade de miroir² », c'est-à-dire au moment où le corps « vu » va capter et coapter l'image spécifique de l'être humain. Cette première, cette primordiale expérience va dresser l'enfant dans la conscience qu'il prend de lui-même, face à face avec le monde des objets et les premiers conflits vont surgir dont la solution ne pourra être trouvée que dans l'introjection et l'identification, premier travail de stratification du personnage, ou dans l'agressivité qui est le premier réflexe de sa puissance. Telle est la phase initiale et pré-génitale à laquelle succède le stade œdipien quand au système pulsionnel masochiste-oral et sadique-anal, se substituera progressivement la fixation à autrui : le choix objectal.

Mais s'ouvrir au monde c'est déjà à ce moment rencontrer un monde fermé, c'est-à-dire les difficultés et les limites qu'autrui et le monde des objets *opposent* à l'expansion

1. Nous renvoyons aux analyses de SARTRE et de MERLEAU-PONTY auxquelles nous avons fait déjà allusion dans notre étude n° 17.

2. Cf. J. LACAN, *La famille*. Encyclopédie française VIII. La vie mentale et notamment « le complexe, facteur concret de la psychologie familiale », 1938.

le Moi n'est pas pure conscience [...] il passe nécessairement par un « objet », mon corps...

...Toute la réalité de notre désir de puissance, c'est notre corps qui la contient et la détient, c'est en lui que notre personnage est incarné, est « enraciné au monde » (MERLEAU-PONTY)...

...le stade décisif appelé par LACAN « stade de miroir », [c'est le] moment où le corps « vu » va capter et coapter l'image spécifique de l'être humain. Cette première, cette primordiale expérience va dresser l'enfant dans la conscience qu'il prend de lui-même...

des pulsions égotistes, fait qui lie indissolublement dans un rapport conflictuel les relations du moi et du monde. Ce conflit prend dès ce moment une forme d'inhibition interne en ce sens que le système des interdits, des valeurs, de culpabilité et des sanctions propose à la conscience qui développe son champ d'action, la considération d'une discipline normative. Les limites que le principe de réalité *opposait* au principe du plaisir deviennent celles d'une conscience morale qui *impose* une soumission, une limite, une discipline, un renoncement. Et c'est ici que nous rejoignons les analyses qui ont servi d'introduction à cette étude, celle du conflit des tendances entre l'*avidité* et l'*oblativité*.

Il est donc évident que le développement de la personnalité s'opère par une série de paliers successifs qui, à travers l'enfance et l'adolescence jusqu'à la maturité, vont renforcer toujours davantage le contrôle que la « réflexion », la « raison », la conscience morale, tout le système des valeurs qui constitue notre « jugement », exerceront sur la tendance fondamentale à « pousser », à se « pousser », à « repousser ». C'est, au terme de ce développement, dans un vaste système de distribution énergétique plus souple, plus élastique, plus « sublimé » que la primitive affirmation de puissance du moi se trouve canalisée et neutralisée.

...C'est, au terme de ce développement, dans un vaste système de distribution énergétique plus souple, plus « sublimé » que la primitive affirmation de puissance du moi se trouve canalisée et neutralisée...

La formation même du caractère constituera un mode constant d'organisation à proportions variables de tendances agressives dirigées contre autrui ou contre soi. Les pulsions d'avidité ou d'oblativité vont bien continuer à fournir l'énergie de ce système mais ce n'est qu'au gré des circonstances et en fonction de cette organisation qu'elles en rythmeront le mouvement dans une succession de « systoles » et de « diastoles » dont le groupement et la fréquence définiront le caractère, le mode de réaction habituel du moi à l'égard du monde, soit qu'il s'humilie ou qu'il s'exalte.

C'est par ce schéma de développement de l'appareil pulsionnel que nous pouvons comprendre ces coups de boutoir, ces « égodiastoles » que sont les rêves, la rêverie, les fantaisies de puissance, les mirages imaginatifs qui chez tout homme éclatent par le jeu d'une sorte de soupape de sûreté. Si la vie ne permet pas l'expansion désirée, un système de *compensation* ne tarde pas à s'étaler qui décharge d'autant la tension narcissique. Si l'organisation même des régulations caractérielles le permet c'est dans la *sublimation* morale de l'idéal de soi que vient s'éteindre ou tout au moins s'apaiser le feu dévorant de l'ambition et de l'orgueil.

*

* *

L'expansion mégalomaniaque est donc immanente à notre nature. Elle se trouve limitée et contenue par la structure de la réalité en tant que celle-ci exige un jugement sur le possible, et aussi par ce jeu profond d'un système pulsionnel inverse, les tendances à la « rétraction ». C'est à l'humilité que s'oppose la grandeur, c'est par les tendances à l'avalissement de soi que se trouve contrebalancé dans les systèmes des pul-

sions primitives, le désir de puissance. Ainsi nous voici encore et sans cesse ramenés à cette dualité fondamentale qui gît à la charnière biologique de notre nature conflictuelle : les tendances réductrices et paralysantes, les tendances amplificatrices et actives. C'est entre ces deux systèmes énergétiques et leur équilibre proprement moral que notre action s'inscrit et que s'exerce le jugement de valeur que nous portons sur notre propre personne. Pour bien comprendre la place qu'occupe la mégalomanie dans la hiérarchie des thèmes délirants, nous devons précisément connaître ce que représentent ceux-ci quand se rompt cet équilibre.

Dans la prise de possession du monde, dans l'investissement du monde des objets et d'autrui, c'est l'équilibre de mon désir de puissance et de mon renoncement, de mon avidité et de mon oblativité, de mon activité dévorante ou de ma passivité résignée, etc., qui se projette. Le monde est « pour moi », c'est-à-dire qu'il contient quelque chose de mon engagement dans la réalité et qu'il offre par ricochet et comme par un reflet de miroir, ma structure dans sa structure. Que fléchisse mon désir de s'épanouir en lui, que je me retire de lui comme pour le vider de ma propre expansion et la réalité tout entière devenue mécanique, misérable et inutile se résorbera vers le néant (et ce sont alors les expériences délirantes de la négation de la fin du monde, du jamais vu, de l'étrange et du vide). – Que, par contre, mes forces d'expansion pénètrent la nature et le monde physique, le « cosmos », transfiguré et asservi à ma puissance va s'offrir comme « mien », comme *l'objet* de mon pouvoir de *Sujet absolu* (ce sont les expériences délirantes de création, de toute-puissance, de conquête de l'univers, de connaissance absolue, etc.).

Les « relations » du moi et d'autrui sont encore plus évidemment soumises à ce flux et reflux de ces pulsions qui battent dans mon cœur le rythme de ma vie. Les relations de dépendance ou d'indépendance à l'égard des sociétés, des institutions et de l'histoire, tantôt je les vivrai comme un écrasement de mon être par les autres (expériences de persécution, d'hostilité, de frustration, de dépossession, etc.), – tantôt je les éprouverai comme un pouvoir merveilleusement favorable d'aide, de secours, de sympathie (thèmes de favoritisme, d'universelle complaisance, etc.).

Dans ce mixte ambigu qu'est ma réalité corporelle qui est tantôt « moi » tantôt « à moi » et qui m'échappe sous tant de multiples aspects pour se fondre dans le monde, – les valeurs « objectives » et « subjectives » se trouvent mêlées à proportions variables qui expriment, là encore, la subordination de la perception de mon corps au jeu antagoniste de mes pulsions narcissiques, ou masochistes. Dans mon attitude de « rétraction », de passivité et d'auto-agression, ce corps me deviendra douloureux, monstrueux, il cessera d'être ou en tous cas de m'appartenir pour tomber déjà en pourriture sous l'effet de la maladie (expériences hypochondriaques et de négation corporelle). – Si, au contraire, je sens mon corps comme un instrument de ma puissance, si j'intro-

...Le monde est « pour moi », c'est-à-dire qu'il contient quelque chose de mon engagement dans la réalité et qu'il offre par ricochet et comme par un reflet de miroir, ma structure dans sa structure...

duis dans ses fonctions et ses organes la force qui m'anime au point d'en faire la forme même de mon prodigieux destin, il se détachera de la matière et de ses accidents pour se confondre avec l'idéal même de mon activité, il s'animerà de mon esprit (expériences délirantes de puissance corporelle, de prouesses, de survalorisation des fonctions somatiques, etc.).

Enfin, si je me tourne maintenant vers cet aspect de la « réalité » qui est celle de ma pensée où ce qui est, est ce que je suis, ce que je suis en train d'être et de vouloir, – les relations d'objectif à subjectif sont celles d'esclave à maître. Je sens ma pensée m'appartenir comme un attribut de ma puissance, comme son développement, sa garantie et son effet. Ici la « dévalorisation » de cette réalité sera vécue comme l'invasion d'autrui dans ma citadelle, comme une métamorphose physique et mécanique de mon esprit (expériences d'influence, dépersonnalisation, mécanisation de la pensée). Enfin cette dévalorisation de la personne morale cessant d'être seulement vécue comme un événement, va « au suprême degré de la rétraction de l'être » se montrer pour ce qu'elle est : *désirée* (thème d'auto-accusation et de culpabilité. – Dans le mouvement inverse d'accroissement infini et obscur de ma liberté, ma pensée ne me deviendra « étrangère » que pour s'identifier avec un absolu de puissance (expériences d'inspiration divine, prophétique, etc.).

Ainsi tous les « thèmes » délirants s'ordonnent relativement au besoin fondamental des rapports vécus d'action réciproque du moi et du monde. A la *rétraction du Moi* correspondent les thèmes de cataclysme et de l'anéantissement cosmique, le thème hypochondriaque, les thèmes d'influence et de dépersonnalisation et le mouvement même qui les engendre : la culpabilité ; à l'*expansion du moi* correspondent les thèmes de toute puissance universelle, de prodigieuses forces corporelles, d'inspiration ou d'identité divine. Ce sont ces derniers thèmes qui constituent les thèmes mégalomaniaques, les *idées de grandeur* qui ont fait l'objet de cette étude.

Nous comprenons en groupant ainsi les diverses formes de la dialectique des thèmes délirants, que le thème de *persécution* soit privilégié, puisqu'il, satisfait à la fois les tendances expansives mégalomaniaques et les tendances dépressives auto-accusatrices. Son ambiguïté même assure sa prodigieuse fréquence. Il enveloppe à la fois le délire de culpabilité et le désir de punition d'une part et le délire de grandeur et le désir de triomphe d'autre part. Il est facile de comprendre dans cette perspective comment son évolution sera dès lors un signe sensible du travail délirant dont il est le reflet. Tantôt en effet il se fixera dans un système de plus en plus auto-agressif. Tantôt il évoluera vers la satisfaction de la composante mégalomaniaque comme si le délirant *compensait* sa maladie. Mais ceci exige naturellement quelques explications qui doivent nous conduire au cœur même du problème de la pensée délirante, du travail du délire.

...Je sens ma pensée m'appartenir comme un attribut de ma puissance, comme son développement, sa garantie et son effet. Ici la « dévalorisation » de cette réalité sera vécue comme l'invasion d'autrui dans ma citadelle...

...Ainsi tous les « thèmes » délirants s'ordonnent relativement au besoin fondamental des rapports vécus d'action réciproque du moi et du monde...

...Nous ne saurions en effet nous limiter à ce que nous venons d'exposer, pour la bonne raison que nous nous bornerions alors à faire seulement œuvre de psychologue [...] ou de moraliste...

Nous ne saurions en effet nous limiter à ce que nous venons d'exposer, pour la bonne raison que nous nous bornerions alors à faire seulement œuvre de psychologue qui démonte les ressorts du cœur humain, ou de moraliste qui en apprécie les « valeurs ». Toute étude des délires qui se bornerait à cette dialectique, à cette phénoménologie de la pensée délirante, nécessaire, mais insuffisante, ne peut satisfaire le médecin psychiatre. Car pour lui le délire est une « maladie mentale », le délire est même un aspect fondamental de toute maladie mentale et c'est dans la dynamique des dissolutions ou désorganisations de l'être humain que nous devons maintenant pénétrer pour orienter l'esquisse d'une « histoire naturelle ¹ » de l'idée de grandeur.

Nous l'avons rappelé, la mégalomanie immanente à la nature humaine est « libérée » dans les diverses structures psychopathologiques avec une fréquence remarquable. Comment pouvons-nous nous représenter la genèse de ce symptôme si important dans les troubles mentaux ?

Tout « délire » représente un trouble, un bouleversement de la vie psychique qui se ramène en fin de compte à un travail de projection lequel a été mis clairement en évidence par l'école psychanalytique à propos de la projection de l'inconscient dans le conscient. Mais plus conséquente que les psychanalystes avec leur propre système, pour nous cette projection dépend d'une RÉGRESSION dont la projection de l'inconscient dans le conscient n'est qu'un cas particulier.

Nous l'avons vu plus haut en étudiant la phénoménologie des « thèmes » délirants, c'est le dérèglement de la proportion des valeurs des deux termes du binôme fondamental moi-monde que reflète toute expérience délirante laquelle altère précisément la « réalité », c'est-à-dire la structure même de cette liaison existentielle qu'est « l'être au monde ». Toute décomposition de la synergie fonctionnelle qui constitue l'activité de la conscience, toute modification structurale de la conscience, toute

...Tout « délire » représente un bouleversement de la vie psychique qui se ramène en fin de compte à un travail de PROJECTION... pour nous cette projection dépend d'une RÉGRESSION...

1. C'est ici au terme de ce deuxième volume d'« Études », c'est-à-dire de travaux préparatoires que nous entendons définir d'un mot le but que nous poursuivons : l'histoire naturelle de la folie. A une époque où l'anthropologie prétend éclipser les sciences de la nature dans l'appréhension du phénomène « maladie mentale » nous aurons assez le sens de la continuité historique de notre science et assez de courage pour affirmer que les troubles mentaux ne peuvent pas, ne sauraient sortir du cadre des sciences médicales. Pour autant en effet qu'il ne suffit pas de comprendre mais d'expliquer, pour autant qu'il ne sert à rien de dire que pour les maladies mentales les comprendre c'est les expliquer, puisqu'elles sont justement et dans leur essence davantage l'objet d'une démarche explicative appliquée à la dissolution qu'elles expriment, qu'objet d'une analyse de leur structure significative qui se heurte toujours à un moment donné à une limite, celle qui définit la folie, celle-ci reste (même quand son extension s'accroît naturellement dans le domaine des névroses) ce qu'elle a toujours été : un phénomène de la nature. La folie est en effet sous toutes ces formes une altération de l'esprit causée par une altération du corps. C'est dans cette perspective « naturelle », « physiologique » et « médicale » qui n'exclut pas mais au contraire exige son complément « anthropologique », que nous entendons fermement nous tenir ici dans cette étude pathogénique de l'idée de grandeur comme dans l'examen de l'ensemble des problèmes psychiatriques.

« régression » de la conscience entraîne une projection, une infiltration de la réalité objective, soumise aux lois physiques, dans la structure subjective – et inversement. Cette projection, cette osmose est vécue sur le registre significatif du délire. Tel est le point d'insertion naturel de la *signification* des délires dans le *processus de dissolution* psychique qu'ils expriment. C'est le même qui articule le monde des images et des fantasmes à la dissolution hypnotique de la conscience. Nous avons assez insisté sur ce point ¹ à propos du phénomène sommeil-rêve pour n'avoir pas ici à y revenir. Qu'il nous soit permis de rappeler que dormir n'est pas dormir mais vivre un rêve, c'est-à-dire un drame ou un réseau significatif qui dépend pourtant *d'autre chose*, du sommeil. Ce n'est pas le sommeil qui est vécu mais le rêve. Ce n'est pas la dissolution qui est vécue, c'est le délire.

Nous désirerions montrer la naissance de l'idée de grandeur dans la « maladie mentale » en fonction de ce mécanisme de projection osmotique. Un fait paraît évident, c'est que, lorsque nous considérons la masse délirante dans son ensemble, les expériences de dépréciation sont beaucoup plus fréquentes que la mégalomanie. Nous pensons que c'est parce que ces expériences expriment précisément plus directement le processus de dissolution lui-même qui effectivement représente une expérience vitale catastrophique et psychiquement mutilante. Ce n'est pas être victime d'une « illusion réaliste » que de prendre le délire pour ce qu'il est, savoir une forme « *négative* » d'existence, une *régression* qui compromet la liberté et la puissance du délirant. C'est cette forme qu'exprime l'angoisse (nous l'avons vu) et avec elle et par elle tous les délires de dévalorisation du monde et du moi.

La mégalomanie paraît à première vue, elle, plus difficile à expliquer et d'autant plus que, si la « dimension mégalomaniaque » est relativement plus rare que les délires de dépréciation, elle nous paraît généralement être d'un plus fâcheux pronostic. Telles sont les données ultimes du problème.

Pour tenter de le résoudre nous devons faire un rapprochement entre la valeur « *compensatrice* » de l'idée de grandeur et la structure *positive* des troubles mentaux. *Les thèmes de dépréciation seraient à la structure négative ce que les thèmes d'expansion seraient à la structure positive.* Dans une telle hypothèse, l'idée de grandeur représenterait une « *réaction* » à la situation catastrophique de la maladie. Elle monterait comme la fièvre dans les maladies aiguës en tant qu'elle représenterait un mécanisme de défense massif et allant, comme elle, au-delà de la production des énergies nécessaires. La mégalomanie exprimerait donc une exaspération hypertrophique des valeurs du moi menacé. Cependant la mobilisation du système pulsionnel, d'avidité, la tendance vitale à s'affirmer, à se surestimer telle que nous en avons retracé plus haut le développement et les exigences, brutalement libérée, comme un cri de révolte et

...toute « RÉGRESSION » de la conscience entraîne une projection, une infiltration de la réalité objective, [...] dans la structure subjective – et inversement...

...nous devons faire un rapprochement entre la valeur « compensatrice » de l'idée de grandeur et la structure positive des troubles mentaux...

1. Cf. la dernière partie de notre étude n° 7.

d'espoir dans la détresse, en répondant à une profonde pulsion narcissique, en contrebalançant les forces de destructions, comblerait jusqu'à l'excès le vide creusé par la maladie.

Si nous essayons de confronter cette hypothèse avec les principaux faits que nous avons exposés au cours de cette étude, nous verrons qu'elle s'y adapte assez exactement.

Le mécanisme « compensateur », « secondaire », « psychogénétique » si caractéristique de la symptomatologie « positive » des troubles mentaux, est manifeste, en effet, pour la mégalomanie dans deux conditions cliniques également importantes et fréquentes. Tout d'abord dans les « évolutions schizophréniques » où les « idées de grandeur » ne sont rien d'autre que des aspects de l' *autisme* et leur fonction « hédonique » ou « finaliste » est évidente au cours de la dissociation psychique. Ensuite, dans les « *délires chroniques à évolution systématique* », le passage de la persécution à la mégalomanie marque manifestement une installation dans un équilibre « compensateur » qui fait passer le délirant d'une forme d'existence de martyr à une forme de triomphe tout au moins virtuel. Ce sont là deux faits capitaux qui fortifient notre conception.

Si nous envisageons enfin l'affection dont l'historique et la clinique sont les plus intimement liés à la pathologie d'idée de grandeur, la *paralyse générale*, nous trouverons une conception analogue dans la pénétrante étude de P. SCHILDER sur la valeur réactionnelle (c'est-à-dire pour BLEULER « secondaire » et pour nous « positive ») du délire mégalomaniaque qui, dans la structure démentielle, de la pensée compense le désastre d'une régression des capacités réelles de la personne par une production imaginaire absurde et fantastique de puissance.

Nous pouvons bien conclure que dans ce bouleversement de la structure des rapports moi-monde que représente toute maladie mentale, l'inversion des rapports dans le sens de l'expansion, de la confiance, de la mégalomanie est une manifestation de la vitalité subsistante. Ainsi cette production nous apparaît comme une tentative de guérison, comme une « solution » de la situation catastrophique pour l'homme qui chavire dans la folie. Mais, hélas, comme pour les cicatrifications monstrueuses, comme pour la fièvre, cette poussée des instincts, cette surcompensation peut être pire que le mal, devenir et demeurer une nouvelle forme du mal. D'où cette résonance *tragique*, la plus poignante qui se puisse éprouver au contact de nos malades, de la triste mégalomanie.

...Le mécanisme « compensateur », « secondaire », « psychogénétique » si caractéristique de la symptomatologie « positive » des troubles mentaux, est manifeste, en effet, pour la mégalomanie...

...Ainsi cette production nous apparaît comme une tentative de guérison, ...Mais, hélas, [...] cette surcompensation peut être pire que le mal...

MÉGALOMANIE

BIBLIOGRAPHIE

- FOVILLE (A.) (Fils), *Mémoire à l'Académie de Médecine*, 1871, pp. 344-350.
- SÉGLAS (J.), *Journal de Psychologie*, 1907, p. 240.
- BOREL (P.), Rêverie et délire de grandeur, *Journal de Psychologie*, 1909.
- MIGNARD, *Les états de satisfaction dans la démence précoce et l'idiotie*, I vol., 1909.
- GAUPP, *Allgemeine Zeitschr. für Psych.*, 1910, p. 317.
- BLEULER, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, 1911.
- ADLER, *Ueber den nervösen Charakter*, 1921 (traduction française, 1926).
- BOREL (P.), Idées de grandeur dans le rêve, *Journal de Psycho.*, 1914.
- JUNG, *Psychologie der D. P.*, Halle, 1917.
- SCHILDER (P.), Zur Pathologie des Ichideals, *Intern. Zeitschr. f. Psychoanalysis*, 1922, t. VIII.
- RUMKE (H. C), *Zur Phénoménologie und Klinik des Glücksgefühls*, I vol., Berlin, 1924.
- KAUFMAN, Zur Pathologie der grossen Ideen, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, t. LXV.
- SCHILDER (P.), Bemerkungen über der Psychologie des paralytischen Grossen-wahns, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, t. LXXIV.
- FERINCZI et HOLLOS, Zur Psychoanalyse der paralytischen Geistesstörungen » *Beihefte zur Intern. Zeitschr. f. Psychoanalysis*, n° 5.
- LANGE, *Die Paranoïafrage*, I vol., 1927.
- GUIRAUD (P.), Souvenirs d'enfance et Idées de grandeur, *Annales Médico. Psycho.*, 1928.
- PERLMUTTER (M.), *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1929, t. CXXI.
- SCHNEIDER (K.), *Psychopathologie im Grundriss*, Berlin, 1931.
- LACAN, *De la psychose paranoïaque et de ses rapports avec la personnalité*, Thèse, Paris, 1932.
- LÉVY-VALENSI, Mentalité primaire et psychopathologie, *Ann. Med. Psych.*, mai 1934.
- SCHMIDT (G.), Der Wahn im Deutschsprach. Schriftung der letzten 25 Jahren 1914-1939, *Zentralblatt Neuro. u Psych.*, juillet 1910, pp. 113-143.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME II

ARGUMENT.....	7
ÉTUDE N° 9 :	
<i>Les troubles de la mémoire</i>	9
ÉTUDE N° 10 :	
<i>La Catatonie</i>	69
ÉTUDE N° 11 :	
<i>Impulsions</i>	163
ÉTUDE N° 12 :	
<i>Exhibitionnisme</i>	213
ÉTUDE N° 13 :	
<i>Perversité et Perversions</i>	233
ÉTUDE N° 14 :	
<i>Le Suicide -pathologique</i>	341
ÉTUDE N° 15 :	
<i>Anxiété morbide</i>	379
ÉTUDE N° 16 :	
<i>Délire des négations</i>	427
ÉTUDE N° 17 :	
<i>Hypochondrie</i>	453
ÉTUDE N° 18 :	
<i>Jalousie morbide</i>	483
ÉTUDE N° 19 :	
<i>Mégalomanie</i>	515

[NdÉ: L'exemplaire de 1950 avait été imprimé par la SOC St-Augustin, Desclée de Brouwer & Cie, Bruges (Belgique). – 1970/5. Réimpression photomécanique, les procédés Dorel, Paris]

INDEX DU TOME II, VOLUME I*

- AANDY, VOL. I, T. II : 249
 ABADIE, VOL. I, T. II : 396, 459
 ABELER, VOL. I, T. II : 39
 ABELY P., VOL. I, T. II : 48, 67, 80, 216, 225, 387, 394, 404, 502, 514
 ABELY X., VOL. I, T. II : 18, 80, 83, 124, 221
 ABRAHAM K., VOL. I, T. II : 153, 448
 ABRAHAMSEN, VOL. I, T. II : 249
 ACH, VOL. I, T. II : 202
 ACHILLE URBAIN, VOL. I, T. II : 376
 ADIE, VOL. I, T. II : 168
 ADLER, VOL. I, T. II : 230, 250, 283, 375, 414, 515, 518, 530, 547
 ADRIAN, VOL. I, T. II : 55
 AGOSTON, VOL. I, T. II : 281
 AICHHORN, VOL. I, T. II : 261
 AIMÉ, VOL. I, T. II : 49
 AJURIAGUERRA J. DE, VOL. I, T. II : 36, 58, 173, 174, 176, 343, 345, 378, 479
 ALAJOUANINE, VOL. I, T. II : 332
 ALBANE, VOL. I, T. II : 96, 101, 125
 ALBES, VOL. I, T. II : 29, 31
 ALCIBIADE, VOL. I, T. II : 295
 ALEMBERT, VOL. I, T. II : 483
 ALEXANDER, VOL. I, T. II : 264, 271, 469, 479
 ALEXANDRE (LE GRAND), VOL. I, T. II : 295
 ALLAIX, VOL. I, T. II : 283, 300
 ALLÉE, VOL. I, T. II : 234
 ALLENDY, VOL. I, T. II : 278, 318
 ALLIEZ, VOL. I, T. II : 98, 370
 ALMEIDA, VOL. I, T. II : 249
 ALVERDES, VOL. I, T. II : 234
 ALZHEIMER, VOL. I, T. II : 110
 AMANTEA, VOL. I, T. II : 133
 AMARIE, VOL. I, T. II : 469
 AMELINE, VOL. I, T. II : 26, 29
 AMEUILLE, VOL. I, T. II : 352
 AMMEIDA, VOL. I, T. II : 100
 ANACRÉON, VOL. I, T. II : 295
 ANASTASI, VOL. I, T. II : 14
 ANGEL F., VOL. I, T. II : 234
 ANGYAL, VOL. I, T. II : 143, 474, 475
 ANJOU (DEMOISELLE D'), VOL. I, T. II : 290
 ANTHEAUME, VOL. I, T. II : 108, 315
 ANTON, VOL. I, T. II : 103
 ANTONINI G., VOL. I, T. II : 119
 APFELBERG, VOL. I, T. II : 232
 APOLLINAIRE G., VOL. I, T. II : 316, 317
 ARAGON L., VOL. I, T. II : 240
 ARDISSON, VOL. I, T. II : 321
 ARISTOPHANE, VOL. I, T. II : 295
 ARNAUD, VOL. I, T. II : 29, 428, 451, 534
 ARTHUS, VOL. I, T. II : 382, 426
 ASCHER, VOL. I, T. II : 188, 190
 ASCLÉPIADE, VOL. I, T. II : 69
 ASHBY, VOL. I, T. II : 9
 ASHEIM, VOL. I, T. II : 301
 ASSAILLY, VOL. I, T. II : 220
 ATTELBERG, VOL. I, T. II : 217
 AUBERT, VOL. I, T. II : 310
 AUBIN, VOL. I, T. II : 101
 AUBRY, VOL. I, T. II : 122
 AUGUSTE, VOL. I, T. II : 295
 AUGUSTIN (SAINT), VOL. I, T. II : 243
 AUJALEU, VOL. I, T. II : 441, 451
 AZAM, VOL. I, T. II : 22, 23, 38
 BABCOCK, VOL. I, T. II : 13, 44, 50, 68
 BABCOCK-LÉVY (ÉCHELLE), VOL. I, T. II : 13
 BABINSKI, VOL. I, T. II : 83, 122, 123, 141, 476
 BABONNEIX, VOL. I, T. II : 104
 BACHELARD, VOL. I, T. II : 319
 BACHET, VOL. I, T. II : 185, 258, 266
 BACHI, VOL. I, T. II : 359, 369
 BADONNEL, VOL. I, T. II : 26, 27, 28, 29
 BADT, VOL. I, T. II : 402
 BAILEY, VOL. I, T. II : 404
 BAILLARGER, VOL. I, T. II : 163, 428, 431, 441, 451, 464, 482, 536
 BALDWIN, VOL. I, T. II : 341
 BALL, VOL. I, T. II : 44
 BALLETT G., VOL. I, T. II : 39, 390, 443, 464, 482, 525, 537
 BALMES, VOL. I, T. II : 190
 BALZAC, VOL. I, T. II : 283
 BANVILLE, VOL. I, T. II : 240
 BARAHONA FERNANDES, VOL. I, T. II : 78, 117, 127, 132, 145, 157, 160, 165, 168, 189, 190, 194
 BARBÉ, VOL. I, T. II : 100, 101, 442
 BARBEAUX, VOL. I, T. II : 354
 BARD, VOL. I, T. II : 194, 403, 409

*. [NdÉ : 2006. Un tel index n'existait pas dans la publication originale, il comporte plus de 1700 entrées différentes. Il a été rendu possible par la numérisation intégrale de la typographie du texte.]

INDEX

- BARISON, VOL. I, T. II : 85
BARLETT, VOL. I, T. II : 67
BARRE, VOL. I, T. II : 482
BARRÉ, VOL. I, T. II : 401
BARRERA, VOL. I, T. II : 132
BARREVELD, VOL. I, T. II : 133
BARTH, VOL. I, T. II : 285
BARTHE, VOL. I, T. II : 111
BARTHÉLÉMY, VOL. I, T. II : 42
BARUK, VOL. I, T. II : 18, 30, 57, 58, 59, 72-162
(2TUDE N°10, CATATONIE) 164, 176, 190, 196,
266, 402
BATTIER, VOL. I, T. II : 503
BAUER, VOL. I, T. II : 102, 343
BAYET, VOL. I, T. II : 363, 378
BAYLE, VOL. I, T. II : 515, 536
BAZIN, VOL. I, T. II : 252
BEARD, VOL. I, T. II : 387, 396
BEAUSSART, VOL. I, T. II : 57
BEAUVOIR (SIMONE DE), VOL. I, T. II : 227, 285
BECHTEREW, VOL. I, T. II : 194
BECK, VOL. I, T. II : 146, 349
BEDUSCHI, VOL. I, T. II : 41
BEER, VOL. I, T. II : 234
BELA MORANVI-HOCHST, VOL. I, T. II : 146
BELEY, VOL. I, T. II : 463, 482
BELLAK, VOL. I, T. II : 86, 162
BELLETRUD, VOL. I, T. II : 321
BELLEVUE, VOL. I, T. II : 13, 39, 44
BELPERRON, VOL. I, T. II : 295
BENDER, VOL. I, T. II : 42
BENDIT, VOL. I, T. II : 331
BENEDEK, VOL. I, T. II : 190, 195
BENICHOU, VOL. I, T. II : 26
BENON, VOL. I, T. II : 48, 50, 68
BERGER, VOL. I, T. II : 57, 85, 87
BERGERON, VOL. I, T. II : 166, 202
BERGSON H., VOL. I, T. II : 11, 59, 60, 61, 63, 67,
203, 250, 423
BERLIOZ CH., VOL. I, T. II : 437, 451
BERNABENTE, VOL. I, T. II : 99
BERNADOU, VOL. I, T. II : 72, 99, 140, 195
BERNARD F., VOL. I, T. II : 40, 110, 182, 342
BERNAUD, VOL. I, T. II : 83
BERNHEIM, VOL. I, T. II : 98
BERRINGTON, VOL. I, T. II : 85
BERSOT, VOL. I, T. II : 37
BERTHOLLET, VOL. I, T. II : 321
BERTILLON, VOL. I, T. II : 357
BERTIN, VOL. I, T. II : 44
BERTOLANI, VOL. I, T. II : 108, 117, 131, 138, 149
BERTRAND, VOL. I, T. II : 59
BERTRAND (LE SERGENT), VOL. I, T. II : 321
BERZE, VOL. I, T. II : 143, 164, 195, 211, 258
BESSIÈRE, VOL. I, T. II : 47, 86
BETHE, VOL. I, T. II : 127, 137, 234
BIANCHI, VOL. I, T. II : 56, 194
BIANCHINI, VOL. I, T. II : 80, 154
BICHAT, VOL. I, T. II : 373, 401
BICHEL, VOL. I, T. II : 318
BIDRE, VOL. I, T. II : 376
BILLIG, VOL. I, T. II : 97
BILLOD, VOL. I, T. II : 174
BINDER, VOL. I, T. II : 182, 185, 252, 310
BINET A., VOL. I, T. II : 12, 26, 27, 29
BINET ET SIMON, VOL. I, T. II : 12
BINGHAM, VOL. I, T. II : 293
BINOIS, R., VOL. I, T. II : 37, 38
BINSWANGER L., VOL. I, T. II : 39, 182, 273, 334,
521
BIRNBAUM, VOL. I, T. II : 39, 49, 254
BISCHLER, VOL. I, T. II : 448
BISWANGER, VOL. I, T. II : 108
BITTER, VOL. I, T. II : 396, 414, 426
BLACKURN, VOL. I, T. II : 37
BLAGOVETCHCHENSKAYA, VOL. I, T. II : 57
BLANC-FONTANILLE, VOL. I, T. II : 30
BLANCHOT M., VOL. I, T. II : 317, 338
BLANIES, VOL. I, T. II : 135
BLEEKWENN, VOL. I, T. II : 137
BLEULER E., VOL. I, T. II : 16, 61, 67, 72, 73, 80,
86, 90, 91, 97, 112, 129, 155, 156, 159, 200, 212,
334, 391, 515, 531, 532, 546, 547
BLEYNIE, VOL. I, T. II : 468
BLIN, VOL. I, T. II : 26, 27, 28, 29, 83
BLOCH, VOL. I, T. II : 283
BLONDEL CH., VOL. I, T. II : 329, 354, 355, 363,
371, 374, 378, 446, 449, 451, 482, 518
BLONDEL MAURICE , VOL. I, T. II : 203
BOBÉ, VOL. I, T. II : 458
BOHN, VOL. I, T. II : 234
BOITELLE, VOL. I, T. II : 99
BOMAISTER, VOL. I, T. II : 175
BOMBARDA, VOL. I, T. II : 36, 494, 495, 496, 513
BONAPARTE M. , VOL. I, T. II : 199, 227, 321
BONAPARTE MARIE, VOL. I, T. II : 199, 227, 321

INDEX

- BONAR LINDSLAY, VOL. I, T. II : 97, 145
BONASERA-VAZZINI, VOL. I, T. II : 118
BONHOEFFER, VOL. I, T. II : 39, 174, 529
BONN, VOL. I, T. II : 37
BONNAFÉ, VOL. I, T. II : 369, 479
BONNAFOUS-SÉRIEUX MME, VOL. I, T. II : 95, 106, 168
BONNEAU, VOL. I, T. II : 317
BONNER, VOL. I, T. II : 112
BONNET, VOL. I, T. II : 57, 468
BONNIER, VOL. I, T. II : 390, 401, 426, 446, 447, 473
BONSTEIN, VOL. I, T. II : 109
BOREL, VOL. I, T. II : 72, 87, 153, 183, 334, 344, 505, 517, 518, 519, 521, 538, 547
BORENSTEIN, VOL. I, T. II : 99
BORNSTEIN, VOL. I, T. II : 112, 185, 258
BORSEY, VOL. I, T. II : 119
BOSS, VOL. I, T. II : 197, 215, 217, 219, 228, 229, 231, 232, 273, 274, 277, 283, 291, 305, 308, 314, 319, 324, 325, 326, 328, 329, 339
BOSSARD, VOL. I, T. II : 317
BOSTROEM, VOL. I, T. II : 69, 72, 73, 77, 94, 98, 99, 138, 139, 144, 155, 165, 166, 168, 190, 192, 196
BOUCAUD P. DE, VOL. I, T. II : 112
BOUDET, VOL. I, T. II : 190
BOUL, VOL. I, T. II : 513
BOULITTE, VOL. I, T. II : 120
BOURDIN, VOL. I, T. II : 69, 362
BOURDON, VOL. I, T. II : 45, 46
BOURGET P., VOL. I, T. II : 32, 349
BOURGUIGNON, VOL. I, T. II : 81, 121, 122, 131
BOUTONIER MELLE J., VOL. I, T. II : 379, 382, 383, 384, 387, 406, 407, 408, 412, 413, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426
BOUTTIER, VOL. I, T. II : 103
BOUVET, VOL. I, T. II : 18
BOUVILHET, VOL. I, T. II : 469
BOVEN, VOL. I, T. II : 383, 415, 426, 528
BOVERI, VOL. I, T. II : 119
BOVET, VOL. I, T. II : 381
BOVIERI, VOL. I, T. II : 83
BOZZI, VOL. I, T. II : 96
BRAILOVSKI, VOL. I, T. II : 39
BREGER, VOL. I, T. II : 46
BRESLER, VOL. I, T. II : 188
BRETON A., VOL. I, T. II : 240, 241
BREZOWSKY, VOL. I, T. II : 165
BRIAND, VOL. I, T. II : 42, 99, 177, 182, 220, 440, 451
BRICKNER, VOL. I, T. II : 58, 147
BRICY, VOL. I, T. II : 192
BRIÈRE DE BOISMONT, VOL. I, T. II : 345, 352, 353, 355, 361, 378
BRILL, VOL. I, T. II : 26, 27
BRIQUET, VOL. I, T. II : 38
BRISAUD, VOL. I, T. II : 102, 390, 401, 402, 405, 406, 407, 461
BRISSON, VOL. I, T. II : 36
BRITTON, VOL. I, T. II : 403
BRODMANN, VOL. I, T. II : 139
BROSIOUS, VOL. I, T. II : 71
BROSTER, VOL. I, T. II : 301, 302
BROSTES, VOL. I, T. II : 301
BROUARDEL, VOL. I, T. II : 42, 52
BROUKANSKI, VOL. I, T. II : 359
BROUKANSKI NICOLAS , VOL. I, T. II : 359
BROUSSEAU, VOL. I, T. II : 39, 49, 346, 382, 383, 426
BROWN W., VOL. I, T. II : 39, 40
BRUCKARD, VOL. I, T. II : 72
BRUN, VOL. I, T. II : 234
BRUTUS, VOL. I, T. II : 370
BUCY, VOL. I, T. II : 148
BULMAN, VOL. I, T. II : 134
BUMKE (TRAITÉ DE), VOL. I, T. II : 67, 69, 73, 77, 94, 98, 103, 123, 124, 139, 144, 155, 162, 165, 168, 178, 183, 248, 404
BURCHAN, VOL. I, T. II : 27
BURCKARD, VOL. I, T. II : 151
BURGER, VOL. I, T. II : 59, 190, 195, 211
BURLINEAUX, VOL. I, T. II : 536
BURLINGHAM, VOL. I, T. II : 250
BURLUREAUX, VOL. I, T. II : 441
BURT, VOL. I, T. II : 16
BUSCAINO, VOL. I, T. II : 116, 130, 134, 139, 140, 141, 142, 143, 152, 162, 195
BUTSBACK, VOL. I, T. II : 363
BUYTENDIJK, VOL. I, T. II : 234
BYRON (LORD), VOL. I, T. II : 295
CABANIS, VOL. I, T. II : 444
CAIN, VOL. I, T. II : 438, 451
CALEGRAVE, VOL. I, T. II : 67
CALIGULA, VOL. I, T. II : 239, 295, 317, 338
CALMEIL, VOL. I, T. II : 22

INDEX

- CALOWINA, VOL. I, T. II : 124
CAMERON, VOL. I, T. II : 46, 60, 68
CAMPAGNE, VOL. I, T. II : 261
CAMUS, VOL. I, T. II : 135, 143, 194, 445, 446, 447, 452
CAMUSET, VOL. I, T. II : 428, 435, 442, 451
CANGUILHEM G., VOL. I, T. II : 507
CANNON, VOL. I, T. II : 194, 403, 409
CAPGRAS, VOL. I, T. II : 29, 32, 83, 100, 103, 230, 443, 451, 482, 503, 507
CARDIN, VOL. I, T. II : 99
CARDONA, VOL. I, T. II : 55
CARETTE, VOL. I, T. II : 29, 353
CAREY, VOL. I, T. II : 14
CARLIER, VOL. I, T. II : 309, 320
CARMICHAEL, VOL. I, T. II : 85
CARON, VOL. I, T. II : 111, 220
CARP, VOL. I, T. II : 451
CARRERE, VOL. I, T. II : 18, 333
CARRIER, VOL. I, T. II : 182, 193, 378, 443
CARROT, VOL. I, T. II : 114, 185
CASANOVA, VOL. I, T. II : 278
CASEY, VOL. I, T. II : 23, 24
CASTIN, VOL. I, T. II : 428, 443, 451
CATON, VOL. I, T. II : 349, 370, 374
CATTELL, VOL. I, T. II : 13
CATULLE, VOL. I, T. II : 295
CATULLE MENDES, VOL. I, T. II : 283
CAVÉ, VOL. I, T. II : 54
CAVE M. , VOL. I, T. II : 334
CAVEIX, VOL. I, T. II : 240
CAZAUVIEILH, VOL. I, T. II : 355, 362, 378
CEILLIER, VOL. I, T. II : 344
CENAC, VOL. I, T. II : 332
CHADWICK, VOL. I, T. II : 315
CHALIER, VOL. I, T. II : 98
CHAMPY, VOL. I, T. II : 300
CHANES, VOL. I, T. II : 116
CHARCOT, VOL. I, T. II : 173, 187, 400, 432
CHARLIN, VOL. I, T. II : 53, 114, 174
CHARPENTIER, VOL. I, T. II : 232
CHASLIN, VOL. I, T. II : 46, 69, 70, 71, 72, 111, 115, 362
CHATAGNON, VOL. I, T. II : 343, 503, 505, 513
CHATELIN, VOL. I, T. II : 58
CHAUME, VOL. I, T. II : 69
CHAUMIER, VOL. I, T. II : 100
CHADL, VOL. I, T. II : 173
CHEVALIER J., VOL. I, T. II : 222, 283, 286, 294, 309, 312
CHEYNE-STOCKES, VOL. I, T. II : 102
CHEYNEY, VOL. I, T. II : 252
CHIODI, VOL. I, T. II : 354
CHOPARD, VOL. I, T. II : 234
CHOROHKO, VOL. I, T. II : 56
CHRISTIAN, VOL. I, T. II : 187, 528
CHRISTIENSEN, VOL. I, T. II : 505
CHRISTOFFEL, VOL. I, T. II : 319
CIANTAR, VOL. I, T. II : 252
CLACKLEY, VOL. I, T. II : 264
CLAIROIN, VOL. I, T. II : 34
CLARK, VOL. I, T. II : 36
CLARKE, VOL. I, T. II : 175
CLAUDE (PR. HENRI), VOL. I, T. II : 40, 46, 72, 75, 82, 83, 84, 87, 96, 99, 101, 104, 110, 112, 113, 114, 117, 118, 119, 121, 122, 140, 141, 145, 147, 149, 153, 157, 332, 342, 387, 395, 400, 426, 437, 451, 482, 505, 513
CLAUS, VOL. I, T. II : 69, 71, 72, 73, 82, 106, 108, 115
CLAY, VOL. I, T. II : 332
CLÉRAMBAULT G. G. DE, VOL. I, T. II : 36, 315, 482, 489, 508, 509, 535
CLIFFORD ALLEN, VOL. I, T. II : 301
CLOUSTON, VOL. I, T. II : 404
COBB, VOL. I, T. II : 132, 403
COCTEAU J., VOL. I, T. II : 283
CODET, VOL. I, T. II : 313, 393, 437, 452, 460, 482
COHEN, VOL. I, T. II : 143
COHEN VAN BAREN, VOL. I, T. II : 503
COLAPIETRE, VOL. I, T. II : 332
COLEMAN, VOL. I, T. II : 24
COLIN, VOL. I, T. II : 111, 177, 182, 248, 266
COLLET, VOL. I, T. II : 88, 134, 469
COLLIAS, VOL. I, T. II : 234
COLOMB, VOL. I, T. II : 168, 290, 353
COLOMB R. , VOL. I, T. II : 290
COMBES-HAMELLE, VOL. I, T. II : 332
CONDILLAC, VOL. I, T. II : 444
CONDORCET, VOL. I, T. II : 370
CONKEY, VOL. I, T. II : 48, 50
CONRAD, VOL. I, T. II : 46
CONSTANTINIVITCH, VOL. I, T. II : 85
COOL, VOL. I, T. II : 451
CORBBT, VOL. I, T. II : 269

INDEX

- CORBET, VOL. I, T. II : 248, 256, 266
CORMAN, VOL. I, T. II : 348
CORMOLESCO, VOL. I, T. II : 133
CORNU, VOL. I, T. II : 42, 102
CORRE, VOL. I, T. II : 373
COSMULESCO, VOL. I, T. II : 84
COSTBDOAT, VOL. I, T. II : 52
COSTE, VOL. I, T. II : 101
COTARD, VOL. I, T. II : 353, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 449, 451, 452, 465, 482, 520
COURBON, VOL. I, T. II : 73, 80, 85, 111, 112, 462, 513
COURTIAL, VOL. I, T. II : 266
COURTOIS, VOL. I, T. II : 505, 513
COX, VOL. I, T. II : 404
CRAMER, VOL. I, T. II : 151
CRAWLEY, VOL. I, T. II : 278
CRÉMIEUX, VOL. I, T. II : 98, 438, 451
CREVEN, VOL. I, T. II : 374
CRITCHLEY, VOL. I, T. II : 104, 105, 168.
CROMELYNK, VOL. I, T. II : 486
CUEL, VOL. I, T. II : 104, 140, 442, 452
CULLÈRE (MELLE), VOL. I, T. II : 83
CULLERRE, VOL. I, T. II : 176, 177
CURRAN, VOL. I, T. II : 41, 44, 264
CURTI, VOL. I, T. II : 131
CZERMAK, VOL. I, T. II : 137
DAGAND, VOL. I, T. II : 97
DAGONET, VOL. I, T. II : 163, 182
DALBIEZ, VOL. I, T. II : 328
DALKE, VOL. I, T. II : 452
DALLEMAGNE, VOL. I, T. II : 192
DAMAYE, VOL. I, T. II : 113
DAMMAYE, VOL. I, T. II : 101
DANDY, VOL. I, T. II : 57
DANJEAN, VOL. I, T. II : 101
DARDENNE, VOL. I, T. II : 403
DARKIEWITSCH, VOL. I, T. II : 146
DARWIN, VOL. I, T. II : 381
DASKALOW, VOL. I, T. II : 101.
DAUDET A., VOL. I, T. II : 518
DAUMEZON, VOL. I, T. II : 42, 451
DAUPHIN, VOL. I, T. II : 26, 28
DAVID, VOL. I, T. II : 134, 401, 402, 405, 409
DE MAULLE, VOL. I, T. II : 317
DE MORSIER, VOL. I, T. II : 472, 475
DEBESSE, VOL. I, T. II : 263, 354, 518
DEBIERRE, VOL. I, T. II : 290
DEITERS, VOL. I, T. II : 146, 401
DEJEAN, VOL. I, T. II : 122
DÉJERINE, VOL. I, T. II : 395, 400
DÉJÉRINE, VOL. I, T. II : 426, 469, 518
DELACROIX, VOL. I, T. II : 15, 67
DELAITRE, VOL. I, T. II : 452
DELASIAUVE, VOL. I, T. II : 536
DELAY, VOL. I, T. II : 10, 12, 16, 26, 28, 30, 31, 33, 37, 38, 47, 53, 68, 85, 88, 134, 137, 220, 256, 403, 404, 405, 409, 411, 426
DELGADO, VOL. I, T. II : 174, 185, 202, 274, 275, 464
DELILLE, VOL. I, T. II : 83, 97, 99
DELMAS A., VOL. I, T. II : 18, 40, 49, 149, 173, 247, 272, 346, 355, 356, 362, 369, 370, 371, 374, 378, 459
DELMAS-MARSALET, VOL. I, T. II : 53, 82, 85, 117, 118, 141, 145, 149
DELMONT, VOL. I, T. II : 248, 249, 254, 258, 265, 266, 333
DEMOINE, VOL. I, T. II : 100
DEMOLE, VOL. I, T. II : 143
DENY, VOL. I, T. II : 445, 446, 447, 452, 472
DERMOT, VOL. I, T. II : 23, 24
DESCARTES, VOL. I, T. II : 9, 54, 488
DESCHAMPS, VOL. I, T. II : 85, 87
DESCLAUX, VOL. I, T. II : 53, 506, 514
DESCURET, VOL. I, T. II : 506
DESFONTAINE, VOL. I, T. II : 341
DESHAIES, VOL. I, T. II : 341, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 360, 361, 362, 371, 372, 374, 377, 378, 388
DESOILLE, VOL. I, T. II : 42, 53, 352
DESPINE, VOL. I, T. II : 376
DESROMBIES, VOL. I, T. II : 29, 32
DESRUELLES, VOL. I, T. II : 26
DEUTSCH H., VOL. I, T. II : 227, 311, 315, 448
DEVAUX, VOL. I, T. II : 39, 47, 91, 100, 380, 387, 395, 396, 400, 401, 405, 426
DEVIC, VOL. I, T. II : 42
DEVINE, VOL. I, T. II : 112
DI FORTUNATO, VOL. I, T. II : 85
DI GIACOMO, VOL. I, T. II : 130, 131
DI TULLIO, VOL. I, T. II : 315
DIAMANDI, VOL. I, T. II : 27
DICKMEISS, VOL. I, T. II : 402

INDEX

- DIDE, VOL. I, T. II : 58, 72, 101, 123, 140, 141, 143, 464
DIDEROT, VOL. I, T. II : 283
DIVRY, VOL. I, T. II : 69, 72, 73, 75, 85, 110, 131, 135
DOEKART, VOL. I, T. II : 47, 48
DOFFLER, VOL. I, T. II : 332
DOITEAU, VOL. I, T. II : 18
DOLKART, VOL. I, T. II : 13
DONAGGIO, VOL. I, T. II : 132, 148
DONALIES, VOL. I, T. II : 319
DOREZ, VOL. I, T. II : 513
DOS SANTOS, VOL. I, T. II : 250
DOTT, VOL. I, T. II : 404
DOUTREBENTE, VOL. I, T. II : 349
DRAGANESCO, VOL. I, T. II : 102
DREYFUS, VOL. I, T. II : 111, 112
DREYFUS (L'AFFAIRE), VOL. I, T. II : 358
DRIEST, VOL. I, T. II : 78, 95
DROMARD, VOL. I, T. II : 31, 67, 76, 81, 85
DROUART, VOL. I, T. II : 29
DUBITSCHER, VOL. I, T. II : 246, 248, 258, 264, 268
DUBLINEAU, VOL. I, T. II : 266, 462
DUBOIS, VOL. I, T. II : 220, 475, 476
DUBRISAY, VOL. I, T. II : 352
DUBUISSON, VOL. I, T. II : 315
DUCOSTE, VOL. I, T. II : 36, 52, 175, 378
DUFOUR, VOL. I, T. II : 98
DUGAS, VOL. I, T. II : 67, 283, 295, 482
DUHREN, VOL. I, T. II : 317
DUMAS, VOL. I, T. II : 40, 43, 49, 52, 55, 67, 68, 328, 381, 518, 525
DUNBAR, VOL. I, T. II : 350, 400, 469
DUNE, VOL. I, T. II : 53
DUPOUY, VOL. I, T. II : 103, 216, 221, 315, 322, 323, 352, 354, 391, 402, 441, 445, 452, 462, 482, 503, 505, 513
DUPRÉ, VOL. I, T. II : 184, 238, 247, 253, 258, 260, 262, 271, 272, 275, 393, 394, 396, 401, 411, 426, 454, 455, 470, 521
DURKHEIM, VOL. I, T. II : 355, 356, 357, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 370, 378
DÜSS, VOL. I, T. II : 266
DUSSER DE BARENNE, VOL. I, T. II : 147
DUVAL J., VOL. I, T. II : 290
EARL, VOL. I, T. II : 106
EAST, VOL. I, T. II : 220, 223, 232
EBBINGHAUS, VOL. I, T. II : 17, 38, 55, 67
ECK, VOL. I, T. II : 136
EGGER, VOL. I, T. II : 25
EHRENWALD, VOL. I, T. II : 446, 472, 474, 475
ELLENBERGER, VOL. I, T. II : 62, 68, 69, 70, 73, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 113, 154
EMMA M., VOL. I, T. II : 333
ÉRASME, VOL. I, T. II : 488
ERMES, VOL. I, T. II : 80
ESCOUBE, VOL. I, T. II : 503, 513
ESCUDERO ORTUNO, VOL. I, T. II : 504
ESPINAS, VOL. I, T. II : 30, 234
ESQUIROL, VOL. I, T. II : 178, 246, 359, 360, 361, 362, 378, 434, 468, 490
ÉTAPE, VOL. I, T. II : 467, 482
EULENBURG, VOL. I, T. II : 277, 325.
EURYALE, VOL. I, T. II : 295
ÉUZIÈRE, VOL. I, T. II : 247, 261, 263
ÉVERAND, VOL. I, T. II : 290
ÉVRARD, VOL. I, T. II : 85, 135, 137
EWALD, VOL. I, T. II : 112, 183, 411
EY, VOL. I, T. II : 40, 53, 86, 88, 95, 97, 105, 106, 139, 172, 192, 195, 337, 342, 353, 479, 505
FABRE J. H. , VOL. I, T. II : 376
FALRET J., VOL. I, T. II : 31, 32, 35, 36, 67, 69, 72, 174, 362, 431, 443
FALRET J. P. , VOL. I, T. II : 247, 515, 532, 536
FANNY DE RISTOR, VOL. I, T. II : 320
FASSOU, VOL. I, T. II : 103
FATTOVITCH, VOL. I, T. II : 452
FEDERN, VOL. I, T. II : 325
FEINDEL, VOL. I, T. II : 187
FEINSTEIN, VOL. I, T. II : 123
FEIREIRA, VOL. I, T. II : 132
FELD, VOL. I, T. II : 346
FENELL, VOL. I, T. II : 234
FENICHEL, VOL. I, T. II : 277, 283, 296, 319
FERDIÈRE, VOL. I, T. II : 403
FÉRÉ, VOL. I, T. II : 25, 36, 176, 277, 279, 386, 402
FERENCZI, VOL. I, T. II : 283, 306, 330, 349, 476, 538, 547
FERRARO, VOL. I, T. II : 27, 132
FERREIRA, VOL. I, T. II : 127
FERRI, VOL. I, T. II : 355, 356, 373, 375, 376
FERRIER, VOL. I, T. II : 193
FEUCHTWANGER, VOL. I, T. II : 103, 201
FEUERBACH, VOL. I, T. II : 318

INDEX

- FEUILLE, VOL. I, T. II : 80
FEUILLET, VOL. I, T. II : 80, 502, 514
FEUTSCHWANGER, VOL. I, T. II : 57
FIKER, VOL. I, T. II : 345
FILASSIER, VOL. I, T. II : 182
FINAN, VOL. I, T. II : 146
FINK, VOL. I, T. II : 71
FINZI, VOL. I, T. II : 88
FISCHER, VOL. I, T. II : 86, 92, 108
FIZZI, VOL. I, T. II : 75
FLESCHER, G., VOL. I, T. II : 37
FLEURY M. DE, VOL. I, T. II : 362, 387, 426
FLOURNOY, VOL. I, T. II : 153, 352, 536
FOERSTER, VOL. I, T. II : 103, 104, 105, 168, 404, 446, 474, 482
FOIX, VOL. I, T. II : 104, 117, 118, 120, 189
FOLEY, VOL. I, T. II : 137
FOLLIN, VOL. I, T. II : 83, 107, 200, 369, 479, 528
FONTE CULLA, VOL. I, T. II : 468
FORBES, VOL. I, T. II : 67, 124, 125
FÖRSTER J.C., VOL. I, T. II : 35, 44, 45, 58, 115, 196
FORTANIER, VOL. I, T. II : 39, 49, 54, 60, 66
FORTINEAU, VOL. I, T. II : 182
FORX, VOL. I, T. II : 104
FOULQUIÉ, VOL. I, T. II : 203
FOURNIER, VOL. I, T. II : 46
FOVILLE, VOL. I, T. II : 36, 182, 515, 532, 533, 534, 536, 537, 547
FRACASSI, VOL. I, T. II : 109
FRAISSE, VOL. I, T. II : 17, 34
FRANCE ANATOLE , VOL. I, T. II : 316
FRANCHINI, VOL. I, T. II : 354
FRANÇOIS-GUILLAUME, VOL. I, T. II : 214
FRANKEL, VOL. I, T. II : 141, 152.
FRANKEL A. : 173.
FRANTZ, VOL. I, T. II : 56
FREEMAN, VOL. I, T. II : 97, 249
FREUD (D'AMSTERDAM), VOL. I, T. II : 136
FREUD ANNA , VOL. I, T. II : 388, 413
FREUD SIGMUND, VOL. I, T. II : 21, 39, 86, 153, 155, 197, 198, 199, 214, 230, 232, 234, 244, 250, 274, 277, 282, 283, 284, 291, 295, 296, 305, 314, 315, 316, 317, 319, 325, 341, 350, 376, 385, 387, 388, 389, 393, 395, 396, 410, 412, 413, 416, 417, 418, 426, 447, 448, 476, 477, 480, 485, 492, 512, 513, 515, 538
FRIBOURG-BLANC, VOL. I, T. II : 40, 332, 342, 353
FRIEDMANN, VOL. I, T. II : 355, 373, 375, 378, 513
FRÖCHLICH, VOL. I, T. II : 119, 126, 129.
FROIS-WITMANN, VOL. I, T. II : 476
FROMENTY, VOL. I, T. II : 81
FUERSTENER, VOL. I, T. II : 404
FULTON, VOL. I, T. II : 148, 404
FUNFGELD, VOL. I, T. II : 139
FURTADO, VOL. I, T. II : 145
FURTWANGEL, VOL. I, T. II : 290
FUSSWERK, VOL. I, T. II : 86
GAGEL, VOL. I, T. II : 404
GALL, VOL. I, T. II : 55, 247
GALLEPSIE, VOL. I, T. II : 482
GALLOT, VOL. I, T. II : 346
GAMPER, VOL. I, T. II : 41, 58, 59, 194
GANSER, VOL. I, T. II : 113
GANTT, VOL. I, T. II : 42, 234, 411, 414
GANYMÈDE, VOL. I, T. II : 294
GARANT, VOL. I, T. II : 72, 74, 98, 99, 100, 107, 282
GARDIEN, VOL. I, T. II : 174, 412
GARMA, VOL. I, T. II : 295, 373, 375, 376, 378, 448, 477
GARNIER, VOL. I, T. II : 52, 176, 179, 213, 219, 220, 224, 226, 232, 269, 277, 452, 504
GAUCKLER, VOL. I, T. II : 400, 426, 469
GAUDIO, VOL. I, T. II : 131
GAUPP, VOL. I, T. II : 97, 112, 174, 396, 532, 547
GAUTIER, VOL. I, T. II : 283, 343
GAYRAL, VOL. I, T. II : 403
GEESINK, VOL. I, T. II : 136
GEHLEN, VOL. I, T. II : 203
GEHRARD SCHMIDT, VOL. I, T. II : 185
GELMA, VOL. I, T. II : 389, 426, 476
GENET JEAN, VOL. I, T. II : 243, 278, 283, 335
GENGERELLI, VOL. I, T. II : 37
GENIL-PERRIN, VOL. I, T. II : 75, 482
GENNEP, VOL. I, T. II : 277
GEORGET, VOL. I, T. II : 232, 246, 362
GERHARD SCHMIDT, VOL. I, T. II : 354
GERTSMAN, VOL. I, T. II : 538
GIACOMO, VOL. I, T. II : 130, 131, 132, 133, 134
GIDE A., VOL. I, T. II : 19, 278, 283, 295
GILLEPSIE, VOL. I, T. II : 42, 66
GILLES, VOL. I, T. II : 29
GILLES DE LA TOURETTE, VOL. I, T. II : 188

INDEX

- GILLES DE RAIS, VOL. I, T. II : 317
GILLES DE RETZ, VOL. I, T. II : 317
GIROUD, VOL. I, T. II : 282
GISCARD, VOL. I, T. II : 45
GJESSING, VOL. I, T. II : 96
GLUECK, VOL. I, T. II : 315
GODET, VOL. I, T. II : 141, 315
GODFREY, VOL. I, T. II : 278
GOLDMAN, VOL. I, T. II : 13, 47, 48
GOLDSCHMIDT, VOL. I, T. II : 283, 299, 302, 306
GOLDSTEIN, VOL. I, T. II : 58, 148, 382, 388, 391, 415, 426
GOLTZ, VOL. I, T. II : 56, 403
GONZALEZ, VOL. I, T. II : 513
GOODHART, VOL. I, T. II : 24
GOODMAN, VOL. I, T. II : 185, 258
GORDON A., VOL. I, T. II : 39, 58, 109
GOT, VOL. I, T. II : 452
GRAAM GREEN, VOL. I, T. II : 252
GRANOKE, VOL. I, T. II : 85
GRANTE, VOL. I, T. II : 343
GRANVILLE, VOL. I, T. II : 18, 67
GRAVING, VOL. I, T. II : 97
GREEFF DE, VOL. I, T. II : 339
GREGOR, VOL. I, T. II : 261
GRIESINGER, VOL. I, T. II : 176, 247, 379, 430, 433, 434
GRINKER, VOL. I, T. II : 405
GROHMANN, VOL. I, T. II : 246
GRUEHLE, VOL. I, T. II : 183, 277, 356, 378, 514
GRUNTHAL, VOL. I, T. II : 106
GRYNFELDT, VOL. I, T. II : 139
GRYWACZ, VOL. I, T. II : 483
GUHL, VOL. I, T. II : 234
GUICCIARDI, VOL. I, T. II : 27
GUICHART, VOL. I, T. II : 111
GUILLAIN, VOL. I, T. II : 99, 103
GUIMARD, VOL. I, T. II : 468
GUIRAUD P., VOL. I, T. II : 18, 72, 73, 77, 80, 82, 83, 97, 99, 100, 106, 110, 111, 116, 118, 139, 140, 141, 142, 143, 149, 150, 152, 194, 195, 333, 334, 411, 464, 472, 517, 547
GUISLAIN, VOL. I, T. II : 70, 391, 430
GULDBERG, VOL. I, T. II : 55
GULLOTA, VOL. I, T. II : 130, 131, 135
GULOTTA, VOL. I, T. II : 84
GURDJIAN, VOL. I, T. II : 103
GUREVIC, VOL. I, T. II : 109
GUREWITCH, VOL. I, T. II : 474, 475
GUTHONE, VOL. I, T. II : 234
GUTMAN, VOL. I, T. II : 100
GUTTMANN, VOL. I, T. II : 40
H. ELLIS, VOL. I, T. II : 315, 331
HAARMAN, VOL. I, T. II : 318
HAFNER, VOL. I, T. II : 108, 109
HAHN, VOL. I, T. II : 141, 513
HALBERSTADT, VOL. I, T. II : 29, 333
HALBWACHS, VOL. I, T. II : 62, 68, 355, 356, 357, 358, 362, 363, 367, 368, 369, 376, 378
HALES M., VOL. I, T. II : 349
HALL, VOL. I, T. II : 104, 453
HALLOS, VOL. I, T. II : 538
HALMER, VOL. I, T. II : 86
HALSTEADT, VOL. I, T. II : 51
HAMMOND, VOL. I, T. II : 71, 349
HANSEN, VOL. I, T. II : 120
HARGREAVES, VOL. I, T. II : 14
HARMANN, VOL. I, T. II : 58
HARNIK, VOL. I, T. II : 227
HARTENBERG, VOL. I, T. II : 387, 426
HARTMANN NICOLAÏ, VOL. I, T. II : 203
HATSHORNE, VOL. I, T. II : 265
HAUSER, VOL. I, T. II : 352
HAVELOCK ELLIS, VOL. I, T. II : 226, 227, 228, 232, 277, 283, 286, 295, 315, 328, 330, 518, 522
HEAD, VOL. I, T. II : 48, 455, 473, 474
HEALY, VOL. I, T. II : 315
HECAEN, VOL. I, T. II : 58, 105, 401, 402, 405, 409, 446, 447, 474, 475, 479
HECHST, VOL. I, T. II : 102, 132
HECKEL, VOL. I, T. II : 387, 393, 395, 400, 401, 405, 426
HECKER, VOL. I, T. II : 71
HEDIGER, VOL. I, T. II : 234
HEIDEGGER, VOL. I, T. II : 273, 419, 420, 423, 424, 426
HEIM, VOL. I, T. II : 25
HEIMANS, VOL. I, T. II : 27
HÉLIOGABALE, VOL. I, T. II : 295
HELLER, VOL. I, T. II : 342
HELMER, VOL. I, T. II : 86, 90
HENDERSON, VOL. I, T. II : 42, 355
HENLE, VOL. I, T. II : 444
HENNÉ AM. RHYN, VOL. I, T. II : 295
HENNER, VOL. I, T. II : 130
HENRY, VOL. I, T. II : 53, 127, 132, 277, 402, 441,

INDEX

- 452
HERING, VOL. I, T. II : 54, 61, 67
HERMAN ROBERT , VOL. I, T. II : 290
HÉRODOTE, VOL. I, T. II : 227
HERPIN, VOL. I, T. II : 173
HERTWIG-MAGENDIE, VOL. I, T. II : 196
HESNARD, VOL. I, T. II : 18, 99, 100, 103, 153,
230, 232, 236, 244, 277, 278, 279, 280, 283, 292,
300, 313, 322, 328, 375, 379, 384, 398, 418, 426,
476, 477, 478, 482, 512
HESS W.R., VOL. I, T. II : 150, 157, 162, 194
HESS, RUDOLF, VOL. I, T. II : 52
HEUCQUEVILLE, VOL. I, T. II : 81, 343, 452
HEUYER, VOL. I, T. II : 26, 27, 28, 29, 37, 53, 190,
247, 259, 266, 506, 514
HIESCHFELD, VOL. I, T. II : 286
HINES, VOL. I, T. II : 148, 194
HINSEY, VOL. I, T. II : 403
HINTZIGER, VOL. I, T. II : 26
HIRSCH, VOL. I, T. II : 463
HIRSCHFELD, VOL. I, T. II : 277, 283, 286, 304,
306, 311, 314, 316, 322
HIRSEN, VOL. I, T. II : 328
HITZIG, VOL. I, T. II : 56, 193
HOICHE, VOL. I, T. II : 216
HOFFMAN, VOL. I, T. II : 112, 137
HOFFMANN, VOL. I, T. II : 127, 156, 248
HOLLANDER, VOL. I, T. II : 101
HOLLOS, VOL. I, T. II : 547
HOLZINGEN, VOL. I, T. II : 249
HOLZINGER, VOL. I, T. II : 14
HOMBURGER, VOL. I, T. II : 77, 168, 183
HORN, VOL. I, T. II : 109, 132
HORNEY, VOL. I, T. II : 325
HORREVELD, VOL. I, T. II : 135
HORSLEY GANTT, VOL. I, T. II : 234
HOSACEK, VOL. I, T. II : 360
HOSKINS, VOL. I, T. II : 145
HOSSENLOP, VOL. I, T. II : 251
HOTZEN, VOL. I, T. II : 220
HOTZINGER, VOL. I, T. II : 249
HOUCARD, VOL. I, T. II : 99
HUBER, VOL. I, T. II : 292
HUBERT, VOL. I, T. II : 29
HUBNER, VOL. I, T. II : 123
HUDDLESON, VOL. I, T. II : 350
HUGUET, VOL. I, T. II : 290, 300
HULL, VOL. I, T. II : 234
HULTON, VOL. I, T. II : 57
HUMBERT, VOL. I, T. II : 286, 335
HUTH, VOL. I, T. II : 266
HUXLEY, VOL. I, T. II : 234
HYATT VERRILL, VOL. I, T. II : 234
HYVERT, VOL. I, T. II : 101, 352
ICHOCK, VOL. I, T. II : 356, 358
INAUDI, VOL. I, T. II : 27
INGALLES, VOL. I, T. II : 39
IONESCO, VOL. I, T. II : 84
ISCOVESCO, VOL. I, T. II : 503
ISCOVESCU, VOL. I, T. II : 513
IVORY, VOL. I, T. II : 56
JACK L'ÉVENTREUR, VOL. I, T. II : 318
JACKSON, VOL. I, T. II : 12, 25, 36, 65, 67, 156
JACOB, VOL. I, T. II : 38, 109, 138, 143
JACOBSEN, VOL. I, T. II : 57
JACOBSON E., VOL. I, T. II : 477
JACOBY, VOL. I, T. II : 163
JAHRMAKER, VOL. I, T. II : 108
JAHRREISS, VOL. I, T. II : 482
JAMEISON, VOL. I, T. II : 355, 402
JAMPPS, VOL. I, T. II : 39
JANET P., VOL. I, T. II : 10, 11, 17, 21, 22, 29, 31,
32, 33, 38, 60, 62, 67, 86, 87, 94, 113, 155, 156,
187, 200, 201, 202, 203, 277, 387, 390, 415, 426,
480, 482
JANSSENS, VOL. I, T. II : 26
JANTZ, VOL. I, T. II : 145
JASPERS K., VOL. I, T. II : 86, 88, 164, 203, 419,
489, 490, 491, 494, 499, 500, 501, 502, 508, 513
JEANSEN, VOL. I, T. II : 32
JOERGER, VOL. I, T. II : 248
JOFFROY, VOL. I, T. II : 115
JOHN, VOL. I, T. II : 97
JOHNSON, VOL. I, T. II : 44, 124
JONES, VOL. I, T. II : 19, 46
JONES E., VOL. I, T. II : 321, 476
JONG DE, VOL. I, T. II : 82, 83, 120, 126, 127, 128,
129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 147,
149, 152, 153, 162
JOSEPHY, VOL. I, T. II : 139
JOTEYKO, VOL. I, T. II : 26
JOUANNAIS, VOL. I, T. II : 403, 493, 514
JOUFFROY, VOL. I, T. II : 444
JOURNIAC, VOL. I, T. II : 428, 452, 482
JUCQUELIN, VOL. I, T. II : 315
JUKES, VOL. I, T. II : 248

INDEX

- JULES CÉSAR, VOL. I, T. II : 295
JULIAN, VOL. I, T. II : 104
JUNG, VOL. I, T. II : 85, 86
JUNG E., VOL. I, T. II : 153, 414, 426, 547
JUQUELIER, VOL. I, T. II : 467
JUSTI, VOL. I, T. II : 295
JUVÉNAL, VOL. I, T. II : 295
KAFKA, VOL. I, T. II : 234
KAFKA F., VOL. I, T. II : 385
KAHLBAUM, VOL. I, T. II : 70, 71, 72, 73, 76, 78, 82, 86, 88, 90, 96, 97, 98, 115, 129, 140, 151, 155, 159, 162, 333
KAHN, VOL. I, T. II : 99, 183, 247, 255, 328
KALBERLAH, VOL. I, T. II : 50
KALISCHER, VOL. I, T. II : 56
KANDINSKY, VOL. I, T. II : 155
KANDOU, VOL. I, T. II : 39, 49, 54, 60, 66
KANOROVITCH, VOL. I, T. II : 85
KANT F., VOL. I, T. II : 101
KANZER, VOL. I, T. II : 39
KARL HEINRICH ULRICH, VOL. I, T. II : 283
KARPMAN, VOL. I, T. II : 264
KARPMANN, VOL. I, T. II : 304
KATONA, VOL. I, T. II : 68
KATSARAS, VOL. I, T. II : 100
KATZ, VOL. I, T. II : 102
KATZENELBOGEN, VOL. I, T. II : 131
KAUDERS, VOL. I, T. II : 156, 157, 373
KAUFFMAN, VOL. I, T. II : 136
KAUFMAN, VOL. I, T. II : 137, 538, 547
KEHLER, VOL. I, T. II : 123, 124
KEHRER, VOL. I, T. II : 39
KELLER, VOL. I, T. II : 25, 135, 316, 329
KEMPE, VOL. I, T. II : 86, 94, 154, 304
KENNARD, VOL. I, T. II : 148
KENNEDY, VOL. I, T. II : 129
KENT, VOL. I, T. II : 112
KERMANN, VOL. I, T. II : 137
KIELHOLZ, VOL. I, T. II : 137, 178
KIERKEGAARD, VOL. I, T. II : 418, 419, 421, 422, 426
KIERMAN, VOL. I, T. II : 71
KIERNAN, VOL. I, T. II : 71
KIETZENELBOGEN, VOL. I, T. II : 482
KINDBERG, VOL. I, T. II : 264
KINSLEY, VOL. I, T. II : 279, 328
KKAL, VOL. I, T. II : 60
KLAGES, VOL. I, T. II : 183
KLARFELD, VOL. I, T. II : 139
KLEIN (1888), VOL. I, T. II : 515
KLEIN G. , VOL. I, T. II : 334
KLEIN MÉLANIE, VOL. I, T. II : 334, 388, 392, 399, 448, 476
KLEIN R. , VOL. I, T. II : 49, 60
KLEINPAUL, VOL. I, T. II : 227
KLEIST, VOL. I, T. II : 48, 58, 59, 72, 74, 78, 79, 80, 83, 95, 97, 98, 102, 103, 104, 105, 107, 111, 112, 115, 116, 144, 145, 146, 150, 151, 157, 161, 164, 165, 166, 168, 190, 192, 193, 194, 196, 201, 405, 411, 529
KLIMMER, VOL. I, T. II : 283, 296
KLIPPEL, VOL. I, T. II : 139
KLOSSOWSKI, VOL. I, T. II : 317
KLOTZENS, VOL. I, T. II : 319, 324, 325
KLUVER, VOL. I, T. II : 194
KLYSSEN, VOL. I, T. II : 26
KNECHT, VOL. I, T. II : 108
KNOX, VOL. I, T. II : 14
KNUD SAND, VOL. I, T. II : 299, 300, 302
KOCH, VOL. I, T. II : 352
KOEHLER, VOL. I, T. II : 234, 235
KOEMPFFEN, VOL. I, T. II : 21, 49
KOFFKA, VOL. I, T. II : 68, 234
KOK, VOL. I, T. II : 135
KOLK, VOL. I, T. II : 26, 133
KORSAKOFF, VOL. I, T. II : 16, 17, 31, 41, 42, 46, 50, 59, 404
KOTTGEN A., VOL. I, T. II : 108, 138.
KRAEPELIN, VOL. I, T. II : 29, 31, 50, 71, 73, 86, 88, 90, 92, 94, 97, 108, 109, 115, 123, 155, 156, 159, 162, 164, 174, 182, 183, 333, 442, 515, 525, 532, 535
KRAFFT-EBING, VOL. I, T. II : 71, 174, 175, 185, 218, 219, 220, 232, 273, 277, 283, 286, 313, 315, 318, 320, 321, 328, 442, 468, 503, 528
KRAL, VOL. I, T. II : 49, 59
KRAPP E., VOL. I, T. II : 350
KRAUSE, VOL. I, T. II : 132
KRAUSS, VOL. I, T. II : 228
KREINDLER, VOL. I, T. II : 143
KREIPE, VOL. I, T. II : 202
KRETSCHMER, VOL. I, T. II : 39, 155, 165, 184, 200, 201, 415, 497, 532
KRISCH, VOL. I, T. II : 131, 195
KROMTSKY, VOL. I, T. II : 101
KRONFELD, VOL. I, T. II : 86, 88, 165, 168, 190,

INDEX

- 195, 211, 277, 283
KROSE, VOL. I, T. II : 355, 378
KUBIE, VOL. I, T. II : 329, 388
KUBO, VOL. I, T. II : 46
KÜNKEL, VOL. I, T. II : 414
KUNZ, VOL. I, T. II : 273, 325
KUPPER, VOL. I, T. II : 139
KURSERITZKY, VOL. I, T. II : 290
KUSMAUL, VOL. I, T. II : 168
KUTTNER, VOL. I, T. II : 137
LA ROCHEFOUCAULT, VOL. I, T. II : 484, 485
LABAT, VOL. I, T. II : 403
LACAN J., VOL. I, T. II : 250, 282, 422, 479, 491, 501, 502, 509, 532, 540, 547
LACASSAGNE, VOL. I, T. II : 277, 315, 317, 318, 373, 442, 443, 452
LACROIX, VOL. I, T. II : 469
LADAME, VOL. I, T. II : 220
LAFORA, VOL. I, T. II : 26, 27, 28
LAFORGUE, VOL. I, T. II : 320, 334
LAGACHE, VOL. I, T. II : 106, 261, 327, 483, 484, 485, 486, 489, 491, 493, 497, 498, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 509, 510, 511, 512, 514
LAGRIFFE, VOL. I, T. II : 75, 82, 84, 85
LAHY, VOL. I, T. II : 26, 27, 29
LAIGNEL-LAVASTINE, VOL. I, T. II : 99, 141, 328, 332, 343, 346, 452, 493, 514
LALANDE, VOL. I, T. II : 31, 536
LALANNE, VOL. I, T. II : 214, 215, 216, 219, 221, 232, 387, 426
LAMARTINE, VOL. I, T. II : 283
LAMBERCIER, VOL. I, T. II : 320
LAMY, VOL. I, T. II : 102
LANCASTER, VOL. I, T. II : 354
LANG, VOL. I, T. II : 302, 303, 311
LANGE, VOL. I, T. II : 111, 112, 248, 266, 409, 532, 547
LANGELUDDECKE, VOL. I, T. II : 82
LANGFELD, VOL. I, T. II : 84
LANSON, VOL. I, T. II : 403
LANTMANN, VOL. I, T. II : 190
LAPEYRE, VOL. I, T. II : 84
LARREY, VOL. I, T. II : 22
LASÈGUE, VOL. I, T. II : 213, 214, 217, 220, 222, 224, 228, 230, 231, 232, 315, 515, 532
LASHLEY, VOL. I, T. II : 56
LASNER, VOL. I, T. II : 44
LAST, VOL. I, T. II : 122
LAUGWORTHY, VOL. I, T. II : 148
LAUPTS, VOL. I, T. II : 277, 283, 286
LAURENT, VOL. I, T. II : 84, 329
LAUZIER, VOL. I, T. II : 84
LAVASSOR, VOL. I, T. II : 67
LAVERAN, VOL. I, T. II : 42
LE DOSSEUR, VOL. I, T. II : 42
LE MAUX, VOL. I, T. II : 108
LE MOAL, VOL. I, T. II : 354, 378
LEBOVICI, VOL. I, T. II : 26, 28
LECONTE, VOL. I, T. II : 85, 513
LECORDONNIER, VOL. I, T. II : 108
LEDUC, VOL. I, T. II : 135
LEFAUCHEUR, VOL. I, T. II : 100
LEFORT MARIE-MADELEINE, VOL. I, T. II : 290
LEGOURAND DE TROMELIN, VOL. I, T. II : 252
LEGOYT, VOL. I, T. II : 356
LEGRAIN, VOL. I, T. II : 177, 182, 193
LEGRAND DU SAULLE, VOL. I, T. II : 173, 176, 468, 515
LEHMAN, VOL. I, T. II : 140
LELY, VOL. I, T. II : 317
LEMIERRE, VOL. I, T. II : 352
LEMONNIER, VOL. I, T. II : 81
LENDRUM, VOL. I, T. II : 358, 359
LENNAN, VOL. I, T. II : 282
LÉO DEUTSCH, VOL. I, T. II : 315
LÉONARD DE VINCI, VOL. I, T. II : 283, 295
LEONHARD, VOL. I, T. II : 74, 78, 79, 95, 96, 180
LEPINAY, VOL. I, T. II : 376
LERI, VOL. I, T. II : 103
LERICHE, VOL. I, T. II : 469
LERIT, VOL. I, T. II : 332
LEROY, VOL. I, T. II : 31, 42, 75, 103, 111, 440, 442, 452
LESHLEY, VOL. I, T. II : 56
LESNE, VOL. I, T. II : 104
LETRESOR, VOL. I, T. II : 84
LEUPOLD, VOL. I, T. II : 75
LEVENHART, VOL. I, T. II : 85
LEVITAN, VOL. I, T. II : 37
LÉVY, VOL. I, T. II : 13, 457, 470, 482
LEVY-VALENSI, VOL. I, T. II : 29, 46, 112, 387, 395, 400, 426, 482, 484, 513, 525, 547
LEWIN, VOL. I, T. II : 156
LEWY, VOL. I, T. II : 60, 68
LEY, VOL. I, T. II : 232, 464, 469
LEYDE, VOL. I, T. II : 193

INDEX

- LHERMITTE, VOL. I, T. II : 40, 57, 75, 83, 104,
105, 110, 139, 140, 174, 220, 446, 447, 474
LIBER, VOL. I, T. II : 12, 15, 17, 67
LIDDEL, VOL. I, T. II : 234
LINDNER, VOL. I, T. II : 349
LINTZ, VOL. I, T. II : 320
LION, VOL. I, T. II : 328
LISLE, VOL. I, T. II : 355, 356, 358, 378
LLOPIS LLORET, VOL. I, T. II : 504
LOBSTEIN, VOL. I, T. II : 232, 277
LOEB, VOL. I, T. II : 104, 111, 234
LOEWE, VOL. I, T. II : 301
LOGAN, VOL. I, T. II : 148
LOGRE, VOL. I, T. II : 39, 47, 99, 103, 141, 185,
261, 380, 387, 395, 396, 400, 401, 405, 426, 521
LOKEN, VOL. I, T. II : 37
LOMBROSO, VOL. I, T. II : 246, 247, 318
LONDE, VOL. I, T. II : 401
LOOWENTERY, VOL. I, T. II : 349
LORAND, VOL. I, T. II : 314
LORENTE DE NO, VOL. I, T. II : 55
LORENZ, VOL. I, T. II : 85, 87, 137, 235
LOTTE, VOL. I, T. II : 26
LOUDET, VOL. I, T. II : 452
LOUP, VOL. I, T. II : 452
LOVAT, VOL. I, T. II : 351, 352
LÖWENBACH, VOL. I, T. II : 97, 122
LÖWENFELD, VOL. I, T. II : 381
LÖWENSTEIN, VOL. I, T. II : 124
LOWY, VOL. I, T. II : 195
LUA, VOL. I, T. II : 138
LUCCHINI, VOL. I, T. II : 29
LUCRÈCE, VOL. I, T. II : 370
LUNDBORG, VOL. I, T. II : 115, 151
LUNIER, VOL. I, T. II : 321
LUYS, VOL. I, T. II : 471
LUYT, VOL. I, T. II : 329
MABILLE, VOL. I, T. II : 41, 57
MAC CRAE, VOL. I, T. II : 17
MAC CULLOCH, VOL. I, T. II : 55
MAC DOUGALL, VOL. I, T. II : 381
MAC NISCH, VOL. I, T. II : 22
MACARIO, VOL. I, T. II : 22, 25, 482
MAGGENDORFER, VOL. I, T. II : 248
MAGNAN, VOL. I, T. II : 42, 52, 163, 175, 177,
178, 182, 193, 215, 216, 224, 232, 247, 273, 344,
515, 529, 532
MAGNUS, VOL. I, T. II : 116, 142, 195, 277, 304
MAGNUS-HIRSCHFELD, VOL. I, T. II : 277
MAGOUN, VOL. I, T. II : 403
MAIER, VOL. I, T. II : 56, 305, 411
MAILLARD, VOL. I, T. II : 80, 108, 404
MAINE DE BIRAN, VOL. I, T. II : 444
MAIRET, VOL. I, T. II : 17, 19, 48, 49, 247, 261,
263, 483, 492, 494, 495, 496, 513
MAJOROFF, VOL. I, T. II : 124
MALE P., VOL. I, T. II : 250, 259, 260
MALINOWSKI, VOL. I, T. II : 234, 282
MALLET, VOL. I, T. II : 39, 85, 99, 137, 437, 452
MALLET, R., VOL. I, T. II : 39
MALLMISON, VOL. I, T. II : 264
MANGOLD, VOL. I, T. II : 137
MARANDON DE MONTYEL, VOL. I, T. II : 183
MARANON, VOL. I, T. II : 277, 300, 302, 304, 328
MARBE, VOL. I, T. II : 350
MARC, VOL. I, T. II : 183, 246
MARC AURÈLE, VOL. I, T. II : 374
MARCEL, VOL. I, T. II : 502, 503
MARCEL GABRIEL, VOL. I, T. II : 203
MARCHAI, VOL. I, T. II : 321
MARCHAND, VOL. I, T. II : 36, 45, 57, 80, 101,
106, 173, 174, 176, 343, 345, 378, 402, 403, 468,
482
MARCHESINI, VOL. I, T. II : 291
MARCIAT, VOL. I, T. II : 317
MARCUS, VOL. I, T. II : 57, 100, 178, 220
MARFAN, VOL. I, T. II : 104
MARGUERITE P., VOL. I, T. II : 283
MARGUERY, VOL. I, T. II : 456
MARIANI, VOL. I, T. II : 98
MARIE, P., VOL. I, T. II : 58
MARIN LE MARCES, VOL. I, T. II : 290
MARINESCO, VOL. I, T. II : 143
MARIO D'ARREGO, VOL. I, T. II : 85
MARIO D'ARRIGO, VOL. I, T. II : 85
MARIO DE MENNATO, VOL. I, T. II : 85
MARKUS, VOL. I, T. II : 248
MARS, VOL. I, T. II : 462
MARTIAL, VOL. I, T. II : 295
MARTILLE, VOL. I, T. II : 83
MARTIMOR, VOL. I, T. II : 48
MARTIN L. ET G., VOL. I, T. II : 13, 34, 43, 44, 45,
46, 47, 48, 54, 98, 143
MARTINEZ-DALKE, VOL. I, T. II : 452
MARTY, VOL. I, T. II : 174
MARZO, VOL. I, T. II : 290

INDEX

- MASOCH SACHER, VOL. I, T. II : 278, 317, 320
MASOIN, VOL. I, T. II : 106
MASPERO, VOL. I, T. II : 137
MASQUIN, VOL. I, T. II : 40, 99, 103, 342, 452, 538
MASSARYK, VOL. I, T. II : 378
MASSELOK, VOL. I, T. II : 123
MASSELON, VOL. I, T. II : 83, 123
MASSERMAN, VOL. I, T. II : 234, 328
MASSON A. , VOL. I, T. II : 289
MATANSCHER, VOL. I, T. II : 108
MATHIEU, VOL. I, T. II : 503
MAUGHS, VOL. I, T. II : 264
MAURICE, VOL. I, T. II : 452
MAUROIS A., VOL. I, T. II : 295
MAUZ, VOL. I, T. II : 184
MAX MARCUSE, VOL. I, T. II : 277
MAX SCHELER, VOL. I, T. II : 339, 407, 409
MAXWELL, VOL. I, T. II : 36, 52
MAY, VOL. I, T. II : 265
MAYER, VOL. I, T. II : 73, 94, 119, 126, 355, 357, 361, 378, 523
MC PHERSON, VOL. I, T. II : 35
MC. CULLOCH, VOL. I, T. II : 9
MECHAN, VOL. I, T. II : 131, 513
MEDAKOVITCH, VOL. I, T. II : 84, 442
MEGGENDORFER, VOL. I, T. II : 178
MEIBONNIUS, VOL. I, T. II : 318
MEIGE, VOL. I, T. II : 80, 187, 290
MEINERTZ, VOL. I, T. II : 203
MELAKOVITCH, VOL. I, T. II : 452
MELLON, VOL. I, T. II : 253
MENDEL, VOL. I, T. II : 71, 108
MENDOZA, VOL. I, T. II : 482
MENGER, VOL. I, T. II : 332
MENNINGER, VOL. I, T. II : 99, 124, 350
MENUT, VOL. I, T. II : 250
MERCIER, VOL. I, T. II : 321
MERET, VOL. I, T. II : 220
MERGENER, VOL. I, T. II : 37
MERLEAU-PONTY, VOL. I, T. II : 64, 203, 326, 340, 450, 479, 540
MERLOO, VOL. I, T. II : 341, 378
MESSNET, VOL. I, T. II : 174
MESSIMY, VOL. I, T. II : 146, 147, 148
MEYER, VOL. I, T. II : 129, 153, 234
MEYER-HOLZAPFEL, VOL. I, T. II : 234
MEYNERT, VOL. I, T. II : 149, 157, 193, 194
MEYRAT, VOL. I, T. II : 46
MICHAELS, VOL. I, T. II : 185, 258
MICHALEWUSKAJA, VOL. I, T. II : 39
MICHEL ANGE, VOL. I, T. II : 295
MICHEL R. , VOL. I, T. II : 258
MICHELET, VOL. I, T. II : 317
MICHON, VOL. I, T. II : 451
MICKLER, VOL. I, T. II : 175
MIELLA, VOL. I, T. II : 99
MIGNARD, VOL. I, T. II : 469, 520, 524, 537, 547
MIGNOT, VOL. I, T. II : 81, 83, 442, 443, 452, 503
MIGNOU, VOL. I, T. II : 452
MILIAN, VOL. I, T. II : 39
MILLS, VOL. I, T. II : 360
MINKOWSKI E., VOL. I, T. II : 47, 61, 77, 92, 216, 377, 391, 442, 501, 513
MIRA, VOL. I, T. II : 266, 382
MITCHELL, VOL. I, T. II : 18, 26
MITLUF, VOL. I, T. II : 320
MITSCHERLICH, VOL. I, T. II : 250
MITSCHERLISCH, VOL. I, T. II : 261
MOBIUS, VOL. I, T. II : 26, 27
MOHR, VOL. I, T. II : 310
MOLITSCH, VOL. I, T. II : 332
MOLL, VOL. I, T. II : 217, 219, 230, 232, 277, 283, 291, 292, 295, 309, 312
MONAKOW, VOL. I, T. II : 57, 156, 189, 234, 391, 405, 426
MONCEAUX, VOL. I, T. II : 53
MONDIO, VOL. I, T. II : 133
MONDRIE, VOL. I, T. II : 441
MONNIER, VOL. I, T. II : 513
MONTAIGNE, VOL. I, T. II : 48
MONTASSUT, VOL. I, T. II : 396
MONTMOLLON, VOL. I, T. II : 303
MOORE, VOL. I, T. II : 17, 343, 345, 355, 358, 378
MORAWITZ, VOL. I, T. II : 106
MOREAU, VOL. I, T. II : 110
MOREAU (DE TOURS), FILS, VOL. I, T. II : 277, 487, 490, 513
MOREAU JACQUES , VOL. I, T. II : 354
MOREAU PAUL , VOL. I, T. II : 277, 351, 352
MOREAU, MILLE, VOL. I, T. II : 37
MOREL, VOL. I, T. II : 61, 74, 100, 131, 147, 163, 175, 246, 247, 273, 303, 328, 348, 387, 426, 434, 468
MORLAAS, VOL. I, T. II : 332
MORSELLI, VOL. I, T. II : 167, 356

INDEX

- MORSIER, DE, VOL. I, T. II : 57
MORTIMER, VOL. I, T. II : 18, 67
MORTON PRINCE, VOL. I, T. II : 22, 23, 24, 38
MOSKOWICZ, VOL. I, T. II : 304
MOSSO, VOL. I, T. II : 121, 381
MOUNDRIE, VOL. I, T. II : 452
MOUNIER, VOL. I, T. II : 53
MOUNOLIE, VOL. I, T. II : 463
MOURGUE, VOL. I, T. II : 156, 234, 311, 391, 405, 415, 426, 473, 536
MOUTON, VOL. I, T. II : 25
MOZKOWICZ, VOL. I, T. II : 306
MUELLER, VOL. I, T. II : 26, 28, 29
MULLER, VOL. I, T. II : 27, 57, 111, 300
MUNK, VOL. I, T. II : 25, 56
MURRAY, VOL. I, T. II : 266
MUSKENS, VOL. I, T. II : 188, 195, 196
MUSSET, VOL. I, T. II : 492
MYERSON, VOL. I, T. II : 391
NACHMANSOHN, VOL. I, T. II : 203
NACHT, VOL. I, T. II : 154, 317, 320, 325
NACKE, VOL. I, T. II : 108
NADEAU, VOL. I, T. II : 241
NARBUTOWITCH, VOL. I, T. II : 124
NARDI, VOL. I, T. II : 452
NATHAN, VOL. I, T. II : 50, 51, 68
NAUDASCHER, VOL. I, T. II : 404
NAVILLE, VOL. I, T. II : 220
NECCABRUNNI, VOL. I, T. II : 349
NEISSER, VOL. I, T. II : 71, 155
NEOUSKINE, VOL. I, T. II : 81
NÉRON, VOL. I, T. II : 239, 261, 295, 317
NERON G., VOL. I, T. II : 259, 266
NEUMANN, VOL. I, T. II : 17
NEVEU, VOL. I, T. II : 493, 503, 504, 514
NEWMAN, VOL. I, T. II : 249
NICCOLAI N., VOL. I, T. II : 452
NICOLAS, VOL. I, T. II : 105
NICOLESCO, VOL. I, T. II : 104
NIETZSCHE, VOL. I, T. II : 484
NIGRIS, VOL. I, T. II : 98
NISSL, VOL. I, T. II : 108
NISUS, VOL. I, T. II : 295
NOBILE, VOL. I, T. II : 134
NONNE, VOL. I, T. II : 39
NOUEL, VOL. I, T. II : 119
NOUET, VOL. I, T. II : 57
NUMBERG, VOL. I, T. II : 86
NUNBERG, VOL. I, T. II : 154, 417
OBICI, VOL. I, T. II : 291
OBREGIA, VOL. I, T. II : 96, 141
ODIER, VOL. I, T. II : 375, 398, 410, 422, 426
OESTERREICH, VOL. I, T. II : 482
OFFNER, VOL. I, T. II : 17
OLLIVIERS, VOL. I, T. II : 216, 217, 218, 220, 221, 232
OLMSTED, VOL. I, T. II : 148
OMBREDANE, VOL. I, T. II : 290, 402
OPPENHEIM, VOL. I, T. II : 396, 404
ORFILA, VOL. I, T. II : 42
OSTERMEYER, VOL. I, T. II : 115
OSTWALD, VOL. I, T. II : 55
OTTAVIANO, VOL. I, T. II : 129, 143
OTTINGEN, VOL. I, T. II : 356
OTTO KANT, VOL. I, T. II : 525
OVIDE, VOL. I, T. II : 289
PACHE, VOL. I, T. II : 256
PACTET, VOL. I, T. II : 174, 277
PADEANO, VOL. I, T. II : 72, 99, 140, 152
PANCAZI, VOL. I, T. II : 290
PANKER, VOL. I, T. II : 134
PANSE, VOL. I, T. II : 248, 249
PAPPALARDO, VOL. I, T. II : 129, 143
PARANT, VOL. I, T. II : 495, 503, 506, 513
PARHON, VOL. I, T. II : 305
PASCAL C. , VOL. I, T. II : 334
PASTEUR, VOL. I, T. II : 240
PATERSON A., VOL. I, T. II : 35, 40, 131
PAULHAN, VOL. I, T. II : 67, 316
PAULIAN, VOL. I, T. II : 141
PAVLOV, VOL. I, T. II : 234, 328, 388, 411
PÉGUILLLOU, VOL. I, T. II : 452
PEISSE, VOL. I, T. II : 444
PELANDA, VOL. I, T. II : 220
PELLER, VOL. I, T. II : 350, 360
PELLER-ROUBICZEK, VOL. I, T. II : 350
PENROSE, VOL. I, T. II : 247, 264
PEON DEL VALLS, VOL. I, T. II : 482
PEPO ESCADE, VOL. I, T. II : 132
PERELMANN, VOL. I, T. II : 113
PERERA, VOL. I, T. II : 17
PERLMUTTER, VOL. I, T. II : 537, 547
PÉRON, VOL. I, T. II : 445, 452
PETER KÜRTEEN, VOL. I, T. II : 318
PETERS, VOL. I, T. II : 126
PETIT, VOL. I, T. II : 42, 83, 99, 140, 343, 434,

INDEX

- 470
PETROFF, VOL. I, T. II : 84
PÉTRONE, VOL. I, T. II : 295
PETTE, VOL. I, T. II : 168
PEYREFITE, VOL. I, T. II : 288
PEYREFITTE, VOL. I, T. II : 291
PEZARD, VOL. I, T. II : 300, 301
PEZART, VOL. I, T. II : 300
PFAENLER, VOL. I, T. II : 203
PFEFFER, VOL. I, T. II : 217, 232
PFEIFER, VOL. I, T. II : 103
PFEIFFER, VOL. I, T. II : 57
PFERSDORF, VOL. I, T. II : 72, 83
PFERSDORFF, VOL. I, T. II : 72, 73, 77, 102, 106, 112
PHÉDON, VOL. I, T. II : 294
PICARD, VOL. I, T. II : 173, 174, 179, 190, 195, 230, 255
PICHARD, VOL. I, T. II : 352, 391
PICHON, VOL. I, T. II : 173, 264, 334, 381, 383, 424, 425, 484, 516
PICHON-RIVIÈRE, VOL. I, T. II : 392
PICHOT, VOL. I, T. II : 12, 13, 14, 26, 28, 34, 41, 45, 47, 51, 68, 85, 88
PICK, VOL. I, T. II : 74, 110, 138, 469
PICKER, VOL. I, T. II : 104
PICKERT, VOL. I, T. II : 124
PIEDELÉVRE, VOL. I, T. II : 352
PIÉRON, VOL. I, T. II : 12, 14, 17, 19, 38, 48, 49, 50, 55, 61, 67, 68
PIERRE MARIE, VOL. I, T. II : 400
PIERRE RAY, VOL. I, T. II : 234
PIERRET-ROUGIER, VOL. I, T. II : 471
PIKER, VOL. I, T. II : 343, 358, 359
PILCZ, VOL. I, T. II : 403
PINEL, VOL. I, T. II : 246, 247
PINTO, VOL. I, T. II : 143
PIOTROWSKI, VOL. I, T. II : 83, 119
PIPER, VOL. I, T. II : 120
PITRES, VOL. I, T. II : 22, 30, 41, 57, 175, 348, 387
PITTS, VOL. I, T. II : 55
PLANCK, VOL. I, T. II : 54
PLATER, VOL. I, T. II : 22
PLATON, VOL. I, T. II : 283, 295, 484
PLATTNER, VOL. I, T. II : 37
PLESSET, VOL. I, T. II : 249
PLUTARQUE, VOL. I, T. II : 295
POE EDGAR, VOL. I, T. II : 321
POLLAK, VOL. I, T. II : 195
POPPI, VOL. I, T. II : 100, 131
POPVON, VOL. I, T. II : 249
PORAK, VOL. I, T. II : 82, 121
PORCHER, VOL. I, T. II : 329, 440, 451
POROT, VOL. I, T. II : 42, 100, 103
POSCHOGA, VOL. I, T. II : 536
POTT, VOL. I, T. II : 468
POUMEAU, VOL. I, T. II : 83, 97
POUSSEP, VOL. I, T. II : 83, 118, 119
POZZI, VOL. I, T. II : 468
PREGER, VOL. I, T. II : 137
PRIBAT, VOL. I, T. II : 220, 232
PRICHARD, VOL. I, T. II : 247
PRINCE MORTON, VOL. I, T. II : 22, 23, 24, 38, 45, 354
PROAL, VOL. I, T. II : 354
PROTROWSKI, VOL. I, T. II : 125
PROUST, VOL. I, T. II : 26, 89, 278, 283, 295, 309, 487
PRUDHOMME CH., VOL. I, T. II : 345, 360
PUECH, VOL. I, T. II : 133, 146
PUEL, VOL. I, T. II : 69
PUILLET, VOL. I, T. II : 107
PUYUELO, VOL. I, T. II : 505, 513
QUARANTA, VOL. I, T. II : 109
QUINCEY, VOL. I, T. II : 257
QUINCHET, VOL. I, T. II : 318
RABAUD, VOL. I, T. II : 234
RABBR, VOL. I, T. II : 234
RABIN A. I., VOL. I, T. II : 349
RACINE, VOL. I, T. II : 134
RADO, VOL. I, T. II : 476
RAECKE, VOL. I, T. II : 106, 113
RAGAZ, VOL. I, T. II : 104
RAGLAN, VOL. I, T. II : 282
RAMBONI, VOL. I, T. II : 27
RAMOND, VOL. I, T. II : 110
RANDCHBURG, VOL. I, T. II : 59, 106
RANK O., VOL. I, T. II : 86, 153, 331, 388, 426
RANKE, VOL. I, T. II : 108
RANSCHBURG, VOL. I, T. II : 59
RANSON, VOL. I, T. II : 403, 405
RAPAPORT, VOL. I, T. II : 44, 60, 68
RASCOWSKY, VOL. I, T. II : 477
RAUCH, VOL. I, T. II : 338
RAUH, VOL. I, T. II : 339

INDEX

- RAVIART, VOL. I, T. II : 315
REBOUL-LACHAUX, VOL. I, T. II : 29, 76, 332
REES, VOL. I, T. II : 40
RÉGIS, VOL. I, T. II : 47, 98, 107, 112, 164, 175, 251, 348, 350, 387, 427, 443, 445, 446, 452, 520
REHBERGER, VOL. I, T. II : 109
REICH, VOL. I, T. II : 315, 325, 476
REICHARD, VOL. I, T. II : 25, 143, 149, 194
REICHARDT, VOL. I, T. II : 59, 134, 157
REICHARDT, MARTIN, VOL. I, T. II : 59
REICHERT, VOL. I, T. II : 139
REIK, VOL. I, T. II : 325
REISS, VOL. I, T. II : 248
REMOND, VOL. I, T. II : 114
RENANT, VOL. I, T. II : 240
REQUIN, VOL. I, T. II : 445
RESPINE, VOL. I, T. II : 506
RESTIF DE LA BRETONNE, VOL. I, T. II : 278, 313, 316
REUTER, VOL. I, T. II : 178
REVAUT D'ALLONES, VOL. I, T. II : 452
REY, VOL. I, T. II : 12, 48, 50
RIBEIRO DI VALE, VOL. I, T. II : 134
RIBEIRO DO VALE, VOL. I, T. II : 127, 128, 132
RIBOT TH., VOL. I, T. II : 15, 17, 21, 22, 36, 38, 45, 47, 50, 59, 61, 67, 203, 349, 381
RICHARD III, VOL. I, T. II : 239
RICHER, VOL. I, T. II : 194
RICHER, VOL. I, T. II : 194
RICHER, VOL. I, T. II : 15
RICHTER, VOL. I, T. II : 131, 148, 264
RICKLES, VOL. I, T. II : 216, 232
RIEGER, VOL. I, T. II : 115
RIGAL, VOL. I, T. II : 185
RIGNANO, VOL. I, T. II : 61, 67
RIMBAUD (1931), VOL. I, T. II : 190
RIMBAUD ARTHUR, VOL. I, T. II : 240, 283, 295
RINDERKNECHT, VOL. I, T. II : 333
RIOCH, VOL. I, T. II : 403
RISER, VOL. I, T. II : 403
RITCHIE, VOL. I, T. II : 68
RITTI, VOL. I, T. II : 221, 344, 349, 535
RIVERS, VOL. I, T. II : 40
RIZZATI, VOL. I, T. II : 126
ROBERTSON, VOL. I, T. II : 55
ROBIN, VOL. I, T. II : 72, 87, 153, 216, 259, 260, 332, 334, 521
RODENBERG, VOL. I, T. II : 302
ROE, VOL. I, T. II : 12
ROENAU, VOL. I, T. II : 62
ROFFMANN, VOL. I, T. II : 120
ROGUES DE FURSAC, VOL. I, T. II : 39, 73, 173, 220, 443
ROIG, VOL. I, T. II : 174
ROJAS, VOL. I, T. II : 132
ROLLER, VOL. I, T. II : 115, 151
ROMAIN ROLLAND, VOL. I, T. II : 295
ROMANES, VOL. I, T. II : 234, 376
ROMME, VOL. I, T. II : 277
RORSCHARCH, VOL. I, T. II : 266
ROSANOFF, VOL. I, T. II : 249, 304
ROSE, VOL. I, T. II : 101
ROSEN, VOL. I, T. II : 86
ROSENFELD, VOL. I, T. II : 103
ROSINAUER, VOL. I, T. II : 451
ROSS, VOL. I, T. II : 86, 90
ROSSEN, VOL. I, T. II : 54, 61
ROSSOLIMO, VOL. I, T. II : 83
ROST, VOL. I, T. II : 355, 378
ROSTAND J., VOL. I, T. II : 234, 292, 293
ROTH, VOL. I, T. II : 266
ROTHFELD, VOL. I, T. II : 190, 195
ROTHMANN, VOL. I, T. II : 56, 403
ROUART, VOL. I, T. II : 12, 111, 112, 187, 250, 479
ROUAULT DE LA VIGNE, VOL. I, T. II : 42, 43
ROUBLEFF, VOL. I, T. II : 85
ROUMANGEON, VOL. I, T. II : 134
ROUQUIER, VOL. I, T. II : 99
ROUSSEAU J.J., VOL. I, T. II : 48, 239, 278, 320
ROUSSET, VOL. I, T. II : 69, 72, 79, 97, 99, 102, 104, 109, 110, 111
ROUSSY, VOL. I, T. II : 40
ROXO, VOL. I, T. II : 482
ROY, VOL. I, T. II : 134, 452, 467, 472, 473, 482
ROYER-COLARD, VOL. I, T. II : 338
RUBINOVITCH, VOL. I, T. II : 43
RUCH, VOL. I, T. II : 46, 194
RUCKLE, VOL. I, T. II : 27
RÜDIN, VOL. I, T. II : 248
RUIN, VOL. I, T. II : 493, 513
RUMKE, VOL. I, T. II : 523, 547
RUNGE, VOL. I, T. II : 183
RUSDEA, VOL. I, T. II : 100
RUSH, VOL. I, T. II : 246
RUSSELL, VOL. I, T. II : 50, 68
RYLANDER, VOL. I, T. II : 51, 56, 58
SACHS, VOL. I, T. II : 57

INDEX

- SACHS MAURICE, VOL. I, T. II : 252
SADE (MARQUIS DE), VOL. I, T. II : 239, 240, 278, 316, 317, 338
SADGER, VOL. I, T. II : 283, 325, 330
SAGER, VOL. I, T. II : 102, 133, 149, 156, 157, 160
SAINT SIMON, VOL. I, T. II : 316
SAINT-HILAIRE, VOL. I, T. II : 290
SAKIAMOUNI, VOL. I, T. II : 374
SALIES, VOL. I, T. II : 302
SALMON, VOL. I, T. II : 116, 117, 142, 149, 195
SAND, VOL. I, T. II : 299, 300, 301, 302
SANDER, VOL. I, T. II : 71, 266
SANTENOISE, VOL. I, T. II : 84
SARTRE J.P., VOL. I, T. II : 203, 338, 374, 420, 422, 424, 426, 449, 450, 540
SAUSSURE, VOL. I, T. II : 112, 313
SAUVAGE, VOL. I, T. II : 48
SCHAEFER, VOL. I, T. II : 258
SCHALTENBRAND, VOL. I, T. II : 115, 117, 120, 121, 132, 157, 160, 403
SCHALTENBRAND, VOL. I, T. II : 83
SCHELER, VOL. I, T. II : 216, 339, 407, 409
SCHEMINZKY, VOL. I, T. II : 135
SCHIFF, VOL. I, T. II : 29, 332, 445, 513, 522
SCHILDER P., VOL. I, T. II : 39, 41, 44, 60, 86, 92, 93, 94, 124, 142, 154, 155, 195, 201, 447, 474, 475, 482, 538, 546, 547
SCHILL, VOL. I, T. II : 85
SCHIPKOWENSKY, VOL. I, T. II : 453, 454
SCHIPKOWENSKY, VOL. I, T. II : 461, 480, 481, 482
SCHLICHTEG-ROLL, VOL. I, T. II : 317
SCHMIDT G., VOL. I, T. II : 109, 138, 185, 354, 547
SCHMIDT K. , VOL. I, T. II : 138
SCHMIDT-KRAEPELIN, VOL. I, T. II : 109
SCHMIELBERG, VOL. I, T. II : 133
SCHNEIDER, VOL. I, T. II : 166, 290, 547
SCHNEIDER CARL, VOL. I, T. II : 93, 334, 390, 391
SCHNEIDER H. , VOL. I, T. II : 183, 185, 319
SCHNEIDER HANS, VOL. I, T. II : 319
SCHNEIDER KURT, VOL. I, T. II : 182, 183, 184, 254, 409, 411, 525
SCHNEIDER, P. B., VOL. I, T. II : 53
SCHNYDER, VOL. I, T. II : 318
SCHÖFER, VOL. I, T. II : 138
SCHOLZ, VOL. I, T. II : 183
SCHOPENHAUER, VOL. I, T. II : 374, 448
SCHREIB, VOL. I, T. II : 314
SCHRENK-NOTZING, VOL. I, T. II : 277
SCHRIJWER-BERNHARD, VOL. I, T. II : 119
SCHRISWER-BERNHARD, VOL. I, T. II : 118
SCHRIVER-BERNHARD, VOL. I, T. II : 83
SCHRÖDER, VOL. I, T. II : 37, 49, 50, 102, 108, 112, 138
SCHRÆDER, VOL. I, T. II : 529
SCHUCHAREWA, VOL. I, T. II : 95
SCHULE, VOL. I, T. II : 71, 434
SCHULSTER, VOL. I, T. II : 402
SCHULTE, VOL. I, T. II : 292, 304
SCHULTE-VAERTING, VOL. I, T. II : 292
SCHULTZ, VOL. I, T. II : 183, 283, 303
SCHULTZ-HENKE, VOL. I, T. II : 296, 328
SCHUSTER, VOL. I, T. II : 168, 332, 472
SCHWAB, VOL. I, T. II : 95, 442
SCHWARZ, VOL. I, T. II : 273, 283, 291, 295, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 314, 339, 469
SCHWEIZER, VOL. I, T. II : 135
SCHWINGS, VOL. I, T. II : 314
SCHWOB, VOL. I, T. II : 78, 103
SCIPION, VOL. I, T. II : 370
SCOURAS, VOL. I, T. II : 101, 102
SCRIPTURE, VOL. I, T. II : 26
SEBASTIAN, VOL. I, T. II : 100
SECUNDA, VOL. I, T. II : 185, 258
SÉGLAS, VOL. I, T. II : 36, 69, 70, 71, 72, 83, 85, 108, 111, 112, 115, 138, 156, 172, 349, 387, 390, 427, 428, 429, 430, 432, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 449, 452, 465, 482, 521, 537, 547
SEMON, VOL. I, T. II : 61, 67
SÉNÈQUE, VOL. I, T. II : 209, 370, 374, 402
SEQUART, VOL. I, T. II : 40
SERBSKI, VOL. I, T. II : 71
SERBSKY, VOL. I, T. II : 115
SÉRIEUX, VOL. I, T. II : 72, 83, 95, 106, 115, 123, 168, 222, 247, 344, 482, 498, 503, 518
SERIN, VOL. I, T. II : 128, 343, 361, 378, 402, 464, 538
SERRIER, VOL. I, T. II : 99
SEVERINO, VOL. I, T. II : 118, 123
SHAKOW, VOL. I, T. II : 12, 13, 47, 48
SHAPIRO, VOL. I, T. II : 349
SHARPEY, VOL. I, T. II : 18, 53, 67
SHELLY, VOL. I, T. II : 32
SHENKIN, VOL. I, T. II : 194

INDEX

- SHEPHERD, VOL. I, T. II : 56
SHERMAN, VOL. I, T. II : 37
SHERRINGTON, VOL. I, T. II : 189
SICARD, VOL. I, T. II : 99, 141
SICCO, VOL. I, T. II : 453, 461, 482
SIDAWY, VOL. I, T. II : 96
SIDIS, VOL. I, T. II : 24
SILVERMAN, VOL. I, T. II : 304
SIMMINS, VOL. I, T. II : 36, 43, 44, 45, 68
SIMON, VOL. I, T. II : 12, 24, 88, 316, 349, 509
SIMONEIT, VOL. I, T. II : 202
SIOLI, VOL. I, T. II : 123
SIVADON, VOL. I, T. II : 85, 332
SLEPIAN, VOL. I, T. II : 17
SMITH, VOL. I, T. II : 55, 58, 517
SNODDY, VOL. I, T. II : 46
SOCRATE, VOL. I, T. II : 294, 370
SODEBERG, VOL. I, T. II : 83
SODERBERG, VOL. I, T. II : 118, 119
SOLLIER, VOL. I, T. II : 16, 25, 34, 38, 40, 48, 53,
67
SOMMER, VOL. I, T. II : 106, 109, 110, 115, 219,
228
SOSSET, VOL. I, T. II : 12, 16, 33, 34, 35, 45, 47,
67
SOULAIRAC, VOL. I, T. II : 255
SOUQUES, VOL. I, T. II : 59, 143, 406
SPAGNOLI, VOL. I, T. II : 130
SPATZ, VOL. I, T. II : 139
SPEARMAN, VOL. I, T. II : 12, 14, 15, 17, 33, 63,
67
SPECK, VOL. I, T. II : 55
SPIEGEL, VOL. I, T. II : 131, 136, 137
SPINOZA, VOL. I, T. II : 484
SPRAGUE, VOL. I, T. II : 94
SPRANGER, VOL. I, T. II : 518
SPURZHEIN, VOL. I, T. II : 247
STAEHLIN, VOL. I, T. II : 216, 217, 218, 219, 220,
221, 232
STANDER, VOL. I, T. II : 31
STANOJEVIE, VOL. I, T. II : 45
STARCKE, VOL. I, T. II : 476
STAUB, VOL. I, T. II : 264, 271
STECK, VOL. I, T. II : 123, 149, 150, 157, 195,
332, 402
STECKEL, VOL. I, T. II : 277, 283, 311, 315, 318,
325, 373, 381, 382, 386, 387, 389, 393, 395, 396,
412, 426
STEGER, VOL. I, T. II : 117, 120, 121
STEINACH, VOL. I, T. II : 300
STEINER, VOL. I, T. II : 99, 123, 190, 195, 196
STEINGER, VOL. I, T. II : 127
STEINIGER, VOL. I, T. II : 137
STENBERG, VOL. I, T. II : 491, 514
STERDTZ, VOL. I, T. II : 138
STERLING, VOL. I, T. II : 104
STERN, VOL. I, T. II : 382, 425
STERTZ, VOL. I, T. II : 211
STEVENIN, VOL. I, T. II : 26, 28
STOKES, VOL. I, T. II : 97, 145
STOKVIS, VOL. I, T. II : 26, 27, 29
STOLTENHOFF, VOL. I, T. II : 106
STORCH, VOL. I, T. II : 446, 525
STÖRRING, VOL. I, T. II : 382, 383, 390, 392, 400,
408, 409, 415, 426
STRANSKY, VOL. I, T. II : 138, 157
STRATTON, VOL. I, T. II : 40
STRAUB, VOL. I, T. II : 202
STRAUS, VOL. I, T. II : 182, 216, 273, 314
STRECH, VOL. I, T. II : 109
STROM OELSEN, VOL. I, T. II : 122
STRUMPEL, VOL. I, T. II : 121, 190
STRÜMPEL, VOL. I, T. II : 115
SUÉTONE, VOL. I, T. II : 317
SUGAR, VOL. I, T. II : 217, 232
SUTTER, VOL. I, T. II : 53
SWICK, VOL. I, T. II : 528
SWINEFORD, VOL. I, T. II : 14
SYMONDS, VOL. I, T. II : 40
SZONDI, VOL. I, T. II : 266, 349, 516
TAINE, VOL. I, T. II : 17
TALAIRACH, VOL. I, T. II : 401, 402, 405, 409
TALATIN, VOL. I, T. II : 85
TALLMAN, VOL. I, T. II : 51
TALOT, VOL. I, T. II : 46
TAMBURINI, VOL. I, T. II : 71
TARDIEU, VOL. I, T. II : 277, 290, 352
TARGOWLA, VOL. I, T. II : 402, 426
TAUSER, VOL. I, T. II : 82
TAUSK, VOL. I, T. II : 86, 153
TEITELBAUM, VOL. I, T. II : 475
TENBE, VOL. I, T. II : 88
TERRAMOISE, VOL. I, T. II : 252
TEULON, VOL. I, T. II : 282
THÉO LANG, VOL. I, T. II : 302, 303, 311
THÉVENARD, VOL. I, T. II : 82, 117, 118, 119

INDEX

- THIBAUT, VOL. I, T. II : 29
THIELE, VOL. I, T. II : 183, 332
THODE HENRY, VOL. I, T. II : 295
THOMAS ANDRÉ, VOL. I, T. II : 474, 482
THOMAS MADELEINE, VOL. I, T. II : 266
THORNDIKE, VOL. I, T. II : 16, 56, 234
THUERLMANN, VOL. I, T. II : 302
THURSTONE, VOL. I, T. II : 12, 14, 33, 68
TIBÈRE, VOL. I, T. II : 295, 317
TIGGES, VOL. I, T. II : 71
TILING, VOL. I, T. II : 254
TINBERGER, VOL. I, T. II : 234
TINEL, VOL. I, T. II : 84, 125, 136, 143
TISSOT, VOL. I, T. II : 443, 452
TITECA, VOL. I, T. II : 469
TIXIER, VOL. I, T. II : 392, 426
TOBINO, VOL. I, T. II : 434, 452
TOEPEL, VOL. I, T. II : 283
TOMESCO, VOL. I, T. II : 84, 102, 133
TOMESCU, VOL. I, T. II : 96
TOOTH, VOL. I, T. II : 37
TOSELLI, VOL. I, T. II : 175
TOULOUSE, VOL. I, T. II : 12, 14, 38, 43, 107
TOVATO, VOL. I, T. II : 175
TRAVIS, VOL. I, T. II : 119
TRÉLAT, VOL. I, T. II : 487
TRÉLAT, VOL. I, T. II : 246, 506
TRELLES, VOL. I, T. II : 332, 503, 505, 513
TRENEL, VOL. I, T. II : 42, 108, 445, 452
TREPSTAT, VOL. I, T. II : 87, 108
TRIANTOPHYLLOS, VOL. I, T. II : 156
TRIBOULET, VOL. I, T. II : 503
TRILLOT, VOL. I, T. II : 53, 124
TROUSSEAU, VOL. I, T. II : 16, 49, 174
TRUBERT, VOL. I, T. II : 493
TRUCHE, VOL. I, T. II : 216, 221, 225
TRUELLE, VOL. I, T. II : 42, 99, 140, 177, 182
TSCHISCH, VOL. I, T. II : 71
TUSQUES, VOL. I, T. II : 300, 301
UEXKULL VON, VOL. I, T. II : 234, 273
ULRICH, VOL. I, T. II : 283, 309
URECHIA, VOL. I, T. II : 100, 470
URIBE CUALLA, VOL. I, T. II : 464, 482
URSTEIN, VOL. I, T. II : 110, 111, 112
VACHÉ J., VOL. I, T. II : 240, 241
VACHER J., VOL. I, T. II : 374
VACHER L'ÉVENTREUR, VOL. I, T. II : 277, 317, 318
VALLANCIEN, VOL. I, T. II : 134
VALLON, VOL. I, T. II : 349
VAN BANLIET, VOL. I, T. II : 55
VAN BOGAERT, VOL. I, T. II : 168, 189, 195, 196, 446, 451, 472, 474, 475
VAN DER KOLK, VOL. I, T. II : 26
VAN DER MADE, VOL. I, T. II : 370
VAN WERKOM, VOL. I, T. II : 44
VASILESCO, VOL. I, T. II : 102
VEDRANI, VOL. I, T. II : 75, 513
VEDRENI, VOL. I, T. II : 88
VELLUZ, VOL. I, T. II : 185
VERCIER, VOL. I, T. II : 183, 184
VERDEAUX, VOL. I, T. II : 220
VERGER, VOL. I, T. II : 99
VERJAAL, VOL. I, T. II : 39, 60
VERLAINE E., VOL. I, T. II : 234
VERLAINE L., VOL. I, T. II : 234
VERLAINE P., VOL. I, T. II : 283
VERMEYLEN, VOL. I, T. II : 442, 464, 538
VERROL, VOL. I, T. II : 27
VERSCHUER, VOL. I, T. II : 248
VERVAECKÉ, VOL. I, T. II : 538
VERWAECK, VOL. I, T. II : 464
VERZENI, VOL. I, T. II : 318
VESILESCU, VOL. I, T. II : 96
VIDART, VOL. I, T. II : 403
VIÉ, VOL. I, T. II : 458
VIGNERON, VOL. I, T. II : 81
VIGOUROUX, VOL. I, T. II : 45, 354, 469, 536
VILLASECA, VOL. I, T. II : 447
VINCHON, VOL. I, T. II : 315
VIRCHON, VOL. I, T. II : 290
VISINTINI FABIO, VOL. I, T. II : 55, 68, 137.
VITO LONGO, VOL. I, T. II : 131
VOGELIN, VOL. I, T. II : 138
VOGT, VOL. I, T. II : 105, 115, 157, 190
VOIGTLANDEN, VOL. I, T. II : 261
VOLTAIRE, VOL. I, T. II : 349
VON ANGYAL, VOL. I, T. II : 474, 475
VON BALAZS, VOL. I, T. II : 360
VON BUZAGH, VOL. I, T. II : 54
VON GEBSATTEL, VOL. I, T. II : 182, 218, 273, 306, 314, 325, 339
VON GRAUTE, VOL. I, T. II : 345
VON PAP, VOL. I, T. II : 472
VON STOCKERT, VOL. I, T. II : 472
VOSS-SUBKE, VOL. I, T. II : 301

INDEX

- VURPAS, VOL. I, T. II : 348, 443, 452
W. REICH, VOL. I, T. II : 315, 325
WAAGE, VOL. I, T. II : 55
WACKENRODER, VOL. I, T. II : 126
WAGNER, VOL. I, T. II : 356
WAGNER (LE CAS), VOL. I, T. II : 532
WALL J. H. , VOL. I, T. II : 341
WALLON, VOL. I, T. II : 36, 168, 200, 202, 249, 259, 443
WALTZ, VOL. I, T. II : 87
WASSERMEYER, VOL. I, T. II : 123
WATSON, VOL. I, T. II : 203
WEBER, VOL. I, T. II : 505
WECHSLER, VOL. I, T. II : 13, 39, 41, 44
WECHSLER-BELLEVUE, VOL. I, T. II : 13
WEICHERODT, VOL. I, T. II : 355
WEIMANN, VOL. I, T. II : 318
WEINBERG, VOL. I, T. II : 195
WEIR MITCHELL, VOL. I, T. II : 18
WEISS, VOL. I, T. II : 400
WEIZSACKER, VOL. I, T. II : 120, 273, 469
WELCKER, VOL. I, T. II : 290
WELLS, VOL. I, T. II : 13, 34, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 67
WERNER, VOL. I, T. II : 349
WERNICKE, VOL. I, T. II : 16, 58, 59, 72, 79, 107, 144, 151, 152, 164, 165, 168, 193, 194, 333, 390, 446, 535
WERTHER, VOL. I, T. II : 373
WESPHAL-STRUMPELL, VOL. I, T. II : 192
WESTPHAL, VOL. I, T. II : 71, 123, 124, 176, 179, 193, 283
WETZEL, VOL. I, T. II : 90, 436, 522
WEYGAND, VOL. I, T. II : 156
WEYGANDT, VOL. I, T. II : 155
WEYRICH, VOL. I, T. II : 360
WIDAL, VOL. I, T. II : 141
WIENER, VOL. I, T. II : 9
WIESE, VOL. I, T. II : 360, 376
WIGAN, VOL. I, T. II : 32
WILDE OSCAR, VOL. I, T. II : 283
WILLIAMS J. H. , VOL. I, T. II : 258
WILLMAN, VOL. I, T. II : 39
WILMANS, VOL. I, T. II : 108, 111, 112, 261
WILSON, VOL. I, T. II : 25, 189, 192
WIMMER, VOL. I, T. II : 315, 332
WINCKELMANN, VOL. I, T. II : 283, 295
WINOGRADOFF, VOL. I, T. II : 124
WINSLOW, VOL. I, T. II : 18, 22, 25, 53, 67, 362
WINTE, VOL. I, T. II : 302
WITTELS, VOL. I, T. II : 315
WITTMAN, P., VOL. I, T. II : 37
WLADYCKO, VOL. I, T. II : 141
WOHLFAHRL, VOL. I, T. II : 202
WOHLFARTH, VOL. I, T. II : 514
WOLFE., VOL. I, T. II : 300
WOLFF C.S., VOL. I, T. II : 86, 90, 154
WOODROW, VOL. I, T. II : 16
WOODWORTH-MATHEWS, VOL. I, T. II : 265
XANTIPPE, VOL. I, T. II : 294
XENOPHON, VOL. I, T. II : 295
YASMADJIAN, VOL. I, T. II : 261
YERKES, VOL. I, T. II : 35, 234
ZACKER, VOL. I, T. II : 57
ZAND, VOL. I, T. II : 143
ZANGWILL, VOL. I, T. II : 40
ZELIONY, VOL. I, T. II : 56
ZÉRO, VOL. I, T. II : 248
ZIEGLER, VOL. I, T. II : 234
ZIEHEN, VOL. I, T. II : 16, 67, 138, 182, 254, 523
ZILBOORG, VOL. I, T. II : 285, 355, 360, 373, 378
ZILIAN, VOL. I, T. II : 202
ZINGERLE, VOL. I, T. II : 168, 188, 189, 195
ZINGERLÉ, VOL. I, T. II : 103, 315
ZISKIND, VOL. I, T. II : 37
ZOLA, VOL. I, T. II : 32, 228, 283
ZONDEK, VOL. I, T. II : 301
ZUCKERMANN, VOL. I, T. II : 234, 235, 279, 292, 293, 294
ZUNINI, VOL. I, T. II : 234

TABLE DES MATIÈRES du VOLUME I

AVERTISSEMENT À LA PRÉSENTE ÉDITION :	II
PRÉFACES : SITUATION DES <i>ÉTUDES PSYCHIATRIQUES D'H. EY</i>	IV
<i>Dans le Monde par J. GARRABÉ</i>	VII
<i>Dans l'œuvre d'Henri Ey par P. BELZEAUX</i>	XIII

ÉTUDES PSYCHIATRIQUES, TOME I

AVERTISSEMENT.par Henri EY	7
<i>Préface à la deuxième édition par Henri Ey.....</i>	9
Argument.par Henri EY	13
Étude N° 1 <i>La « Folie » et les Valeurs Humaines.....</i>	15-22
Étude N° 2 <i>Le Rythme Mécano-Dynamiste de l'histoire de la Médecine....</i>	23-49
Étude N° 3 <i>Le développement « Mécaniciste » de la psychiatrie à l'abri du dualisme « Cartésien ».....</i>	51-66
Étude N° 4 <i>La position de la Psychiatrie dans le cadre des Sciences Médicales. (La dotion de « Maladie Mentale »).....</i>	67-82
Étude N° 5 <i>Une théorie Mécaniciste: la Doctrine de G. de Clérambault</i>	83-102
Étude N° 6 <i>Une conception Psychogénéteste : Freud et l'Ecole Psychoanalytique.</i>	103-156
Étude N° 7 <i>Principes d'une conception Organo-Dynamiste de la Psychiatrie.</i>	157-186
Étude N° 8 <i>Le Rêve « Fait Primordial » de la Psychopathologie</i>	187-277
<i>Table alphabétique des Auteurs.....</i>	285
<i>Table analytique des Matières</i>	293

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES DU TOME II

ARGUMENT par Henri EY.....	7
Étude N° 9 :	
<i>Les troubles de la mémoire</i>	9
Étude N° 10 :	
<i>La Catatonie</i>	69
Étude N° 11 :	
<i>Impulsions</i>	163
Étude N° 12 :	
<i>Exhibitionnisme</i>	213
Étude N° 13 :	
<i>Perversité et Perversions</i>	233
Étude N° 14 :	
<i>Le Suicide -pathologique</i>	341
Étude N° 15 :	
<i>Anxiété morbide</i>	379
Étude N° 16 :	
<i>Délire des négations</i>	427
Étude N° 17 :	
<i>Hypochondrie</i>	453
Étude N° 18 :	
<i>Jalousie morbide</i>	483
Étude N° 19 :	
<i>Mégalomanie</i>	515
TABLE DES MATIÈRES DU TOME II	548
INDEX DES NOMS PROPRES DU TOME II.....	549
TABLE DES MATIÈRE DU VOLUME I	571

[NdÉ : La pagination des deux Tomes n'a pas été changée par rapport aux éditions des années 50, les pages ajoutées en préfaces, index et tables des matières sont en chiffres romains]

ISBN 10 : 2-9527859-0-2

ISBN 13 : 978-2-9527859-0-7

©Copyright pour le Cercle de Recherche et d'Édition Henri Ey (CREHEY)

2, rue Léon Dieudé, 66000 Perpignan.

Tous droits de reproduction, même partielle, par tous média, de traduction et d'adaptation réservés pour tous
pays.

[BIBLIOTHÈQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE DE LANGUE FRANÇAISE]

ETUDES PSYCHIATRIQUES

STRUCTURE DES PSYCHOSES AIGUËS
et
DÉSTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE

PAR

HENRI EY

* * *

VOLUME II

Nouvelle édition, 2006

CREHEY

LES DEUX VOLUMES DE LA PRÉSENTE ÉDITION DES *ÉTUDES PSYCHIATRIQUES*
D'HENRI EY ONT ÉTÉ PUBLIÉS AVEC LE CONCOURS DU CENTRE NATIONAL DU LIVRE.

[NdÉ: 1^{ère} édition chez DESCLÉE DE BROUWER en 1954]

ÉTUDES PSYCHIATRIQUES

TOME I

Historique – Méthodologie – Psychopathologie générale

Argument. – C'est dans une perspective résolution dynamiste conforme aux plus anciennes doctrines médicales que doit se développer la Psychiatrie. Abandonnant le dilemme cartésien qui étrangle la notion même de « maladie mentale », la Psychiatrie ne doit être ni « mécaniciste » ni « psychogénéteste », car la « maladie mentale » n'est ni un agrégat de symptômes mécaniques et sans signification humaine ni une simple variation de comportement sous l'influence de causes psychologiques ou sociales. La « maladie mentale » est une forme de dissolution de l'activité psychique conditionnée par un processus organique. Elle est à cet égard analogue au rêve que libère le sommeil.

Étude n° 1 : Folie et Valcurs humaines. – n° 2 : Le rythme mécano-dynamiste de l'histoire de la Médecine. – n° 3 : Le développement mécaniciste de la Psychiatrie. – n° 4 : La Psychiatrie dans le cadre des sciences médicales. – n° 5 : Une théorie mécaniciste : G. de Clérambault. – n° 6 : Une conception psychogénéteste : Freud. – n° 7 : Principes d'une conception organo-dynamiste. – n° 8 : Le rêve, « fait primordial » de la psychopathologie.

TOME II

Aspects séméiologiques

Argument. – Les divers troubles du comportement et de la pensée qui forment le « tableau clinique » des « maladies mentales » ne sont pas des « symptômes » constants et simples. Chacun d'eux représente un « monde » et constitue un des aspects de l'immaturation ou de la décomposition de la vie psychique qui varient de signification et de nature avec les divers niveaux de la conscience morbide et leurs formes d'organisation et d'évolution. Soit qu'il s'agisse de troubles négatifs (comme les « troubles de la mémoire »), soit qu'il s'agisse de troubles positifs (catatonie, impulsions, perversité, anxiété, délires, hallucinations, etc ...), l'objet de la séméiologie psychiatrique n'est ni un symptôme, ni une série de « troubles élémentaires » artificiellement isolés. L'unité clinique psychiatrique est la structure névrotique ou psychotique dans son mouvement évolutif.

Étude n° 9 : Les troubles de la mémoire. – n° 10 : La Catatonie. – n° 11 Impulsions. – n° 12 : Exhibitionnisme. – n° 13 – Perversité et Perversions. – n° 14 : Le suicide pathologique. – n° 15 : Anxiété morbide. – n° 16 : Délire des négations. – n° 17 : Hypochondrie. – n° 18 : Jalousie morbide. – n° 19 : Mégalomanie.

[NdÉ: Le lecteur notera que dans ce tome III paru en 1954, l'éditeur n'annonce plus le tome IV qui figurait encore en 1950 dans le tome II sous le titre : Tome IV à paraître, « les processus somatiques générateurs ».]

AVERTISSEMENT

Si le Troisième Tome de ces *Études* paraît plus tardivement que je ne l'avais prévu et ne contient qu'une partie de ce que j'avais annoncé, le lecteur voudra bien m'en excuser. C'est que j'ai été amené à y introduire plus que je n'y voulais d'abord consentir. Plus généralement, d'ailleurs, je me sens contraint par le temps à nourrir davantage ces *Études* de la substance même de *l'Histoire naturelle de la Folie* que je me réservais primitivement de n'écrire qu'après avoir publié ces fragments « dépouillés » à dessein, disais-je (dans l'avertissement du premier Tome), de leur naturelle articulation. Sans renoncer à publier un jour cet ouvrage qui sera alors seulement comme la conclusion de ces *Études*, celles-ci en deviennent ainsi partie intégrante.

Ce Tome III consacré à la structure des Psychoses aiguës et à la déstructuration de la conscience peut être considéré par le lecteur comme une partie complète de cette *Histoire naturelle de la folie*, celle des « COURTES FOLIES ». je n'aurai probablement en effet jamais à y ajouter rien d'essentiel et je n'ai pas hésité à y introduire le maximum de cet ordre systématique que j'avais tout d'abord voulu laisser en suspens.

Une « Histoire naturelle de la folie » ne peut s'entendre que comme un Traité de la dénaturation de la vie psychique (folie) au sens très large du terme, envisagée dans la double perspective d'une déstructuration biologique de la nature de l'être et de son histoire. C'est ce double aspect (négatif et positif, biologique et anthropologique) de la « folie » qui constitue ici la dimension même de cette description des « crises » aiguës ou subaiguës, paroxystiques, intermittentes ou périodiques qui font l'objet de cette nouvelle série d'Études.

Bonneval, le 30 octobre 1953

Henri Ey

TROISIÈME PARTIE

STRUCTURE DES PSYCHOSES AIGUËS et DESTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE

ARGUMENT

L'ensemble des psychoses aiguës (accès de manie, de mélancolie, bouffées délirantes et hallucinatoires, états crépusculaires oniroïdes, confusion onirique – sous forme de crises isolées ou entrant dans le cadre des psychoses périodiques ou des paroxysmes comitiaux), constituent une série continue d' « états » que l'on ne peut qu'artificiellement dissocier. Elles se présentent comme l'ordre naturel des niveaux de déstructuration de la conscience, c'est-à-dire de cette couche basale de l'activité psychique qui, elle-même, comporte une structure hiérarchisée. Le champ de la conscience apparaît, en effet, à travers l'analyse spectrale de sa pathologie, comme une résultante des activités qui règlent l'actualisation du vécu et composent l'organisation temporo-spatiale de l'expérience immédiate de « l'être-au-monde-là-maintenant ». L'activité de conscience et sa déstructuration paraissent liées à l'activité du « centrencéphale ».

*

* *

Les « accès maniaco-dépressifs » – les « bouffées délirantes et hallucinatoires » – les « délires confuso-oniriques » – représentent en clinique des espèces d'un même genre, quels que soient les facteurs étiologiques dont ils dépendent ou le type d'évolution qu'ils affectent (accès isolés, crises périodiques ou paroxysmes comitiaux). Il

n'y a pas lieu notamment de séparer les premiers des autres car ils se présentent tous dans un ordre naturel de dégradation. Du point de vue pathogénique, les psychoses aiguës constituent, en effet, *les divers niveaux de déstructuration de la conscience*.

L'ordre même des niveaux de cette dissolution dévoile du même coup la *stratification structurale de la conscience*. En nous découvrant ce qu'elle perd à chacun de ces niveaux (la possibilité d'être présent au monde, dans la confusion – la capacité d'ordonner l'espace vécu de la représentation, dans les expériences hallucinatoires des bouffées délirantes et des états oniroïdes – la faculté de régler son mouvement selon les exigences et les problèmes du présent réel dans les états maniaco-dépressifs), il nous permet de saisir la conscience pour ce qu'elle est : *l'organisation du présent vécu en champ temporo-spatial de l'expérience sensible* des relations du sujet avec son monde. En nous montrant qu'à chaque degré de sa décomposition l'imaginaire et l'automatisme prennent une force proportionnelle à la faiblesse de la conscience, les divers niveaux de sa déstructuration nous démontrent que *la dynamique de la conscience suppose une dynamique de l'inconscient*.

Ainsi, l'activité de conscience ne saurait être ni réduite à une fonction pure et simple ni confondue avec les formes supérieures de la pensée dont elle constitue seulement le substratum nécessaire. La conscience est une activité basale et centrale de la vie psychique dont la structure et la déstructuration paraissent liées à l'organisation dynamique du « vieux cerveau », du système diencephalo-cortical appelé récemment « *centrencéphale* ».

Ces *Études* sur les « Psychoses aiguës » sont rigoureusement conduites selon les principes jacksoniens de l'évolution et de la dissolution des « fonctions » car la structure et la pathologie de la conscience constituent en Psychiatrie le champ privilégié de l'application de ces principes. Nous verrons ultérieurement que dans la mesure même où la *pathologie de la personnalité* (névroses et psychoses chroniques) ne se réduit pas à la *pathologie de la conscience*, il nous faudra introduire dans notre conception organo-dynamiste une autre dimension, celle de la *personne* que les « courtes folies » sont insuffisantes à altérer ou à aliéner.

Étude n° 20

LA CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES ET LE PROBLÈME DES PSYCHOSES AIGUËS

20. La classification des M. mentales.
21. Manie.
22. Mélancolie.
23. Bouffées délirantes.
24. Confusion.
25. Psychoses périodiques
maniaco-dépressives.
26. Épilepsie.
27. Structure et destruction
de la conscience.

La classification systématique des maladies mentales envisagée comme une classification d' « espèces linnéennes » a toujours hanté l'esprit des psychiatres. Sans doute, est-ce dans les temps où l'aliéniste était « de loisir » et n'avait pour ainsi dire qu'à « étiqueter » ses malades, que ce problème de la « systématique » des entités paraissait être le plus important. Mais si, depuis RÉGIS, HOCHÉ, BONHOEFFER, A. MEYER, CLAUDE, etc. le psychiatre est moins attentif à cette exigence nosographique, elle n'en demeure pas moins pressante. Il est bien difficile en effet d'accepter l'idée qu'il n'y a pas d'espèces de « maladies mentales ». Cette opinion est parfois soutenue par ceux qui, s'intéressant exclusivement à leurs « facteurs étiologiques », tiennent les troubles mentaux qu'ils engendrent pour des effets hétéroclites et inclassables et, somme toute, sans réalité autre qu'artificielle¹. Elle est aussi défendue par des cliniciens qui pensent que toute « étiquette » est plus nuisible qu'utile². Malgré ce qu'il y a de juste dans cette attitude antinosographe, nous ne saurions la partager entièrement. Une science ne peut en effet s'établir que sur une classification naturelle

...Une science ne peut en effet s'établir que sur une classification naturelle des phénomènes qui constituent son objet, c'est-à-dire ici des « Maladies mentales »...

1. Telle est, si nous l'avons bien comprise, la position de LÉCONTE (M.), *Semaine des Hôpitaux*, 1953, 3386-3393 (Lois nosographiques d'une Médecine psychiatrique positive).

2. Karl MENNINGER par exemple, tout au moins d'après une brève note parue dans la *Presse Médicale* (4 juillet 1953, p. 278) que nous reproduisons ici : « Au dernier Congrès de l'Association psychiatrique américaine qui a eu lieu à Los Angeles, Karl MENNINGER a proposé de remplacer la classification pseudo-scientifique des maladies mentales en névroses et psychoses. De même il a condamné les termes de schizophrénie, de paranoïa, de psychose maniaco-dépressive et il a proposé de les remplacer simplement par une gradation, 1, 2, 3, 4, selon la gravité de la maladie mentale observée et selon l'intensité avec laquelle le malade a perdu contact avec le monde extérieur. En effet, dit Karl MENNINGER, la maladie mentale consiste essentiellement en une perte de contrôle du malade sur lui-même. Il y a toujours un certain ordre dans son désordre. Pratiquement, les malades guérissent plus vite dans les hôpitaux où l'on ne parle plus de psychose ou de névrose. » – En réalité, dans la discussion du rapport de S. RADO, K. MENNINGER (*Amer. J. Psych.* 1953, no, 417-421) n'a pas pris une position aussi tranchée et tranchante que celle qui lui a été attribuée dans la note que nous venons de reproduire.

...Nous devons donc, en entreprenant de présenter une vue panoramique des « maladies mentales », rechercher quel ordre doit être introduit dans les faits, c'est-à-dire quelles catégories et espèces naturelles doivent être dégagées...

des phénomènes qui constituent son objet, c'est-à-dire ici des « Maladies mentales » (Cf. notre Étude n° 4).

Nous devons donc, en entreprenant (dans ce volume d'« Études » et dans le suivant) de présenter une vue panoramique des « *maladies mentales* », rechercher quel ordre doit être introduit dans les faits, c'est-à-dire quelles catégories et espèces naturelles doivent être dégagées sans tomber dans le travers d'une trop stricte et dérisoire nosographie des entités.

§ I. – LE PROBLÈME DE LA CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES

Jetons d'abord un coup d'œil sur les « classifications » qui sont les plus connues ou les plus caractéristiques depuis trois siècles :

A. – CLASSIFICATIONS ANCIENNES (*de la Renaissance au début du XIX^e siècle*)

Nous emprunterons beaucoup dans cet exposé au fameux article de PARCHAPPE ¹:

Sans doute pourrions-nous remonter à HIPPOCRATE, GALLIEN ou ARETÉE de CAPPADOCE ou, sans aller si loin, à saint THOMAS OU ALBERT LE GRAND ², mais nous nous arrêterons aux « temps modernes » et c'est par Paul ZACCHIAS (1584-1659) que nous commencerons cet exposé ³. Sa classification est tout à la fois caractéristique de l'état de la Psychiatrie au XVII^e siècle et assez systématique pour avoir encore de nos jours une certaine valeur.

Le terme *d'amentia* ou de *dementia* est utilisé par lui pour désigner le genre, l'ensemble des troubles mentaux dont les principales espèces sont représentées par la « *Fatuitas* », l'« *Insania* » et la φρηνιτις ou *Delirium*.

La « *Fatuitas* » représentait l'arriération congénitale dont il distinguait divers degrés *Ignorantia*, *Fatuitas proprement dite* et *Stoliditas*. Il se référait à l'*âge mental* de ces arriérés pour distinguer les degrés de leur arriération. Et on voit que la séparation de la démence et de l'idiotie que l'on attribue généralement à ESQUIROL était déjà bien claire dans l'esprit de ZACCHIAS.

1. PARCHAPPE, Aliénation (Classification) *Dictionnaire Dechambre*, 1875.

2. Cf. P. KOPP, (Deux articles consacrés à ces deux grands « Docteurs » de l'Église dans la *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1933 et 1935), cf. aussi l'étude de KRAPP sur saint Thomas : Thomas de Aquino y la Psicopatologia. *Index de Neuro. y Psiquiatria*, Monographie n° 2, Buenos-Aires, 1943.

3. Cf. l'article très détaillé et documenté de VALLON et GENIL-PERRIN, dans la *Revue de Psychiatrie*, 1912 (46-85 et 90-106). ZACCHIAS, auteur des « *Questiones medico-legales* », fut un fameux médecin-légiste du Tribunal de la Rote près du pape Jean XXII (1624-1650).

L'Insania comprend le délire sans fièvre. Il la divise en *Insania primaire* (manie, mélancolie et états analogues comme l'extase, la lycanthropie, les « ensorcelés », les « amoureux », les enthousiastes, etc., et les démoniaques) et l'*Insania secondaire* compliquant l'épilepsie et l'apoplexie. Tous ces cas d'*Insania* sont caractérisés par le délire sans fièvre. Ils comprennent les délires aigus et chroniques (comme pour nous mieux faire sentir quel lien profond existe entre les crises qui font l'objet de ce Tome de nos Études et du suivant que nous consacrerons aux formes chroniques)

La φρηνιτις ou « *Delirium* » est un délire continu avec fièvre causé par l'inflammation du cerveau ¹.

Nous voyons dès cette classification de P. ZACCHIAS surgir le vice de méthode qui faussera toutes ou presque toutes les autres : le mélange du critère séméiologique et du critère étiologique. Ce mélange ne serait justifié que si l'on avait affaire à des entités anatomo-cliniques spécifiques. Mais comme il est impossible qu'il en soit ainsi (cf. notre Étude n° 4) on ne peut ranger sous la même rubrique des maladies définies uniquement d'après leur tableau clinique et des maladies définies par tel ou tel processus. L'encéphalite (φρηνιτις de cette époque), même si elle provoque plus souvent le « *Delirium* » que la « fatuitas » ou l'« *insania* », ne peut être considérée comme une espèce qui exclut la fatuitas et l'*insania*.

Si nous nous rapportons maintenant à la fin du XVIII^e siècle, à la fameuse classification de F. BOISSIER DE SAUVAGE ² nous constaterons le même souci de diviser sans parvenir à trouver un principe de classification.

C'est ainsi qu'il distingue parmi les *Vésanies* :

1° LES HALLUCINATIONS OU ERREURS DE L'ESPRIT DUES A UN VICE D'ORGANE EXTÉRIEUR AU CERVEAU. Et il énumérait le vertige, la *suffusio*, la *diplopie*, le *syringium*, l'*hypochondriasis* et le *somnambulisme* ³.

2° LES MOROSITÉS OU BIZARRERIES « PAR DÉSIRS OU AVERSIONS DÉPRAVÉES ». Ici sont énumérées la *pica*, la *boulimie*, la *polydipsie*, l'*antipathie*, la *nostalgie*, la *panopobie*, le *satyriasis*, la *nymphomanie*, l'*hydrophobie*.

3° LES DÉLIRES ET ERREURS DE L'ESPRIT PAR LÉSIONS DU CERVEAU. Cette partie qui correspond, semble-t-il, aux « maladies mentales » pour autant qu'elles ne sont pas de simples symptômes isolés, comprend : a) la *Paraphrosine* ou *délire fugace*; b) l'*Amentia* ou délire général sans fureur des affections chroniques ; c) la *Mélancolie* ou « délire partiel, doux avec tristesse » des maladies chroniques ; d) la *Démonomanie*, « délire mélancolique vulgairement attribué à la puissance du Démon ».

4° LES VÉSANIES ANORMALES COMME L'AMNÉSIE ET L'AGRYPNIE.

...dès cette classification de P. ZACCHIAS surgit le vice de méthode qui faussera toutes ou presque toutes les autres : le mélange du critère séméiologique et du critère étiologique...

...Classification des vésanies par BOISSIER DE SAUVAGE (1767)...

1. Ce terme de « *Delirium* » va être désormais conservé par toutes les classifications jusqu'à nos jours et à peu près dans le même sens ; mais en français et plus généralement dans les langues latines, il va désigner aussi et de plus en plus la conviction ou l'idée délirante, point crucial sur lequel nous aurons l'occasion de revenir à plusieurs reprises.

2. BOISSIER DE SAUVAGE, *Nosologia methodica*, 1767, 8^e classe *Vesaniae*.

3. On trouvera dans le livre de MOURGUE « *Neurobiologie de l'Hallucination* », 1932 (pp. 27-28), un exposé détaillé de tous ces phénomènes.

Cette « classification » est donc une pure énumération de symptômes. Nous devons noter que dans sa partie systématique (3^e groupe), malgré son caractère hétérogène, elle isole assez nettement les « délires fugaces ».

...Classification de
CULLEN (1787)...

Nous devons à CULLEN ¹ une classification également célèbre, à peu près de la même époque.

Il exclut des « Vésanies » ou « Maladies mentales » les deux premières catégories de la classification de SAUVAGE. Pour lui, la Vésanie engendre ou le délire en tant qu'erreur de jugement, ou l'imbécillité en tant que faiblesse de jugement. La folie est constituée par le « délire sans fièvre ni coma ». Et il en décrit trois variétés : la *Manie* ou folie universelle, la *Mélancolie* ou folie partielle et la *Démence* qui peut être innée, sénile ou accidentelle. CULLEN nous offre donc une classification assez homogène basée presque uniquement sur des critères cliniques, mais, par contre, la notion de psychose aiguë y est à peine indiquée.

Avec PINEL ² nous rencontrons aussi une classification assez cohérente.

Il exclut de l'aliénation les « névroses » comme l'hypocondrie, l'hystérie, les hallucinations (tout comme CULLEN excluait des vésanies les deux premières espèces de SAUVAGE) parce que, dit-il, elles peuvent exister sans troubles de la raison. La folie est, en effet, pour lui, essentiellement une lésion de l'entendement. Il distingue, avec CULLEN, la *Manie* comme trouble général de l'entendement, la *Mélancolie*, la *Démence*, qui est l'abolition de la pensée et y ajoute l'*Idiotisme* qui est une « oblitération » des facultés intellectuelles et affectives ».

...Classification de PINEL
(1801)...

Ainsi à l'orée du XIX^e siècle la classification paraît engagée dans une bonne voie puisque c'est le travail de description clinique qui doit, seul, constituer la méthode même de classification des « maladies mentales » en espèces purement cliniques (ESQUIROL, GRIESINGER, J.-P. FALRET, etc.). Mais avec MOREL et KRAEPELIN on va revenir à nouveau à la confusion des plans étiologique et clinique, c'est-à-dire plus ou moins confusément à l'idée d'entités anatomo-cliniques spécifiques.

...à l'orée du XIX^e siècle
[...] c'est le travail de
description clinique qui
seul, constitue la méthode
même de classification...

B.- CLASSIFICATIONS CLASSIQUES DU XIX^e SIÈCLE

1° D'Esquirol à Kraepelin

ESQUIROL ³ devait opérer une première épuration importante en détachant nettement, cette fois, l'imbécillité et l'idiotie de la Démence. Pour le reste, son mérite est d'avoir tenté d'isoler sous le nom de « *Monomanies* » des « troubles partiels » intel-

1. CULLEN, *Éléments de Médecine pratique*, trad. Bosquillon, Paris, 1787.

2. PINEL (Ph.), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, [NdE : Paris, Richard, Caille et Ravier, An IX (1800), reimp. Paris : Cercle du Livre Précieux : Claude Tchou, 1965. PINEL (Ph.), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2nde éd. Paris : Caille et Ravier, 1809; Edition présentée par J.GARRABÉ et D. WEINER, Paris : Les empêcheurs de penser en rond : Le Seuil, 2005].

3. ESQUIROL, 1816.

lectuels, affectifs ou instinctifs qui vont dès lors être l'objet de vives discussions (J. P. FALRET notamment se placera à la tête de tous ceux qui ont lutté contre cette notion).

Mais, et c'est là que nous voulons en venir, la notion de « *Psychose aiguë* » va désormais se développer à partir de l'« *idiotisme* » ou des « *démences aiguës* ». Sous le nom de « *stupidité* » avec GEORGET et plus tard avec DELASIAUVE, on tenta de décrire des crises dont le gros problème était de savoir si elles devaient être séparées ou non de la manie et de la mélancolie (FALRET, BAILLARGER, GRIESINGER). Ces « *formes aiguës* » vont donc sous des noms variés de Manie, Mélancolie, Stupidité, Delirium et, plus tard, « *Wahnsinn* », « *Bouffées délirantes* », etc. interférer ou alterner dans un ordre plus ou moins cohérent dans toutes les classifications du XIX^e siècle qui, presque toutes, se contenteront de reprendre celle d'ESQUIROL (à la question des Monomanies près) et en faisant jouer un rôle toujours plus grand mais mal élucidé aux Psychoses aiguës. C'est dans ce sens que BRIERRE DE BOISMONT¹ pouvait écrire en 1850 : « J'ai lu avec attention tous les essais de classification qui ont été tentés depuis que l'on cultive l'aliénation mentale (sic) et je déclare qu'aucune division ne m'a paru supérieure à celle de quatre grandes classes : Manie, Mélancolie, Démence et Idiotie. » BAILLARGER s'exprimait d'une manière analogue lorsqu'il écrivait : « La plupart des médecins adoptent la classification d'ESQUIROL à laquelle GEORGET a ajouté la stupidité. »

Mais avant d'exposer avec quelques détails les classifications classiques du XIX^e siècle, arrêtons-nous un instant à une tentative curieuse et intéressante, celle de HEINROTH².

Dans un ouvrage extrêmement systématique et approfondi (il a cherché à appliquer les principes de toute classification en recourant aux concepts d'ordre, de classe et de genre) il propose trois genres de *défaut de liberté de l'âme, de l'esprit ou de la volonté*. Dans son premier genre, caractérisé par l'*exaltation*, il place le « *Wahnsinn* » sorte d'état extatique, la « *Verrücktheit* » et la « *Tollheit* » (Manie). Dans un deuxième genre caractérisé par la *dépression*, il range la Mélancolie, le *Blödsinn* (obtusion) et la *Willenlosigkeit* (aboulie et perplexité). Dans le troisième genre, mixte, il range le *Wahnsinn* avec *dépression*, la *Verwirtheit* (confusion agitée) et la *Scheue* (anxiété).

Une pareille classification très « architectonique » et trop parfaitement symétrique, ne tenant pas compte précisément du critère évolutif, ne pouvait prétendre à beaucoup de succès. Elle synthétisait en effet plus qu'elle ne « divisait » alors que, nous allons le voir, le travail de dissection va aller bon train dans tous les pays et toutes les Écoles.

Revenons donc aux essais de catégorisations plus cliniques³. J. P. FALRET propo-

...la notion de « *Psychose aiguë* » va désormais se développer à partir de l'« *idiotisme* » ou des « *démences aiguës* ». Sous le nom de « *stupidité* » avec GEORGET...

...Classification d'HEINROTH (1818)...

1. BRIERRE DE BOISMONT, *Ann. Médico-Psychol.*, 1850, p. 69.

2. HEINROTH (F. C. A.), *Lehrbuch der Störungen der Seelenlebens*, Leipzig, 2 vol., 1818.

3. On trouvera pour ce qui est des auteurs français de cette époque une documentation un peu touffue dans le travail de DESRUELLES, LECULIER et GARDIEN. Histoire des Classifications Psychiatriques, *Ann. Médico-Psychol.*, 1934, I, 637 à 675.

...Classification de J.P. FALRET,

...de BAILLARGER (1854)...

...Pour la première fois, GRIESINGER (1861) souligne une articulation naturelle et essentielle, celle des états aigus des deux premières catégories et celle de la folie systématisée chronique...

...Classification de MOREL (1860)...Il va abandonner les critères évolutifs et cliniques pour réintroduire les facteurs étiologiques...

sait la classification en deux groupes, les *aliénations générales*, les *aliénations partielles*. C'est du moins ce que la plupart des auteurs lui font dire. Mais il nous a semblé que son Traité ne contenait à cet égard rien d'autre qu'une critique, effrayante de lucidité, des classifications de son époque, critique qui vaut encore pour la plupart de celles que l'on a essayé de leur substituer sans s'inspirer de ses sages conseils méthodologiques. – BAILLARGER dans « *Essai d'une classification des différents genres de folie* »¹ distinguait le délire avec lésion partielle (monomanie), les délires avec lésion générale (manie et mélancolie) et il rejetait la stupidité.

– A cette même époque, W. GRIESINGER² divisait les « maladies psychiques » en : 1° *États dépressifs* (mélancolie) ; 2° *États d'excitation* (Tobsucht, manie et formes délirantes monomaniaques qu'il appelait Wahnsinn) ; 3° *États d'affaiblissement intellectuel* (la folie systématisée ou Verrücktheit secondaire à la manie et à la mélancolie – la démence agitée – la démence apathique et l'idiotisme et le crétinisme). Pour la première fois, GRIESINGER souligne une articulation naturelle et essentielle, celle des états aigus des deux premières catégories et celle de la folie systématisée chronique.

– Bien moins intéressante est la classification de GUISLAIN³ qui recourt à des néologismes pour désigner ses huit formes de phrénopathie : la mélancolie (luperophrénie), la manie (hyperphrénie), la folie (paraphrénie), l'extase (hyperplaxie), les états convulsifs (hyperspasmie), le délire (idéo-synchysie), la rêvasserie (anacolutie), la démence (noasthénie).

Nous avons vu jusqu'ici la classification des maladies mentales tendre de plus en plus à se dégager *selon les seuls critères évolutifs et cliniques* et sans recourir aux facteurs étiologiques qui donnaient aux classifications anciennes (SAUVAGE) un caractère hétéroclite. Or avec MOREL⁴ on va abandonner cette saine méthode de classification et cela va être le défaut organique de la plupart des classifications ultérieures⁵.

MOREL distinguait en effet six classes : 1° les *aliénations héréditaires* (mono manie, dégénérescences intellectuelles, idiotie) ; 2° les *aliénations par intoxications* (alcoolisme, pellagre, etc.) ; 3° les *aliénations déterminées par certaines névroses* (hystéro-épilepsie, hypocondrie) ; 4° les *aliénations mentales idiopathiques* (affaiblissement intellectuel, paralysie générale) ; 5° les *folies sympathiques* ; 6° les *démences*.

« Classification » qui décourage tout commentaire... et on comprend que FOVILLE n'ait pas eu de peine à lui faire remarquer qu'une classification des causes de la folie

1. BAILLARGER, Leçon faite à la Salpêtrière, le 9 août 1854.

2. GRIESINGER (W.), *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, 1^{re} édition de son Traité, 1845 ; 2^e édition, 1861 (traduction française par Doumic, 1865).

3. GUISLAIN, *Les Phrénopathies*, (1853).

4. MOREL, *Traité des Maladies Mentales*, 1860 [NdE : Paris : Victor Masson]

5. La classification, ou plutôt l'énumération de LUNIER (*Ann. Médico-Psycho.*, 1869), est à cet égard typique. Naturellement c'est elle qui eut pour ainsi dire force de loi puisque son auteur, Inspecteur Général, l'imposa chez nous dans les statistiques officielles jusqu'en 1915.

ne saurait constituer une véritable classification des diverses espèces de folie...

Ce fut justement à propos de la classification de MOREL qu'un grand débat s'ouvrit à la *Société Médico-Psychologique de Paris*¹. BUCHEZ y fit l'éloge de la classification de MOREL « contraire aux habitudes établies ». Jules FALRET (fils) s'appliqua à rechercher les critères d'une classification méthodique et rappela qu'une telle classification scientifique devait : 1° reposer sur un ensemble de caractères appartenant à tous les faits compris dans la catégorie ; 2° reposer sur des caractères subordonnés et hiérarchisés entre eux ; 3° reposer sur une modalité d'évolution propre. Il concluait que pour lui c'est le critère (que nous appellerions structural) de « trouble général » ou de « trouble partiel » qui constitue le fond du problème. Le 25 février, il ajouta encore d'excellentes choses à ses précédentes remarques :

« Il faut, précisait-il, bien discerner dans ce problème des classifications la véritable opposition des diverses opinions. Il y a en effet deux doctrines qui s'affrontent, la *doctrine physiologique* qui est celle de l'unité des variations des espèces morbides individuelles et la *doctrine pathologique* des maladies distinctes. » Il penchait d'ailleurs pour cette dernière opinion car, s'écriait-il : « On ne se fait aucun scrupule à admettre qu'un aliéné qui a d'abord été mélancolique devient plus tard maniaque, puis dément ! On ne sent pas que reconnaître ce pseudo fait c'est nier de la manière la plus évidente l'existence de la manie, de la mélancolie ou de la démence comme formes distinctes de maladies mentales². »

Notons encore une phrase de PARCHAPPE au cours de la même séance :

« La distinction des maladies en *aiguës* et en *chroniques* atteste suffisamment que la marche de la maladie a été constamment prise en considération par les médecins de tous les temps. »

Hélas ! en matière de classification des maladies mentales, malgré les tentatives faites dans ce sens, ce n'est pas tout à fait vrai et il paraît, en effet, bien temps de nous rappeler cette réflexion de PARCHAPPE !

Quoi qu'il en soit de ces discussions et pour si bien posé qu'y fût le problème par J. FALRET et par PARCHAPPE, le temps n'était pas encore venu de faire des « maladies mentales une classification claire tout bonnement parce que le concept de « maladie mentale demeurerait, comme il demeure encore, trop obscur et ambigu. D'où l'accentuation du mélange chaotique des critères étiologiques et symptomatiques et l'impossibilité d'accéder à un critère véritablement évolutif et proprement clinique.

Quelques années après, en effet, nous voyons BAILLARGER, à la fin de sa carrière, nous proposer une énumération plutôt qu'une classification³.

...J. FALRET (1861) concluait que pour lui c'est le critère (que nous appellerions structural) de « trouble général » ou de « trouble partiel » qui constitue le fond du problème...

...[puis, on assiste à] l'accentuation du mélange chaotique des critères étiologiques et symptomatiques et l'impossibilité d'accéder à un critère véritablement évolutif et proprement clinique...

1. Du 12 novembre 1860 au 27 mai 1861, 9 séances lui furent consacrées. Cf. *Ann. Médico-Psycho.*, 1861, et le résumé qu'en ont fait DESRUELLES, LÉCULIER et GARDIEN (*loc. cit.*, p. 15).

2. *Ann. Médico-Psycho.*, 1861, p. 459.

3. BAILLARGER, *Ann. Médico-Psycho.*, 1889.

...Classification de
BAILLARGER (1889)...

Comme MOREL, il va juxtaposer et brouiller les tableaux cliniques et les formes symptomatiques. Cependant, sa dernière tentative, malgré ses pléonasmes et son défaut de clarté, n'est pas sans intérêt. Il y groupait en effet les maladies mentales selon un critère évolutif. Dans les *formes durables* qu'il appelle assez paradoxalement ¹ « folies », il distingue les *folies simples* (délires partiels, manie, mélancolie, folie à double forme) – les *folies graves* (manie ambitieuse, mélancolie hypocondriaque) – la *folie circulaire* (à double forme) – la folie d'origine toxique (alcoolisme, pellagre, paludisme). Dans les *formes incurables* qu'il appelle des démences, il range la paralysie générale, la démence sénile, les démences organiques et les démences vésaniques ². Enfin il réserve une classe spéciale aux *arrêts de développement*.

...de MAGNAN (1882)...

MAGNAN à la même époque, en 1882, divisait les maladies mentales en : 1° *états mixtes tenant de la pathologie et de la psychiatrie* ; il énumérait sous cette curieuse rubrique la Paralysie Générale, la Démence sénile, les troubles mentaux par lésions cérébrales circonscrites, l'Hystérie, l'Épilepsie, l'Alcoolisme, le Crétinisme ! 2° *folies proprement dites (Psychoses)* et il distinguait dans ce groupe la Manie, la Mélancolie, les Délires chroniques, les Folies intermittentes, la Folie des dégénérés avec les syndromes épisodiques et les Délires d'emblée, les Idiots, Imbéciles, Débiles et Déséquilibrés... Le CONGRÈS D'ANVERS ³ commit encore la même erreur de méthode en présentant un tableau hétéroclite « pour servir à la statistique internationale ». L'énumération proposée comportait huit rubriques: Arriérations – Démences simples (primitives ou consécutives) – Manie et Mélancolie – Délire Aigu ou Chronique (!) – Folie morale – Folie circulaire – Aliénations compliquées de paralysie, d'épilepsie, d'hystérie ou de tumeurs ou foyers cérébraux – Aliénations mentales par intoxications...

...le congrès d'Anvers :
« Recherche d'une base
pour une statistique des
aliénés » 1885.

2° Kraepelin

Pour comprendre la nosographie kraepelinienne, il faut précisément bien saisir que le gros problème de l'*évolution des Psychoses* ou plus exactement du critère évolutif en tant que critère de définition de la *psychose elle-même*, s'imposait à l'esprit de tous les cliniciens sans que toutefois ils fussent assez maîtres de leur savoir et assez sûrs de leurs connaissances pour pouvoir s'y tenir. D'où ces tâtonnements, ces recours à

1. Nous disons « paradoxalement » car pendant 50 ans on avait opposé les délires (delirium) à la « Folie » en tant précisément que celle-ci représentait une forme stable et organisée d'aliénation. Cf. notamment la discussion entre MOREAU DE TOURS et BOUSQUET (*Ann. Méd.-Psycho.*, 1855, 455, 520.)

2. Comme on le voit, le concept de Démence depuis ESQUIROL s'était enrichi des nombreuses études cliniques qui ont abouti à la fin du siècle à la description de types précis.

3. *Congrès de Phrénatrie et de Psychopathologie* (1885). « Recherche d'une base pour une statistique des aliénés. »

... le critère évolutif en tant que critère de définition de la *psychose elle-même*, s'imposait à l'esprit de tous les cliniciens sans que toutefois ils fussent assez maîtres de leur savoir et assez sûrs de leurs connaissances pour pouvoir s'y tenir...

d'autres principes de classification et notamment au funeste mélange du plan étiologique et du plan clinique. Le « modèle » et en quelque sorte l'idéal qui représentait pour la plupart des aliénistes du XIX^e siècle l'entité anatomo-clinique de la « Paralyse Générale » éclipsait le travail des premiers pionniers du siècle qui s'étaient évertués à classer les maladies mentales selon de rigoureux et exclusifs caractères cliniques. Mais au moment où KRAEPELIN vint, le travail d'analyse et de description des formes évolutives des maladies mentales était assez avancé pour qu'il pût répondre aux besoins d'une classification syndromique ¹.

Depuis ESQUIROL, les « *maladies mentales chroniques* » s'étaient allégées de plus en plus du poids des *formes aiguës* qui les encombraient et embarrassaient toutes les classifications. En effet, la stupidité, c'est-à-dire les états de confusion (ou d'Amentia ou de Verwirrtheit des Allemands), les divers aspects de Delirium (délires aigus, délires alcooliques, états oniriques), les accès de Manie et de Mélancolie, s'étaient séparés de la nébuleuse primitive. Aussi avait-on pu, plus facilement, isoler des formes chroniques bien définies : en France le fameux « Délire de persécution », en Allemagne la Paranoïa, la Verrücktheit, formes délirantes chroniques qui posaient relativement aux « Démences primitives » ou aux « Démences vésaniques » des problèmes délicats. Fallait-il considérer toutes ces formes chroniques et peu ou prou démentielles comme la manifestation d'une démence primordiale ou considérer que la démence n'était au fond que « secondaire », tardive et contingente ? Comme à ce moment-là HECKER décrivait l'hébéphrénie et KAHLBAUM la catatonie, on saisit comment KRAEPELIN fut tenté de réunir toutes ces formes chroniques en une *entité selon le critère évolutif démentiel*. C'est ce qui lui permit d'aboutir à la meilleure de ses classifications (celle de 1895, [NdE : 5^{ème} édition, 1896]) qui reste, à nos yeux, encore la meilleure ² puisque c'est elle que nous reprenons (dans ses deux premiers paragraphes) à peu près à notre compte, comme on le verra.

...la classification de KRAEPELIN de 1895 reste, à nos yeux, encore la meilleure puisque c'est elle que nous reprenons (dans ses deux premiers paragraphes) à peu près à notre compte...

CLASSIFICATION DE KRAEPELIN DE 1895

I. *Maladies curables* :

- Délires fébriles et toxiques (Delirium).
- Psychoses d'épuisement aigu.
- Délire de collapsus. Confusion.
- Démence aiguë.
- Manie.
- Mélancolie.
- Wahnsinn (Psych. délir. aiguë) à forme halluc. et à forme dépressive.

1. Nous allons voir cependant que KRAEPELIN lui-même a succombé à une certaine confusion des plans clinique et étiologique.

2. A la condition de bien séparer les deux premières rubriques de la troisième (celle-ci étant un tohu-bohu séméo-étiologique).

II. *Maladies incurables:*

Folie (Irresein) périodique à forme délirante maniaque, circulaire, mélancolique.

Folie systématisée à forme dépressive de persécution ou expansive de grandeur.

Dégénérescence psychique. Catatonie et démence paranoïde.

Névroses généralisées. Neurasthénie. Hystérie. Épilepsie..

III. *Maladies à marche chronique*¹ :

Intoxications chroniques. Alcool, Morphine, Cocaïne. Paralyse Générale.

Démences acquises. Démence sénile. Démences organiques.

Anomalies de développement. Idiotie. Crétinisme. Débilité. Folie morale. Folie émotive. Folie impulsive. Folie des dégénérés. Inversion du sens génital.

Dans les éditions successives de son célèbre Traité, le troisième groupe des maladies incurables est devenu l'entité « Démence précoce ». On peut se demander pourquoi KRAEPELIN, considéré comme le père ou en tout cas le gardien jaloux des « entités pures », KRAEPELIN qui a orienté la Psychiatrie du début du XX^e siècle vers la division de la Psychiatrie en deux grandes entités « *la Démence précoce* » et « *la Psychose Maniaco-dépressive* », a été dans la suite si soucieux de les faire dépendre de tels ou tels processus organiques généraux. Nous avons donné plus haut l'explication de cette attitude : c'est que, comme KAHLBAUM, il envisageait toute entité sur le modèle de la Paralyse Générale et qu'il croyait que toute entité était l'expression d'un processus spécifique. La nosographie kraepelinienne a ainsi glissé d'une nosographie des entités cliniques pures à une nosographie d'affection spécifique. Voici ce que cela a donné en 1906, quand l'œuvre gigantesque de classification entreprise par le clinicien de Munich est parvenue à son terme : [NdE : KRAEPELIN : 8^{ème} édition, 1908-1914]

CLASSIFICATION DE KRAEPELIN DE 1906

I. *Folie (Irresein) infectieuse:*

Délires fébriles.

Délires infectieux.

États d'affaiblissement infectieux.

II. *Folie d'épuisement :*

Délires de collapsus.

Confusion mentale (Amentia).

Épuisement nerveux chronique.

1. Ici, on le voit, KRAEPELIN glisse fâcheusement vers la confusion des plans, mais il suffit de supprimer cette troisième rubrique de la *classification clinique* ou plutôt de l'en séparer comme *classification étiologique*, pour en rétablir l'ordre.

...[Entre 1895 et 1906] la nosographie kraepelinienne a ainsi glissé d'une nosographie des entités cliniques pures à une nosographie d'affection spécifique...

CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES

- III. *Intoxications* aiguës et chroniques :
Alcool, Morphine, Cocaïne.
- IV. *Folie thyroïdienne* :
Folie myxœdémateuse. Crétinisme.
- V. *Démence précoce* :
Hébéphrénie.
Hébéphréno-catatonie.
Démence paranoïde.
Paraphrénie.
- VI. *Paralysie Générale* ¹.
- VII. *Folies par affection cérébrale*.
- VIII. *Folies de l'âge d'involution*.
- IX. *Folie maniaco-dépressive*.
- X. *Paranoïa*.
- XI. *Folie épileptique*.
- XII. *Névroses psychogènes* ².
- XIII. *États pathologiques congénitaux* :
Folie obsédante, folie impulsive, perversions sexuelles.
- XIV. *Personnalités psychopathiques* :
Criminels. Instables. Mythomanes.
- XV. *Arrêts de développement psychique* : Idiotie. Imbécillité.

...Classification de
KRAEPELIN de 1906...

Cette « systématique mixte » et en quelque sorte empirique est restée le modèle de la Psychiatrie classique de la fin du XIX^e siècle.

Le chemin parcouru d'ESQUIROL à KRAEPELIN est certes considérable car la nébuleuse primitive s'est disloquée en laissant apparaître certaines espèces naturelles, mais beaucoup de confusion a cependant persisté, celle-là même qui enveloppe la notion de « maladie mentale » dans la mesure où on n'entend la définir que par un processus spécifique. De telle sorte que si, dans les classifications de ces soixante dernières années, ces processus ne sont pas mentionnés explicitement, ils y figurent virtuellement sous la forme du cadre étiologique qui interfère avec le cadre séméiologique.

...Cette « systématique mixte » et en quelque sorte empirique est restée le modèle de la Psychiatrie classique...

...beaucoup de confusion a cependant persisté, celle-là même qui enveloppe la notion de « maladie mentale »...

C.– CLASSIFICATIONS DU XX^e SIÈCLE

Tout d'abord nous allons parler de celles que nous appellerons « classiques », car elles ne font que prolonger la classification kraepelinienne ou en constituent un complément ou une simplification.

1. Noter que, comme pour illustrer nos réflexions précédentes, Démence précoce et Paralysie générale sont là côte à côte.

2. Nous voyons pour la première fois surgir cette notion : Munich n'est pas loin de Vienne.

...le caractère général de la classification française du XX^e siècle est donc de maintenir en équilibre précaire la juxtaposition des critères symptomatiques, évolutifs et étiologiques...

1° *Classifications classiques*

Leur caractère général est donc de maintenir en équilibre précaire la juxtaposition des critères symptomatiques, évolutifs et étiologiques.

Le type en est la *classification classique* de l'École Française. Sans vouloir entrer dans le détail des tentatives nombreuses que nous devons aux écoles de MAGNAN, de RÉGIS, de Gilbert BALLEZ, de SÉRIEUX, de DUPRÉ, ou à celles de CLAUDE et de CLÉRAMBAULT, on peut donner le schéma suivant qui conserve ou confère à toutes ces tentatives leur caractère le plus rationnel.

CLASSIFICATION « STANDARD » DE L'ÉCOLE FRANÇAISE

- I. Arriérations.
- II. Déséquilibre et constitutions psychopathiques :
 - Cyclothymie.
 - Mythomanie.
 - Paranoïa.
 - Schizoïdie.
 - Perversité.
- III. Psychoses confusionnelles toxi-infectieuses :
 - Formes simples.
 - Formes oniriques.
 - Formes stuporeuses.
 - Délire aigu.
 - Psychose de Korsakow.
- IV. Psychoses cyclothymiques ou intermittentes :
 - Manie, Mélancolie.
- V. Démence Précoce ou Schizophrénie :
 - Forme hébéphrénique.
 - Forme catatonique.
 - Forme paranoïde.
- VI. *Délires chroniques* :
 - Psychose hallucinatoire chronique.
 - Délire d'interprétation.
 - Délire d'imagination.
 - Délires passionnels.
- VII. Démences organiques :
 - Traumatiques.
 - Tumorales.
 - Artériopathiques.
- VIII. Démences séniles et préséniles – Psychoses d'involution.
- IX. Paralysie générale.
- X. Psychoses alcooliques.
- XI. Épilepsie.

XII. Névroses :

- Hystérie.
- Névroses obsessionnelles.
- Neurasthénie.

Un tel « tableau » plus ou moins détaillé selon les tendances analytiques de chacun, soit du côté des processus étiologiques (psychoses hormonales, affections nerveuses, etc.), soit du côté des formes délirantes chroniques (délires de revendication, érotomanie, etc.), soit du côté des névroses (névrose d'angoisse, phobies, névroses d'organes, etc.) constitue bien une énumération puisqu'il n'y a aucun principe de classification. Parfois (DELMAS et POLL) on a tenté d'appliquer le critère « endogène ou constitutionnel » et « exogène ou acquis » mais la position a été rapidement reconnue intenable. On s'en tient donc – chez nous comme ailleurs – à une sorte de mosaïque ou de puzzle.

...On s'en tient donc – chez nous comme ailleurs – à une sorte de mosaïque ou de puzzle...

En Grande Bretagne, une classification du même genre est indiquée dans l'ouvrage classique de HENDERSON et GILLESPIE ¹ comme celle qui fut, il y a déjà longtemps, approuvée par la *British Medico-Psychological Association* :

- I. Arriérations intellectuelles et morales.
- II. Folie (Insanity) de l'âge adulte :
 - Avec épilepsie.
 - Paralysie générale.
 - Par lésion cérébrale.
 - Délire aigu (Acute delirium et acute delirious mania).
 - Confusional Insanity.
 - Stupor.
 - Primary dementia.
 - Manie rémittente, chronique ou récurrente.
 - Mélancolie rémittente, chronique ou récurrente.
 - Folie alterne.
 - Folie délirante : systématisée, non systématisée.
 - Folie volitionnelle (Volitional Insanity),
 - Obsessions, impulsions, folie du doute.
 - Moral Insanity.
 - Démences secondaires ou terminales.
 - Démences séniles.

Dans ce tableau déjà ancien ne figure pas la Démence précoce ou Schizophrénie absorbée, selon toute vraisemblance, par les « Démences primaires ». Mais depuis, les auteurs dans leurs classifications distinguent des « affective reaction-types » (M.D.), des « schizophrénic reaction-types », des « paranoïa et paranoïde-types » des « organic reaction-types », etc.

Le récent traité (*Clinical Psychiatry* 1954) de W. MAYER-GROSS, E. SLATER et M. ROTH reprend cette énumération : mental deficiency – neurotic reactions – affective disorders – schizophrenia, etc.

1. HENDERSON et GILLESPIE, *A text Book of Psychiatry*, 1927. Depuis lors (5^e édition, 1940) quelques « retouches » ont été apportées par ces auteurs à leur classification.

Aux U. S. A., la classification adoptée par l'American Psychiatric Association (1934) est calquée à peu près sur le même modèle ¹ et manifeste par conséquent la même confusion des critères cliniques et étiologiques.

CLASSIFICATION DE L'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1934)

- I. *Psychoses syphilitiques* :
(P. G. et autres formes de syphilis nerveuse).
- II. *Psychoses de l'encéphalite épidémique*.
- III. *Psychoses des maladies infectieuses* :
(Tuberculose, Chorée aiguë, etc.).
- IV. *Psychoses alcooliques* :
Delirium tremens, Korsakow. Hallucinoïse aiguë.
- V. *Psychoses exotoxiques* :
Intoxications par les gaz, les métaux, les stupéfiants.
- VI. *Psychoses traumatiques*.
- VII. *Psychoses par artériopathie*.
- VIII. *Épilepsie*.
- IX. *Psychoses sénile et d'involution*.
- X. *Psychoses par troubles métaboliques* :
Hormonaux. Épuisement. Maladie d'Alzheimer. Pellagre.
- XI. *Psychoses par néoplasie*.
- XII. *Psychoses par affections cérébrales* :
Sclérose en plaques Parkinson. Chorée de Huntington.
- XIII. *Psycho-névroses* :
Hystérie. Psychasthénie. Neurasthénie. Hypochondrie. Dépressions réactionnelles.
État d'anxiété. « Mixed Psychonevroses ».
- XIV. *Psychose maniaco-dépressive* :
Manie. Dépressions. États Mixtes. États de perplexité. Stupeur.
- XV. *Démence précoce* :
(Schizophrénie). Forme simple. Hébéphrénie. Catatonie. Paranoïde.
Autres types.
- XVI. *Paranoïa et états paranoïdes*.
- XVII. *Psychoses avec personnalité psychopathique. Psychoses avec arriération intellectuelle*.
– (Without Psychoses).
Épilepsie. Alcoolisme. Toxicomanie. Débilité. Personnalité psychopathique. Simple « maladjustment ». Troubles du caractère et de la conduite.
Traits névrotiques.

1. Cette classification est reproduite dans de nombreux manuels de psychiatrie des U. S. A., par exemple dans le *Practical Clinical Psychiatry* de STECKER (6^e édition 1948), dans la *Modern Clinical Psychiatry* de NOYES (3^e édition 1949), etc.

...la classification de l'A.P.A. (1934) manifeste la même confusion des critères cliniques et étiologiques...

Sans doute s'agit-il de « classifications » qui sont plutôt des nomenclatures et qui ont, d'ailleurs, été établies pour servir à des statistiques ¹. Mais c'est tout de même sous la rubrique « classifications » qu'elles figurent dans les rapports aux Congrès, dans les Revues et même dans les ouvrages classiques de psychiatrie.

Il est intéressant par exemple de prendre connaissance de la « nomenclature » recommandée pendant la guerre aux États-Unis ² ainsi que des instructions qui en préconisent l'emploi : « Troubles psychiques », y précise-t-on, constitue un terme général dont les divers « types de réaction » sont les espèces, seuls objets d'un diagnostic ». Les diverses réactions sont ainsi présentées.

– *Réactions transitoires de la personnalité à une tension aiguë ou spécifique.* Ces réactions diffèrent des névroses et des psychoses par leur réversibilité et leur dépendance à l'égard de la situation. Parmi ces réactions figurent les états d'épuisement durant les combats et les inadaptations à une ambiance tendue.

– *Les troubles psycho-névrotiques.* Ils sont caractérisés par l'émancipation, à l'égard de la répression par la conscience, des *émotions* ou des expériences infantiles. L'étude « longitudinale » des réactions chez ces malades montre une inadaptation périodique ou constante ; le principal caractère est l'angoisse plus ou moins « flottante ». Il faut distinguer les *réactions d'angoisse* – les *réactions dissociatives* (la désorganisation de la personnalité peut permettre par exemple à l'individu [d'éviter] d'être submergé par l'angoisse. Il s'agit ici d'hystérie de conversion qu'il faut distinguer des réactions schizophréniques) – les *réactions phobiques* où l'anxiété se déplace et se concentre sur un objet – les *réactions de conversion* proprement dites avec leurs syndromes somatique et psychomoteur, expressions des troubles des fonctions nerveuses (céphalées, parésies, tremblements, etc.) – les *réactions de somatisation* (terme préféré à celui de réaction psycho-somatique, est-il indiqué expressément). Ce sont les expressions viscérales de l'angoisse (réactions gastro-intestinale, cardio-vasculaire, genito-urinaire, allergique, cutanée, asthénique, psychogène) – les *réactions obsessivo-compulsionnelles* – les *réactions hypocondriaques* – les *réactions dépressives névrotiques*.

– *Les troubles du caractère et de la conduite* comprennent les types pathologiques de la personnalité (constitutions et caractères schizoïdes, paranoïaques, cycloïdes,

...Sans doute s'agit-il de « classifications » qui sont plutôt des nomenclatures et qui ont, d'ailleurs, été établies pour servir à des statistiques...

...la « nomenclature » recommandée pendant la guerre aux États-Unis (1945) et la notion de réaction...

1. Une nomenclature, si elle n'est pas une simple table des matières par ordre alphabétique stricte, reflète nécessairement un souci comme honteux de classification. Nous devons signaler ici pour mémoire l'effarante nomenclature des maladies mentales adoptée pour la nomenclature internationale des maladies et des causes de décès par le Comité de préparation de la 6^{me} révision décennale de cette nomenclature, Genève, octobre 1947. Ce document a été largement diffusé par l'Organisation Mondiale de la Santé. Il est à peu près impossible d'y trouver une classification cohérente. L'énumération est très mal équilibrée dans ses rubriques innombrables et pour ainsi dire sans ordre. Nous n'en finirions pas si nous voulions la commenter. Nous signalerons simplement quelques « perles » : ainsi la rubrique « Schizophrénie latente », la division en « perversions sexuelles et déviations sexuelles », etc.. Dans cette nomenclature, les Psychoses aiguës ne figurent qu'à l'article 300, 4 (« Accès schizophréniques aigus »). Pour le reste, elles sont distribuées dans les psychoses maniaco-dépressives ou dans les psychoses symptomatiques. Nous ne sommes pas les seuls à trouver cette « nomenclature » un peu ridicule. U. DE GIACOMO (*Neuropsychiatria*, 1953, 1-2, 87-98) se montre pour elle — comme pour les autres — féroce.

2. T. B. Med. 203 *War Department Technical Bulletin*, 19 octobre 1945. Elle est exposée notamment dans le *J. of Nerv. and Ment. Disease*, 1946, 104, p. 180.

antisociabilité, perversions sexuelles), les toxicomanies, les réactions d'immatunité (instabilité, dépendance passive, agressivité passive, agressivité, etc.)

– *Les troubles de l'intelligence.* États de déficit mental *primaire* (oligophrénie congénitale) ou secondaire (encéphalopathie infantile).

– *Les troubles psychotiques.* Ils sont caractérisés par un degré variable de désintégration de la personnalité et l'incapacité de réagir correctement à la réalité externe et de l'évaluer. Dans un premier groupe il s'agit des Psychoses sans origine organique connue. Il faut distinguer ici les *troubles schizophréniques* (genre qui comprend 6 espèces de réactions : réaction schizophrénique latente – réaction schizophrénique simple – réaction schizophrénique de type hétéro- – réaction schizophrénique de type catatonique – réaction schizophrénique de type paranoïde – réaction schizophrénique non classée), les *troubles paranoïdes* (genre qui comprend la paranoïa et les états paranoïdes caractérisés par les idées délirantes de persécution), les *troubles affectifs* (genre qui comprend la réaction maniaco-dépressive, la réaction dépressive psychotique différant de la réaction névrotique dépressive, la mélancolie d'involution).

Dans le deuxième groupe, il s'agit de psychoses à étiologie démontrable ou d'altérations structurales du cerveau (réactions mentales à des infections, traumatismes, lésions vasculaires du cerveau, etc.).

Ce genre de « classification-nomenclature » est fatalement incohérent car ne reposant sur aucune idée claire, il reflète le désordre même des objets qu'il se propose de ranger.

Dans les pays d'Amérique du Sud, la classification est aussi éclectique et analytique, elle tend également à n'être qu'une simple nomenclature. Ainsi, si nous rapportons à la classification de la *Société Brésilienne de Neuro-Psychiatrie et de Médecine Légale* nous trouverons l'énumération suivante (comportant, d'après PACHECO SILVA, un pourcentage intéressant des 1187 malades classés par lui) : Psychoses infectieuses (0,77 %), Psychoses autotoxiques (8,70 %), Psychoses exotoxiques (4,90 %), Démences précoces (14 %), Délires systématisés, Paraphrénies (6 %), Paranoïa (3 %), Psychoses maniaco-dépressives (7,80 %), Psychoses d'involution (2,90 %), Psychoses par lésions cérébrales (11,72 %), Paralysie générale (3,5 %), Psychoses épileptiques (13,30 %), Névroses (11,7 %), Psychopathies constitutionnelles (0,12 %), Arriérations (11,5 %). Outre le mélange des plans symptomatiques et étiologiques, cette présentation du « matériel clinique » permet de mesurer l'élasticité de la notion de « Schizophrénie » qui, dans les pays où elle est largement dispensée, englobe 50 % des malades mentaux – et même plus – et là, au Brésil, ne s'adapte qu'à 14% – au plus à 23% en y rangeant tous les cas de « délires chroniques ».

Ce contraste est forcément rendu plus saisissant si nous comparons à ces données statistiques la classification des maladies mentales en *Allemagne*.

En Allemagne, en effet, ce sont les tendances synthétiques qui l'emportent et le fameux Traité de BUMKE (1928) en constitue l'exemple le plus classique et le plus intéressant. Voici comment il est divisé.

...Ce genre de « classification-nomenclature » est fatalement incohérent car ne reposant sur aucune idée claire, il reflète le désordre même des objets qu'il se propose de ranger...

...Classification en Amérique du Sud...

CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES

1° Les constitutions et réactions psychopathiques.

2° Les affections endogènes et réactives :

Psychose maniaque dépressive.

Paranoïa.

3° Réactions exogènes et psychoses organiques :

Infections.

Intoxications.

Affections cérébrales.

Tumeurs.

Traumatismes.

Syphilis – Paralyse générale.

Épilepsie.

4° Schizophrénie (comprenant toutes les formes classiques de KRAEPELIN et naturellement avec les paraphrénies et les formes paranoïdes, tout ou à peu près tout¹ ce qu'en France on appelle les délires chroniques).

5° Les états d'arriération.

Ainsi pouvons-nous affirmer sans crainte d'être contredit sérieusement que, soit parce que la Psychiatrie a marqué le pas depuis 50 ans, soit parce que les Psychiatres se sont désintéressés de ce problème, rien de neuf n'a été fait (si l'on excepte la révision du concept de Démence Précoce par BLEULER) depuis KRAEPELIN. Et toutes les fois que l'on essaie de classer les maladies mentales en voulant rester « classique » on revient à peu près au type de classification kraepelinienne. Ni nouvelle ni efficace tentative pour dégager les « types de psychoses » selon le critère évolutif (et il en est ainsi même à l'intérieur du cadre de la Schizophrénie qui comprend tout à la fois des formes aiguës et des formes chroniques !), ni essai décisif de classer les maladies mentales selon l'évolution clinique sans vouloir à tout prix les rattacher à un processus spécifique, mythe auquel on demeure plus attaché qu'on ne croit ou qu'on ne le dit. Tel est le bilan de la position classique qui, restée rivée à l'idée de « maladies-entités spécifiques », n'a jamais pu sortir de la confusion qui lui fait mêler, sans cesse et tout à la fois, les formes symptomatiques et les formes étiologiques d'une part – et les formes aiguës et les formes chroniques d'autre part, en un puzzle à peu près indéchiffrable.

...Classification en Allemagne (BUMKE, 1928)...

...rien de neuf n'a été fait (si l'on excepte la révision du concept de Démence Précoce par BLEULER) depuis KRAEPELIN...

...sont mêlées, sans cesse et tout à la fois, les formes symptomatiques et les formes étiologiques d'une part – et les formes aiguës et les formes chroniques d'autre part...

D.– NOUVEAUX POINTS DE VUE SUR LA DÉFINITION ET LA CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES

Nous venons de voir que dans sa majorité et dans sa forme académique et classique, la Psychiatrie n'a plus fait en matière de « classification » beaucoup de progrès depuis 50 ans. Mais ce problème de la classification des maladies mentales a été bou-

1. Pour avoir une idée du champ considérable de la Schizophrénie dans la Psychiatrie allemande, nous pouvons nous rappeler que plus de 50 % des malades mentaux sont des schizophrènes (Traité de GUTT, 1940, article de KIHN, dans le volume consacré à la Schizophrénie, p. 40). On pourra également consulter le tableau décrit comme le « cycle schizophrénique héréditaire » au sens large, de la schizophrénie, dans ce même volume, dans l'article de LUXEMBURGER.

leversé par deux tendances doctrinales très fortes et très importantes. La première est celle de la définition de la « maladie mentale » comme « syndrome » ou « type de réaction » aspécifique ; la seconde c'est l'importance du caractère psychogénétique attribué à certaines maladies mentales.

Sans aller jusqu'au concept de « Monopsychose »¹ et aux idées intéressantes de ZELLER, H. NEUMANN et GRIESINGER à ce sujet, il est certain qu'avec LEGRAIN², RÉGIS³, CLAUDE⁴, etc. chez nous ; avec HOCHÉ⁵, BONHOEFFER⁶, BOSTROEM⁷, K. SCHNEIDER⁸, A. MEYER⁹, K. JASPERS¹⁰, etc. à l'étranger, un puissant mouvement s'est constitué contre l'idée que la maladie mentale doit être purement et simplement confondue avec la somatose qui constitue sa base organique connue ou hypothétique¹¹. De ce fait, la classification des Psychoses doit se déplacer résolument dans le sens d'une analyse structurale et évolutive des formes de « réaction » de la conscience et de la personnalité morbides. Les « maladies mentales » ont été dès lors de plus en plus considérées comme des « syndromes » ou des « réactions psychopathologiques » qui sont l'effet d'une multiplicité de facteurs (A. MEYER, BIRNBAUM, KRETSCHMER). D'où, d'une part, l'écroulement de la barrière dressée entre psychoses endogènes et exogènes, entre psychoses organiques et inorganiques, et, d'autre part, la nécessité d'établir dans la classification deux chapitres : la classification des psychoses comme types de réactions ou syndromes – et la classification des facteurs étiologiques qui peuvent les engendrer¹². Certes, tout cela n'est pas encore suffisamment clair ou clarifié dans les esprits et les

... un puissant mouvement s'est constitué contre l'idée que la maladie mentale doit être purement et simplement confondue avec la somatose...

...la classification des psychoses doit se déplacer vers une analyse structurale et évolutive des formes de « réaction » de la conscience et de la personnalité morbides...

...d'où la nécessité d'établir dans la classification deux chapitres : clinique et étiologique...

1. Nous devons à B. LLOPIS (La psicosis unica. *Archivos de Neurobiologia*, 1954, XVII) une excellente étude sur cette notion. [NdE : rééd. Madrid : Editorial Triacastela, 2003]

2. LEGRAIN, Les poisons de l'intelligence, *Ann. Méd. Psych.*, 1891, II, et 1892, I.

3. RÉGIS a admirablement dégagé la classification qu'il expose avec rigueur (Précis, 6^{ème} Édition, pp. 258-259) de toute confusion avec le plan « étiologique ». Cette classification des « états psychopathiques primitifs » serait parfaite si elle sous-entendait que justement ils ne sont pas primitifs.

4. S'il n'a rien écrit spécialement sur ce point, c'était une des idées qu'il développait dans son enseignement (1923-1939).

5. HOCHÉ, Die Bedeutung des Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, *Zeitschr. f.d.g. Neuro*, 1912, 12, 540-551.

6. BONHOEFFER, *Traité d'Aschaffenburg* (1912) et Die exogenen Reaktionstypen. *Archiv. f. Psych.*, 1917, 58, 350.

7. BOSTROEM, *Traité de Bumke* 1928.

8. SCHNEIDER (Kurt), Der Begriff der Reaktion in der Psychiatrie. *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1925, 95, 500.

9. MEYER (Adolf), *Collected Papers II Psychiatry*. Éd. J. Hopkins Press., Baltimore, 1951 (cf. aussi l'exposé de l'ensemble de sa conception dans « *Psychobiology and Psychiatry* » de MUNCIE (2^e édit. 1948).

10. JASPERS (K.). *Allg. Psychopathologie*. (1913-1946) éd. fr., 1928. [NdE : trad. d'après la troisième édition allemande par A. KATSLER et J. MENDOUSSE. Réédition : Paris : Claude Tchou Bibliothèque des introuvables, 2000].

11. KRAEPELIN, (Der Erscheinungsformen des Irreseins. *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1920, 62, 1), a écrit lui-même d'excellentes réflexions sur ce point.

12. Nous avons nous-même en 1935, au *Congrès des Aliénistes de Lyon*, où on discutait le rapport de DESRUELLES sur « Classification et Statistiques des Maladies Mentales » insisté.../...

Écoles, mais il y a une tendance générale que nous devons saluer comme un espoir d'en finir avec l'incohérence des classifications ou des nomenclatures.

On sait que LEGRAIN (1891), RÉGIS (1911) et BONHOEFFER (1912) ont montré que les « réactions exogènes » aux facteurs toxiques étaient aspécifiques malgré certains types privilégiés réalisés avec une particulière fréquence. De même HOCHE (1912) considérait que le cerveau « réagit » par une série de réponses automatiques et pour ainsi dire « préformées ». Cette notion de « réaction exogène » a été transposée par BONSTROEM sous le terme de « réaction endogène » au cas où la prédisposition et les tendances affectives de la personnalité peuvent être déclenchées sous l'influence de causes multiples. BARUK a, au cours de ces dernières années, soutenu chez nous un point de vue assez semblable.

Mais c'est Adolf MEYER qui, dès 1906, et durant sa longue carrière de « Leader » de la Psychiatrie nord-américaine, a fait de cette notion de « réaction » la pièce maîtresse de son enseignement.

...c'est Adolf MEYER qui, dès 1906, a fait de cette notion de « réaction » la pièce maîtresse de son enseignement...

Pour lui les maladies mentales sont précisément des comportements, des réponses de l'organisme à des situations internes et externes plus ou moins difficiles et catastrophiques. Ce sont des « types de réaction », des formes typiques de l'« Ergasia » c'est-à-dire de la structure vitale totale qui est à la base des activités d'intégration de l'organisme et de son milieu. Il décrit deux classes de réactions : 1° Les « Major-réactions » ou Psychoses qui sont représentées par les « Thymergasies » (réactions mania-co-dépressives et paranoïaques) ; les « Parergasies » (réactions schizophréniques) ; les « Dysergasies » (Délires confusionnels) ; les « Anergasies » (psychoses organiques et épileptiques). 2° Les « Minor-réactions » (les états d'arrêt de développement intellectuel et affectif qui comprennent les « Oligergasies » (arriérations, personnalités psychopathiques), les « Mergasies » (psycho-névrose, hystérie, réactions névrotiques anxieuses).

Nous devons à K. JASPERS une excellente et lucide réflexion sur le problème des espèces de maladies mentales.

« La question qui domine depuis longtemps la Psychopathologie (écrit-il, p. 499, de l'Édition française) est celle-ci : « Comment tous les symptômes se réunissent-ils dans chaque cas particulier. De quelle maladie, c'est-à-dire de quelle entité nosologique s'agit-il ? Quelles sont les entités nosologiques ? Et si en tant qu'analyste le psy-

...sur l'exigence de cette double perspective. BARUK (à la même séance et depuis dans plusieurs travaux) et LECONTE et DAMEY plus récemment ont préconisé le même système (*Essai critique des nosographies actuelles*, 1949). Ce point de vue a triomphé à propos de la « fiche » dont le projet a été adopté sur la proposition de la Commission de la Santé Mentale du Ministère de la Santé (1951), qui l'a rendu officiel chez nous. — BARUK ne paraît pas avoir rigoureusement appliqué ses propres principes. En effet, il présente la classification suivante : Réactions dépressives (comprenant la Mélancolie, les Psychasthénies et les Cénestopathies), Réactions d'excitation (Manie et Hypomanie), Syndromes périodiques, Réactions confusionnelles, Réactions schizophréniques et démentielles, Délires hallucinatoires, Réactions épileptiques. Et enfin, Etats démentiels et psychopathies organiques (Tumeurs cérébrales, syphilis, et.). Cette dernière rubrique détruit l'esprit même du système de classification puisque le double versant symptomatique et étiologique est ici présenté dans une perspective unique et par conséquent hétérogène.

...psychose unique avec variété infinie d'aliénation ou entités distinctes avec symptomatologie, évolution, étiologie...

...Classification de JASPERS...

chiatre doit disséquer chaque cas de toutes les manières possibles, comment arriverait-il au diagnostic? On a répondu à cette question de deux façons. Pour les uns une seule psychose existe : il n'y a pas une psychopathologie des maladies distinctes mais seulement une variété infinie d'aliénations qui partout et dans toutes les directions présente des transitions continues. Les formes de l'aliénation doivent être rangées comme états se succédant d'une façon typique (toutes les maladies mentales commençant par la Mélancolie, ensuite suivrait la folie furieuse, la schizophrénie et finalement la démence)¹. – Suivant les autres, la tâche principale de la psychiatrie consiste à trouver des entités nosologiques qui doivent être séparées en principe, qui possèdent chacune sa symptomatologie, son évolution, sa cause, ses manifestations physiologiques particulières et caractéristiques. La lutte a été soutenue des deux côtés avec un grand mépris réciproque... Cependant le fait historique que la lutte n'a jamais cessé qu'en apparence et continue en réalité, permet de supposer que les deux opinions renferment leur part de vérité. Au lieu de s'opposer, elles peuvent se compléter. »

Malheureusement la classification des psychoses que JASPERS nous propose (pages 512 à 518) n'est guère satisfaisante car elle est aussi hétéroclite que les autres. Il s'arrête en effet à une présentation dont il a soin de nous dire qu'elle est « plus didactique que scientifique ».

D'abord les *psychoses organiques* causées essentiellement par des phénomènes physiologiques saisissables (elles sont exogènes ou symptomatiques). Ensuite ce qu'il appelle les *processus* dont il dit quelques mots très vagues (onze lignes) parmi lesquels il range la « Schizophrénie », la Paranoïa et la Catatonie. Puis viennent enfin les formes d'*aliénation dégénérative* (Psychoses maniaco-dépressives, Psychoses réactives, Psychopathies).

Cependant l'œuvre de JASPERS malgré ses faiblesses dans la classification des formes typiques de psychoses est fondée sur une vue plus profonde et qui doit nous arrêter. Il distingue en effet² dans une des parties les plus importantes et originales de son ouvrage, des cycles d'évolutions typiques. Ce sont : 1° les *accès, phases ou périodes* dont le mécanisme; est essentiellement « endogène » car les causes extérieures demeurent complètement insuffisantes pour notre compréhension et les théories de la causalité (p. 430) – 2° les *processus* qui sont caractérisés par une modification *durable*³ de l'évolution naturelle de la vie psychique. Ces « processus » peuvent être physio-pathologiques et entraînent une désagrégation de la vie mentale (ceci lui paraît être le cas d'un certain nombre de maladies du groupe de la « démence précoce ») ou de *processus psychiques* de type évolution psychologique sans désagrégation de la vie psychique – 3° le *développement de la personnalité* comme par exemple, dit-il, le développement paranoïaque du revendiquant jaloux.

1. Les traducteurs, non psychiatres, ont bourré leur traduction d'in vraisemblables impropriétés de termes. Je n'hésite pas, quand je cite JASPERS, à rétablir le texte.

2. Chapitre VI. Les relations de la vie psychique, § II. Relations causales et notamment le paragraphe « Cycles d'évolutions typiques » (pp. 430 à 442).

3. Souligné par JASPERS.

...par accès, phases ou périodes...

...par processus : modification durable physiopathologique avec désagrégation ou psychique sans désagrégation...

...par développement de la personnalité...

On comprend qu'une pareille classification basée sur la notion d'une analyse structurale des cycles évolutifs (celle qui nous paraît, nous le répétons, la plus originale de son œuvre) le conduise à mettre l'accent (p. 523-524) sur l'opposition entre psychoses aiguës et psychoses chroniques. Opposition fondée sur le fait que dans les psychoses aiguës il y a des altérations considérables et intenses du comportement qui constituent de véritables accidents et qui sont généralement curables, tandis que dans les psychoses chroniques les troubles ont un caractère réfléchi, orienté, calme et invariable et ils constituent une évolution progressive ou représentent des séquelles qui sont, elles, généralement incurables. Nous aurons à revenir plus loin sur cette opinion à laquelle nous ferons appel comme à une incontestable autorité pour présenter notre propre conception dont les rapports entre psychoses aiguës et psychoses chroniques constituent la charnière.

Mais une autre tendance s'est développée depuis une cinquantaine d'années dont le bénéfique est moins évident, c'est celle d'une *extension quasi indéfinie du domaine des névroses* considérées comme des « réactions psychogènes ». Tout d'abord notons que l'objet privilégié de la psychiatrie a cessé fort heureusement d'être le grand aliéné, ce qui a constitué un progrès considérable et décisif, car en effet la psychiatrie ne peut pas être seulement la médecine de l'« aliénation », et qu'elle doit s'intéresser, dans la pratique comme dans la théorie, à toutes les formes même mineures d'« altération » de la vie psychique et de la personnalité. Mais ces formes névrotiques de déséquilibre, d'arriération affective, ces personnalités psychopathiques, ces « réactions inadaptées », ont empoisonné la psychiatrie en suggérant aux esprits peu réfléchis ou peu observateurs que de telles « altérations », « réactions » ou « névroses » étaient l'effet de « causes psychiques ». Il est facile, en effet, si on n'y prend garde, de prendre les effets pour les causes ¹. Quoi qu'il en soit, de « fil en aiguille », on a fini par « psychiatiser » tout le comportement humain dans la mesure même où on « psychologisait » ou « sociologisait » la Psychiatrie. Dès lors, à lire certains ouvrages de Psychanalyse ² ou de Psychiatrie anglo-saxonne, il semblerait que l'on puisse classer toutes les formes de « réactions psychopathologiques » à partir de certains « mécanismes » psychologiques plus ou moins apparentés aux conflits complexes de l'école psychanalytique. Ainsi, de « frustration » en « identification », de « compensation » en « introjection », de « projection » en « conversion » on finit par donner une classification des maladies mentales qui en obscurcit tous les contours et en efface toutes les limites au centre comme à la périphérie des genres et des espèces. Mais ce qui est plus

...JASPERS base sa classification sur la notion d'une analyse structurale des cycles évolutifs [...] sur l'opposition entre psychoses aiguës et psychoses chroniques...

...Autre tendance : une extension quasi indéfinie du domaine des névroses considérées comme des « réactions psychogènes »...

...Il est facile, en effet, si on n'y prend garde, de prendre les effets pour les causes ...

1. Cf. le *Problème de la Psychogénèse, Causalité psychique des névroses et des psychoses*. C. R. des Journées de Bonneval, 1947 ; Éd. Desclée de Brouwer, 1950. [NdE : Rééd. : *Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses*, Paris : Claude Tchou, Bibliothèque des Introuvables .2004]. Cf. aussi notre travail « Névroses et Psychoses », *Acta Psycho-therapeutica* (1954).

2. Par exemple le livre de Karen HORNEY qui vient d'être traduit en français : *La personnalité névrotique de notre temps* (1953).

...ce qui est plus grave encore, c'est que l'on aboutit ainsi fatalement [...] à une dichotomie classificatrice qui pour être séduisante par sa clarté n'en est pas moins fautive : la division entre névroses psychogénétiques et psychoses organogénétiques...

...puis ce sont les « Psychotic disorders »...

...Autant dire que dans cette perspective s'évanouit l'autonomie des névroses...

grave encore, c'est que l'on aboutit ainsi fatalement (pour la bonne raison que le concept de psychogénèse est à l'évidence inapplicable à l'ensemble des maladies mentales et à la totalité de chacune d'elle) à une dichotomie classificatrice qui pour être séduisante par sa clarté n'en est pas moins fautive : la division entre névroses psychogénétiques et psychoses organogénétiques. Cela ne pouvait manquer de frapper les psychiatres qui ne se sont pas laissés gagner, sans prudentes réserves, à l'enthousiasme que FREUD a justement suscité. C'est ainsi que nous lisons récemment ¹ à propos d'une classification projetée par l'*American Psychiatric Association*, projet qui paraissait aux auteurs de l'article séparer trop dangereusement névroses et psychoses, qu'il faut distinguer deux classes : les troubles causés directement ou indirectement par une altération du tissu fonctionnel cérébral, les troubles d'origine psychogénétique, mais que ceux-ci doivent être définis somme toute selon un critère purement négatif en tant qu'ils se produisent « en dehors de toute cause physique clairement définie d'altération structurale du cerveau » : ce sont les « Psychotic disorders ». Cette « petite modification » (qui étrangle le concept de « névrose psychogénétique ») comprendrait, toujours selon ces auteurs, les « Réactions involutives, les Réactions affectives, les Réactions schizophréniques, les Réactions paranoïdes, les troubles psychonévrotiques et les troubles de la personnalité ». Autant dire que dans cette perspective s'évanouit l'autonomie des névroses (définie par la notion même de psychogénèse)... Comment d'ailleurs pourrait-il en être autrement si on prend les névroses pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire des formes pathologiques de la personnalité qui ne sont pas radicalement différentes des formes psychotiques de la personnalité. Les Psychanalystes eux-mêmes en parlant de la Pathologie, de la faiblesse du Moi dans les névroses, comblent le fossé que certains d'entre eux avaient voulu creuser. ²

E.— APPLICATION DES PRINCIPES MÉTHODOLOGIQUES D'UNE CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES

Nous devons poser quelques règles que, nous l'avons vu, J. FALRET et PARCHAPPE avaient bien établies.

1° Une « classification » ne doit être ni une pure énumération ni une simple nomenclature, indéfiniment ouverte. Elle doit être systématique, c'est-à-dire contenir

1. K. BOWMAN et M. ROSE. A criticism of the terms psychoses, psychoneuroses, neuroses. *Amer. J. of Psych.*, 1951, p. 164-165.

2. Au 109^e Congrès annuel de l'*Amer. Psych. Assoc.* S. RADO (*Amer. J. Psych.* 1953, 110, 406-416) a tenté de classer les différentes maladies mentales à partir du critère « mécanisme d'adaptation ». En conclusion de ces prémisses un peu vagues, il aboutit à une classification assez incertaine et hétéroclite (over reactive disorders - mood cyclic disorders -schizotypal disorders - extraction disorders - narcotic disorders - lesional disorders -disorders of war adaptation)...

dans le concept général de « maladie mentale » toutes les espèces qui entrent dans la compréhension et l'extension de ce concept. Elle doit donc partir d'une définition correcte de la maladie mentale. Elle doit donc être claire et simple à la mesure même de sa profondeur.

2° La « maladie mentale », comme nous l'avons vu dans notre Étude n° 4, ne peut être définie que comme une *physionomie clinique*, une forme typique d'évolution des troubles de la vie psychique ayant une structure particulière et conditionnée par un processus somatique soit d'arrêt de développement, soit de dissolution de l'édifice psychique.

3° Il y a donc lieu de séparer dans l'histoire naturelle des maladies mentales une double perspective : celle des types cliniques ou des « typic-reactions » qui définissent les psychoses (et les névroses), objets d'une *classification des maladies mentales* et celle des processus somatiques qui les engendrent, objet d'une *classification des processus pathogènes*. .

4° La classification des maladies mentales se divise naturellement, comme l'ensemble de la vie psychique en deux versants : la *pathologie du champ de la conscience* et la *pathologie de la personnalité*. Le *champ de la conscience* étant défini par l'activité psychique qui organise l'actualité du vécu présent et la *personnalité* par la trajectoire des valeurs existentielles et logiques, permanentes, de l'individu (croyances, principes rationnels et moraux, idéal de soi, etc.), le Moi en tant que système de développement historique et de construction de la Personne.

5° La Pathologie de la conscience est constituée par les niveaux de dissolution ou de déstructuration qui décomposent son activité. C'est à chacun de ces niveaux de sa désagrégation que correspondent les « espèces » de psychoses aiguës. Qu'il s'agisse en effet de crises maniaco-dépressives, de bouffées délirantes et hallucinatoires, d'états confuso-oniriques, toutes ces psychoses aiguës représentent le spectre de la décomposition de la conscience : série de niveaux structuraux typiques de cette déstructuration de la conscience.

6° La Pathologie de la personnalité définit les *maladies mentales chroniques* soit qu'elles contiennent, en l'élargissant dans la perspective de la personnalité, l'actualité des troubles de la conscience, soit qu'elles les organisent en mode d'existence durable. Ces formes de personnalité pathologiques supposent un seuil de réaction abaissé pour l'éclosion et l'organisation durable des crises ou psychoses aiguës.

...la « maladie mentale » ne peut être définie que comme une *physionomie clinique*, forme typique d'évolution [...] conditionnée par un processus somatique...

...Il y a lieu de séparer les types cliniques [...] des processus somatiques...

...avec deux versants: la pathologie du champ de la conscience et la pathologie de la personnalité...

...la pathologie de la conscience est constituée par des niveaux...

...la pathologie de la personnalité définit les *maladies mentales chroniques*...

1. Toutes les classifications de caractère scientifique qui ont tenté de déduire les anomalies de la vie psychique d'une conception de l'activité psychique normale sont valables dans la mesure où l'analyse de la vie de l'esprit est correcte. C'est précisément parce que cette analyse était artificielle (facultés — fonctions psychiques isolées — concepts psychanalytiques trop vagues, trop généraux ou trop banaux) qu'elles ont échoué.

Pour donner une idée très simple de notre classification nous pouvons donc la réduire au schéma suivant :

... Nous prions le lecteur de ne point trop hâtivement établir entre les deux séries une concordance ...[note 1]

<i>PATHOLOGIE DE LA CONSCIENCE (Psychoses aiguës)</i>	<i>PATHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ (Psychoses et Névroses chroniques)</i>
Crises maniaco-dépressives Bouffées délirantes et hallucinatoires États oniroïdes Psychoses confuso-oniriques	Déséquilibre, Névroses Délires chroniques et Schizophrénie Démences

Et c'est tout simplement à l'explication de ce petit schéma ¹ que nous allons consacrer ce volume de nos Études et le suivant.

§ II. – LE PROBLÈME DES PSYCHOSES AIGUËS DANS LA CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES

Comme nous venons de le voir, dans toutes les « classifications » envisagées, des rubriques plus ou moins importantes ont été consacrées par les auteurs aux « crises », aux états paroxystiques, aux « délires transitoires », c'est-à-dire à ces troubles mentaux, tous plus ou moins délirants ², où l'exaltation, l'angoisse, l'agitation, le désordre des actes et les troubles de la conscience prédominent. Mais si ce problème des psychoses aiguës a toujours hanté l'esprit des auteurs, très peu ont tenté de les classer ou de leur assigner, dans une véritable classification, une place équivalente à celle qu'elles occupent dans la clinique. La raison en est, croyons-nous, que la Nosographie

1. Nous prions le lecteur de ne point trop hâtivement établir entre les deux séries une concordance qui est moins « schématique » dans notre esprit que dans notre schéma. Nous entendons montrer en effet au cours de cet ouvrage (et particulièrement dans le Tome IV) que si la pathologie de la personnalité, à ses niveaux inférieurs, et sans se confondre avec elle, admet de profondes et immédiates relations avec la pathologie de la conscience, il n'en est pas de même aux niveaux supérieurs. Là, les névroses ne soutiennent avec la forme élevée de la déstructuration de la conscience que des rapports indirects dans la mesure même où l'écart organo-clinique et l'élaboration positive des symptômes garantissent l'autonomie de ces *formes d'existence* à l'égard de la *déstructuration de la conscience*.

2. Pratiquement et théoriquement les « psychoses aiguës » sont toutes des psychoses délirantes aiguës. Sans doute, les états de stupeur, d'impulsivité, de catatonie, etc.. entrent dans ce groupe, mais ils ne se détachent pas de l'aspect délirant de la conscience. Par exemple, le Rapport de VALLON intitulé « Les délires transitoires » (Congrès des Aliénistes 1898), rangeait sous ce terme toutes ces manifestations. Les fameuses Psychoses de la Motilité de WERNICKE n'échappent pas non plus à la modalité délirante de la conscience altérée de ces malades...

classique s'est orientée surtout vers la constitution d'entités définies soit par la chronicité, soit par la périodicité (qui est encore une forme de la chronicité), soit par l'étiologie¹. De telle sorte que les psychoses aiguës représentent alors un « reste » *atypique* et comme une « *déviaton dégénérative* » de la vie psychique assez « *polymorphe* » pour décourager les classifications et n'y figurer que « pour mémoire ».

Si nous voulons bien comprendre l'évolution de cette notion de « *psychose aiguë* », il nous reste précisément à parcourir le chemin historique et le cheminement logique de sa définition, à l'égard des *formes chroniques continues*, des *formes périodiques*, des *formes aiguës symptomatiques* et enfin à l'égard des *psychoses dégénératives*².

...les psychoses aiguës représentaient alors un « reste » atypique et comme une « déviaton dégénérative » de la vie psychique assez « polymorphe » pour décourager les classifications...

A.— LES FORMES AIGUES DES « MALADIES MENTALES » CHRONIQUES

Rappelons que la « *stupidité* » de GEORGET a eu bien du mal à se dégager de la Mélancolie pour autant que celle-ci englobait primitivement non seulement tous les états décrits plus tard comme délires systématisés chroniques de persécution, etc. mais encore toutes les crises délirantes qui n'entraient pas dans la manie. Ce n'est que lorsqu'un premier travail d'épuration fut opéré et que les formes nettement chroniques en furent exclues, que l'on commença à se poser la question des « *folies transitoires ou aiguës* », des « *délires épisodiques* », qui, ne pouvant pas facilement entrer dans le cadre du « *délire chronique* », posaient, face à cette *psychose chronique*, des problèmes difficiles. Et ce fut en effet le fameux problème de la *paranoïa aiguë*³ qui vint d'abord en discussion. De quoi s'agissait-il ? On venait de découvrir une forme de délire chronique progressif (le fameux délire de persécution de LASÈGUE, FALRET, MAGNAN, la *Paranoïa* ou *Verrücktheit* de l'École allemande) et à peine en avait-on décrit l'évolution typique avec son cortège d'idées délirantes et d'hallucinations que l'on en venait à s'interroger sur la question de savoir si tous les délires et hallucinations avaient effectivement cette évolution chronique ; autrement dit, s'il n'y avait pas une « *Paranoïa aiguë* » ? Ce fut WESTPHAL qui en 1878 décrivit son « *Acute primäre*

...ce fut en effet le fameux problème de la « *paranoïa aiguë* » qui vint d'abord en discussion...

1. Nous nous sommes toujours étonnés que la Psychiatrie classique ne dispose pour ainsi dire que d'étiquettes de chronicité alors que la pathologie mentale se présente si fréquemment sous forme de « crises ».

2. On trouvera l'historique de cette question soit dans certains travaux déjà anciens comme ceux de SEGLAS (14^{ème} leçon, 1894), de TRENEL (*Ann. Médico-Psycho.*, 1910, 11, p. 446), ou de HALBERSTADT (*Ann. Médico-Psycho.*, 1922, H, p. 100), soit dans l'excellente thèse de P. PETIT, « *Les Délires de persécution curables* », Thèse Paris, 1937, p. 3 à 38. — Le livre de E. STROMGREN (*Episodikes Psychoser*, Copenhague 1940), est presque entièrement centré sur le problème historique et contient une bibliographie très complète, mais malheureusement pour nous, il est écrit en danois.

3. Cf. sur ce point le fameux travail de THOMSEN. *Arch. f. Psych.*, 1909, 45, 3, p. 803, et les commentaires de TRENEL dans l'article cité plus haut.

Verrücktheit » caractérisée par un début rapide des idées délirantes et de grandeur, des hallucinations auditives et un certain degré de confusion ou d'excitation. Mais malgré l'adhésion de quelques-uns le scandale que représentait le concept d'une paranoïa aiguë en contradiction avec l'idée que l'on se faisait justement de la paranoïa en tant qu'affection chronique, fut écarté. Dès lors prévalut dans les pays de langue allemande l'opinion de KRAFFT-EBING qui, « faisant la part du feu », opposa une forme, l'« halluzinatorische Wahnsinn » (confusion hallucinatoire) à la véritable « Verrücktheit » de la paranoïa, elle, reconnue comme authentiquement chronique en spécifiant que jamais l'« halluzinatorische Wahnsinn » ne passait à la « Verrücktheit »¹. Mais avec KRAEPELIN (qui devait s'opposer à la conception de WESTPHAL, deux fois, tout d'abord en tant qu'il définissait la paranoïa comme maladie mentale chronique et ensuite en tant qu'il la définissait comme une maladie mentale sans hallucinations) la réaction fut encore plus nette et ce fut un véritable barrage que le Maître de l'École de Munich dressa contre le « concept bâtard » de paranoïa aiguë. Pourtant on n'en avait pas fini de discuter de ce problème. Fallait-il placer la « paranoïa aiguë » ou plutôt les « délires hallucinatoires aigus » dans les états confusionnels (« amentia ») ou dans le groupe maniaco-dépressif – les détacher radicalement de la paranoïa ou accepter que la paranoïa puisse se constituer sur la base de ces états aigus ? WILLIGE², KRUEGER³ ont continué la discussion en recherchant des solutions éclectiques et, en définitive, la description de formes atténuées (FRIEDMANN⁴) ou abortives (GAUPP⁵) de paranoïa, de délires de persécution curables⁶ a cependant jeté un pont entre ce que la grande école classique considérait comme deux « entités » pures et sans mélange possible⁷.

Au cours de ces dernières années les notions de « réactions paranoïdes », d'« expériences délirantes aiguës », d'« états hallucinatoires » ou de dépersonnalisation, d'« états oniroïdes », etc. ont posé à nouveau le même problème mais cette fois à propos de la Schizophrénie. Il est arrivé en effet que pendant que l'on discutait sur les rap-

...KRAFFT-EBING opposa [...] la paranoïa, elle, reconnue comme authentiquement chronique en spécifiant que jamais l'« halluzinatorische Wahnsinn » (confusion hallucinatoire) ne passait à la « Verrücktheit »...

...KRAEPELIN dressa un véritable barrage contre le « concept bâtard » de paranoïa aiguë...

...les notions de « réactions paranoïdes », d'« expériences délirantes aiguës », d'« états hallucinatoires » ou de dépersonnalisation, d'« états oniroïdes », etc. ont posé à nouveau le même problème mais cette fois à propos de la Schizophrénie...

1. Nous retrouverons plus loin la même irréductible opposition chez MAGNAN entre le « délire chronique de persécution » et les « délires épisodiques des dégénérés ». Disons encore que SEGLAS adopta une opinion à peu près voisine de celle de KRAFFT-EBING.

2. WILLIGE, Acute paranoïsche Erkrankungen, *Arch.f. Psych.*, 1914, 54, p. 121.

3. KRUEGER, *Die Paranoïa*, Berlin 1917.

4. FRIEDMANN, Beitrage zur Lehre von der Paranoïa, über milde Paranoïaformen, *Monatschr. f. Psych.*, 1905, 17, 456-532.

5. GAUPP, Ueber paranoïschen Veranlagung und abortive Paranoïa, *All. Zeitsch. Psych.*, 1910, p. 317.

6. Formes étudiées chez nous par GUIRAUD et son élève M^{lle} P. PETIT (*loc. cit.*, p. 35) et surtout par LACAN dans son travail fondamental : *La Paranoïa dans ses rapports avec la personnalité* (Thèse, Paris 1932). [NdE : *De la Psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*; Réédition : Paris : Le Champ freudien, Le Seuil, 1971].

7. HALBERSTADT écrit à ce sujet et comme un axiome : « Une Psychose ne se transforme jamais en une autre Psychose ». *Ann. Médico-Psycho.*, 1922, 11, p. 115.

ports entre paranoïa et formes hallucinatoires et délirantes aiguës, la paranoïa se vidait de sa substance au profit de la notion de schizophrénie (les délires chroniques entrant de plus en plus dans le groupe des formes paranoïdes schizophréniques). Et nous nous trouvons maintenant à propos des schizophrénies aiguës, des réactions schizophréniformes, des poussées schizophréniques aiguës, dans la même situation que nos devanciers à propos de la Paranoïa aiguë...

Si la clinique semble déjouer ainsi nos tentatives pour saisir à l'aide de nos notions et de nos abstractions sa substance, c'est que la nature des choses est telle (comme nous aurons l'occasion de le voir dans nos Études ultérieures sur les formes chroniques des maladies mentales) que l'on ne peut pas dresser une cloison étanche entre les psychoses aiguës et les psychoses chroniques, car elles soutiennent entre elles des rapports d'évolution et de causalité qu'il faut certes préciser mais qu'il ne sert à rien de nier « *a priori* » en affirmant qu'il n'y a pas de rapports possibles entre les unes et les autres.

De ce premier examen historique du problème nous pouvons tirer un enseignement : c'est qu'il est impossible et de séparer radicalement et de confondre purement et simplement les maladies mentales aiguës et les maladies mentales chroniques. Il faut recourir aux notions de déstructuration de la conscience et d'anomalies de la personnalité pour pouvoir trouver l'articulation naturelle de cette relative distinction de deux genres.

B.— LES FORMES INTERMITTENTES MANIACO-DÉPRESSIVES OU PAROXYSTIQUES COMITIALES

Ces troubles aigus, hallucinatoires et délirants qui existent mais que l'on a tant de mal à classer, n'entreraient-ils pas, purement et simplement, dans « *la psychose maniaco-dépressive* »? Rappelons-nous en effet, que l'on a eu beaucoup de peine à les dégager des crises de manie et de mélancolie (J. P. FALRET, GRIESINGER, BAILLARGER) et on sait bien que la manie comme la mélancolie ont des formes cliniques « atypiques » où les hallucinations, les délires de persécution ou d'influence, la confusion, etc.. occupent parfois le premier plan du tableau clinique. La paranoïa aiguë ne pouvant entrer, selon KRAEPELIN, dans le cadre de la psychose paranoïaque chronique en vertu de ce principe que l'eau et le feu s'excluent, on s'est tout naturellement demandé si elle ne constituait pas une forme de la « folie périodique ». C'est, au moins en partie, la thèse de KLEIST¹. Mais là encore la pureté de la psychose maniaco-dépressive repousse « logiquement » ces formes impures et l'on invoque généralement l'abîme qui séparerait les « *troubles de l'humeur* » des « états délirants et hallucinatoires », c'est-à-dire des états plus ou moins crépusculaires de la conscien-

...on ne peut pas dresser une cloison étanche entre les psychoses aiguës et les psychoses chroniques, car elles soutiennent entre elles des rapports d'évolution et de causalité...

...Ces troubles aigus, hallucinatoires et délirants qui existent mais que l'on a tant de mal à classer, n'entreraient-ils pas, purement et simplement, dans « la psychose maniaco-dépressive »? ...

...c'est, en partie, la thèse de KLEIST (1911)...

1. KLEIST, Die Streitfrage der akuten Paranoïa. *Zeitsch. f. d.g. Neuro.*, 1911, 5, p. 306.

...elles ont toutes entre elles une structure commune et on ne peut pas « séparer au couteau » les troubles maniaco-dépressifs des psychoses délirantes aiguës ni, ajoutons-nous, des paroxysmes comitiaux...

ce « troublée ». Et pourtant la clinique ne nous apprend-elle pas, là aussi, qu'il est assez vain d'exiger « par définition » de la manie et de la mélancolie qu'elles soient exemptes de « troubles de la conscience » ? Nous verrons même (dans les Études suivantes) qu'elles représentent *essentiellement* certaines modifications structurales de la conscience. Ainsi, si les psychoses aiguës relativement à la paranoïa chronique nous ont révélé qu'elles ont une physionomie assez nette, pour se constituer en groupe relativement autonome, le rapprochement avec les états maniaco-dépressifs nous montre qu'elles ont toutes entre elles une structure commune et que l'on ne peut pas « séparer au couteau » les troubles maniaco-dépressifs des psychoses délirantes aiguës ni, ajoutons-nous, des paroxysmes comitiaux.

Si maintenant en effet nous nous tournons vers une autre forme d'intermittence, *l'épilepsie*, nous aurons encore plus de mal à séparer les états hallucinatoires, de dépersonnalisation, les états oniroïdes et les délires polymorphes des psychoses paroxysmiques aiguës ou subaiguës de l'épilepsie dont la caractéristique la plus classique est précisément de présenter une dégradation quasi infinie de troubles de la conscience allant depuis la confusion jusqu'aux états crépusculaires et même jusqu'à la manie et la mélancolie.

Si donc les « Psychoses aiguës » peuvent affecter la forme de psychoses intermittentes périodiques ou à paroxysmes irréguliers, il est évident qu'il serait abusif de les faire toutes entrer soit dans le cadre des psychoses périodiques qui se définissent par la périodicité et le caractère symptomatique essentiellement maniaco-dépressif de leurs accès, – soit dans le cadre des paroxysmes comitiaux avec leurs divers aspects confusionnels, crépusculaires, délirants, d'excitation ou de dépression, car c'est leur caractère « satellite » par rapport aux crises convulsives et les caractères propres au processus comitial qui définissent ce groupe.

...c'est la notion de Psychose aiguë qui est le genre dont les accès maniaco-dépressifs ou les épisodes comitiaux sont des espèces...

Mais les « psychoses aiguës » qui ne peuvent pas entrer dans ces cadres ou qu'on ne parvient à y faire entrer qu'arbitrairement, ne sauraient perdre, quel que soit leur caractère d'intermittence ou de paroxysme, l'essentiel de leur structure.

Autrement dit, et c'est la deuxième conclusion à laquelle nous parvenons, c'est la notion de Psychose aiguë qui est le genre dont les accès maniaco-dépressifs ou les épisodes comitiaux sont des espèces.

C.-. PSYCHOSES AIGUES ET PSYCHOSES « SYMPTOMATIQUES »

A peine les états de stupeur ou de stupidité, sous le nom de confusion (DELASIAUVE, CHASLIN) OU d'Amentia (MEYNERT), étaient-ils « isolés » qu'ils ne le restèrent pas longtemps, car on les absorba vite et classiquement dans le groupe des « toxi-infections » (RÉGIS). De telle sorte que l'alcoolisme, les poisons, les états infectieux produisant généralement ces « états confusionnels », on a fini par établir une

sorte de synonymie entre psychoses symptomatiques d'états toxi-infectieux, confusion, « delirium » et psychoses aiguës. Ainsi la structure de la psychose s'est-elle effacée au profit de son étiologie. Il s'agit là d'un vice de méthode qui, une fois encore, mêlant les points de vue étiologique et symptomatique, embrouille tout. Qu'une toxi-infection n'engendre pas seulement des états confusionnels, tout le monde en tombera d'accord. Que toutes les psychoses aiguës ne soient pas d'origine toxi-infectieuse, personne ne le contestera. Il faudrait alors être cohérent avec soi-même et convenir que les deux notions ne coïncident pas exactement.

On est donc logiquement fondé à admettre qu'une classification des psychoses aiguës (pour autant qu'elle doit les envisager comme des formes de « maladies mentales » ayant, quelle qu'en soit l'étiologie, une structure propre caractéristique de leur *genre* et des caractères typiques de leur symptomatologie et de leur évolution qui individualisent leurs espèces) ne doit pas emprunter de critères extrinsèques à l'ordre de classification comme par exemple ici l'étiologie toxi-infectieuse¹.

Si donc dans les classifications le cadre naturel des psychoses aiguës se vide des variétés étiologiques symptomatiques, ce n'est que par défaut de méthode et non point par exigence des faits. Et si les états de confusion par exemple forment ainsi dans les ouvrages classiques une entité, nous ne pouvons, en ce qui nous concerne, souscrire à cette traditionnelle erreur. Il vaut mieux, nous semble-t-il, considérer les états de confusion pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire une certaine forme de troubles de la conscience qui représentent dans la série des psychoses aiguës les degrés inférieurs et « maxima » de cette déstructuration de la conscience qui caractérise le genre tout entier.

Le problème de l'étiologie n'est pas dans cette perspective écarté mais seulement remis à sa véritable place comme une nécessité qui s'applique au genre tout entier et non pas seulement à une de ses espèces, car toutes les psychoses aiguës dépendent d'un processus dont elles sont « symptomatiques ».

...toutes les psychoses aiguës dépendent d'un processus dont elles sont « symptomatiques »...

D.— PSYCHOSES AIGUES ET « PSYCHOSES DÉGÉNÉRATIVES »

Il est bien évident que lorsque l'on a construit une nosographie d'entités « claires et distinctes », fussent-elles artificielles, quand on a distribué l'ensemble des maladies mentales en quelques maladies autonomes comme « la psychose maniaco-dépressive », la « confusion mentale », la « schizophrénie », « l'épilepsie », « la paranoïa »,

1. Ceci bien entendu pour bien préciser que la confusion est le prototype même d'une « maladie mentale » et qu'à ce titre elle dépend *naturellement* d'un des processus étiologiques organiques dont la classification constitue une table de catégories distincte de l'ordre de classification des psychoses.

etc... il reste un groupe considérable de psychoses et notamment de psychoses aiguës qui n'entrent pas dans ces cadres rigides, qui les enjambent ou qui les mêlent. D'où les concepts de psychoses « *atypiques* », « *mixtes* » ou « *marginales* », « *associées* » ou « *dégénératives* ». Ce dernier concept s'impose presque généralement pour plusieurs raisons confuses mais également pressantes dans l'esprit de beaucoup de psychiatres. En effet, une psychose est dite « *dégénérative* » quand elle s'écarte du « *type pur* ». Elle est dite *dégénérative* aussi quand, l'ayant détachée d'une étiologie actuelle (réservée seulement aux « *psychoses symptomatiques* ») ou d'un « *facteur génétique* » pur (réservé aux psychoses-entités), on entend tout de même leur fournir une sorte de substratum interne et non spécifique. Elle est dite *dégénérative* enfin quand on veut indiquer qu'elle représente une « *crise* » ou une « *réaction* » dont le *seuil* est abaissé par une « *prédisposition* » générale, par une « *aptitude spéciale* » à faire des troubles mentaux épisodiques, par une « *invalidité* » foncière dont elle est un « *stigmat* »... On conçoit que si près des « *paroxysmes* », des « *crises* » et des « *épisodes* » qui se produisent à propos d'étiologies multiples et occasionnelles, les psychoses délirantes aiguës aient été étudiées spécialement comme des manifestations de ce fond de dégénérescence auquel MAGNAN attribuait le monopole de l'intermittence et auquel l'École allemande (KLEIST) contemporaine accorde le privilège de l'atypicité. L'historique de cette question s'inscrit en effet tout entier dans le chapitre du *développement des idées sur les psychoses dégénératives*.

...une psychose est dite « *dégénérative* » quand elle s'écarte du « *type pur* » [...] aussi quand on entend tout de même leur fournir une sorte de substratum interne et non spécifique [...] enfin quand on considère le seuil comme abaissé par une « *prédisposition* »...

... la dégénérescence mentale de MAGNAN (1887)...

En France, alors que MOREL n'avait pas dit un mot des aspects paroxystiques des états dégénératifs héréditaires, MAGNAN et son école envisagèrent des « *syndromes épisodiques* » comme les formes les plus typiques de la « *Dégénérescence mentale* ». Qu'il s'agisse des travaux de LEGRAIN ¹, de SAURY ², de SÉRIEUX ³ ou des fameuses « *Leçons cliniques* » de MAGNAN, tous les travaux de cette époque opposent au développement systématique et progressif du délire chronique les psychoses épisodiques des dégénérés.

La « *déséquilibration* » des facultés chez les malades dégénérés « *supérieurs* » ou « *inférieurs* » constituait pour la fameuse école du Maître de l'Admission, l'état permanent et basal sur lequel éclataient des « *bouffées* » de délire et plus généralement les « *syndromes épisodiques* ». Les conditions de milieu (émotions, toxiques) ne constituaient qu'un « *révélateur* » des tendances délirantes de ces dégénérés. C'est ainsi que HALBERSTADT et ARSIMOLES ⁴ ont considéré comme psychoses dégénératives

1. LEGRAIN (M.), *Du Délire chez les Dégénérés*, Paris, 1886.

2. SAURY (A.), *Étude clinique de la folie héréditaire*. Paris 1886 (Chapitre V. Du délire chez les dégénérés).

3. SÉRIEUX, « Le délire chronique et les psychoses des dégénérés ». *Bull. Soc. belge Méd. Ment.* 1891.

4. HALBERSTADT et ARSIMOLES, Les Psychoses pénitentiaires. *Archives de Neurologie*, juin 1914.

aiguës celles qui naissent à l'occasion de l'emprisonnement. Depuis le début du siècle jusqu'en 1920 ou 1925, l'École française a adopté dans sa majorité l'enseignement de MAGNAN dont on trouvera l'écho dans les intéressants travaux de HALBERSTADT ¹, de TARGOWLA ² et de DUBLINEAU ³.

Nous aurons l'occasion de revenir sur les descriptions cliniques de cette grande École française ⁴. Soulignons simplement ici la formule vague à laquelle aboutit MAGNAN, le groupe de ces « psychoses épisodiques » constituant, dit HALBERTSADT, « une maladie autonome dont les limites ne peuvent pas être précisées avec exactitude ⁵ ».

Voyons maintenant comment a réagi l'École allemande qui s'est spécialement occupée plus tard (depuis le début du siècle) de ce problème. L'œuvre de MAGNAN fut traduite par MOBIUS et, en 1907, BONHOEFFER ⁶ trouva dans son matériel de la clinique de Breslau 12 % de psychoses dégénératives qu'il divisa en trois groupes : le premier comprenait des épisodes paranoïdes chez des déséquilibrés psychopathes – le second des personnalités paranoïques avec exaltation et délire à type onirique – le troisième comprenait des psychopathes à réactions hystériques.

BIRNBAUM ⁷ insista précisément beaucoup sur le caractère « hystérique » des réactions délirantes des dégénérés, ce qui lui valut une polémique avec BLEULER ⁸ avant même que celui-ci ne groupât toutes ces formes délirantes dans le groupe des Schizophrenies. SCHRÖDER ⁸ a insisté sur le caractère « labile » et « mixte » de ces psychoses. O. BINSWANGER ¹⁰ range sous cette rubrique une série de tableaux cliniques (où l'on retrouve la nosographie de WERNICKE et par conséquent, par avance, les idées de KLEIST). Il distingue des états épisodiques (crises de délire – états crépusculaires épisodiques), des tableaux cliniques variables et partiels (états d'incohérence avec excitation qui constituent des psychoses « fragmentaires », c'est-à-dire simplement ébauchées), des formes paranoïdes labiles, des états catatoniformes et enfin des psychoses dégénératives « *polymorphes* ». Ainsi dans l'École allemande comme dans l'École française, les clini-

...la dégénérescence dans
l'École allemande...

1. HALBERSTADT, La Psychose délirante dégénérative aiguë. *Ann. Médico-Psycho.*, 1922, 2, 100.

2. TARGOWLA, *Encéphale*, 1926.

3. DUBLINEAU, *Semaine des Hôpitaux*, 1932.

4. Cf. notre *Étude*, n° 23.

5. HALBERSTADT, *Ann. Médico-Psycho.*, 1922, 11, p. 116.

6. BONHOEFFER, *Klin. Beiträge z. Lehre von der Degenerationspsychosen*. Halle, 1907.

7. BIRNBAUM, Ueber degenerative Verschrobene. *Zentralblatt Nervenheilk.*, 1906, 29, 650. — Ueber degenerativ. phantasten Psychop. *All. Zeitsch. Psych.*, 1907, 64, 363. *Psychosen mit Wahnbildung und wahnhaften Einbildungen bei Degenerierten*. Halle 1908.

8. BLEULER, Wahnhafte Einbildung der Degenerierten. *Zentralblatt Nervenheilk.*, 1909, 32, 77.

9. SCHRÖDER (P.), Degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen. *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1920, 60, 119. — Degenerationspsychosen und Dementia Praecox. *Arch. f. Psych.*, 1922, 66, 1. — Ueber Degenerationspsychosen (Metabolische Erkrankungen), *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1926, 105, 539.

10. BINSWANGER (O.), Klinische Stellung der Degenerationspsychosen. *Arch. f. Psych.*, 1928, 83, 299.

ciens ont toujours eu en vue, sous le nom de psychoses dégénératives, des états aigus ou subaigus, *variables, polymorphes*, défiant toute description précise et nous verrons que c'est cette difficulté que nous aurons à surmonter dans toutes nos descriptions des formes aiguës de la déstructuration de la conscience qui vont faire l'objet de nos prochaines Études. Mais si les psychiatres de langue allemande se sont intéressés, depuis le déclin de l'école de MAGNAN en France, toujours davantage à ces psychoses « atypiques » mixtes et désordonnées et de pronostic favorable malgré leur caractère récidivant presque constant, en tentant de les isoler soit des évolutions schizophréniques (malgré BLEULER) ou des évolutions maniaco-dépressives (malgré l'opinion de BUMKE), il appartenait à KLEIST et à ses élèves d'en faire une étude approfondie en les rapprochant comme « *Psychoses marginales* » (Randspsychosen) des grandes entités.

...Les travaux de Kleist...

En 1912¹, KLEIST tenta d'isoler, précisément dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive, des cas qui lui paraissaient entrer dans ce que WERNICKE appelait les « *psychoses de la motilité* » avec excitation hallucinatoire, etc. (cas désignés par SCHRÖDER comme « *Hallucinoïse périodique* » – par EWALD comme états paranoïdes périodiques – par BOSTROEM comme « *Autopsychoses* » expansives ou dépressives, selon la terminologie de WERNICKE) et il proposa d'appeler ces symptômes aigus des « *psychoses dégénératives autochtones* » affirmant encore une fois par là sa fidélité à WERNICKE.

En 1921², il les sépara nettement de la psychose maniaco-dépressive et les considéra comme vraiment « *autochtones* » – ou si l'on veut « *autonomes* » – par rapport aux trois grandes psychoses endogènes (Épilepsie, Psychose maniaco-dépressive, Paranoïa). Depuis lors dans ses travaux³ il n'a cessé de présenter ce groupe des psychoses aiguës, « à forme d'états crépusculaires de la conscience », avec confusion, stupeur, hyperkinésies, etc., comme apparenté à la Psychose cyclothymique, à l'Épilepsie et à la Paranoïa, sans cesser de se référer à la conception de WERNICKE et aux idées défendues par KRETSCHMER, GAUPP, HOFFMANN sur les psychoses atypiques ou mixtes. Mettant enfin l'accent sur le fait que toutes les psychoses typiques ou atypiques sont des dégénération ou des dégénérescences du système nerveux (et c'est un des côtés les plus obscurs de sa conception) il admet que certaines formes atypiques marginales gravitant autour des grands processus typiques constituent précisément la majeure part des psychoses d'allure aiguë qu'il propose d'appeler *psychoses dégénératives atypiques*. Dans ces psychoses les facteurs exogènes jouent un rôle important mais étroitement intriqué à des facteurs endogènes et les syndromes moteurs s'associent aux troubles de la conscience pour constituer des tableaux cliniques brefs, violents et intermittents. C'est ainsi que gravitent autour, « en marge », de la psychose maniaco-dépressive, les *psychoses cycloïdes* groupant des états confusionnels, des psychoses de

1. KLEIST, Die Klinische Stellung des Motilitätspsychosen, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1912.

2. KLEIST, Autochtone Degenerationspsychosen, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 69, 1.

3. KLEIST, Episodische Dämmerzustände, *Zentralblatt f. Neuro.*, 1923, 33, 83. — *Episodische Dämmerzustände, Eine Beiträge zur Kenntniss der Konstitutionalen Geistesstörungen*, Leipzig, 1926. — Ueber zyklöiden Degenerationspsychosen des Verwirrtheit und Motilitätspsychosen, *Zentralblatt Neuro.*, 1926, 44, 655. — Ueber zyklöide, paranoïde und epileptoïde Psychosen und über der Frage der Degenerationspsychosen, *Archives suisses de Neuro. et Psych.*, 1928, 23, 3.

la motilité de type hyperkinétique ou akinétique ou des psychoses altérant les fonctions de la personnalité dont les formes les plus caractéristiques tiennent du type hypochondriaque ou « confabulo-expansif aigu ». En marge de la Paranoïa se constituent des *formes paranoïdes* atypiques dont KLEIST décrit trois modalités : les formes délirantes aiguës expansives avec sentiment d'inspiration, les états hallucinatoires aigus et certains délires de relation avec sentiment d'étrangeté. A la forme typique de l'Épilepsie enfin correspondent des *formes épileptoïdes* comprenant des états narcoleptiques, des sensations de déjà vu, des exaltations impulsives de type dipsomaniaque, des états crépusculaires épisodiques.

Ce sont ces derniers *états crépusculaires épisodiques* (Dämmerzustände) qui ont fait l'objet de la monographie la plus importante de KLEIST (1926) sur ce point. Ayant eu l'occasion d'observer de 1921 à 1923 neuf cas qu'il analyse en détail, il les oppose (comme psychoses dégénératives de structure épileptoïde) aux « Bouffées délirantes » de MAGNAN par deux caractères essentiels. Tout d'abord ces états comportent des troubles importants de la conscience (état crépusculaire) absents des descriptions de MAGNAN. En deuxième lieu, tandis que KLEIST discerne dans les délires d'emblée de Magnan une pathogénie réactionnelle, les états crépusculaires qu'il décrit sont pour lui plus fortement endogènes, spontanés, « autochtones ». Il s'agit d'épisodes crépusculaires se renouvelant d'une manière intermittente et parfois fréquente (11 fois entre 21 et 23 ans dans un cas). Leur durée est très brève, d'une moyenne de cinq jours. Les impulsions sont violentes et fréquentes, et le fond du tableau clinique est représenté par l'état crépusculaire de la conscience avec troubles de l'affectivité (angoisse extatique ou coléreuse). Les tares héréditaires ont été rencontrées par KLEIST dans les deux tiers des cas. En ce qui concerne le type morphologique, les formes asthéo-athlétodysplasiques prédominent nettement. Pour certaines formes catatoniques ou psychoses de la motilité, ces états crépusculaires épisodiques paraissent graviter autour de l'épilepsie dont ils constituent des formes atypiques. Les troubles somatiques (endocriniens, métaboliques) sont généralement importants et pour KLEIST il s'agit, conformément à son système de localisation cérébrale, de symptômes psychiques manifestant des lésions prépondérantes du tronc cérébral.

Les idées de KLEIST ont été critiquées notamment dans un article de KALDEWEY¹ et ont donné lieu entre les deux auteurs à une polémique assez obscure sur la structure affective de ces psychoses et leurs relations avec la Psychose mania-co-dépressive.

KLEIST et ses élèves LEONHARD, STILLGER défendent malgré le caractère marginal et mixte des psychoses épisodiques, une sorte d'autonomie nosographique de ces psychoses en les localisant dans le tronc cérébral, car pour l'école de KLEIST les maladies mentales sont, répétons-le, des dégénération des systèmes anatomo-physiologiques cérébraux, et pour les Psychoses épisodiques il s'agit encore malgré (ou à cause de) leur atypicité, de formes de dégénérescence systématique. SCHOTTKI² a trié sur le volet 15 cas (parmi 2.000 malades mentaux, c'est dire combien il restreint la définition) de psychoses dégénératives aiguës de KLEIST. Pour lui, ces cas sont effectivement « autonomes ». Il les groupe en trois catégories : – psychose aiguë chez les oligophrènes – psychoses atypiques ou mixtes parentes de la schizophrénie et de la Psychose mania-co-dépressive – et psychoses aiguës sur terrain cyclothymique à biotypologie pycnique.

... les états crépusculaires épisodiques de KLEIST (1926)...

1. W. KALDEWEY, *Zeitsch.f. d. g. Neuro.*, 1927, 110 à 113.

2. SCHOTTKI, Ueber episodische Psychosen, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1935.

Telle a été l'évolution des idées en Allemagne¹. Comme on le voit, l'idée de créer un groupe nosographique distinct est la même chez KLEIST et chez MAGNAN mais le contenu n'est pas tout à fait le même. Alors que l'École française s'était appliquée à décrire des « bouffées délirantes », l'École allemande a fini par donner forme d'entité nosographique aux « états crépusculaires épisodiques ».

*

* * *

Pour bien saisir, à travers leur byzantinisme, le sens de tous ces travaux, nous devons revenir en arrière. Le problème qui nous occupe est celui de la place des psychoses aiguës dans une classification. Or ce serait revenir au temps révolu de la « systématique » psychiatrique que de tenter de faire un groupe des psychoses aiguës ou de constituer certaines formes d'entre elles en maladie particulière. Sous cet aspect nous pouvons considérer la tentative de MAGNAN et celle de KLEIST comme un double échec.

Par contre, ces études soulignent un certain nombre de faits importants : l'importance considérable du point de vue de la fréquence clinique des formes aiguës plus ou moins « délirantes » (et plutôt plus que moins), l'importance de ces « états aigus » pour l'évolution et l'organisation des Psychoses chroniques, l'importance de leurs formes atypiques à l'égard des formes « typiques » maniaco-dépressives ou épileptiques, l'importance de l'intrication constante des facteurs endogènes et exogènes, l'importance de leur polymorphisme enfin, en tant qu'elles se présentent comme des « éclosions » plus ou moins fugaces et chaotiques de troubles dont le tableau clinique est souvent variable.

L'important est ce que tous les cliniciens ont pressenti, en étant gênés pour l'exprimer par la rigidité de leurs cadres nosographiques artificiels : l'unité de ce groupe. Mais il s'agit non pas d'une unité-entité, mais de l'unité même de la pathologie de la déstructuration de la conscience.

Quant à leur diversité si longuement discutée, et disputée, elle est l'expression même des différents niveaux de dissolution de la conscience, c'est-à-dire des formes structurales typiques, des paliers auxquels la conscience régresse depuis la pensée réfléchie jusqu'au chaos du rêve.

A cet égard – perspective masquée par la « manie » des psychiatres d'isoler des

1. A l'étranger, sauf en Allemagne, ce problème n'a guère été étudié profondément ou discuté. Signalons cependant l'article de VERMEYLEN (*J. de Neuro belge*, 1926) et en Italie celui de E. MARTINI (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, 1937). Quant au livre d'E. STRÖMGREN, *Episodiske Psykososer* (*loc. cit.*, p. 35), autant que nous avons pu deviner ce qu'il contient, il nous paraît se rapprocher de la conception de KLEIST et surtout de son esprit systématique d'analyse (le tableau qui le termine est assez démonstratif).[NdE : Des travaux de E. STRÖMGREN ont été .../...

...les travaux de MAGNAN et de KLEIST sur les psychoses aiguës ont le mérite de montrer: l'importance de leur fréquence, leur importance pour l'organisation des psychoses chroniques, l'importance de leur polymorphisme...

...[Il y a donc] unité de ce groupe...

...et diversité d'expression de ses formes...

maladies distinctes là où il n'y a qu'une continuité de formes de conscience pathologiques – il faut distinguer ce qu'il y a, à la fois, d'un et de multiple dans *la série des niveaux de déstructuration de la conscience* que nous allons étudier dans ce volume :

- MANIE-MÉLANCOLIE (Études n° 21 et 22)
- BOUFFÉES DÉLIRANTES ET HALLUCINATOIRES (Étude n° 23)
- DÉLIRES CONFUSO-ONIRIQUES (Étude n° 24).

Il faudra aussi étudier comment ces niveaux de déstructuration, quand ils ne se présentent pas comme « crises isolées » (éventualité relativement rare), entrent dans le cadre des deux grands types de Psychoses caractérisés par leur évolution « par crises » :

- LES PSYCHOSES INTERMITTENTES À TYPE MANIACO-DÉPRESSIF (Étude n° 25)
- LES PSYCHOSES ÉPILEPTIQUES (Étude n° 26)

En conclusion de nos Études particulières et à la fin de ce volume, nous reviendrons (Étude n° 27), pour les approfondir, sur tous ces problèmes de fond que pose à la sortie du vertigineux labyrinthe où on s'était égaré, cette classification, nous semble-t-il, si simple et si claire.

.../... ultérieurement publiés en anglais. Voir : « *Psychogenic Psychosis* » également publié en danois par August WIMMER en 1916 et récemment traduit par Johan SCHIOLDANN qui cite les travaux d'Henri EY à cette occasion : WIMMER A. *Psychogenic Psychosis*, Adelaïde Academic Press, 2003].

Étude n° 21

MANIE

- 20. La classification des M. mentales.
- 21. *Manie*.
- 22. Mélancolie.
- 23. Bouffées délirantes.
- 24. Confusion.
- 25. Psychoses périodiques
maniaco-dépressives.
- 26. Épilepsie.
- 27. Structure et destruction
de la conscience.

Le tableau clinique de la manie est tellement « simple » que c'est celui que l'on apprend le premier aux débutants. Nous verrons pourtant qu'il est plus complexe qu'il ne le paraît, ce qui explique le développement historique, les problèmes psychopathologiques, nosographiques ou pathogéniques dont il fait encore l'objet. Pour bien saisir la structure de l'état maniaque et avant d'en étudier la pathologie, rapportons-nous d'abord à un cas « typique ».

Il s'agit d'une malade, Cécile, 31 ans, sténotypiste dont l'infirmité (cypho-scoliose dorsale) n'a pas empêché qu'elle exerce parfaitement son métier. La crise de manie a éclaté après un voyage à Paris et c'est un de ses amis, instituteur, qui a noté méticuleusement toutes les péripéties de ses troubles et de ses propos pendant les trois journées qui ont précédé son hospitalisation. Cette description aura donc pour nous les mérites de l'objectivité et de la naïveté :

« Pendant le repas, tout à coup, dans la philosophie de la fumée d'une cigarette, Cécile s'écrie : « Il se marie cet imbécile... Le docteur J. a refoulé sur moi. Alors j'ai tout pris et maintenant on est fort tous les deux. Personne ne peut rien contre nous... La science est en progrès. Il y a les faibles. Je les ai tous fait rire hier à Paris, les faibles parce que jusque-là, moi aussi j'étais faible... de Gaulle... le député J. Ah ! quelle vache... la sténotypie... c'est une chipie... Nous ne pourrions pas téléphoner... pas de fils... »

Suivent des propos grossiers au cours desquels reviennent fréquemment les images suivantes : pompe aspirante et foulante – gonflée – circuit à l'endroit à l'envers – ralentir (plusieurs dizaines de fois dans la journée elle a parlé de ralentir des trains, des gens, des pensées). Elle a fait des algarades à sa propriétaire et dit à son propos, faisant allusion à une scène récente : « le cul sous le porte-parapluie, qu'elle y reste, je n'y suis pas retournée ». Les souvenirs d'enfance, les scènes passées reviennent constamment très nettement. Le mot « réagir », réaction revient constamment dans les propos : « Papa a réagi après l'incendie... le docteur J. avait pris le mauvais circuit, il a réagi. Ma cousine n'a eu qu'une seule réaction. » Elle parle également d'histoires de vomissements. « La propriétaire a vomi toute la nuit... J'ai des vomissements intérieurs. » Des invectives contre les hommes politiques et les curés sont proférées à plusieurs reprises. Elle parle aussi constamment de folie (père fou, cousine folle, employé de chemin de fer fou), elle fait des jeux de mots sur son nom. Des cloches se mettent à sonner, elle dit :

...Un cas typique...

« Moi, je les entends comme elles sont, mais pas mal les entendent fêlées. » Brusquement, elle veut aller chercher un tableau dont elle avait parlé avec son ami (l'instituteur) il y a 2 ans. Elle veut vendre ce tableau, elle se montre très gaie avec propos assez cohérents puis elle « déraile » en répétant à plusieurs reprises : « retomber sur terre, se flanquer par terre, etc. ». Elle tient alors les propos suivants : « J'ai la pensée claire, je ris fort mais on ne m'entend pas. Les bruits de Paris rendent fou ». Puis faisant allusion à un incident qui s'est passé la veille à son départ de Paris, incident montrant l'état d'exaltation qui commençait à se manifester : « J'avais oublié mon billet de métro perforé de deux trous ». L'employé protestait, je lui ai répondu : « Pourquoi n'aurait-il pas deux trous, vous en avez bien deux, vous ? L'autre jour, chez les cousins, ils ont pris la température du gosse, mais personne n'y voyait rien (silence assez prolongé) 14 juillet... Berlioz... Damnation de Faust, vous viendrez. (Les cloches commencent à sonner). Ils ne veulent pas arrêter les cloches. Ils commencent à avoir la trouille. Ce soir, tout le monde dehors à minuit... Hou ! on ne dormira pas, on rigolera. Ah ! il fallait voir la tête des gens dans le métro... À la gare de Lyon. Hou ! Hou ! le lion va sortir... Ils étaient tous fous... Ralentir, ralentir, moi je ne vais pas vite... J'ai donné 200 francs au chauffeur... Ils m'ont regardé tous à l'envers... J'ai engueulé tous les autres... Mes élèves se fichent d'être collés... Réaction... Le soleil a chauffé... Anatole France. Orphée... Où as-tu mis les pieds en mettant ta philosophie dans les mains du clergé... Tu as raison, Anatole, tu as raison, Anatole... Un avion appelé Cléopâtre... Picasso n'est pas fou... Œil sur la figure ou le ventre, certains l'ont derrière... Je ne veux pas voir maman tout de suite, je n'ai pas la force de la voir à plat. »

Après une période d'assoupissement, elle s'éveille en riant : « Un nez de gosse, écorché à force de le moucher. Il n'avait pas le nez sale... Versailles, Ah ! les vaches... »

Elle se rendort, sa respiration est irrégulière et saccadée. Elle se réveille à nouveau en riant : « C'est très long, frotter le parquet... Je voudrais voir la tête du député... La girafe du Zoo court au ralenti... Cette histoire de miroitier. On a rigolé tous les deux. Sa femme était par terre, mais on a ri... Il avait déjà suivi le mouvement... La cousine au marché donnait de gros billets. Elle s'en voyait rendre plus. Alors elle a eu une réaction... Ils ont acheté des petits biberons avec des bonbons pour les enfants... J'ai ri, je n'ai pas pleuré. Et puis, il faisait une tête d'enterrement (la pendule sonne) c'est la demie ? De quoi ? je ne perds pas les pédales... Ma cousine, hier matin, n'a pas voulu me donner à manger. »

Sa sœur entre alors, pour la visiter. Elle l'accueille par des paroles décousues, parle de prendre des forces pour le 14 juillet : « Papa rit toujours... toujours d'accord... anniversaire de Michel (son neveu) caleçon parce que bon garçon ; chaussette, parce que esprit net... Les Américains... Il a compris, perpétuel recommencement... Papa se reposera jusqu'à 15... les enfants jusqu'à 30 ans... On reculera, mais on est sur la voie... on ira à la radio s'amuser... Je vous donnerai une chaire à la Sorbonne... Vous serez plus fort qu'eux... Ils perdent les pédales... Les taxis ont ralenti... Nicole (petite cousine) a mal à la tête, parce qu'elle monte en tête... ils ont pissé dans leur culotte. » Elle reçoit alors encore une visite au cours de laquelle, elle paraît tranquille, et contente. Quand la personne qui la visitait, est sortie, elle reprend ses propos décousus : « Elle est dans son bon sens (en parlant de la visiteuse)... Circuit... Auguste... Pan!... Je me suis bagarrée avec la théologie et la bible... Vous en avez du boulot, vous, il faut que vous réformiez tout le vocabulaire... Duhamel avait vu clair. J'ai noté... Plaisirs et des jeux... Scènes de la vie future... Chronique des Pasquier... »

Elle donne alors des signes de fatigue, s'endort : Elle se réveille 20 minutes après : « J'use, j'use... 14 juillet... Prise de la Bastille par les filles... Pan ! Pan !... »

...Hou ! on ne dormira pas, on rigolera. Ah ! il fallait voir la tête des gens dans le métro... À la gare de Lyon. Hou ! Hou ! le lion va sortir... Ils étaient tous fous... Ralentir, ralentir, moi je ne vais pas vite...

Si je vais à Paris je m'habille en homme. Ils en font une tête. Vous viendrez avec moi et le Dr. J. On rigolera tous les trois. On amènera M^{me} J... Le 14 juillet, le boulanger, on l'aura facilement ; le boucher aussi. On décorera avec un grand zéro... Tables disposées pour le banquet de l'église au calvaire devant la porte de papa... Vous avez vu le coup de soleil de papa : s'il a repris des forces. Ah ! on ira à Rome... Papa l'a dit... Papa ! il respire et il aspire... Alors ça va... Il nous donnera des idées quand il sera bien reposé... On finira par travailler un jour par an. »

On décide alors de la transporter chez ses parents en voiture. En passant devant la porte de son domicile, elle s'écrie : « C'est vous qui avez mis une pancarte sur la porte ? Qu'est-ce que vous avez écrit ?... Fermé pour cause de décès ? (Elle rit). » Un peu plus tard dans l'auto : « Vous voyez cette plaine ? Demain il n'y aura plus rien. Ils vont en avoir un boulot les gens, tous ceux qui n'ont pas de travail, à faire disparaître tout cela. (La voiture ralentit). Oh ! ce qu'on va vite, dit-elle. Regardez donc les gens dans la rue. Qu'est-ce qu'ils ont donc à cligner des yeux comme ça ? » Arrivée chez ses parents elle est heureuse de voir sa mère, va se coucher tout de suite, dit adieu à l'instituteur, en parlant « d'éternel recommencement ». Elle dit ensuite à sa sœur : « je m'allonge, je grandis, mon dos se redresse, je vais pouvoir trouver un mari ». »

Cette « petite bossue » intelligente, fine et à certains égards brillante, sous l'influence des chocs, guérit rapidement. Son état d'exaltation, la jonglerie de mots, des gestes et d'attitudes, sa projection dans l'ambiance, sa ruée vers la vie, l'espoir, le tumulte de son existence, sa logorrhée, sa fuite des idées, tous ces traits du tableau clinique qui constituent la trame la plus authentique de sa « manie » ont rapidement disparu avec le traitement. Et alors, un peu honteuse et triste au souvenir de ses extravagances, elle est revenue chez elle reprendre son métier.

Quinze jours après, elle a rechuté à l'occasion de la mort de sa sœur (manie de deuil, caractérisée par la méconnaissance de la mort de sa sœur : elle est, dit-elle, malade, mais va venir la voir). Au milieu de ses facéties et espiègleries, de sa jovialité, quelques sanglots et des idées de culpabilité se mêlent à son euphorie et la teintent d'angoisse. Ou plus exactement elle passe de l'état de joie à l'angoisse. Le traitement guérit en quelques jours cette nouvelle crise. Elle se rappelle et admet le décès de sa sœur, mais ne se souvient pas avoir oublié ou méconnu sa mort. Elle reprit à nouveau son existence normale.

Huit jours après, elle a fait encore une nouvelle rechute, cette fois « état mixte » à forte composante mélancolique avec auto-accusation, conscience douloureuse de la maladie, fuite des idées, surexcitation, irritabilité, pleurs, théâtralisme et grandiloquence. Ce nouvel accès a été guéri rapidement et depuis trois ans la rémission est excellente, elle a repris son état professionnel.

...Quinze jours après, elle a rechuté à l'occasion de la mort de sa sœur (manie de deuil)...

...une nouvelle rechute, cette fois « état mixte » à forte composante mélancolique...

§ I. – LA CRISE DE MANIE TYPIQUE

On appelle classiquement « manie » un état d'excitation psychique caractérisé par l'exaltation de l'humeur et du ton affectif, l'agitation motrice et une extrême volatilité de la vie psychique. Cet état s'accompagne de symptômes physiques qui témoignent du désordre des fonctions organiques et neuro-végétatives et qui peuvent être considérées comme l'expression somatique de l'émotion maniaque.

...Définition...

L'accès maniaque « typique » ou « pur » est généralement considéré comme une manifestation caractéristique de cette psychose « dégénérative », « constitutionnelle » ou « endogène » habituellement désignée sous le nom de « folie intermittente », de « psychose périodique » ou de « psychose maniaque-dépressive ». Cependant, la manie apparaît aussi comme un type de réaction psychopathologique, comme un « syndrome » qui se rencontre dans l'évolution de nombreuses psychoses et sous l'effet des processus morbides les plus divers.

A.— HISTORIQUE

Le terme de « manie » a servi en Grèce pour désigner la folie, et c'est peut-être parce que le « maniaque » offre l'image la plus pittoresque du « fou » que l'usage du mot qui le désignait s'est concentré sur cet aspect particulier et si caractéristique des « débordements de l'esprit ».

Au cours de l'histoire de la Psychiatrie, la notion de manie s'est appliquée d'abord aux formes agitées et au « trouble général » des facultés et elle est devenue un moment synonyme de « *délire général* » avec Félix PLATTER, ZACCHIAS, D. SENNERT, Th. WILLIS, B. DE SAUVAGES, etc. C'est ainsi que la manie est explicitement désignée par Félix PLATTER comme un trouble global de l'intelligence. A vrai dire, malgré tous les travaux des médecins, depuis ARETEE jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, l'histoire de la manie restait encore pleine d'équivoque et d'obscurité, lorsque parut le traité de PINEL¹. Avec lui d'ailleurs la notion demeure encore bien imprécise puisqu'il écrivait : « la manie est provoquée au moral comme au physique par une vive excitation nerveuse, par la lésion d'une ou plusieurs fonctions de l'entendement avec des émotions gaies ou tristes, extravagantes ou furieuses² ». ESQUIROL serra de plus près le sens du terme « manie » sans toutefois le préciser complètement : « la manie est une affection cérébrale chronique, ordinairement sans fièvre, caractérisée par la perturbation et l'exaltation de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté³ ». On voit combien au début du XIX^e siècle encore les plus grands psychiatres employaient un terme qui nous est devenu familier dans un sens plus vague et plus général que celui sur lequel l'accord s'est fait. On comprend que LINAS pouvait exprimer quelque découragement à définir la manie en déclarant « qu'il n'est pas plus facile de définir la manie que la folie ». Ceci, en tout cas, explique pourquoi nous avons hérité de la psychiatrie du XIX^e siècle tant d'expressions où le terme de manie désigne les états les plus divers : « monomanies » – « manie incendiaire » – « manie puerpérale » –

...au début du XIXe siècle encore les plus grands psychiatres employaient le terme de manie [...] dans un sens plus vague et plus général...

1. PINEL, *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. An IX, 1802. [NdE : réf. complète Etude N°1 p. 14, note 2], 1802. – Consulter sur la conception de PINEL et des aliénistes du début du XIX^e siècle, l'excellent article de LINAS, *Manie*, dans le *Dictionnaire Dechambre* (1876).

2. PINEL, *Traité de la Manie*. Ch. IX, p. 160. [op. cit. note 1].

3. ESQUIROL, *Maladies mentales*, p. 132.

« manie raisonnante » – « manie impulsive », etc..

Cependant, depuis 1850 ¹ sous le nom de « manie simple », « franche », « primitive », « idiopathique » s'est dégagé toujours plus nettement le type clinique que nous connaissons et qui a été intégré chez nous dans les psychoses circulaires, périodiques ou intermittentes par J. P. FALRET, BAILLARGER et MAGNAN, tandis qu'en Allemagne après que GRIESINGER ² eut indiqué la voie, il est devenu avec KRAEPELIN partie intégrante de la psychose maniaco-dépressive (1899).

Reste cependant un problème toujours bien discuté : Est-il bien vrai que toute manie typique appartienne à la psychose maniaco-dépressive, sorte d'entité constituée par la pureté des états maniaco-dépressifs dits tout à la fois endogènes et purs ? Ou bien la psychose maniaco-dépressive n'est-elle pas d'autant plus typique qu'elle déroule ses accès au niveau de la manie typique mais sans pour cela que soit exclue la possibilité de rencontrer des manies « pures », « typiques », « franches » dans d'autres conditions pathologiques ? C'est ce que nous examinerons plus utilement dans notre étude n° 25. Mais en terminant ce bref exposé historique, il fallait bien marquer que l'histoire de la manie ne se termine probablement pas avec KRAEPELIN.

B.- ÉTUDE CLINIQUE

I. *Mode de début.*

Il est généralement brusque ³ et le malade entre rapidement et d'emblée dans une phase d'agitation considérable : il chante, devient turbulent, coléreux, érotique, fait du scandale, du tapage et des dégâts. Parfois cependant, le début est précédé d'une phase

...Début brusque : le malade entre rapidement dans une phase d'agitation considérable...

1. Cf. l'historique général (Étude n° 20) et l'historique de la Psychose périodique (Étude n° 25).
2. GRIESINGER, *Die Pathologie und Therapie des psychischen Krankheiten*, 1845. Traduction française, 1865.

3. Parfois la manie se produit comme une « réaction » à un événement et ceci a conduit beaucoup d'auteurs à étudier et discuter le problème des « manies réactionnelles » dont le facteur de précipitation est émotionnel ou « situationnel ». BUMKE (*Zentralblatt f. Nervenheilkunde* 1909) et K. SCHNEIDER (*Monatsch. f. Psych.*, 1919, 46, 76) ont signalé que la manie est alors en étroite liaison avec la psychologie normale du « choc émotionnel », et ils insistaient dans ce cas sur la courte durée des accès. Depuis lors, beaucoup de cas ont été publiés. ROBIN et CENAC (*Ann. Médico-Psych.*, 1927), ROBIN, CENAC, DURAND-SALADIN (*Ann. Médico-Psych.*, 1926). par exemple, ont rapporté des cas de manie d'origine émotionnelle. En 1938, LAGACHE a publié un article sur le « Deuil maniaque » (*Semaine des Hôpitaux*. janv. 1938) et à la même séance de la S. M. P. (28 fév. 1938) EY et M^{me} BONNAFOUS SÉRIEUX d'une part et X. ABÉLY et LECONTE d'autre part, ont étudié les relations de la manie avec les émotions tristes et spécialement de veuvage. Dans l'observation que nous avons placée au début de cette étude, le 2^{me} accès (état mixte) s'est produit après le décès de la sœur de la malade et en réaction contre l'événement. Ces observations de crises de manie survenant après des chocs émotionnels sont naturellement innombrables et la clinique nous en offre des exemples tous les jours (crises survenant après un accident ou une déception.../...

prodromique avec insomnie, énervement, soif de mouvement, démarches extravagantes, troubles de la conduite (impudeur, cynisme, désinvolture, incorrections, achats et démarches inconsidérées, prodigalité et quelquefois impulsions dipsomaniaques).

...Il peut arriver que le malade [...] soit averti de sa prochaine rechute par un « signal symptôme »...

Il peut arriver que le malade qui a déjà eu plusieurs accès, soit averti de sa prochaine rechute par un « *signal symptôme* ». Telle malade, par exemple, se vêtait d'un peignoir rouge toutes les fois qu'elle était en imminence de crise (MAGNAN). Une patiente de JUQUELIER faisait avant chaque accès une visite à son dentiste et lui commandait un appareillage très cher. Les anciens auteurs (notamment FALRET et BAILLARGER) ont signalé, raconte JANET¹, de très curieux individus qui emploient une formule, toujours la même, pour indiquer qu'ils vont retomber... l'un d'eux disait : « j'ai vu dans les airs une casquette grise ». Un autre disait qu'il « voyait un oiseau ». Un malade de la Salpêtrière disait : « Vous savez, je vous annonce une nouvelle, c'est demain que je pars à Amiens... » MEURIOT² a signalé que certains malades commencent leur accès en rendant visite à la maison de santé où ils ont été précédemment soignés. Cela arrive en effet assez souvent et on est parfois averti de la rechute en recevant des nouvelles du malade pris d'un élan de sympathie ou de reconnaissance un peu intempestif. Les troubles cénesthésiques, une phase de dépression, des céphalées, des troubles digestifs ou génitaux peuvent s'observer. Signalons encore la forme de début, décrit par G. PETIT, de type « *dysmétrie-pragmatique*³ » avec troubles du jugement (dysphonie), querulence, besoin d'action et impérialisme mental. MICHAUX, GALLOT, CIRILLI et MARIBAS⁴ ont récemment mis l'accent sur « *l'aura obsessionnelle* » de la crise de manie (recherche « obsédante » d'un taxi vert, d'une nappe jaune, de mouchoirs de couleurs complémentaires).

Nous verrons à propos des conditions étiologiques que l'accès maniaque se déclenche souvent chez des sujets d'humeur exaltée et mobile, de bio typologie pycnique, de tempérament cyclothymique, de caractère « syntone » qui peuvent, ou insensiblement glisser vers l'agitation maniaque, ou, le plus souvent, y brusquement plonger.

.../... ou, comme nous venons de le rappeler, un deuil, c'est-à-dire après une émotion triste et déprimante (« *griefmania* »), crises survenant au contraire après un succès, une joie, etc... Il y a quelques années, J. DELAY (*Ann. Médico-Psych.*, 1943, p. 462) a publié l'observation d'un officier à caractère sensitif de KRETSCHMER qui fit une crise de manie dans ces conditions. Outre les travaux que nous venons de citer, il faut mentionner spécialement le travail de HARROWES (*The Reaktiv Maniac Episod, J. of Mental Science*, 1931) et les travaux danois de WIMMER (*Centenaire saint Hans Hospital*, Copenhague 1916), de FAERGEMAN (Thèse de Copenhague 1945, (p. 425) et de Vagn ZAHLE (*Acta psychiatrica*, 1951).

1. JANET, *La force et la faiblesse psychologiques*, p. 215.

2. MEURIOT, *Ann. Méd.-Psych.* 1944, t.1, p. 288.

3. PETIT, (G.). *Ann. Méd.-Psych.* 1933.

4. MICHAUX, GALLOT, CIRILLI et MARIBAS, *Ann. Médico-Psych.*, 1948, t. II, p. 634.

II. *Analyse clinique de la crise de manie.*

Notre description visera particulièrement celle d'un malade agité que l'on a dû, dès son entrée en maison de santé ou à l'hôpital psychiatrique, placer dans un service d'isolement. On trouvera de bonnes descriptions de la manie et de l'accès maniaque dans l'article de LINAS ¹, dans MENDEL ², dans les « Leçons cliniques » de MAGNAN ³, dans KRAEPELIN ⁴, dans l'article de STRANSKY ⁵, dans celui de LANGE ⁶, dans la thèse de DERON ⁷, etc..

1° ASPECT, ATTITUDE, PRÉSENTATION.

Le malade est « furieux », il vocifère, sa voix est rauque et éraillée. Il se dépense dans une agitation motrice parfois inlassable. Désordonné et débraillé, il se dévêt sans cesse et, s'il reste vêtu, c'est avec négligence et extravagance (rubans, fards, décorations en papier, fleurs, etc...). Son humeur est rarement de tonalité égale, elle est sans cesse variable le maniaque passant par une série de changements continuels : il se montre successivement expansif, bavard, bon enfant, jovial, coléreux, érotique, grossier, ou hargneux, etc. Toujours en mouvement, il parle et crie sans arrêt, et ses propos rapides sont souvent entrecoupés d'exclamations, de hurlements, d'injures ou de chants. Dans les paroxysmes frénétiques, il se livre à une agitation furieuse (coups, bris d'objets, sauts, vacarme) : il crache, mord, frappe à coups de poing, déménage sa chambre, éventre les matelas, etc..

...Son humeur est rarement de tonalité égale, elle est sans cesse variable...

Si nous parvenons à l'examiner d'un peu plus près, notre contact avec lui est tout à la fois direct et de tonalité affective violente. Il se présente à nous, soit comme un personnage grossier mais bon enfant, soit comme un individu furieux et irascible. Dans le premier cas nous nous trouvons en présence d'un sujet bavard, volubile, logorrhéique, jovial, exubérant de familiarité, qui nous décoche des quolibets, quelques traits d'ironie ou de moquerie, à la verve caustique et malicieuse, à la faconde inépuisable, aux tendances érotiques, ordurières et obscènes : il est « tout d'une pièce », le « cœur sur la main » et « sans façon ». Quand nous avons affaire à un malade hargneux et hostile, ses regards furieux, ses menaces, son irritation maussade expriment la violence de ses tensions agressives qui explosent en rages clastiques, fusent en bordées d'injures ou constituent un fond de colère d'où se détachent les haussements d'épaule, les gestes de mépris, les regards furibonds ou les sourires dédaigneux, toutes mani-

1. LINAS, *loc. cit.*, 1876.

2. MENDEL, *Die Manie*, 1 vol., Vienne-Leipzig, 1881.

3. MAGNAN, *Maladies Mentales*, pp. 379 à 403.

4. KRAEPELIN, 8^{me} Édition, t. III, pp. 1237 à 1259.

5. STRANSKY, *Traité de ASCHAFFENBUCH*, t. VI, pp. 36 à 57.

6. LANGE, *Traité de BUMKE*, t. VI, pp. 84 à 96.

7. DERON, *Le syndrome maniaque*, Thèse, Paris, 1928.

festations d'une « mauvaise humeur » faite de révolte, d'ironie et d'exaspération. Enfin plus rarement, le malade se présente sous un aspect particulier, en état de « *mutisme sthénique* » : son visage est fermé et contracté, mais le regard laisse transparaître sous le silence, la malice et l'enjouement.

2° L'EXCITATION PSYCHOMOTRICE. LE JEU MANIAQUE ET SES EXPRESSIONS.

Voici le « portrait » que MAGNAN¹ traçait du « grand maniaque ».

...Description par
MAGNAN (1893)

« Les mouvements sont brusques, tumultueux, désordonnés, incessants. Parfois, ils sont en rapport avec le cours des idées, d'autres fois, ils paraissent automatiques et c'est dans ces cas qu'on observe, souvent plusieurs fois de suite, la répétition des mêmes séries de mouvements. Les malades crient, courent en tous sens, sautent, font des culbutes, se roulent à terre, soulèvent des objets, les renversent, etc... Ils chantent, cassent ce qui tombe sous leur main, se déshabillent, se rhabillent, déchirent leurs vêtements. Rencontrent-ils des obstacles, loin de les éviter, ils les renversent ou les brisent. La plupart de ces mouvements n'ont aucun but ; ils s'opèrent sans discernement. La force musculaire paraît accrue. En tout cas, jamais la fatigue n'apparaît. On voit des malades agités pendant des mois entiers presque sans prendre de repos, et, néanmoins, ils conservent leur agilité, leur force; tout au plus, note-t-on un léger amaigrissement, bien peu en rapport avec la déperdition apparente des forces. »

...La physionomie est
mobile et vive ...

La physionomie est mobile et vive, parfois maniérée, presque toujours animée d'expressions pathétiques, caricaturales, excessives et changeantes : le rire à gorge déployée, les chants, mais aussi les pleurs, les grimaces, les sanglots même se mêlent aussi au déroulement kaléidoscopique et rapide des expressions émotionnelles les plus variées, tout à la fois saines, violentes et fugaces. La mimique coléreuse ou érotique alterne avec la « semi-comédie » de la peur, du dégoût, de la passion, et tous les états d'âme se précipitent dans ce flux émotionnel tumultueux.

...Le langage maniaque a
fait l'objet d'observations
nombreuses...

Le langage maniaque a fait l'objet d'observations nombreuses, car il comporte des symptômes très frappants : ellipses, jeux de mots, assonances, style télégraphique, exclamations, onomatopées, etc... Tous les Manuels et Traités les énumèrent. Un récent travail de M. LORENZ et S. COBB² doit être cité ici. Ils ont étudié statistiquement le langage de 10 maniaques relativement à celui de 10 sujets témoins. Ils ont noté naturellement le plus gros débit de la masse verbale. Mais la partie la plus importante de leur travail est constituée par sa référence aux travaux de G. K. ZIPF³ selon qui, il y a lieu de distinguer dans le vocabulaire les mots de langage conceptuel (substantifs, adjectifs, adverbes, verbes) et les mots de langage de connexion (articulatory language), c'est-à-dire les verbes auxiliaires, les pronoms, prépositions et conjonctions. Chez les maniaques LORENZ et COBB ont noté une augmentation du matériel verbal de

1. MAGNAN, *Maladies Mentales*, 1893-1897 pp. 388-389.

2. M. LORENZ et S. COBB, Language Behaviour in manic patients. *Archiv. of Neuro. and Psych.* 1952, 67, 763-770.

3. G. K. ZIPF, *Psychology of Language*, 1935.

connexion (auxiliaires, pronoms, articles) notamment le quotient verbo-adjectif est augmenté, c'est-à-dire que les adjectifs entrent en plus faible proportion dans les propos des maniaques. En effet, leur langage constitue un flot de paroles, une logorrhée qui coule avec brio, volubilité, verve et redondance ou seulement comme un bavardage oiseux, prolixe, se dévide sans fin en propos digressifs, récits futiles, cocasses, ponctués de tonitruantes exclamations. La voix s'enfle alors, le ton s'exalte jusqu'aux plus hautes envolées lyriques, les propos passent de la grandiloquence à l'invective. L'incohérence du débit verbal est essentiellement constitué par ce « tempo endiablé », ce vertige, cette précipitation et ces improvisations tumultueuses que nous étudierons plus loin sous le nom de « fuite des idées ». M. LORENZ a repris plus récemment¹ cette étude. Elle a observé une dizaine de maniaques et l'analyse de leur langage plutôt qu'à un inventaire morphologique la conduit à une description phénoménologique de la fuite des idées.

Une pareille agitation expressive, mimique, gestuelle et verbale empêche l'accomplissement des actions ordonnées et régulières. Même les plus simples, comme celles de manger, de se vêtir, ou les plus banales comme celle de recevoir la visite du médecin ou de sa famille sont submergées par le désordre et la profusion des mouvements inadaptés, les cris, les éclats de rire, les bris d'objets et les surcharges infinies d'emphase et d'exubérance. L'excès de boursofflure, de baroque et d'extravagance emporte l'action commencée dans un torrent de détails ou de digressions où elle s'égarer et se dissipe jusqu'à se volatiliser.

Le trait dominant de cette activité stérile, gaspillée et luxuriante c'est le *jeu*. Le malade se dépense frénétiquement comme un enfant ; il « joue » des scènes, improvise des scénarios, des dialogues. Il « fait » tel ou tel personnage, jongle avec des fantaisies imaginatives, et le trait dominant de ce jeu, c'est que le maniaque se divertit d'éléments, d'objets et de situations empruntés au monde extérieur : il se plaît à manipuler la réalité, il s'amuse avec les personnes de son entourage, des petits événements, des plus menus incidents, des choses insignifiantes même de son expérience actuelle. Il demeure adhérent à la réalité présente, mais il s'y projette, non pas toujours en s'y ruant dans une furieuse impétuosité de conquête, mais aussi en s'y glissant comme pour une partie fine ou une entreprise malicieuse et frivole. Il s'empare des objets, les décrit, les déplace, feint de leur parler. Il invite les personnes qui l'entourent à entrer en scène, leur assigne à chacune ou ensemble un rôle dans son jeu, et leur présence stimule son invention, son intérêt et sa fantaisie, car il cherche toujours un écho et un miroir pour son propre spectacle. Le jeu maniaque consomme le monde extérieur mais, comme nous le verrons, il n'est pas « syntone » au présent réel qu'il transfigure

...Le trait dominant de cette activité stérile, gaspillée et luxuriante c'est le jeu...

1. M. LORENZ, Language Behaviour in manic patients. *Archiv. of Neuro. and Psychiatry*, 1953, 14-26.

et transperce. Naturellement, cette activité ludique rappelle les jeux des enfants et il n'est pas rare d'ailleurs de voir les maniaques jouer « comme un enfant », prendre un langage puéril : les femmes jouer à la poupée, les hommes commander des soldats imaginaires, ou mimer des scènes pittoresques d'images d'Épinal. Mais c'est davantage encore au jeu du mauvais théâtre que ressemble le jeu maniaque avec ses déclamations forcées et sans naturel, ses attitudes grotesques et son éloquence essoufflée : la voix qui s'enfle pour tenir le ton d'un héros, d'un saint, d'un orateur, ou d'un prophète, défaille et manque son but et malgré son tapage, il est bien exceptionnel que pour tant qu'il « remplisse » son rôle, le maniaque le tienne avec talent. Son jeu est lui-même un simulacre, un jeu de jeu et un rôle sans consistance qui ne cesse de varier comme si chaque mot, chaque image, chaque attitude en entrant dans le jeu, en modifiait le cours, car, comme le disait SCHULE, « rien n'est durable dans la manie que sa transformation perpétuelle ».

3° TACHYPSYCHIE. FUITE DES IDÉES.

Le « désordre » qui caractérise le comportement et qui se retrouve, comme nous venons de le voir, dans le « jeu » en tant que celui-ci est un « faux semblant », une gageure mal tenue, ce désordre se retrouve dès que l'on entreprend d'analyser « l'état mental », « la pensée », l'« idéation » du maniaque. Si cette pensée maniaque, par sa surabondance, son volume, sa « vitesse » en impose pour être une pensée claire et même « supérieure » dont le rendement serait accru et la productivité plus grande, l'analyse ne tarde pas à montrer sous cette richesse apparente, une pauvreté réelle¹.

Le caractère superficiel, chaotique et inconsistant de cette pensée mouvante, sans réflexion, sans arrêt ni pondération a été bien vu encore par MAGNAN².

« Vient-on à adresser au malade une question brusque, rapide, mais très nette et très précise, on voit très souvent, presque aussitôt celui-ci suspendre son débit et répondre d'une manière juste et raisonnable. Mais dans le même instant, une impression, un souvenir, une simple consonnance, la vue d'un objet quel conque suffisent pour changer la direction de la pensée. Si l'on réitère la même question, il répond d'une manière toute différente et même tout à fait opposée. Le maniaque, en effet, est l'homme du moment : tout est superficiel, rien n'est profond ; l'attention, la réflexion ne s'exercent à aucun degré ; le moindre incident, le moindre geste, la présence ou le passage d'une personne quelconque deviennent matière à une série d'idées, bientôt remplacées par des idées nouvelles n'ayant pas de cause plus importante. Chaque faculté intellectuelle contribue pour sa part à ce désordre de l'intelligence. Les facultés productives : la mémoire, l'association des idées, l'imagination, se trouvent démesurément surexcitées aux dépens des facultés de jugement et de réflexion. La mémoi-

1. Exactement (BINSWANGER le souligne) comme cette déception qui saisit, quand il se réveille, le rêveur qui s'était trop illusionné sur la qualité de ses découvertes ou de la profondeur de ses idées.

2. MAGNAN, *Maladies Mentales*, op.cit, p. 387.

...sous cette richesse apparente, [la pensée maniaque est d'une] une pauvreté réelle...

...Description de MAGNAN...

re rappelle à l'esprit une foule de faits qui semblaient oubliés ; des souvenirs très lointains, incapables d'être évoqués en temps normal, sont rafraîchis sans difficulté ; l'imagination acquiert une telle activité que les malades paraissent plus intelligents. Les pensées sont enchaînées naturellement, logiquement, bien qu'énoncées avec une exaltation et une volonté malades. »

Comme on le voit, le grand clinicien français, tout en estimant à sa juste valeur, c'est-à-dire, somme toute, en lui attribuant une assez faible qualité, l'activité intellectuelle du maniaque, lui reconnaît toutefois, en vertu des concepts atomistiques de l'époque, des compensations dans la richesse de sa mémoire et de ses associations. C'est que, du temps de la psychologie associationniste, on pensait pouvoir étudier séparément certaines fonctions : orientation, attention, mémoire, associations, etc... Revenons un peu sur ces analyses de style ancien, ne fût-ce que pour en montrer l'insuffisance.

L'orientation est certes relativement correcte, mais à condition que le malade veuille bien s'adapter à la question, entrer dans le jeu.

L'autocritique est, dit-on, assez bien conservée et le malade a, en effet, généralement conscience de sa maladie, d'être dans un état anormal. Il en plaisante ou s'émeut parfois, mais il faut bien dire, qu'entraîné par son tourbillon, il perd pied le plus souvent et ne réfléchit pas.

L'inattention est, sans doute, un trait remarquable de ce syndrome psychique puisque le malade va d'une idée à l'autre sans, pouvoir se fixer sur aucune, et sans être capable de s'engager dans un effort mental soutenu. Cette mobilité, c'est-à-dire cette impuissance de l'attention, cette « aprosexie » a fait naturellement l'objet de beaucoup de travaux du temps de l'école de WUNDT¹. LIEPMANN² avait conduit à cette époque ses expériences en partant de l'association des idées et il montrait comment c'était l'« Obervorstellung », le pouvoir associatif suprême, qui, faisant défaut, entraînait l'éparpillement des « idées ». KULPE³ a critiqué cette manière de voir et insisté sur le trouble en quelque sorte primitif de l'attention.

La mémoire est réputée intacte⁴. Mais en fait, elle est modifiée, en ce sens que, d'une part la fixation des souvenirs du « vécu » de la crise, si elle est souvent assez bonne, peut cependant être incomplète, et que, d'autre part, les souvenirs sont rappelés au cours de la crise avec une abondance de détails inusitée (hypermnésie). C'est souvent ce « trouble positif » de l'activité mnésique d'évocation qui est au premier plan du tableau clinique : un flot de souvenirs anciens monte perpétuellement de l'in-

...L'inattention est, sans doute, un trait remarquable [...] le malade va d'une idée à l'autre sans pouvoir se fixer sur aucune...

1. Des *Psychologische Arbeiten*, publiés par KRAEPELIN entre 1905 et 1910, portent la trace de cet intérêt des recherches de psychologie dite expérimentale.

2. LIEPMANN, *Psychologische Untersuchungen in Manisch-depressiven*, *Monatschr. J. Psych.*, 1907 22, 530.

3. KULPE, *Psychologie und Medizin*, 1912.

4. LANGE p. 96. Nous citons son opinion parmi cent autres parce qu'il est, en cette matière, le plus récent « classique ».

conscient et submerge la conscience sans ordre ni continuité. Le cadre chronologique de la mémoire, sans être dissous, manque de netteté et de précision. La remémoration du passé se fait pêle-mêle, très rapidement et sans cet enchaînement contrôlé qui peut seul assurer l'efficacité de son débit ¹.

...études sur les associations...

Les associations ont été l'objet privilégié des études de l'ancienne psychologie expérimentale (ASCHAFFENBUCH, ISSERLIN etc.). D'après LEY et MENZERATH ² les temps de réaction sont irréguliers : il existe des réactions anticipées, des répétitions à plusieurs reprises du mot inducteur, des réactions superficielles, une prédominance des réactions égocentriques, des complexes érotiques avec raccourcissement du temps de réaction. Ils comparent ces résultats avec ceux qu'on obtient chez les sujets normaux au cours des états de fatigue. BINSWANGER ³ insiste aussi sur l'analogie avec ce qui se passe dans la fatigue et le surmenage intellectuel. Pour ISSERLIN ⁴, il existait une différence des types d'association dans les cas où alternaient Manie et Mélancolie. Tandis que, au cours de la crise de Mélancolie, on notait 81 % d'associations internes (par mécanisme interne logique ou sémantique), 17 % d'associations externes (par liaisons formelles) des digressions, 1,9 % d'associations par assonance, pas de répétition de mot inducteur, au contraire, au cours de l'accès de manie, il a rencontré 18 % seulement d'associations internes, 81 % d'associations externes, 56 % de digressions, 43 % de répétition du mot inducteur et 43 % d'associations par assonances. GUTTMANS ⁵ avait constaté également par des tests que l'ensemble des opérations associatives est médiocre chez les maniaques comme chez les déprimés. D'ailleurs, ces troubles associatifs sont toujours des troubles de la synthèse psychique qui est « relâchée » dans la manie, exactement comme dans les expériences avec la caféine de ALLERS et FREUND ⁶ ou dans les états de dénutrition, de fatigue, d'intoxication alcoolique. C'est pourquoi ASCHAFFENBUCH ⁷ a mis en garde contre les interprétations trop atomistes de la pathologie des associations en mettant en évidence qu'il s'agit d'un trouble général de la pensée conceptuelle.

...il s'agit d'un trouble général de la pensée conceptuelle...

(ASCHAFFENBUCH, 1904)

Ces études sur l'activité associative ont été rajeunies et reprises par MARTIN ⁸ (à l'aide de la méthode de GARDNER MURPHY) par WELCH, DIETHELM

1. Cf. notre *Étude* n° 9.

2. LEY et MENZERATH, *Congrès belge de N. et P.*, Bruges, 1911.

3. BINSWANGER, *Ideenflucht*, *Arch. suisses Neur.*, 1931, XXVIII, 2^{me} article.

4. ISSERLIN, *Psychologische Unters. an Man. Dep. Psychoses*. *Monatschr. f. Psych. und Neuro.*, 1907, XXII.

5. GUTTMANS, *Exp. Unters. über die Aufmerksamkeit und geistige Leistungsfähigkeit bei M. D.*, *Zeitschr. f. Psychotherapie*, 1911, 4, 1.

6. ALLERS et FREUND, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1925, t. 97, p. 748.

7. ASCHAFFENBUCH, *Experimental Studien über Assoziationen III. Die Ideenflucht*, *Psychol. Arbeiten*, 1904.

8. MARTIN, *Study of Word association in D. P. and M. D.* *J. Gen. Psycho.*, 1945, 33, pp. 257 à 264.

et LONG ¹, sans apporter de documents bien nouveaux à verser au débat de ce vieux problème. Naturellement, on a tenté d'appliquer au maniaque des méthodes psychométriques plus modernes et nous devons signaler à ce sujet des travaux à l'aide du test de Rorschach ou d'autres tests de projection (T. A. T., test de Szondi, Mosaic test, Multiphasic test de Minnesota, etc...). On trouvera des exemples de l'application de ces méthodes de projection dans les travaux de KLOPPER et KELLEY ², de LEVY et BECK ³, de HARRISON ⁴, de WERTHAM et GOLDEN ⁶. Elles n'apportent rien de bien nouveau puisque tous ces tests montrent des tendances à relation, à l'expansivité, la prévalence du mouvement et de la couleur dans l'organisation du champ perceptif et imaginaire. ESCALONA ⁶ dans ses investigations expérimentales retrouve les traits cliniques habituels de projection au dehors, d'agressivité, et de variabilité, et, dans le même esprit de recherche, MASSERMANN et BALKEN ⁷ aboutissent, à propos de l'imagination, aux mêmes résultats que la clinique nous permet d'atteindre quotidiennement. Il en est de même pour les tests de perception ou de gestaltisation d'EYSNEK ⁸ et de HUNT et GUILFORD ⁹. Il convient de noter d'ailleurs que tous ces travaux s'appliquent beaucoup plus aux formes dépressives que maniaques des états maniaco-dépressifs pour la bonne raison que les déprimés se prêtent plus facilement à ce mode d'exploration.

...Tests projectifs...

Quant aux épreuves d'efficiences et de performance, outre leur difficulté d'application chez des malades excités, bavards, leurs résultats sont nécessairement variables. Il n'est qu'à se rapporter aux études citées par BELLACK ¹⁰ sur l'emploi des « Intelligence Test patterns » dans les états maniaques. Si BRODY ¹¹ est plutôt péjoratif pour l'activité intellectuelle de ces malades, ce n'est pas l'opinion de la plupart des auteurs. Cependant, HUNT et COFFER ¹² soulignent le déficit psychologique.

Mais la « fuite des idées » (Ideenflucht) doit être considérée non plus dans ces

1. WELCH, DIETHELM et LONG, Measurement of hyperassociative activity during the élation. *J. Psych.*, 1946, 21, pp. 113 à 126.

2. KLOPPER et KELLEY, *The Rorschach Technic*, New-York, 1942, p. 436.

3. LEVY et BECK, The Rorschach test in M. D. *Am. J. Ortho-Psych.*, 1934, pp. 31 à 43.

4. HARRISON, The T. A. T. and Rorschach in clinic. *practic. J. Psych.*, 1943, 15, pp. 49 à 74.

5. WERTHAM et GOLDEN, A differential diagnosis of interpreting mosaïco and colored block designs, *Am. J. Psychiatr.*, 1941, 98, pp. 124 à 131.

6. ESCALONA (S. K.), Effect of success and failure upon response the level of aspiration and behavior in M. D. *Univ. Iowa Stud. child. Welf.* 1940, 16, (n° 3), pp. 197 à 302.

7. MASSERMANN et BALKEN, Clinical application of phantasy studies, *J. Psychology*. 1938, 6, pp. 81 à 88.

8. EYSENCK, *Dimension of Personality*, trad. fr., 1950.

9. HUNT et GUILFORD, Fluctuations of an ambiguous figure in D. P. and M. D. *J. abnorm. and social Psycho.*, 1927, 27, p. 443.

10. BELLACK, *The M. D. Psychosis*, 1952, pp. 106 à 113.

11. BRODY, Survey of the results of intelligence tests in psychosis, *Brit. J. M. Psycho.*, 42, 19, pp. 215 à 257.

12. HUNT et COFFER, *Psychological Déficit*, New-York, 1944, 2, p. 1242.

perspectives désuètes ou précaires, mais comme une *forme d'existence tumultueuse*, ainsi que nous le verrons plus loin. C'est un « tourbillon » sans fin, sans but et sans ordre, emportant dans son mouvement vertigineux les images qui foisonnent, les mots qui se pressent, les souvenirs qui affluent, les contenus de conscience qui défilent enchevêtrés, mutilés, incomplets, dans un embrouillamini d'idées dont la rapidité donne l'illusion de la fécondité.

Le malade « saute » d'une idée à l'autre, se laisse entraîner par son « mentisme » vertigineux. Il suit à bout de souffle sa pensée qui fuit : Cessant d'en être le maître, il court comme un esclave après ses automatismes. C'est la sarabande de l'imagination, le défilé des souvenirs, le mélange chaotique des intuitions qui se pressent à un rythme forcené et se télescopent ou interfèrent en séries futiles, insignifiantes et désordonnées. La pensée ne crée plus, elle rêve, elle vagabonde. Secouée de soubresauts, hachée d'interruptions, elle dévide et embrouille son fil, de sorte que, entraîné dans ce mouvement qui se précipite à mesure qu'il dure, perdu dans les méandres d'une imagination déchaînée, dans les entrelacs de ses digressions, dans le labyrinthe manège de sa pensée qui tourne à vide et toujours plus vite, le malade se lance à corps perdu dans un dédale vertigineux, s'y engouffre et s'y perd dans l'impétuosité d'un élan que rien ne peut arrêter ni apaiser. Les instances normales d'inhibition et de direction sont affaiblies ou abolies et l'activité psychique tourne inlassablement en rond, sans frein et sans efficacité. Nous devons à BINSWANGER ¹ l'étude la plus approfondie de la fuite des idées ainsi considérée non plus comme un accident mécanique de la boîte de vitesse cérébrale, mais comme une certaine forme d'existence qui constitue le fond même de l'état maniaque, c'est-à-dire les relations du maniaque avec son Monde. Ce remarquable travail est conduit contre la thèse que nous venons de critiquer à propos de l'attention, de la mémoire, des associations, etc.. thèse qui nous ramène à WERNICKE et qui peut se formuler ainsi : l'excitation intellectuelle, la rapidité des idées, leur discontinuité constituent des accidents mécaniques, des phénomènes physiques d'excès de vitesse et d'erreurs d'aiguillage. Si ISSERLIN, LIEPMANN, BUMKE, KRAEPELIN ne se faisaient pas du phénomène de la fuite des idées une conception purement mécanique, ils tendaient néanmoins, comme l'a bien montré HONIGSWALD ², à prendre à leur compte le « ça pense en moi » du maniaque comme si l'on pouvait passer du « ça pense » au « je pense ». Encore une fois, toutes les analyses structurales de BINSWANGER montrent que la « fuite des idées », la tachypsychie du maniaque n'est pas un phénomène isolé ou basai de la manie, mais constitue un aspect fondamental de la déstructuration de la conscience maniaque anormalement ouverte aux significations et à l'intention-

1. Nous en exposerons plus loin tous les détails et essayerons d'en traduire l'essentiel.

2. HONIGSWALD, *Denkpsychologie* (2^{me} édition), 1925, et Philosophie und Psychiatrie, *Archiv. f. Psych.*, 1929, 87, 715-741.

...Le malade « saute » d'une idée à l'autre, se laisse entraîner par son « mentisme » vertigineux. Il suit à bout de souffle sa pensée qui fuit...

...Toutes les analyses structurales de BINSWANGER montrent que la « fuite des idées » [...] constitue un aspect fondamental de la déstructuration de la conscience maniaque anormalement ouverte à l'intentionnalité de l'optimisme...

nalité de l'optimisme vécu comme une véritable danse avec le réel. Cette « danse » va justement prendre tout son sens si nous étudions maintenant l'intentionnalité de la conscience maniaque.

...optimisme vécu comme une véritable danse avec le réel...

4° L'ANARCHIE INSTINCTIVO-AFFECTIVE. L'AVIDITÉ ET L'EXPANSIVITÉ COMME INTENTIONNALITÉ DE LA CONSCIENCE MANIAQUE.

Relâchement des disciplines et des contraintes, insurrection pulsionnelle, régression instinctive et libidinale, « orgie totémique », festivité du « ça », la manie comporte tous ces traits « dyonisiaques » que sont l'érotisme, l'obscénité, la gloutonnerie, les jeux effrénés « in Baccho et Venere ».

Tantôt c'est dans une atmosphère d'euphorie, d'optimisme et d'heureuse insouciance que se déroulent les scènes frénétiques de la vie maniaque. D'autres fois, c'est dans une décharge élastique de violences coléreuses, dans le vacarme et les hurlements, que se déchaîne une agressivité forcenée. Mais dans tous les cas, c'est l'« exaltation de l'humeur » qui constitue le fond d'expansivité, de volubilité et d'exubérance qui emporte et enfle le flot des paroles et des actes maniaques. Ce « fond » c'est ce qu'on appelle l'« humeur » (Stimmung en allemand, terme qui d'ailleurs implique non pas une propriété pure et simple de biotonus, mais plutôt un état d'âme). Si on est tenté parfois de réduire cette « humeur » à une sorte de phénomène d'excitation ou d'irritation nerveuse dite « hyperthymique », on risque de retomber ainsi dans les errements de l'époque, où l'on rapportait la fuite des idées à une vitesse excessive de l'influx nerveux, à un phénomène physique. L'humeur n'est ni un « biotonus » au sens d'EWALD, ni un facteur thymique élémentaire. C'est, comme nous aurons l'occasion de le voir plus loin, une « qualité » globale et complexe de la conscience, une forme de son intentionnalité irréductible à une sorte de propriété fonctionnelle, celle d'une « tonalité » physique car elle est l'avidité même de l'intentionnalité de la conscience qui ne peut elle-même être saisie que comme l'avidité du désir.

...l'humeur est une « qualité » globale et complexe de la conscience, une forme de son intentionnalité, [...] son avidité même...

Nous pouvons faire la même remarque à propos d'un autre aspect caractéristique de la conscience maniaque, ce que l'on appelle ses troubles affectifs, et notamment l'intensité de ses émotions. Certes le maniaque pleure, rit, s'irrite et se passionne avec excès, mais toutes ces émotions, ces sentiments sthéniques vont dans le même sens, celui de l'expansivité. La joie, la colère, le plaisir, l'espoir, le désir de vivre, d'aller de l'avant, de briser les résistances, d'anéantir les obstacles, sont bien les traits fulgurants et variables qui s'inscrivent dans la conduite du maniaque, sur sa physionomie, dans ses gestes, et plus généralement impriment à son existence les soubresauts et les éclats d'émotions violentes. Mais la manie n'est pas une simple exagération de celles-ci, elle n'est pas caractérisée par « l'hyperémotivité », mais par le caractère de triomphante orgie que la vie émotionnelle prend comme une revanche ou une révolte contre les instances de contrôle et de contrainte. Cependant pour tant que les courants intentionnels

...l'intensité de ses émotions [est un aspect caractéristique]...

...non pas hyperémotivité [...] mais le caractère de triomphante orgie que la vie émotionnelle prend...

de cette « saturnale » trouvent un écho dans nos propres émotions de joie et d'élation, dans nos tendances à l'optimisme ou à la satisfaction de nos pulsions, pour tant qu'elles sont en effet des émotions fortes, la structure même de cette vie dérégulée et « endiablée » porte en elle une telle signification de désordre, un tel besoin d'insurrection, que nous ne pouvons pas la réduire, la « ramener » à une pure et simple « hyperthymie ». Ce que la structure émotionnelle de la manie livre à notre observation clinique (et comme nous le verrons mieux plus loin, à notre analyse phénoménologique), c'est une altération de la vie psychique qui constitue une véritable déstructuration de son organisation. Tout se passe, en effet, comme si la conscience avait perdu la possibilité d'opérer dans le calme et la pondération pour tomber dans la précipitation d'une chute verticale vers une forme archaïque et primitive d'existence paroxystique, chute qui l'entraîne à grandes guides sur le chemin du rêve et de l'imaginaire.

5° LA PRODUCTION SUBDÉLIRANTE.

On répète souvent que la manie n'est pas un délire et cela dans le double sens du mot (« delirium » – « Wahn » ou « delusion » des auteurs étrangers). Cela est vrai si l'on veut entendre par là que la conscience maniaque ne se confond exactement ni avec les formes les plus inférieures de dissolution plus profondes (delirium) ni avec celles qui comportent une « expérience délirante » actuellement et intensément vécue comme un bouleversement de la réalité. Mais cela est faux si l'on entend méconnaître que même dans les manies les plus simples et les plus pures, la « fuite des idées », l'exaltation imaginative, les propos narratifs et inventifs, la fabulation, etc. et surtout la fantaisie ludique des rapports qui lient le Monde au Moi du maniaque sont déjà un délire naissant, c'est-à-dire « valent déjà pour » une certaine distorsion de la réalité vécue et pensée.

Dans la mesure même où la pensée du maniaque « rêve » ou tend à vagabonder dans le rêve comme nous y avons déjà insisté (Étude n° 8), et comme nous le verrons plus loin, il délire, et si la fuite des idées par son inconsistance, sa superficielle légèreté apparaît peu susceptible d'être comparée aux croyances délirantes fermes et tenaces de nos délirants chroniques, il n'en reste pas moins qu'en tant qu'elle est une *fabulation verbale*, elle contient en germe et nous fait déjà pressentir le délire plus immédiatement et intensément vécu des « expériences délirantes » que nous étudierons plus loin (Étude n° 23), car il y a dans le délire, comme dans la manie, tous les degrés. Aussi n'est-il pas étonnant qu'en bien des points, ces deux sortes de troubles, trop artificiellement isolés dans la psychiatrie classique, interfèrent pour former un tableau clinique intermédiaire : celui de la « manie délirante » dont nous aurons à étudier les diverses modalités. Rappelons donc simplement ici que toutes les études classiques, tout en admettant (avec des réserves) le caractère délirant de la manie, ne l'en-

... la « fuite des idées », l'exaltation imaginative, les propos narratifs et inventifs, la fabulation, etc [...] sont déjà un délire naissant...

visagent que comme une contingente « association » d'idées délirantes au tableau clinique de la manie. Cette opinion n'a guère changé, depuis que LINAS écrivait : « les conceptions délirantes s'observent quelquefois dans le délire maniaque : mais loin de faire partie de ses éléments nécessaires, elles n'interviennent que d'une manière secondaire, accessoire, à titre d'incident et de complication. Elles diffèrent essentiellement de celles qui se manifestent dans les monomanies en ce que celles-ci sont persistantes et fixes, tandis que dans la manie elles sont mobiles, changeantes et fugitives ¹. » Certes, mais elles n'en sont pas moins délirantes.

KRAEPELIN admettait à son tour que les constructions délirantes sont généralement chez le maniaque fugaces et floues, mais que parfois il existe des délires rappelant les délires paranoïdes ou des conceptions délirantes extemporanées fréquemment mystiques ². De même à peu près à la même époque, STRANSKY ³ considérait les délires des maniaques comme purement épisodiques et, depuis lors, la plupart des manuels classiques tiennent la Manie franche aiguë pour un état « par définition » exempt de délire (MAGNAN, RÉGIS, etc.), LANGE ⁴ par exemple parle des idées délirantes de préjudice ou hypocondriaques comme de troubles accessoires.

Cependant, avec DERON nous rencontrons un essai qui nous paraît cliniquement plus intéressant pour rapprocher la pensée maniaque du délire. Voici comment il s'exprime ⁵ :

« Ce qu'on a nommé délire chez le maniaque, en dehors des cas exceptionnels et sur lesquels nous reviendrons ultérieurement, est essentiellement mobile, son polymorphisme incohérent relève de l'excitation, l'incohérence étant toujours accrue par la débilité sous-jacente. Ce délire n'a ordinairement rien d'homogène et il faudrait parler plutôt de conceptions ou d'idées délirantes. Si elles s'orientent dans un sens nettement déterminé, on voit toujours un grand nombre d'idées accessoires se greffer sur les premières, aucun phénomène de conscience, pas plus intellectuel qu'émotionnel, n'arrive à se maintenir pendant un temps suffisant pour influencer et grouper ces éléments passagers. Les idées délirantes liées au déchaînement associatif et dérivant d'évocations instables sont donc très mobiles.

Les illusions diverses, les erreurs d'interprétation des sensations, les fausses reconnaissances, quelquefois les hallucinations vraies, et même l'apparence hallucinatoire dont l'expression métaphorique en langage matériel contribue à troubler la conscience, créent une certaine fantasmagorie. D'autre part, si les idées délirantes prennent, jusqu'à un certain point, leur origine dans le caractère et les tendances du malade, ce sont plutôt les réactions qu'elles provoquent, que ces idées elles-mêmes qui sont soumises à leur influence. Les conceptions se suivent sans lien logique, souvent heurtées,

*...DERON (Thèse, 1928)
rapproche la pensée
maniaque du délire...*

1. LINAS, p. 518.

2. KRAEPELIN, pp. 1252-1253.

3. STRANSKY, p. 56.

4. LANGE, p. 91-92.

5. DERON, pp. 52 à 55.

parfois contradictoires, naissant au hasard des perceptions incomplètes ou inexactes des états affectifs mobiles. Elles ne prétendent pas à traduire les rapports du Moi avec le monde extérieur, ne se donnent pas pour adéquates à la réalité et ne s'accompagnent pas de conviction. Tout prend un aspect de fantastique ou, en tout cas, d'inaccoutumé. Le malade sent confusément que la logique rationnelle du monde normal n'est plus applicable au monde imaginaire où il s'agite. La fantasmagorie des illusions multiples, avec un chaos d'irréalités acceptées et de réalités méconnues, entrave tout jugement d'objectivité ; chaque représentation nouvelle, ayant le même degré de conscience que les précédentes, les font oublier. Il y a plutôt *absence de jugement qu'erreur...* Les malades accordent autant d'importance à leur rêverie qu'à leurs perceptions et c'est à dessein que nous employons ce mot qui désigne l'activité intellectuelle sans but. On a dit que les rêveries ne sont que des récits incomplets que nous nous faisons à nous-mêmes. Elles sont, en tout cas, une forme d'activité psychologique élémentaire et facile. Elles comportent tous les degrés depuis le simple relâchement de l'attention où, sans perdre de vue nos préoccupations, nous les suivons avec moins de tension, les laissant se combiner d'elles-mêmes d'une façon encore productive, jusqu'aux états où nous lâchons la bride aux évocations et où, toute direction abandonnée, nous nous laissons dériver vers les associations parasites, en accord avec nos tendances. Nous oscillons entre deux plans extrêmes : celui de l'action où nous réfléchissons pour ordonner, et celui du rêve où nous assistons sans intervenir, au déroulement désintéressé de nos représentations. Aussi, contrairement à la réflexion où nous ne voyons pas d'images, la rêverie, état très riche en images, est très pauvre en pensée.

Les malades expriment d'ailleurs souvent, tantôt pendant l'accès, tantôt après la guérison, le sentiment de *vie en rêve*, mais il semble qu'ils expriment ainsi en un seul terme la conscience de leur rêverie et leur impression d'irréalité.

.....

On peut rencontrer tous les intermédiaires entre le vrai délire de rêve des maniaques confus, l'apparence de délire due à la rêverie, à l'activité de jeu et au symbolisme verbal, et les formes inférieures fabulantes de ce qu'on a appelé le délire d'imagination, et qui ne sont, en réalité, que de la vantardise et du mensonge.

C'est plutôt l'apparence du délire que l'on rencontre dans les états maniaques. On pourrait, en effet, en faisant toutes réserves sur le mot délire, que nous estimons ici être inexact, dire que le délire maniaque est un délire de rêverie et de jeu. Le mécanisme du jeu est d'ailleurs très proche de celui de la rêverie. Lui aussi est une activité sans but, dépend de l'imagination créatrice et réalise aussi une tendance. »

Défaut de liaison conceptuelle des représentations, substitution aux liens logiques de relations de moindre valeur telles que réminiscences verbales, associations par assonances, inductions rythmiques, tel est ce que l'on peut appeler le « *jeu délirant idéo-verbal* » du maniaque. Il s'agit le plus souvent de fabulations légères, transitoires et extemporanées où se mêlent la blague et la rêverie. Parfois ces rêveries (HEUYER) ou ces états interprétatifs (SERIEUX et VALENCE) se rapprochent un peu – et de loin dans les formes typiques – *des états oniroïdes* (MAYER-GROSS), et des expériences délirantes et hallucinatoires actuellement et fortement vécues. Et c'est uniquement parce que ce « jeu délirant » du maniaque apparaît plus mobile, plus inconsistant, moins pro-

...le « jeu délirant idéo-verbal » du maniaque...

fondement enraciné dans la sphère des croyances et des perceptions, qu'il est désigné classiquement comme « non délirant ».

Les hallucinations qui témoignent généralement d'un état de délire plus profond et en quelque sorte plus authentique ont même été signalées par les Classiques dans l'état maniaque. Beaucoup d'entre eux (LINAS, RITTI, MAGNAN, KRAEPELIN, etc.) en admettaient la possibilité (comme pour les idées délirantes) tout en soulignant leur présence exceptionnelle et comme hétérogène par rapport au fond pur et simple de l'excitation maniaque. Pourtant avec MASSELON¹ nous voyons plus clairement discerné et analysé le mécanisme de projection qui est déjà comme une activité hallucinatoire « *statu nascendi* » dans l'état maniaque.

« Si les hallucinations sont absentes quand l'état maniaque est pur, elles font leur apparition en même temps que les tendances délirantes. Et qu'on ne se méprenne pas sur ce que j'appelle tendances délirantes. Il ne s'agit pas là de convictions indéracinables, de délire confirmé, il s'agit de constructions imaginaires souvent fugaces, qui sont formées sous le coup de fouet de l'exaltation intellectuelle, associées souvent à un sentiment d'euphorie et de plénitude et qui n'emportent pas une foi bien profonde en leur objet. Les hallucinations sont marquées au sceau de cet état. Tout d'abord, elles sont mobiles, kaléidoscopiques : ce sont des visions changeantes, des propos décousus, qui reflètent la rapidité du cours des pensées et des représentations. Ensuite, elles n'ont pas un caractère très net d'objectivité. Les malades les distinguent fort bien des perceptions vraies. Beaucoup même les situent dans leur tête. En somme, elles sont proches parentes des représentations mentales ordinaires, de ces visions indécises que nous avons tous lorsque nous nous abandonnons au cours de nos rêveries. Ce n'est que faute d'une meilleure expression et par analogie que les malades disent : « je vois » ou « j'entends ». Enfin, elles n'entraînent pas une conviction bien forte en leur objet. Le plus souvent, ces malades exagèrent : au fond d'eux-mêmes, ils savent fort bien qu'il n'y a rien de réel derrière tous ces mirages. Ou bien encore, leur croyance est intermittente : elle subit les oscillations de leur exaltation. De temps en temps, une plaisanterie, une saillie indiquent qu'ils ne sont pas dupes eux-mêmes des jeux de leur imagination. [...]

...MASSELON (1913) analyse [...] l'activité hallucinatoire « statu nascendi » dans l'état maniaque...

Le simple énoncé de ces caractères montre bien qu'il ne s'agit pas là d'hallucinations confirmées. Ce sont des ébauches, des embryons d'hallucinations. Si l'hallucination est une perception sans objet, il manque au phénomène que nous décrivons ici la plupart des caractères de la perception : il n'en a ni l'intensité ni l'objectivité. Néanmoins, il se distingue de la représentation mentale ordinaire par ce fait que son origine n'est pas complètement méconnue. Il se tient donc à mi-chemin entre l'image mentale complètement réduite et l'hallucination vraie, il montre à l'observateur une hallucination à l'état naissant. Ces cas forment une transition vers ceux où une riche moisson d'idées délirantes, généralement polymorphes, éclosent à la faveur d'un état d'excitation maniaque.

Ici la foi dans les diverses suggestions du délire est plus forte, les hallucinations ont plus d'intensité et d'objectivité. Elles se rapprochent de celles que l'on observe

1. MASSELON, L'hallucination, *J. de Psych.*, 1913, p. 511.

dans la folie systématisée et par là, relèvent de la constitution paranoïaque sur laquelle l'accès s'est développé. Mais à ces caractères se joignent ceux qu'elles tiennent de l'état maniaque lui-même. Riches, colorées, mobiles, actives, intéressent tous les sens, elles font défiler devant les yeux du sujet des scènes qui objectivent immédiatement le cours de ses représentations, lui font entendre de véritables conversations où des interlocuteurs imaginaires traduisent ses propres préoccupations. Néanmoins, quoique les images mentales soient ici plus nettes que dans les cas qui nous ont préoccupé précédemment, elles n'arrivent pas encore à atteindre l'intensité de la perception vraie et à se substituer complètement aux impressions sensorielles. Lorsque la confusion survient, l'hallucination augmente encore de netteté. L'état de rêve tend à se réaliser, la réalité disparaît et abandonne la conscience aux mille suggestions des images objectivées. La foi en l'objectivité de ces représentations s'accroît en même temps et le malade, d'autant plus sourd aux impressions des sens que son état maniaque le rend plus distrait, assiste au défilé multiple et changeant de sensations diverses que les hasards de l'automatisme font surgir en lui. Tout, d'ailleurs, représentations, impulsions, affections se confond, rapide, imprécis, flou, dans le pêle-mêle que l'excitation communique à tous les processus mentaux. C'est la fuite des idées dans le domaine de l'hallucination aussi bien que dans tous les autres. Un tel état laisse peu de place dans l'esprit, et après leur guérison les malades ne s'en souviennent que comme d'un rêve dont ils ont gardé l'impression générale, mais dont beaucoup de détails leur échappent. »

...la pensée maniaque peut prendre une forme plus ou moins délirante et hallucinatoire...

Force est donc d'admettre que, selon le degré de profondeur de l'atteinte de l'activité psychique, la pensée maniaque *peut prendre une forme plus ou moins délirante et hallucinatoire*. C'est que le délire sature plus ou moins tout le groupe des psychoses aiguës y compris ce premier degré ou déstructuration de la conscience.

...c'est la structure générale de l'esprit qui est bouleversée...

Ainsi, nous semble-t-il, pouvons-nous voir dans la manie une modalité de déstructuration de la conscience qui constitue seulement un degré moindre de la conscience proprement délirante et hallucinatoire que nous étudierons plus loin. Tout est relâché et désordonné dans ce chaos, dans cette chute de l'activité psychique qui a perdu sa cohésion et sa possibilité de s'accorder au réel, de le construire et d'assurer les synthèses nécessaires pour s'y adapter et dominer la tumultueuse fermentation de la vie affective. Il s'agit donc d'une modification structurale de la conscience, d'un niveau de dissolution globale et non point, comme parfois les écoles anciennes de psychopathologie associationniste le croyaient, d'un trouble fonctionnel isolé (« Attention » ou « Humeur »). En réalité, c'est la structure générale de l'esprit qui est bouleversée, la pensée perdant avec sa profondeur et son efficacité la méticuleuse précision de son effort et sa soumission aux indispensables contraintes, elle s'étale en surface sans la capacité opérationnelle qui garantit sa valeur : la réflexion et ses corollaires, la pondération, la prudence et le silence. Nous approfondirons un peu plus loin la structure de cette *conscience maniaque* que nous décrivons ici seulement comme un tableau clinique typique.

6° LE SYNDROME PHYSIQUE DE LA MANIE ¹.

Il ne peut être question de passer en revue toute la « symptomatologie physique » de la manie dans la mesure même où elle se confond avec les signes de localisation ou d'étiologie des processus organiques que nous étudierons ailleurs (voir Étude n° 25), aussi serons-nous très bref ici. Nous ne ferons mention, du reste, de ce syndrome somatique que pour rappeler que la crise de Manie ne peut pas être seulement objet d'une analyse phénoménologique du vécu de la conscience en train de se déstructurer, mais qu'elle doit être envisagée aussi dans la perspective des conditions et des expressions somatiques de cette déstructuration.

a) *Système nerveux.*

Il n'existe généralement aucune modification dans le régime des réflexes ou du tonus musculaire. Ce qui domine le tableau, c'est une agitation motrice considérable et cette « hyperkinésie » est diffuse et complexe. Il s'agit de mouvements d'ensemble sous-tendus par un tonus affectif très exalté et qui entrent dans le comportement des expressions émotionnelles (colère, joie, entrain). Cependant, cette agitation psychomotrice peut prendre parfois des caractères un peu spéciaux et constituer (formes rares) des cas de transition avec l'hyperkinésie choréiforme (MIGAULT ²).

D'après les recherches déjà anciennes de TINEL et SANTENOISE ³, le tonus neurovégétatif dans les états maniaques serait généralement perturbé dans le sens d'une *hypervagotonie*.

Mais il faut signaler spécialement ici un symptôme capital du tableau, clinique de la Manie : *l'insomnie rebelle* qui peut persister pendant des semaines ; elle manifeste parfois une résistance extraordinaire à la fatigue nerveuse et à l'épuisement.

Les études *électro-encéphalographiques* malgré leurs difficultés en raison de l'état d'agitation des malades ont pu être réalisées chez des sujets plus ou moins « typiques ». Nous renvoyons aux travaux de DAVIS ⁴, de GREEN-BLATT ⁵, de DAVIS et DAVIS ⁶, de DELAY ⁷, de LIBERSON ⁸, etc. DAVIS a trouvé des tracés normaux « sauf, dit-il, s'il y a des troubles de la conscience » et LIBERSON a noté des tracés de sommeil

...la crise de Manie [...] doit être envisagée aussi dans la perspective des conditions et des expressions somatiques de cette déstructuration...

...symptôme capital : l'insomnie rebelle...

1. Cf. DEROK, pp. 127 à 150 et plus loin notre *Étude* « Généralités sur les psychoses périodiques » (n° 25) en ce qui concerne la pathologie hormonale et généralement somatique de la crise de manie.

2. MIGAULT, *Manie et chorée*, Thèse, Paris, 1930.

3. SANTENOISE, Rapport au *Congrès des aliénistes*, Alger, 1938 et Thèse de M^{me} GARDIEN-JOURDEUIL, 1930.

4. DAVIS (P. A.), *Amer. J. of Psych.*, 1941, 98, 430.

5. GREENBLATT, HEALEY et JONES, *Amer. J. of Psych.*, 1944, 101, pp. 82 à 90.

6. DAVIS & DAVIS (H.), *Amer. J. of Psych.*, 1939, 95.

7. DELAY, NEVEU et DESCLAUX, *Ann. Médico-Psycho.*, 1944.

8. LIBERSON, *Dis. New. System.*, 1944, 5, 357.

chez 70 % des maniaques et insomniaques qu'il a examinés (investigation de 945 malades mentaux), fait qui paraît digne d'un spécial intérêt.

b) *État général. Nutrition.*

Souvent la manie s'accompagne d'amaigrissement et d'une légère hyperthermie : 37,5° à 38°. Il survient parfois dans le cours de l'évolution de l'accès maniaque des *phases d'épuisement considérable*, où le faciès est celui des toxi-infections, la température s'élève (quelquefois à 39°), le tégument se couvre de sueurs. Le pouls s'accélère ; il est rapide et mou. Les urines sont rares, l'amaigrissement prend des proportions considérables en quelques jours. Les *variations pondérales* au cours et au décours de la crise de manie peuvent d'ailleurs être parfois d'une ampleur exceptionnelle. GUIRAUD ¹ y a spécialement insisté. L'amaigrissement, la voracité, la soif, la résistance au froid, puis une brusque augmentation de poids (29 kg. en trois mois avec adipose thoraco-abdominale et de la racine des membres dans un cas de GUIRAUD) sembleraient indiquer, d'après cet auteur, une atteinte hypophysio-tubérienne. (Nous verrons ultérieurement quel rôle on tend à attribuer aux lésions de l'hypothalamus).

c) *Glandes endocrines.*

On a observé parfois des poussées congestives *thyroïdiennes* avec syndrome d'hyperthyroïse, de la mélanodermie, etc. PETIT avait beaucoup insisté sur les aspects viriloïdes de l'habitus des femmes maniaques. Chez celles-ci, les accès maniaques débutent ou s'exacerbent assez souvent dans la période menstruelle ² ; leurs paroxysmes peuvent coïncider également avec la phase post-cathaméniale ou la phase d'ovulation. Le fonctionnement hypophysaire chez les maniaques a été très étudié il y a quelques années chez nous ³ autant que l'est aujourd'hui le syndrome hypophysio-corticosurrénal ⁴.

d) *Troubles cardio-vasculaires.*

Le cœur subit au cours de ces états d'agitation des oscillations de fréquence qui expliquent les divergences des auteurs au siècle dernier. Il était toujours accéléré pour GRIESINGER, toujours ralenti pour JACOBI, et SÉGLAS notait qu'il n'est pas modifié. Quant à la tension artérielle de PILCZ (1901) jusqu'à P. ABÉLY (1950), la plupart des auteurs s'accordent à la trouver abaissée.

1. GUIRAUD, SOURIAU et FOUQUET, *Ann. Médico-Psycho.*, 1942, 11, p. 351, et GUIRAUD et BOITELLE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1946, 1, p. 449.

2. HORWITZ et HARRIS, Study of a case of cyclic psychic disturbances associated with menstruation, *Amer. J. of Psych.*, 1936, 92, 1403, et ALLEN (E. B.), Menstrual dysfunction etc., *Endocrinology*, 1935.

3. X. et P. ABÉLY, *Ann. Médico-Psycho.*, 1931, 1936, 1943. Cf. *Étude n° 25*.

4. Cf. *Étude n° 25*.

e) *Fonctions digestives.*

La constipation est la règle, et les voies digestives présentent un aspect saburral. Les malades ont peu d'appétit ; celui-ci peut par contre être quelquefois sensiblement augmenté (véritable boulimie).

III. *Évolution de l'accès*

Nous en étudierons avec plus de détails les modalités dans l'Étude n° 25. Contentons-nous ici de quelques indications. Dans 80 % des cas, sa durée est de plusieurs semaines à plusieurs mois ; en moyenne elle est de 6 mois, et généralement inférieure à une année. Dans 6% des cas, il dure de 12 à 24 mois. Dans 4% des cas sa durée atteint de 24 à 36 mois. L'accès de manie peut parfois même être très long (plusieurs années) mais cette éventualité, comme inversement les cas de durée très brève (quelques jours), est exceptionnelle.

...Durée : en moyenne 6 mois...

Tantôt, la terminaison se fait *brutalement* (RÉGIS recommande de se méfier des récurrences fréquentes surtout dans ces cas) par une véritable « crise » : le malade *s'endort*, les urines sont abondantes, la dénutrition cesse.

...Terminaison tantôt brutale...

Tantôt, la guérison s'opère *progressivement*, : le sommeil revient, l'agitation motrice cesse et seule l'exaltation affective, les troubles du caractère persistent longtemps.

...tantôt progressive...

Enfin, retenons-le, il n'est pas rare de voir des *rechutes* fréquentes ressaisir le malade au seuil de la guérison (Manie rémittente), surtout quand il s'agit d'accès brefs ou abrégés par l'électro-choc par exemple.

...les rechutes au seuil de la guérison ne sont pas rares...

La mort termine très rarement l'accès de manie. Elle s'observe surtout dans les états de « Manie confuse » et ces formes d'agitation qui touchent au « délire aigu ». On a parlé souvent, surtout à l'étranger où le diagnostic de « délire aigu » n'est généralement pas envisagé, de « manies d'épuisement » (exhaustion Manie). C'est ainsi que C. MILLING ¹ a réuni au South Caroline States Hospital, 360 cas mortels de ce genre : parmi ces cas (140 blancs et 200 noirs, 191 hommes et 169 femmes) 197 étaient des maniaques de ce type. M. NORMANN et R. SCHILLACK ² ont également recensé dans la littérature 403 cas de manie mortelle et ont rapporté eux-mêmes 7 nouveaux cas et ils insistent sur l'hypotonie vagale, le déficit en sodium, les troubles de l'équilibre acide-base, la toxémie et la tension psycho-émotionnelle comme facteurs psychosomatiques de gravité. Récemment encore JARVIE et HOOD ³ sont revenus sur ces grandes crises d'agitation et de « délire aigu ».

1. C. MILLING, Exhaustion due to mental excitement, *J. of and M. D.* 1941. 2. Major NORMANN et R. SCHILLACK, Exhaustion syndrome in excited psychotic patients, *Amer. J. of Psych.*, 1946, p. 466.

3. JARVIE et HOOD, *Amer. J. of Psych.*, 1952, 108, 758-763.

IV. Variétés cliniques de l'accès de manie

On a décrit quelques formes un peu artificielles, mais qui témoignent de ce fait que nous ne cesserons de mettre en évidence dans la suite de cette étude, savoir que *l'état maniaque comporte des degrés et des formes de passage avec les niveaux de dissolution plus profonds*¹. Nous examinerons les plus importants à cet égard plus loin dans le paragraphe que nous consacrerons aux « formes atypiques ».

1° EXALTATION MANIAQUE SIMPLE (RITTI²). Ce sont des accès où prédominent le désordre des conduites avec excitation intellectuelle avec enjouement, facéties, instabilité, démarches importunes, actes inconsidérés, familiarité, érotisme, etc...

2° EXCITATION MANIAQUE, « MANIE DOUCE » (SCHULE³). La turbulence, la jovialité, le désordre de comportement, les réactions scandaleuses et tapageuses, les propos grossiers.

3° MANIE COLÉREUSE (SCHULE⁴). Ici, c'est l'irritation et l'agressivité qui prédominent avec leurs expressions les plus habituelles : grossièretés, injures, crachats, coups, propos hargneux.

4° MANIE FURIEUSE⁴. L'agitation est considérable. Il s'agit le plus souvent de malades placés dans des chambres d'isolement et que l'on peut à peine approcher. Ils lancent leurs plats et leurs aliments à la tête de leurs gardiens, démolissent les portes, les lits, déchirent les matelas et leur linge. Hurllements, cris « œil bovin » selon l'expression de DAGONET (lit-on dans les « Manuels »), gesticulation forcenée, hyperthermie, déshydratation, etc. constituent l'essentiel de ce tableau clinique qui se rapproche du délire aigu sans s'y confondre absolument en raison du pronostic meilleur.

C.— PHÉNOMÉNOLOGIE ET ANALYSE STRUCTURALE DE LA CRISE DE MANIE

L'ANALYSE EXISTENTIELLE DE BINSWANGER

...Personne mieux que L. BINSWANGER n'a approfondi l'étude de la « conscience maniaque »...

Personne mieux que L. BINSWANGER n'a approfondi l'étude de la « conscience maniaque » et, comme il le dit, du « monde maniaque », c'est-à-dire ce trouble de la conscience qui perturbe radicalement les rapports entre le Moi et le Monde vécus dans l'expansivité et l'avidité de la conscience maniaque. Nous allons donner d'abord une transposition « très concentrée » de la phénoménologie de la « fuite des idées » selon

1. Cf. SCHULE, *Handbuch des Geisteskr.*, trad. fr. 1888, p. 101.

2. Cf. DERON, op. cit. p. 166.

3. *Ibid.*, p. 161.

4. *Ibid.*, p. 152.

cet auteur¹. Nous avons traduit aussi consciencieusement que possible ce texte et nous nous sommes efforcé ensuite de le présenter en un « concentré » qui n'en trahisse pas la vivante signification. Parfois nous n'avons pas hésité à laisser interférer notre propre pensée avec celle de l'auteur. Cette gageure d'un délicat équilibre entre le texte et sa transposition a été pour nous difficile à tenir, et nous craignons de ne pas y avoir réussi comme nous l'eussions souhaité. Mais L. BINSWANGER a bien voulu s'en trouver satisfait, ce qui nous autorise à en publier ici l'essentiel. (Toutes les notes sont des notes personnelles et non pas de l'auteur.)

« Prenons un exemple banal de « *fuite des idées ordonnée* ». Celui d'une malade, vieille fille de 48 ans, qui souffre d'accès circulaires depuis 25 ans. Dans son dixième accès de manie elle écrit au crayon :

« A M^{lle} St. (nom d'une préposée à la cuisine), comment pouvez-vous faire une galette dans la même gamelle d'aluminium où vous avez la veille fait cuire du gras ? Il y a des ustensiles et les portions sont distribuées au Pavillon Jaunegg. Regrettez de ne pas être une poubelle A. B. »

L'écriture remplit la page. Les lignes sont ascendantes, le mot « faire » est souligné. Il y a des majuscules. L'ensemble de cette « manifestation » (Kundgabe) est analysé en quelques lignes où sont soulignées les caractéristiques de sauts de signification, les ellipses et le style. Mais ce « griffonnage » exprime la totalité de l'existence actuelle de cette malade, une véritable structure anthropologique. Il constitue une production spontanée dont le sens est une réclamation qui lui confère un certain ordre. Il est évident que la malade élide et saute (ausslöst und überspringt), mais la pensée ne saute pas seulement les termes intermédiaires, elle est elle-même bondissement et jaillissement dans un espace vital propre. Il s'agit d'une volubilité fluide de la structure générale de l'être qui tient pour ainsi dire tout l'espace dans sa main. Cette prise de possession de l'espace est manifeste dans l'écrit qui *remplit* le papier en laissant des espaces relativement grands entre les lignes. Le monde, trop petit pour l'expansion de l'être, rapproche ses distances. Le filet de la réalité a de plus grandes mailles, et plus souples, que chez un sujet normal. Le monde d'autrui est lui-même homogène et sans aspérités, il est de plain-pied et ce sont de véritables courts-circuits qui s'établissent entre le malade et les autres. Le saut que la malade fait dans son écrit est le même qu'elle fait pour interpeller d'un bond la cuisinière, bond qui nivelle d'un seul coup les dénivellations sociales humaines, logiques et spatiales.

Cette totalité de la structure du « saut » ne doit pas être prise dans le même sens où, par exemple, BUMKE croit que l'excitation, les variations d'attention ou la labilité de l'humeur forment un tout. Ce qui est le « tout » de notre analyse est une interprétation anthropologique de la modification structurale existentielle de la personne du

...Nous allons donner une transposition « très concentrée » de la phénoménologie de la « fuite des idées » selon L. BINSWANGER...

...Le monde, trop petit pour l'expansion de l'être, rapproche ses distances... (BINSWANGER)

...le « saut »...

1. L. BINSWANGER, Ueber Ideenflucht, *Archives suisses de Neurologie et Psychiatrie*, 1931-32. Ce travail comporte 6 articles (3 dans le tome 28 des Archives, 2 dans le t. 29, et 1 dans le t. 30), l'ensemble représente près de deux cents pages d'un texte allemand serré et d'une lecture particulièrement difficile pour quelqu'un qui ne connaît pas la philosophie de HEIDEGGER et la phénoménologie de HUSSERL. [NdE : *Sur la fuite des idées*. Trad. fr. Michel Dupuy, Grenoble, J. Millon, 2000].

maniaque. Le fait que la malade se tourne vers la cuisinière, « se jette » vers les ustensiles ne peut pas être expliqué par des concepts simples comme l'excitation ou la labilité de l'humeur. Nous ne pouvons pas nous contenter d'abstractions de ce genre, ou d'un autre genre.

Comment un « homme » (Mensch) peut-il s'exciter sur la façon dont sont servis des galettes et des aliments gras dans un même ustensile et interpelle-t-il de manière si fulgurante la préposée responsable ? Le profane comme le médecin en restent pantois. Les notions de motivation externe « ou d'affect », interne ou même d'expérience vécue en soi et pour soi, n'ont aucune relation profonde avec la réalité concrète et vivante de cette conduite humaine. Il ne s'agit pas d'un événement pour ainsi dire occasionnel, mais d'une altérité (Andersartigkeit) de l'événement. Sans doute, tous les individus sont-ils enfermés dans leur individuation, mais ici, il s'agit d'une inappartenance radicale à notre monde. Le problème anthropologique n'est pas de se demander pourquoi notre malade s'excite ainsi à propos de peu de chose, mais de se demander dans quel monde elle vit. Que cette malade soit une « cyclothyme syntone » au sens de KRETSCHMER ou que, comme l'ont montré FREUD et ABRAHAM, elle vive dans une orgie de liberté comme si elle participait au triomphe du repas totémique, cela ne peut nous suffire. L'homme est un être plus ou moins structuré et un être multicatégoriel (dans le sens de N. HARTMANN) et c'est la catégorie de la signification (Bedeutung), du vécu (Erlebnis), et du vécu temporel et proprement personnel (Erlebniszeit et Erlebnis Ich) qui nous importe. Se fâcher est un problème anthropologique qui touche tout à la fois l'intentionnalité mais aussi la temporalité et la spatialisation de l'existence¹.

...syntonie et schizoïdie...

En ce sens, les études de E. MINKOWSKI et de STRAUS constituent un premier pas vers les relations significatives de ce mode d'existence. MINKOWSKI a peut-être trop considéré avec BLEULER la syntonie et la schizoïdie comme deux facteurs opposés. Il a mis l'accent sur le dynamisme du désir; chez le schizoïde et, chez le syntone, sur le contact vital avec le monde qui est celui d'un moment punctiforme, le déploiement dans le temps étant pour lui difficile. Ce contact est celui du maintenant (jetzt) mais sans aucun « présent », vécu comme tel. Mais le « maintenant » et le « point » appartiennent au monde objectif, tandis que le « présent » et le « moment » sont du monde subjectif. Ce n'est donc que par analogie que l'on peut dire que le vécu du syntone se réduit à un point solide et que celui du schizoïde s'évade dans le temps. En effet un contact « punctiforme » ne serait pas un contact proprement psychique qui exige, pour être tel, d'être pris dans le courant de l'intentionnalité². Ainsi la syntonie comme la schizoïdie ne s'opposent pas aussi radicalement. Toutes deux sont des modes de déploiement dans le temps. Le schizoïde vit de préférence dans l'avenir, le syntone dans le présent. Et MINKOWSKI a bien vu que l'essence de la syntonie est de se satisfaire dans le présent.

...E. STRAUS et la danse...

E. STRAUS distingue à son tour le mouvement vers un but, et le mouvement dans le présent. Le type de mouvement dans le présent c'est *la danse*. Celle-ci n'est pas un déplacement vers un autre point de l'espace mais un enroulement, c'est un mouvement qui se satisfait en lui-même et pour lui-même parce qu'il est un mouvement du corps, une modification, pour ainsi dire interne, de l'espace vital. Le « synchronisme » de

1. Ceci est absolument capital pour notre propre conception de la structure temporelle de la manie qu'il nous arrivera d'appeler justement structure temporelle éthique.

2. Nous verrons nettement que dans les niveaux les plus inférieurs de la déstructuration de la conscience, ce contact vital qui fonde la perception devient de plus en plus punctiforme (confusion et notamment syndrome de KORSAKOFF).

MINKOWSKI, la syntonie en tant qu'accord avec le monde et le tourbillon de la danse, expriment ici comme l'extase d'une fusion de l'objet et du sujet dans un présent immédiat et totalement vécu comme tel. C'est un mode d'existence essentiellement momentané. Il comporte en lui la joie non pas d'un triomphe recherché (comme dans l'escalade d'une montagne) mais d'une suppression de la pesanteur, comme si le mouvement vital qui l'a entraîné s'opérait non plus dans l'horizontalité, mais dans la verticalité de l'espace.

On comprend que la « *festivité* » de la victoire de l'instinct sur la contrainte s'intègre bien plus naturellement dans cette structure ontologique de la manière d'être (Dasein) que dans les interprétations psychanalytiques.

La réponse à la question que nous nous sommes posée, touchant la manière dont la malade s'est irritée, doit nous être fournie par la structure même de son existence toute momentanée et dont chaque instant se remplit et se satisfait de son vécu, car ce que nous avons mis en évidence ce n'est pas seulement une structure temporo-spatiale du « Dasein », mais aussi comment cette structure est profondément liée au courant intentionnel, aux significations vitales du présent. Sa colère a jailli de l'événement présent, « *le sang lui est monté à la tête* », elle s'est montée « *comme une soupe au lait* », elle est « *sortie de ses gonds* », elle s'est « *enflammée* ». Cette dernière métaphore exprimant substantiellement la conjonction de la structure de sa vie psychique « *en ébullition* » et de l'incident qui lui a fait « *prendre feu* ».

L'ensemble de la structure maniaque comporte tout à la fois la victoire et le triomphe, et la danse constitue un aspect essentiel de cette ardente festivité.

HEIDEGGER a dit qu'une théorie physiologique de l'angoisse n'est possible que si l'angoisse constitue déjà le fond de l'être humain ¹. cela vaut pour toute interprétation physiologique de la manie comme des autres troubles mentaux. Comment comprendre alors que cet état d'âme de triomphe et de victoire constitue une base ontologique anthropologique? Revenons à BLEULER, à MINKOWSKI et à STRAUS. La fusion objet-sujet, l'absorption dans le présent, le contact avec la totalité du monde (contact immédiat et mystique qui pose le problème métaphysique de l'expansion de l'être face au néant), cette visée vers la totalité de l'univers et cette poussée vers le calme et le repos assurés par cet élargissement, constituent le fondement d'une particulière « manière-d'être-au-monde » selon la modalité existentielle de la joie et de l'esthétique au sens que nous préciserons plus loin, là où s'évanouissent avec les limites de l'être, l'inquiétude et les soucis (Sorgen). C'est P. HABERLIN qui nous fournit la réponse à la question de savoir comment la syntonie ainsi vécue comme forme d'existence est investie de la signification ontologique et anthropologique de la « festivité ». Le « Dasein » et la « problématique de l'être » sont les deux « côtés » de la réalité. Celle-ci est en effet ce qu'elle est comme une existence essentiellement esthétique vécue « sous » la problématique des valeurs mais aussi ce qu'elle est comme existence prise dans la problématique du monde hostile des valeurs et encore ce qu'elle est comme existence prise dans la problématique individuelle des choix. Le « Dasein » de la joie esthétique avec sa physionomie de festivité, non seulement étrangère mais intrinsèquement hostile au monde des valeurs culturelles, est le fond de la manie, de sa festivité, et aussi de l'instabilité du maniaque. Car, pour en revenir à notre malade, tout ce qui tire la maniaque de son monde, de son mode d'existence esthétique et « impré-
 mati- que », le moindre événement fortuit, la fait exploser.

...L'ensemble de la structure maniaque comporte tout à la fois la victoire et le triomphe, et la danse constitue un aspect essentiel de cette ardente festivité...

1. Idée qui est identique à celle de JACKSON quand il affirmait que la maladie ne crée pas mais libère.

Analysons maintenant un autre écrit de la même malade au décours de sa crise de manie, alors que déjà se dessinait une phase dépressive. Cet écrit est plus petit, ses lignes sont horizontales, il est plus ordonné. Le voici dans son intégralité :

« KREUZLINGEN à BODENSEE BELLEVUE, le 27-8-28. Très Honoré M. X.
Un de vos sept fils aurait-il l'extrême obligeance de vivre auprès de ma mère ? Je ne le puis plus malheureusement et en suis très triste. Avec mes salutations les plus cordiales et les plus dévouées, je baise affectueusement les mains de votre estimée épouse. A. B. – Je vous prie de saluer cordialement tante E. »

Cette lettre était adressée à un membre assez éloigné de la parenté de la malade, au beau-frère de son frère (frère de sa femme). Ce M. appartenait à une vieille famille noble, la malade elle-même étant d'une vieille famille bourgeoise. Ceci montre que les différences de structure sociale, pour ce qui est de la vie hors de la maison de santé, sont correctement vécues, tandis que nous avons vu, dans le premier exemple, que la structure de la société dans la maison de santé était alors pour ainsi dire nivelée.

La première phase de ce second écrit donne une impression de plaisanterie et de facétie. Ici, la formule verbale est relativement bien ordonnée, et le contraste si nécessaire à l'attitude du mot d'esprit, vient du contraste qui existe dans cet écrit, entre les tendances maniaques et déjà certaines tendances dépressives. L'incongruité du propos de la malade, relativement à son désir, de trouver une personne qui tienne compagnie à sa mère âgée de près de 80 ans, et auprès de laquelle elle ne se trouve plus elle-même depuis de longues années, constitue une sorte de caprice « en l'air » que nous ne pouvons pas tenir pour une simple association d'idées fortuite.

Cette idée fait partie de l'unité immanente de la temporalité de sa vie, de son histoire, mais elle fait surtout partie de la structure existentielle de son état maniaque, et plus spécialement de cette phase du développement de sa vie psychique qui correspond à un passage de la festivité maniaque à la problématique de la réalité, laquelle impose déjà ses exigences, quand elle est en train de passer à une phase dépressive (effectivement cette malade entra ultérieurement dans une période de dépression).

Ceci est extrêmement important pour l'étude de ces « états mixtes », de ces hybrides, bien connus depuis GRIESINGER, et dont le mélange est irréductible à une conception localisatrice cérébrale. En effet, toute explication physiologique de l'expérience maniaque n'est possible que pour autant qu'elle tient compte de ce que la manie est une certaine forme d'existence implématique (tout de même que toute explication physiologique de la mélancolie doit tenir compte de ce que l'état mélancolique comporte essentiellement une problématique).

L'irruption de l'idée dont il s'agit chez la malade traduit précisément cette charge, ce poids qui s'introduit dans son existence, et l'émergence de l'idée de donner des soins à sa mère est essentiellement basée sur la structure même de son existence, sur le style de pensée qu'elle implique.

Une telle manière d'être est celle de la dépendance et non plus de la liberté, de sorte qu'ici c'est la reconnaissance et l'amour filial qui soudainement font irruption ; et c'est dans ce sens qu'il faut comprendre la symbolique analytique qui lie l'enfant à ses parents.

Chez notre malade sortant de sa crise de manie, dans la mesure même où la réalité implique un « dessus », surgit l'image centrale de la mère au-dessus d'elle-même.

Pour ce qui concerne le choix d'un des sept fils afin de tenir compagnie à la vieille

mère, il y a dans cette idée quelque chose d'ironique qui interdit là encore de se rapporter simplement à une représentation fortuitement associée.

La fuite des idées qu'on peut étudier dans cet exemple montre que cette fuite des idées ne se fait pas ici sous la forme d'une prolixité verbale, d'un dévidement, mais plutôt d'une compression elliptique. Et ceci amène à considérer le concept même de « vitesse de la pensée ». On peut exprimer par là soit un acte de création synthétique de grande rapidité, soit une mesure du nombre d'idées qui se déroulent en un instant donné et qui constitue leur « vitesse » dans le sens des catégories temporo-spatiales objectives. Dans le style de fuite des idées envisagé ici, il s'agit du premier sens. Comme nous le verrons plus loin, dans la fuite des idées désordonnées, il s'agit du deuxième sens. Notre malade présente la fuite des idées sous son aspect *fuyant* qui donne à son expression la « concision » discontinuée obtenue par le saut de l'ellipse et ainsi ce qui est l'objet de cette analyse n'est pas le trouble d'une fonction, mais la structure anthropologique même du monde maniaque avec son clignotement et ses sautilllements.

Nous pourrions nous demander aussi, si, lorsqu'elle fait fond sur la possibilité pour un des sept neveux éloignés de se consacrer à sa mère, il s'agit d'une sorte de trouble logique (de la catégorie de la possibilité) ou d'un trouble de la probabilité empirique. A cet égard, si nous comparons purement et simplement son erreur à celle d'une personne normale, la nature intime du trouble nous échappe. De même, si nous nous contentons de parler d'un dérèglement des rapports entre la possibilité et la probabilité, car ce « désordre intellectuel » pourra aussi bien caractériser également un débile, un schizophrène ou un paranoïaque.

L'originalité de l'expérience maniaque qui rend compte de la bévue de la malade doit donc être recherchée dans une modification de la constitution même de l'univers qui n'est pas une réalité en soi, mais une organisation impliquant la loi de la transcendance (HUSSERL). C'est à un monde sans transcendance que correspondrait un sujet sans monde (Weltlos Subject), c'est-à-dire un sujet qui ne se poserait pas par rapport au monde. Mais il s'agit là évidemment d'une abstraction, car aucun sujet ne peut être vidé du monde. Cependant, la fuite des idées, si elle était totale, tendrait vers cette illimitation, et, en dernière analyse, elle n'est pas possible. Ce qu'est le monde dans lequel se meut la malade, est un monde qui *tend* à abolir toutes les difficultés logiques ou réelles, c'est un monde qui est plus direct et immédiat, c'est le monde même de l'*optimisme*.

L'optimisme est un style de pensée et un mode d'existence qui, chez la malade, lui permet de prendre toutes les choses du bon côté, sous l'angle de la facilité. Il s'agit d'une sorte d'optimisme lié à la « Stimmung » du « Dasein », (Stimmungs-Optimismus) qui lui confère ses qualités de coloris, de légèreté, de « roséité ». Ce monde optimiste ne connaît aucune difficulté, tout est facile, tout va de soi, la réalité n'est plus dure, mais devient un véritable lit de roses. Le vraisemblable et le réel se confondent dans le mieux et le monde temporo-spatial est sans limites, d'un horizon infini et éternel. Ce monde est le contraire de l'étroit, il est spacieux et brillant. Il y a toujours assez de temps et d'espace pour parvenir à ses fins. La possibilité de transformation et de métamorphose, la fusion et la fluidité des perspectives du monde de l'optimiste peuvent se désigner d'un seul mot : *sa volatilité*, volatilité sans poids, sans résistances, qui permet de glisser, de nager, de voler dans un milieu transparent aisé et élastique. Le monde intérieur et le monde de la réalité coexistent alors presque entièrement. Le cerveau n'est pas trop étroit pour le monde, ni le monde pour le cerveau. La pensée et l'action s'identifient dans l'acte même de la *toute-puissance*, comme si la

...cet exemple montre que cette fuite des idées ne se fait pas ici sous la forme d'une prolixité verbale, d'un dévidement, mais plutôt d'une compression elliptique...

...l'optimisme est un style de pensée et un mode d'existence...

valeur ontologique du « Dasein » devenait son infinie spatialité. Le « projet ¹ » envisagé du point de vue anthropologico-subjectif, c'est-à-dire comme élan vers la constitution du monde, vers la transcendance, et le projet réalisé, c'est-à-dire au point de vue anthropologico-objectif, comme la transcendance accomplie, constituent un seul et même style vital (Lebensstil), caractéristique du « Stimmung-Optimismus ». De cette coïncidence des deux mondes, celui de la pensée et celui de la réalité, découle la déni-vellation logique qui uniformise les possibilités, et fait tomber les barrières, les limites, et les difficultés inhérentes aux concepts de la pensée rationnelle. C'est une pensée sans ombres, claire, légère, infinie, et inépuisable.

Ce mode d'existence optimiste est à rapprocher des états de surmenage mental. Dans ces cas où il ne s'agit pas d'une sorte de complète passivité ou d'automatisme (dans le sens de l'analyse de BUMKE), il s'établit une sorte d'équilibre entre nous et nos pensées, une sorte d'harmonie entre nos propres ondes vitales et nos moyens, d'où cette vague de bonheur (Daseinsfreude) qui nous inonde nous-mêmes dans la conscience du triomphe et de la victoire.

Cet accord s'étend au monde de nos semblables (Mitwelt) comme englobé dans un préjugé favorable. L'optimisme de la pensée du surmenage intellectuel joue un rôle important dans la découverte, et à ce point de vue est doté d'une sorte de valeur économique. Au lieu d'avancer pas à pas et de dominer les difficultés une à une, la pensée court plus vite au but, s'embarrassant moins dans la problématique de la réalité. Celle-ci suppose une sorte d'équilibre entre le principe d'une multimedialité (Vielbeweglichkeit) et de multiplicité (Vielseitigkeit) aussi bien dans le sens subjectif qu'objectif, et le principe de pauci-motilité (Wenbeweglichkeit) et d'unilatéralité (Einseitigkeit).

L'homme raisonnable est celui qui appartient à la fois à ces deux modalités d'existence. Mais le maniaque procède de la rapide multiplicité qui lui découvre toujours davantage d'espace, sans lui permettre de le remplir. C'est en ce sens qu'il faut comprendre que l'on puisse dire sans conditions que le maniaque dispose pour ainsi dire de tout l'espace à sa portée, comme si son monde était rapetissé et rapproché, et que, d'autre part, il se meut dans un espace multidimensionnel et variable. Dans cet espace toujours ouvert, il saisit les choses, ou est saisi par elles, dans la spontanéité d'une adhérence, une sorte de hantise (Hantierung) qui l'entraîne à participer à leur propre mouvement. Par là on peut comprendre mieux ce qu'on a pu appeler les troubles de l'attention du maniaque. Ces troubles ne sont qu'un aspect du « Stimmung-Optimismus » maniaque. C'est cet optimisme, qui s'observe *au début* du surmenage intellectuel (tandis que le Stimmungspessimismus s'observe *après* le surmenage) et conduit naturellement à envisager aussi l'optimisme du rêve. (L'auteur donne à ce sujet un exemple personnel, sans analyse très détaillée.)

Pour en revenir à notre analyse de l'écrit de la malade, et l'éclairer maintenant par ce que nous savons du style de pensée correspondant au Stimmung-optimismus, nous pouvons mieux apprécier maintenant et sa visée sur la réalité, et ses rapports avec autrui.

L'optimisme de la malade est sans fondement, parce que le fondement de la réalité et sa problématique sont altérés. Il y a, à vrai dire, chez elle, plutôt qu'un jugement de réalité, un préjugé de réalité (Vor-Urteil, c'est-à-dire plus exactement pré-jugement), bévue, qui la rapproche d'un seul coup des choses, comme si étaient abolies à la fois les limites spatiales et les limites logiques qui auraient pu éloigner dans l'impossible et l'improbable, la constante présence d'un de ses sept neveux auprès de sa

1. Projet pris ici dans le sens de « projection », de « promotion » (Entwurf).

...Dans cet espace toujours ouvert, il saisit les choses, ou est saisi par elles, dans la spontanéité d'une adhérence, une sorte de hantise (Hantierung) qui l'entraîne à participer à leur propre mouvement...

mère. Quant à la situation de la malade vis-à-vis d'autrui, il ne s'agit pas d'un isolement autistique, mais au contraire d'une sorte de mouvement de sympathie, et, pour ainsi dire, d'indiscrétion et de manque de tact, qui lui présente les autres comme bons, préjugé favorable qui la rend indiscrète en attendant d'être déçue.

Après avoir analysé un cas cette fois de « fuite des idées » confuse et incohérente {Archives suisses Neuro. Tome 28, 183 à 293) L. BINSWANGER poursuit (Tome 29, 20 à 32) :

Nous pouvons mettre en évidence trois facteurs de la confusion de la fuite des idées (Ideenflucht Verwirtheit) : la régression de la sphère intentionnelle – le jeu verbal et la logorrhée (Rededrang) qui constituent véritablement une sorte de déluge de paroles (Redeschwall). La régression, dans l'ordre de la pensée proprement thématique, est dans la manie telle, qu'il y a encore possibilité pour le maniaque à se conformer aux règles et méthodes idéogrammatiques qui constituent la mise en forme thématique de la pensée, mais d'une manière plus relâchée et négligente. Le terme ultime de cette régression, c'est le moment où le langage cesse d'être un moyen (Werkzeug) pour devenir une sorte de fin, de jeu au service de la joie existentielle (Daseinsfreude). Le jeu a pénétré toute la structure humaine du maniaque qui est devenu jeu et c'est en quoi précisément ses « manifestations » (Kundgabe) sont plus fortes que ses réflexions et ses pensées. C'est pourquoi aussi il se lie avec les autres, présents ou absents, dans et par des conversations jouées. Avant d'examiner d'un point de vue anthropologique la logorrhée, il faut bien préciser quelques points touchant le mode d'existence de la confusion (Verwirtheit). Celle-ci ne s'oppose pas purement et simplement aux propos réfléchis du langage concret (qui sont eux-mêmes assez souvent confus) mais à la réflexion vraie. Si l'on se réfère au principe de la « propriété même » (Prinzip des Selbst) des êtres, on peut dire que si dans la réflexion véritable c'est le « moi-même » (Ich-Selbst) qui parle, dans le langage courant « on » parle « soi-même » (Man-Selbst) et dans l'état confusion il n'y a plus aucun sujet même (Kein « eigentliches Selbst ») comme noyau de sa propre existence ¹. La logorrhée constitue un mode d'existence que le langage courant désigne très bien par le terme de « grande gueule » (grossmaulig). Cette expression désigne tout à la fois l'organe parlant et un mode de parler, plein de gros mots. Cet homme « grande gueule » tourne tantôt vers l'un, tantôt vers l'autre sa gesticulation, sa mimique animée et use sa salive et crache ses paroles dans une sorte d'expectoration à jet continu de sa gueule ouverte. L'instabilité motrice, la logorrhée, l'hyperprosexie (hypervivacité de l'attention) constituent les traits essentiels de la structure anthropologique de « l'être-grande-gueule ». Le maniaque, pour autant qu'il est justement « grande gueule », remplit de vacarme, de cris, et vociférations, de bruits (qui sortent de sa « gueule ») tout l'espace où il vit. C'est là, à la périphérie de son corps, par cet organe qui assure plus que tout autre son contact avec les autres, que, plus près de ses lèvres que de son cœur, jaillit l'incontinence de ses paroles ². Les observations des psychanalystes sur l'importance de la bouche et de l'oralité, sur cet organe du « vouloir avoir », de l'« emporter », du « déchirer », de l'« incorporer » et du « mordre », trouvent ici leur place naturelle. Cette place est celle d'un milieu entre le milieu intérieur et la périphérie, milieu qui est comme un centre de gravité au point de vue anthropologique entre deux courants existentiels, celui de la

...Analyse d'un cas de « fuite des idées » confuse et incohérente (par L. BINSWANGER)...

...Trois facteurs : Régression de la sphère intentionnelle, jeu verbal et logorrhée...

...la grande gueule...

1. Cf. à ce sujet ce que nous disons de la structure de la conscience confuso-onirique (Etude n° 24).

2. Ces quelques lignes résument trop les pages (26 à 32) consacrées à cette analyse existentielle.

moralité réfléchi du dehors à la surface de l'existence, celui du dedans de la vie esthétique (irréfléchi au sens d'HOBEBERLIN).»

– Dans son quatrième article (*Arch. suisses Neuro.*, t. 29, pp. 32 à 38) BINSWANGER précise alors les caractères propres à cette fuite des idées confuse ou incohérente. L'inconscience et la fragilité de l'existence, la conduite oscillante entre la réflexion, la problématique et la culture d'une part, et l'abandon des problèmes et des soucis au profit d'une vie de « festivité » d'autre part, sans que jamais ne disparaissent complètement l'une et l'autre de ces formes d'existence, telle est la forme du Dasein maniaque de notre malade. Ce serait une erreur de le considérer comme n'ayant plus d'humanité, car son désordre verbal est vécu encore avec ordre, ainsi que l'on peut le voir en se rapportant encore au protocole détaillé de sa fuite des idées. Le vécu esthétique et extatique de cette jonglerie atteint à travers son optimisme à une sorte d'expérience mystique, comme si l'envers de sa grossièreté était sa religiosité. Celle-ci est liée dans son existence au drame de son origine, au suicide de son père. Revenons à ce qu'il a exprimé dans ses propos prolixes et soigneusement notés et analysés (mais dont nous ne pouvons ici que « résumer » l'essentiel).

« Tout d'abord, le malade emporté par sa logorrhée (qui n'est pas seulement automatisme verbal mais qui est plus encore un besoin existentiel) déclame des propos contradictoires :

« Bim ! Boum ! Tu as raison, non, tu n'as pas raison. Il prend l'infirmier pour son père et tantôt il est tendre (mon bon papa, tu es mon meilleur ami) et tantôt insultant à son égard : Tu es stupide, tu es un âne, un cochon, un hypnotiseur. Il veut voir son père au moins une fois. (Le père, rappellez-le, s'est suicidé avant sa naissance, laissant sa mère enceinte). Le père est au ciel, tu es mon divin Père... Dieu soit loué. Je suis le Christ. Ma chère maman... que fais-tu avec ton revolver ? Tu es un démon. Je dois te cracher trois fois au visage. Entends-tu la voix de ton père ? Toi seul mon père qui es dans le ciel tu as le droit, absolument le droit. Chez Mussolini, chez Hindenburg, chez papa, tu es un âne, etc... etc...

Ces quelques propos sont ici rapportés d'une façon fragmentaire et seulement pour donner la « tonalité » des contradictions autour de l'image du père¹ qui va faire l'objet de l'analyse anthropologique qui va suivre. (T. 29, pp. 193 à 201, 5^{ème} article).

L'analyse de la structure thématique de ces propos tenus par le malade au moment de sa plus grande confusion et dans son état fébrile nous montre que ces contradictions sont l'expression d'un *conflit* et ce conflit est un conflit humainement très significatif et compréhensible. Cela montre que, en plein cœur de la fuite des idées, cet homme est encore un homme et, en un certain sens, un homme normal.

Le concept de normal doit être ici éclairé comme lorsque le biologiste ou le neurologue étudie ce qui reste encore d'une fonction normale. La notion de norme a une

1. A propos de l'image du père (p. 36, note 2), BINSWANGER critique la conception des analystes et notamment de JONES qui confond la relation historique contingente de l'image complexe avec les relations immanentes qui lient l'homme à son humanité et dont cette relation n'est qu'un aspect fondamental. Il rejoint ici la critique de KUNZ.

...Le vécu esthétique et extatique de cette jonglerie atteint à travers son optimisme à une sorte d'expérience mystique, comme si l'envers de sa grossièreté était sa religiosité...

...en plein cœur de la fuite des idées, cet homme est encore un homme et, en un certain sens, un homme normal...

double fonction, celle de déterminer la différence, l'écart qui existe entre le normal et l'anormal, mais aussi celle de déterminer en quoi cet écart anormal. C'est ce dernier point « qualitatif » qui est important. Ainsi les préoccupations du malade ont quelque chose de normal puisqu'elles répondent à une situation de fait (suicide de son père, questions et problèmes qui s'y rattachent), et à cet égard, elles se situent au centre de son existence, dans sa profondeur. Mais nous venons de voir que ce qui caractérise le « gueulard » qu'est le maniaque, situe sa forme d'existence comme à la périphérie de son être, comme si ces propos redondants bondissaient ou rebondissaient à sa surface ou dans sa bouche. Allons-nous dire que c'est son conflit qui est à la base de la genèse du désordre, comme le pensent les psychanalystes, ou plutôt dire avec SCHILDER la psychose qui a intensifié ses préoccupations ? Nous devons nous placer en dehors de ces perspectives traditionnelles ou classiques car les notions de « complexe », de « genèse de la manie », ne valent que pour une analyse abstraite dans le style habituel des « théories cliniques ». Pour nous, ce qui nous importe c'est de pénétrer dans la modalité existentielle du conflit maniaco-dépressif, l'essentiel étant ce qui, sous l'état maniaque (celui de la pure festivité improblématique), constitue encore une structure de la problématique de l'existence. Et à cet égard, même à ce degré, la fuite des idées confuse et incohérente du malade exprime ce conflit existant entre la « Daseinsfreude » et l'existence esthétique d'une part, et la tendance dépressive de refus de l'existence et de sa problématique d'autre part. Le maniaco-dépressif qu'est tout maniaque procède de cette contradiction, de ce jeu hégélien des contraires qui se disputent son unité.

– Ceci conduit naturellement BINSWANGER à voir quelles différences séparent de l'ambivalence schizophrénique, la projection ou le projet, dans le monde maniaco-dépressif, de cette forme d'existence antinomique. C'est ce qu'il étudie dans son 5^{ème} article (t. 29, pp. 201 à 218).

...ambivalence schizophrénique et existence antinomique du monde maniaco-dépressif...

L'ambivalence schizophrénique réside selon BLEULER dans la coexistence de deux aspects, de deux côtés d'un concept, d'un sentiment ou d'une tendance. Cette ambivalence a quelque chose de systématique, qui résulte chez le schizophrène de la « Spaltung » de sa vie psychique, laquelle se développe en séries pour ainsi dire parallèles, et selon un mouvement rectiligne et excentrique. Il en est tout autrement de l'antinomie maniaco-dépressive. L'attitude du malade à l'égard du suicide de son père subit des variations comme si elle dépendait de positions successives à l'égard de l'objet de sa préoccupation, de telle sorte que le maniaque décrit, pour ainsi dire, autour de son objet, des mouvements rythmiques et concentriques. Il en est ainsi notamment au sujet de ce qu'on peut appeler la religiosité du malade pour autant qu'elle dépend de la position antinomique de ses désirs. Un schizophrène peut aimer et haïr à la fois et s'entêter (d'une manière « parallèle », « rectiligne » et « excentrique ») dans cette double direction juxtaposée, tandis que le maniaco-dépressif est sans cesse rejeté d'un côté ou de l'autre de l'objet et qu'il oscille à l'intérieur d'une problématique, qu'il tourne dans le cercle du bon et du mauvais, du bien et du mal, ou de Dieu et du Démon, comme on peut s'en rendre compte par le protocole des propos du malade.

La structure antinomique de l'existence maniaco-dépressive doit être également distinguée de l'aboulie névrotique, en ce sens que précisément il n'y a pas d'indéci-

1. SCHILDER (P.), Vorstudien zur einer Psychologie der Manie, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1921, 68, p. 93.

sion, mais de fortes poussées dans l'un et l'autre sens.

L'extase religieuse peut être rapprochée de l'attitude esthétique du malade. Ce serait une erreur d'ailleurs d'assimiler purement et simplement l'une à l'autre, car elles ne s'engendrent pas. Mais il y a tout de même une certaine parenté, entre leur « naïveté », qui implique la même atmosphère favorable et miraculeuse. L'absence de problèmes ou la solution du tragique de l'existence dans le salut et la beauté y sont intimement liées.

Il s'agit aussi d'une *griserie* (Rausch) qui pose la question des rapports de l'ivresse et de l'enthousiasme. JASPERS a bien indiqué comment l'enthousiasme était irréductible à une forme d'ivresse, mais il serait aussi faux de les séparer complètement que de les confondre. Ce qui est esthétiquement et religieusement vécu dans la fuite des idées peut poser la question de savoir si prédomine dans ce cas un déficit logique ou une déficience morale. Ce problème, si l'on n'y prenait pas garde, aboutirait à une confusion des plans entre l'analyse anthropologico-existentielle et la psychologie fonctionnelle plus ou moins impliquée dans les méthodes purement cliniques. Celles-ci ont tendance à considérer qu'il y a chez le malade une « perte de substance » sans tenir compte qu'une « substance humaine » ne se prête à aucune catégorie du plus ou du moins. Si on l'oublie, on engage le problème de l'existence dans une impasse.

Une première difficulté de ces méthodes « purement cliniques » est de déraciner la pensée de son fondement existentiel, et de mettre à la place une série « pensée-expression thématique », un schématisme mécanique d'associations.

La deuxième est de déraciner la conscience morale de l'existence, en passant de la série : « comportement-problématique de la réalité-existence morale » au « principe de plaisir ou de déplaisir », dans un sens sensorio-associationniste.

La troisième est de déraciner la vie esthétique de l'existence en passant de la série : désir de contact avec la réalité-absence de problématique-enthousiasme-joie existentielle, à l'ivresse biologique.

Enfin la quatrième est de déraciner l'expérience religieuse de l'existence en passant du désir mystique de Dieu et de la grâce, à la catégorie psychopathologique de la satisfaction illusionnelle des désirs comme cela se passe dans les psychoses, le rêve ou les mythes.

Toutes ces erreurs résident dans une confusion du principe du « Moi » avec le principe de « Ça » unidimensionnel. (Le Moi des psychanalystes est bien près du « Ça »). Pour en revenir à l'homme atteint de fuite des idées confuse, répétons ce que nous avons déjà dit, à savoir que dans cette confusion, le Moi, en tant que Moi-même a perdu la ligne de son existence, et que le confus se trouve livré à Soi-même (Manselbst) ou à Ça-même (Es Selbst). Cependant, ma pensée, même si elle marche toute seule, reste ma pensée, et l'expérience que nous avons de nous-même pensant, constitue une sorte d'objet par rapport à cette expérience, de telle sorte que le Moi vécu comme objet pensant, est différent de « Moi-même ». Par contre, toute prise de conscience d'un domaine d'objectivité plus large et proprement thématique, comme c'est le cas chez notre malade, nous renvoie au Moi-même. Mais ce « Moi-même » est encore plus différent du « Moi-même » « permanent » de la personnalité dans toute sa plénitude. Ce « Moi-même » « permanent » est certes un concept limite en ce sens que nous tendons, sans jamais complètement y parvenir, à assurer cette permanence. Quoi qu'il en soit, la perte du « Moi-même » constitue une expérience assez exceptionnelle pour nous mais pour notre malade elle est la règle. Même si l'effort qui définit la permanence du Moi n'est pas complètement aboli, ainsi qu'en témoignent ses tendances, et particulièrement ses tendances mystiques, les démarches de ce « Moi-même », tout

à la fois subsistant et affaibli, constituent plutôt un mode d'improvisation que de composition, et c'est en ce sens qu'on a pu parler de labilité de la conscience personnelle (BONHOEFFER) OU de conscience décomposée de « Zerfallenden Bewusstsein » (JASPERS). Mais pour nous, ces concepts n'ont d'intérêt que pour autant qu'ils exigent que soit interprété le projet du Monde (Weltentwurf) de la fuite des idées confusionnelle, selon des critères à lui immanents. Cette interprétation du monde à partir des critères immanents nous situe dans une perspective aussi différente de l'analyse phénoménologique de l'activité (Aktanalyse), de l'analyse phénoménologique du vécu (Erlebnis-analyse), ou de la psychologie fonctionnelle. C'est ainsi que l'Aktanalyse que nous retrouvons dans les recherches phénoménologiques de KRONFELD, de MAYER-GROSS, de FISCHER, VON DOMARUS, rapproche l'analyse de l'intentionnalité de la conscience, certains concepts qui appartiennent à l'histoire naturelle des fonctions.

Quant à l'Erlebnisanalyse telle que RUMKE l'a appliquée aux vécus de bonheur, et que MAYER-GROSS l'a appliquée aux formes oniroïdes de la conscience, elle laisse de côté la structure proprement ontologique ou anthropologique du malade (notamment les études de MAYER-GROSS tendent à effacer les différences proprement structurales qui séparent dans le cadre des expériences oniroïdes, toute une série de formes plus ou moins intenses de fantastique). Dans notre cas par exemple, il existe bien une certaine trame « imaginaire » qui se retrouve aussi bien avant la psychose que dans la psychose, et il serait très difficile de distinguer de ce point de vue ce qui différencie ces états et les états hystériques. Il faut noter cependant l'importance de ces études, comme de celles qui s'y apparentent sur l'importance de la structure des facteurs « a priori » (dans le sens de KANT) de l'Être-dans-le-monde.

Voici maintenant l'essentiel de l'analyse que poursuit BINSWANGER dans son 5^{ème} article (t. 29, pp. 218 à 235).

A. – *Le Tourbillon*. – Si nous voulons interpréter l'Être-dans-le-monde de la fuite des idées à partir des critères immanents qui constituent une véritable analyse ontologique, nous devons revenir sur les 1^{re} et 2^{me} parties de ce travail. Dans l'interprétation du monde de l'homme à fuite des idées ordonnée, nous avons choisi comme fil conducteur, le « *Stimmungsoptimismus* », forme du « *Dasein* » dans lequel il se projette. Nous avons cherché à interpréter ce monde à partir d'une exégèse qui semble être l'apanage de la richesse de la langue allemande¹. Rappelons simplement ces qualités de coloris, de clarté, de consistance de ce monde. Ici, dans la fuite des idées confuse, elles manquent et nous notons plutôt des sentiments comme la colère, l'irritabilité, le désespoir, la béatitude et la folie. D'une signification plus profonde encore sont toutes les expressions verbales dont nous nous sommes servi pour interpréter le monde de la « grande gueule ». Mais nous allons maintenant partir d'un des constituants les plus importants de la transcendance ou mondanisation de ce monde, et particulièrement du temps immanent (HUSSERL) OU de la Durée vécue (BERGSON). Chaque vécu, a dit RILKE, a son temps propre, et ainsi chaque sentiment a, pour ainsi dire, sa valeur propre de temps vécu, et inversement les modalités de ce temps font partie intégrante de la tonalité et de la diversité de ce vécu. Il suffit de se rapporter aux analyses de BERGSON OU de PROUST pour sai-

...le tourbillon...

1. Il est évident que cette analyse existentielle de BINSWANGER est presque entièrement basée sur la richesse de la langue allemande particulière en substantifs. Le nombre de ces substantifs dans l'étude que nous résumons si brièvement, chacun d'eux exprimant une nuance ou une relation existentielle propre, est prodigieux.

sir, sous la discontinuité du vécu, les qualités propres de sa durée et de son mouvement.

Dans l'interprétation de la « *fuite des idées incohérente, ou confuse* » nous avons vu que la précipitation et la soudaineté étaient des facteurs temporels fondamentaux. L'optimisme de base, la rapidité du mouvement du monde, l'élargissement de l'horizon de ce temps et son infinité constituent la trame de l'impulsivité optimiste et aussi de la « grande gueule », qui se fonde, comme modalité d'existence du rapide et du « subit », sur des qualités temporelles propres. L'homme est alors en éruption comme un volcan, et son effervescence, sa fièvre, sont existentiellement « momentanées ». C'est en ce sens que SCHILDER a pu dire que pour le maniaque il n'y a rien de définitif, rien de permanent. Ces qualités de temporalité coïncident justement avec des valeurs morales, en tant que l'improvisation, ce qui est bâclé, ce qui est vécu sans opiniâtreté et continuité, l'est aussi sans sérieux, de telle sorte que cette brièveté de la durée vécue s'accorde avec le mouvement même et l'abandon de la danse. L'hyperbole de la grandeur (toute-puissance, grande gueule, grossièreté) constitue aussi une forme de vécu qui exige que d'un bond soient sautés tous les degrés d'espace et franchis les moments du temps, comme si leur élargissement était porté à l'infini par la joie existentielle de la festivité. L'espace, gonflé de cette danse qui est à la fois une fête et une récompense ¹, en est comblé ².

Cette forme esthétique d'existence est moins éprouvée par le malade dans un sentiment de beauté, qu'éprouvée sur le registre des valeurs morales comme une absence de soucis (Sorge ³) et d'occupations sérieuses (Arbeitslosigkeit). On doit entendre cette absence comme une qualité temporelle du Dasein du maniaque qui n'a rien à faire ni aucune crainte à avoir, de sorte que l'interprétation de cette temporalité immanente c'est essentiellement le saut. Comme l'a bien vu HEIDEGGER, l'impatience, la curiosité, cette dispersion et cette trépidation dans le temps constituent l'impossibilité de s'arrêter au moment.

Sans doute l'absence d'inhibition, de repos, emporte l'homme hors de lui, et pour ainsi dire sans responsabilité, dans une existence purement actuelle. La forme de cette agitation est, d'après HEIDEGGER, le Tourbillon (der Wirbel), c'est-à-dire cette forme de mouvement qui trouve en lui-même sa propre propulsion. C'est en ce sens, *qu'emportée* dans un présent ⁴ toujours renouvelé, l'existence devient comme étrangère au passé et au futur. On peut dire que la temporalité a perdu son relief, s'est nivelée, le

1. Pour exploiter ici les ressources de la langue française, nous pourrions dire que le monde du maniaque est plein de grâces, en prenant le mot dans son double sens de merveilleux soutien et de charme.

2. Pour exploiter encore les richesses de la langue française, nous pouvons dire que le monde maniaque est comble (plein) et comblé (de grâces).

3. « Sorge » est un mot très employé dans les philosophies existentielles. On le traduit généralement par « soucis ». Il correspond au mot latin « cura ».

4. Dire que le maniaque est emporté dans un présent toujours renouvelé équivaut, selon nous, à dire qu'il n'y a pas pour lui de présent. Le présent est en effet ce moment du temps vécu que la conscience construit normalement aux dépens du passé et de l'avenir et qui marque dans le courant temporel une « pause », pause dans laquelle s'inscrit la situation présente réellement vécue. Même quand la conscience normale se plonge dans le passé, l'imaginaire ou le futur, c'est entre les parenthèses de la situation réelle du maintenant qu'elle vagabonde mais sans cesser de pouvoir toujours se reprendre. C'est précisément cette capacité d'organiser le présent en événement qui groupe dans le même moment les péripéties et les perspectives simultanées d'une situation « réellement », « sérieusement » présente qui fait défaut au maniaque. C'est en quoi, son présent n'est qu'une phase sans cesse renouvelée du tourbillon qui l'entraîne.

...absence de soucis (Sorge) et d'occupations sérieuses (Arbeitslosigkeit). On doit entendre cette absence comme une qualité temporelle du Dasein du maniaque...

malade glisse dans le temps, et quand il nous a parlé du plu beau moment de son existence, c'est moins pour se référer à la structure de ce *moment* qu'à sa qualité d'*instant* instantané.

B. – *Le retour à.* – Notre malade qui vit « le plus beau moment de sa vie » revient vers son père, et un des caractères thématiques les plus importants de ses propos, réside dans ce « toujours – de nouveau – en arrière – revenir ». Ce « toujours de nouveau » constitue une qualité propre de sa structure temporelle et aussi une manière d'être fidèle, une manière de retour aux personnes et aux objets aimés comme pour se retrouver pour ainsi dire soi-même. Ce retour à soi exprime le besoin de cesser de vivre à la périphérie de l'existence, c'est-à-dire dans cette région improblématique de l'existence qui ne comporte pas de soucis. Or, nous voyons que, constamment, le malade revient vers la problématique à l'égard de son père, sa mère, ses devoirs, sa culpabilité, comme si dans le monde chancelant qui l'emporte, il tentait de s'accrocher au fond de lui-même. Il est un peu comme un danseur enragé qui se glisse subrepticement hors dû tourbillon de la fête vers sa bonne amie qui l'attend derrière une colonne. Par là ce besoin de « prendre appui » constitue un retour sur soi, et comme un refuge dans les couches les plus profondes et solides de son existence.

...ce « toujours – de nouveau – en arrière – revenir »...

C. – *La Satisfaction des désirs.* – Nous devons nous demander, au sujet de ce phénomène psychanalytique, non pas pourquoi la satisfaction des désirs prend la place de la réalité. Le désir en tant que tendance à la transformation du monde, dépend naturellement de la réalité et de la modalité d'appréhension de ce monde. Exister dans un monde sur lequel nous ne voulons pas avoir une influence, c'est, vis-à-vis de lui, rester béatement sans désirs, en supprimant la problématique du monde ; c'est se contenter d'être satisfait dans un monde aussi inerte que nous-mêmes. Plus notre monde, par contre, est volatil, plus facilement peut être transformé, et plus nous-mêmes sommes légers et avides d'une avidité repue. L'optimisme fondamental (Stimmungsoptimismus) constitue une telle volatilité. Conformément au principe que « *l'individualité est ce que le monde est pour, elle* », à cet optimisme volatil, correspond également un monde qui est « lui-même » volatil. Le Monde et le Moi sont ici également fluctuants, et qu'il s'agisse de cette forme d'optimisme que nous observons dans le surmenage, dans le rêve, ou dans la manie, tout y paraît possible, s'effaçant la distinction entre la réalité et l'imagination. L'une et l'autre se confondent. Si nous avons affaire encore à une forme d'existence ou « à côté », ou « sous » l'optimisme fondamental (c'est-à-dire à ce plan du glissement sur les choses, les hommes et les problèmes), c'est qu'il y a une autre couche existentielle qui remet en question le sérieux de l'existence et fait difficulté, difficulté qui doit s'accommoder du monde optimiste. Comme il n'y a pas de sujet sans monde, cette exigence constitue une conduite qui modifie aussi le monde, et en tant qu'ayant un désir, mon monde est différent de celui qui n'a pas de désir. Mais quand au milieu d'une sorte d'insouciance (Sorglosigkeit), d'une atmosphère de vertige, surgit un désir, celui de retrouver sa propre constance, dans cette « *confusion* » qui est l'objet de cette analyse, pour autant que prédomine la recherche de soi, l'ipséité (Selbstheit), les soucis, les désirs, il y a une tendance à la transformation du monde, et pour autant que prédomine la festivité vertigineuse du Dasein, il y a indifférence, insouciance, laisser-aller, non seulement du Moi, mais aussi de la structure du monde. Le monde se construit d'après le désir, le désir du Triomphe de la réalité. Qu'est-ce à dire ? Ceci que dans le comportement du désir, dans l'imagination pathologique, la conscience de la fictivité de la fiction est perdue.

...la volatilité...

Mais l'essentiel est de savoir comment se constituent la temporalité et l'histori-

té de cette existence, au contraire de l'homme normal, qui, même lorsqu'il s'abandonne à son imagination, ne cesse jamais de pouvoir se ressaisir dans cette modalité de fantaisie. Il n'y a, à proprement parler, plus aucune historicité. Le maniaque vit en effet dans un bondissement continu des positions momentanées de la trajectoire de son histoire vécue, et, pour se réveiller de ce rêve il doit s'en affranchir. Tout le problème consiste à se demander maintenant quels rapports précisément il y a entre ce Moi sans historicité de la confusion maniaque, et le Moi qui est celui de la trajectoire interne et vitale de l'histoire de la personne ¹.»

BINSWANGER en vient alors à ses conclusions (6^{ème} article, t. 30, pp. 68 à 85).

« *Conclusions* – 1° La méthode ici employée consiste à faire converger sur la fuite des idées maniaques, diverses perspectives, celle des sciences de la nature, celle de la pathologie, et celle de l'anthropologie. Le nœud méthodologique de cette synthèse est constitué par l'idée fondamentale de l'existentialité. C'est pourquoi notre méthode est essentiellement celle d'une anthropologie existentielle, qui se donne pour tâche de découvrir les possibilités de la facticité de l'existence. A cet égard, la fuite des idées est l'objet d'un jugement, ou plus généralement d'analyses psychologiques morales et diagnostiques. Pour autant qu'une pareille méthode s'éloigne de la méthode proprement clinique, elle met en évidence, dans la fuite des idées, une certaine manière d'être-au-monde, dont la structure existentielle correspond à cette forme d'existence qu'HEBERLIN a appelée la « vie esthétique », qui doit être prise ici comme une structure globale de l'Être.

– 2° *La structure anthropologique existentielle de la fuite des idées.* Le bond et le saut constituent une des modalités fondamentales de l'Être-au-monde de la fuite des idées. Le caractère bondissant de la « pensée » n'est qu'une manifestation d'une structure plus profonde et plus globale d'une modalité bondissante et glissante du Dasein de l'homme. La description de cette modalité est faite ici en mettant en évidence huit caractères essentiels :

- 1) les caractéristiques spatiales de l'Être-dans-le-monde : grandeur des perspectives, plénitude de l'espace, etc..
- 2) caractéristiques de la temporalité de l'Être-dans-le-monde : absorption du passé et de l'avenir dans le présent, sans possibilité de s'arrêter au moment, précipitation, tourbillon, répétition, incessant retour au passé, etc...
- 3) structure de la consistance de l'Être-dans-le-monde : volatilité, légèreté, plasticité, élasticité.
- 4) structure de l'éclairage de l'Être-dans-le-monde : luminosité, clarté.
- 5) structure des coloris de l'Être-dans-le-monde : roséité, vivacité des coloris.
- 6) structure de la tonalité thymique (Gestimmtheit) : joie et festivité du Dasein, danse, optimisme.
- 7) structure de la projection dans le monde ² : dilution dans les contacts avec les autres, et notamment par les expressions verbales qui constituent une sorte de jeu ou d'expectoration, plutôt qu'une conversation.
- 8) structure de la personne de l'Être-dans-le-monde : par le ratatinement

1. Nous reviendrons avec BINSWANGBR sur ce point dans notre Étude n° 27.

2. L'auteur emploie les termes : Verfallen et Geworfenheit qui impliquent l'idée de « tomber » et de « se jeter » dans le monde.

...Le nœud méthodologique de cette synthèse est constitué par l'idée fondamentale de l'existentialité...

(Schrumpfung) de la structure de la temporalité, et par suite de l'inconsistance de soi-même en tant que forme suprême et constante du Moi, apparaît une forme d'exister dans le tourbillon et le chancellement des formes fondamentales de liaison du Moi et d'autrui, comme par exemple des formes de rapports fils-père et mère et fille-mère.

Ce mode bondissant, flottant du « Dasein » de la fuite des idées, correspond à toutes ces qualifications qui, d'un point de vue tout à la fois clinique et moral, reviennent sans cesse : fuyant, relâché, superficiel, aisé, inconsistant. En un mot, le niveau des rapports du Moi et du Monde est inférieur à celui de la pensée réfléchie.

L'expression de niveau est ici employée au sens d'une structure d'orientation significative générale (Allgemeine Bedeutungsrichtung). L'auteur précise bien que cette expression de niveau est ici employée pour désigner une « région » des rapports du moi et du monde qui correspond à ce qu'on peut appeler l'espace objectif (celui qui peut être le plus petit ou le plus étroit) et le temps objectif (celui qui peut se raccourcir) mais « région » qui est celle-là même où peuvent se « situer » aussi l'éloignement ou le rapprochement du monde des objets, la momentanisation du temps, la dépendance de la sphère des significations à l'égard des instances externes ou internes, etc... et même les péripéties du Moi en tant qu'il se cache ou qu'il se fuit. C'est dire en quel sens général est ici pris le terme de nivellement des rapports du Moi et du monde puisque ce niveau correspond à une manière d'Être-au-monde prise sous son aspect le plus global d'un Dasein de joie et de festivité.

...L'auteur précise bien que cette expression de niveau est ici employée pour désigner une « région » des rapports du moi et du monde...

3° *Anthropologie et clinique.* Ce que nous venons de désigner comme une forme bondissante, vacillante ou flottante de Dasein, est envisagé du point de vue de la clinique comme une modification des fonctions vitales pensée sous la catégorie de l'intensité d'une activité fonctionnelle, psychologique ou physiologique de fonctions isolées, car la pathologie renvoie nécessairement à une intégrité fonctionnelle à l'égard de l'homme moyen, c'est-à-dire à une définition du pathologique par un écart relativement à la normale. Mais au terme de nos analyses, cette forme pathologique d'existence ne peut pas se définir seulement par ce point de vue quantitatif mais exige que nous les saisissions au point de vue de l'existence humaine, comme une forme particulière de cette existence. Du point de vue pathologique des questions très importantes ont été très discutées en ce qui concerne la localisation. Si dans nos cas nous ne pouvons pas dire qu'ils relèvent d'une pathologie du tronc cérébral, nous pouvons dire que des structures analogues peuvent se rencontrer dans la pathologie du tronc cérébral.

Il est évident en effet qu'une modification du fonctionnement nerveux représente toujours une modification de la structure de l'homme.

4° *Psychopathologie de la fuite des idées.* L'ancienne psychopathologie, celle du temps de LIEPMANN, étudiait la fuite des idées selon les catégories de la psychologie associationniste. Nos analystes ont mis en évidence un certain nombre de facteurs, et la question est de savoir en quoi cette nouvelle psychopathologie se rapproche ou s'éloigne de l'ancienne.

Nous avons mis en évidence comme facteurs constitutants :

- 1) La tonalité d'humeur optimiste.
- 2) La conscience de qualités spatiales particulières.
- 3) Un tempo interne, en nous référant aux qualités de précipitation, de hâte, de course du vécu de la pensée.
- 4) La volatilité et le fondu de la pensée.

5) La confusion des significations, comme dans le rêve.

6) La prévalence de la projection sur autrui, particulièrement dans les manifestations verbales (cf. notamment l'analyse de la « grande gueule ») et de la logorrhée.

Autant dire qu'il s'agit de modalités de qualités qui sont irréductibles à ces concepts quantitatifs (vitesse et autres attributs plus ou moins grands de la pensée). Il s'agit dans la fuite des idées qu'elle soit « plus ou moins » ordonnée ou incohérente, qu'elle soit plus ou moins nivelée, de modifications profondes de la possibilité de poser et de vivre la relation du Moi et du monde. Si l'on parle de « degrés » (Graden) ou d'échelons (Stufen) il ne peut s'agir que de niveaux de la conscience de la réalité (Realitätsbewusstsein) mais au sens le plus fort du mot, c'est-à-dire pour autant que celle-ci englobe à la fois les désirs et l'imagination, et à condition de voir clairement le sens existentiel du désir de sa satisfaction et de l'imagination, c'est-à-dire, comme nous l'avons vu dans l'analyse de la fuite des idées, leur rapport avec la spatialité, la temporalité, l'historicité, l'ipséité, la parole, la joie et la festivité du Dasein.»

*
* *

Il est bien difficile d'ajouter quoi que ce soit à ces analyses si riches et proprement exhaustives. Nous voyons qu'en fin de compte BINSWANGER aboutit à cette conclusion que l'existence maniaque, le « Dasein » maniaque, est une modalité régressive de l'être. Fort justement, il fait remarquer que la notion de « niveau » ne doit pas être prise comme il l'est trop souvent, dans un sens quantitatif et c'est pourquoi depuis notre premier mémoire (en collaboration avec ROUART ¹) nous avons toujours parlé de niveau structural, entendant par là qu'un type de conscience morbide est non pas seulement une baisse de régime, une chute de tension mais une organisation des courants intentionnels de la conscience. Aussi bien, traiter la « manie » selon cette perspective *organo-dynamiste*, c'est précisément montrer la conscience du maniaque comme altérée et diminuée (c'est ce qui constitue sa structure négative et formelle) mais aussi comme organisée par un courant de significations qui constitue une expérience originale des relations humaines (c'est ce qui constitue sa structure positive). La dialectique qui unit ces deux dimensions vitales de l'état maniaque unit l'*impuissance* à un *besoin* : impuissance de s'arrêter et besoin d'aller toujours de l'avant. C'est en ce sens que la structure de la manie est essentiellement temporelle. Mais ce serait une grave erreur de croire que cela signifie que l'être psychique du maniaque est bouleversé dans ses assises biologiques les plus fondamentales. C'est là l'erreur qui est contenue dans la théorie « thymique » de la maladie considérée comme un trouble pour ainsi dire mécanique de l'humeur. Ce qui est troublé, c'est le déroulement de la conscience dans le temps en tant que ce déroulement constitue cette qualité de la conscience par quoi elle s'accorde au mouvement interne de ses désirs et au déroulement de son histoire. Cette

...Ce qui est troublé, c'est le déroulement de la conscience dans le temps en tant que ce déroulement constitue cette qualité de la conscience par quoi elle s'accorde au mouvement interne de ses désirs et au déroulement de son histoire...

1. H. EY et J. ROUART, Essai d'application des principes de JACKSON à une conception dynamique de la Neuro-Psychiatrie, *Encéphale*, 1936.[NdE : EY H. *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*. Toulouse : Privat, 1975].

harmonie est ici rompue par un saut, une accélération, une avidité, un élan qui dévore le temps, le consomme et le consume. La conscience maniaque saute en même temps hors du temps et des disciplines de son organisation en tant que celle-ci exige tout à la fois la patience et qu'elle prescrit un ordre de succession et de subordination des actions. Elle perd sa « direction » dans la double acception du terme : son *sens* qui est de diriger son courant vers le présent – son *contrôle* qui est la légalité même de l'ordre qu'elle impose normalement à l'organisation de son champ d'action. C'est tout cela qui est impliqué dans la phénoménologie de ce que l'on appelle parfois « un simple trouble de l'humeur ».

STRUCTURE NÉGATIVE DE LA MANIE

Qu'il s'agisse d'un état d'« excitation » cela est évident, mais encore faut-il s'entendre et on peut se demander si l'excitation psychique ne doit pas être interprétée davantage comme un effet de « libération ». C'est évidemment la thèse que nous soutenons et en cela nous prenons le contre-pied des vieilles conceptions mécanicistes. Pour PINEL, la manie était caractérisée par une « surexcitation nerveuse ». Pour MENDEL (1871) c'était une maladie fonctionnelle du cerveau caractérisée par « l'accélération malade de l'excitabilité des centres moteurs ». Pour MAGNAN, « ce qui domine dans la manie, c'est la suractivité cérébrale, c'est l'exaltation de tous les centres corticaux... où se trouvent déposées les images acquises » par nos sens : la zone psychomotrice n'échappe pas à cet éréthisme général ». Ainsi, la manie a pu être considérée comme une sorte de « plus-value » de l'activité psychique, un état d'hyperproductivité et tout le tableau clinique a été rapporté à un « trouble fondamental » : l'exaltation du ton affectif, l'hyperthymie, sans que l'accent soit mis sur le caractère déficitaire fondamental de la vie psychique maniaque. Que l'excitation maniaque soit un état d'amoindrissement, une baisse de niveau c'est pourtant ce qu'il ne faudrait pas oublier. L'ouvrage de DERON est à cet égard bien intéressant. Pour lui, l'euphorie, l'état hyperthymique n'est que contingent dans la structure profonde de la pensée maniaque (p. 30 à 35). Ce qui, par contre, est essentiel, c'est un « trouble de l'attention volontaire ». C'est ce trouble qui entraîne le déchaînement de l'automatisme. Pour si atomistique que soit encore cette opinion, elle représente une tentative pour approfondir l'étude psychologique et clinique de la manie et, à ce titre, elle mérite que nous nous y arrêtions.

« Quand le trouble intentionnel n'est pas trop intense, la fugacité des idées et l'hyperévocation automatique augmentent leur stock habituel ; l'attention volontaire peut encore faire effort d'une manière plus ou moins continue et rendre utilisables les matériaux fournis par l'automatisme... Aussi, l'intelligence dans les états maniaques semble être plus riche et plus brillante. L'imagination s'en trouve exaltée et l'on obser-

...on peut se demander si l'excitation psychique ne doit pas être interprétée davantage comme un effet de « libération »...

ve les combinaisons les plus singulières et les créations les plus fantastiques. C'est alors que l'on peut observer des productions artistiques ou littéraires de quelque valeur, d'heureuses spéculations : c'est dans ces cas qu'on a pu parler d'élévation du malade au-dessus de lui-même. Dans les cas très légers, écrit KRAEPELIN, l'excitation... peut dans certains cas libérer des forces qui sans cela seraient restées latentes. L'activité artistique particulièrement l'est plus encore par la facilité nouvelle de l'expression verbale ».

« A un degré plus marqué du trouble intentionnel, il n'y a plus richesse apparente, mais seulement instabilité, les idées se pressent et s'associent en foule mais l'attention soutenue est impossible en dehors des courts instants où l'effort volontaire peut encore permettre à un petit nombre de faits psychiques utiles de durer un temps suffisant : l'évocation automatique, si fidèle et si riche soit-elle, ne sert plus de rien, le malade ne contrôle pas, ne choisit rien parmi les associations parasites ; les représentations incohérentes ne peuvent plus diriger l'activité dans une voie raisonnable et pratique, et c'est inutilement que se ravivent les états de conscience antérieurs. L'activité psychique est réduite aux seules ressources et au hasard de l'automatisme. Au maximum du trouble, dans la pensée essentiellement instable les idées sont ébauchées et de plus en plus fugitives ; il y a désagrégation de l'idéation et l'on n'observe plus que *la fuite incohérente des mots et des images*. La conservation des états de conscience pendant l'accès paraît défectueuse, bien qu'il soit le plus souvent impossible d'apprécier exactement à ce moment les défauts de la fixation mnésique, à cause du trouble de l'attention qui met le malade hors d'état de répondre. Mais après la guérison, on s'étonne fréquemment de constater que des éléments que l'on croyait fixés ne l'ont été qu'incomplètement et superficiellement ».

Ainsi, le trouble fondamental, d'après DERON, n'est pas l'exaltation du ton affectif, c'est un trouble de la « synthèse psychique ». « L'état maniaque, écrit-il encore (p. 35), ne construit pas », et il dit ailleurs « l'excitation des états maniaques intenses apparaît comme un état de basse tension ». Et c'est là, croyons-nous, un premier point essentiel.

C'est dans ce sens, en effet, que nous voudrions brièvement présenter une analyse structurale de la manie qui lui restitue son caractère fondamental en la faisant apparaître comme un niveau de déstructuration de l'activité psychique qui comporte essentiellement une structure négative. Sans doute le tableau clinique de la maladie étant caractérisé par une extrême exaltation de l'activité psychique inférieure, donne bien l'illusion qu'il n'y a pas de troubles déficitaires, mais l'analyse de l'état maniaque permet cependant de mettre au premier plan du point de vue clinique et pathogénique la décomposition du champ de la conscience.

1° *Fléchissement des fonctions de synthèse. Déstructuration de l'activité réflexive.*

L'automatisme et les troubles de l'attention ont toujours été donnés comme une constante du tableau clinique. Ils sont, pour DERON, fondamentaux comme nous

...Sans doute le tableau clinique de la maladie étant caractérisé par une extrême exaltation de l'activité psychique inférieure, donne bien l'illusion qu'il n'y a pas de troubles déficitaires...

venons de le souligner. Qu'est-ce à dire, sinon que les opérations par lesquelles l'esprit s'engage dans l'observation, la réflexion, le choix méthodique et l'effort soutenu sont impossibles ? Les grandes synthèses de la mémoration et de l'orientation sont troublées non dans ce qu'elles ont de simple, mais dans leurs fonctions élevées (ordre chronologique des souvenirs, cadres temporo-spatiaux nets et hiérarchisés, développement de l'action dans un ordre de succession mesuré). La perception du réel est hâtive et superficielle. Les mécanismes profonds de la pensée, l'emploi contrôlé et attentif des schémas qui organisent et forment le flux intuitif sont défailants. Il manque à la vie psychique sa véritable dimension : la profondeur, d'où sa *volatilité*. Tous les processus se déroulent en surface faute de pouvoir accéder à une véritable construction patiente et pondérée.

La pensée s'évapore, glisse, sans pénétrer ni s'attarder et le relâche ment, la dispersion, le gaspillage d'énergie utile, favorisent la poussée des instances inconscientes et automatiques.

2° La pseudo-lucidité de la conscience maniaque. Déstructuration de la pensée vigile.

On va répétant que le maniaque est lucide, hyperlucide. Mais cette illusion qui n'est pas seulement celle du malade mais aussi celle de l'observateur superficiel, cette illusion est bien une illusion. Sous l'exubérance, le faux-semblant et « l'hyperlucidité » apparente, sous cette fausse clarté il y a déjà un crépuscule de la conscience. Le plus souvent, comme le notait KRAEPELIN, le maniaque vit sa crise comme dans une sorte de brouillard, et, même quand il la sent, comme un merveilleux accroissement de ses facultés, il est le premier à reconnaître « quand il se réveille » qu'il était, comme le rêveur, jouet d'une illusion. DERON l'a noté et BINSWANGER, nous l'avons vu, a fait de cette qualité inférieure de « Dasein » maniaque, la pièce maîtresse de ses analyses. La fixation des souvenirs ne correspond pas à l'idée que l'on se fait généralement de la clarté « excessive » de la conscience du malade. « Après la guérison, écrit DERON justement, on s'étonne fréquemment de constater que les éléments qu'on croyait fixés ne l'ont été qu'incomplètement et superficiellement » (p. 23). Le défaut de souvenirs proviendrait selon lui d'une insuffisance de schématisation des idées. Il ne paraît pas exceptionnel de constater en clinique des amnésies beaucoup plus profondes qu'on ne l'admet généralement de toutes les expériences vécues pendant l'accès maniaque. C'est que tout le vécu est flou et inconsistant, comme si celles-ci s'épuisaient dans l'intuition instantanée, sans relief et sans perspective. Mais il y a plus, et plus souvent encore qu'on ne l'imagine, la manie nous laisse déjà pressentir l'organisation oniroïde de la conscience. La réalité s'efface, les synthèses objectives de construction de

...sous « l'hyperlucidité » apparente, sous cette fausse clarté il y a déjà un crépuscule de la conscience...

l'unité de la personne et du réel sont imparfaites ¹. La conscience vit avec discontinuité et rapidité des événements fictifs et furtifs sans permettre toutefois une organisation durable de la fiction thématique toujours évanescence mais sans cesse renouvelée. L'atmosphère du vécu est ainsi moins chargée de drame que celle du rêve, mais elle « le rappelle » ou, plus exactement, déjà le laisse présager. La manie se joue sur le plan d'une imagerie inventée, luxuriante, vive, qui se tient entre la réalité objective à laquelle elle adhère et la « réalité » onirique qu'elle n'atteint pas. C'est, comme nous le verrons, le plan même de la fabulation, c'est-à-dire du jeu imaginaire.

3° *Déstructuration temporelle-éthique.*

L'affectivité est constituée par des « forces instinctives », par le « tonus vital » qui anime l'activité intellectuelle et la personnalité. Ce sont des « fonctions de base » certes, mais l'erreur qui consiste à voir dans la manie un simple trouble olothymique (MAIER) que l'on se figure basique et élémentaire, doit être dissipée. L'affectivité n'est pas touchée à sa base par une exaltation primitive du biotonus (EWALD), elle est atteinte secondairement par suite d'une modification plus globale de l'activité qui intègre ses tendances dynamogènes dans des actes réfléchis et adaptés. On peut dans une première approximation, et en recourant aux banalités habituelles, dire que c'est l'appareil fonctionnel de contention, d'inhibition et de régularisation du « tonus vital » ou de « l'équilibre instinctivo-affectif » qui est lésé, et que l'affaiblissement du contrôle du flux affectif, par les instances intellectuelles, constitue l'essentiel du déficit fonctionnel : d'où l'anarchie de la vie psychique en tant que celle-ci cesse d'être représentation réfléchie du réel, d'où aussi la ruée des forces instinctivo-affectives « libérées » qui se répandent en désordre tumultueux et stérile, la mémoire devenant une mémorisation chaotique, l'idéation un miroitement d'images, et le jugement se dissolvant jusqu'à n'être plus qu'une acceptation des croyances assérvies, monde verbal et figuré du désir. Mais pour caractériser cette impétuosité de mouvement vertigineux, comme nous l'avons vu avec BINSWANGER, il ne suffit pas d'invoquer une rapidité objective, mécanique et en quelque sorte primitive de la pensée, ni de faire appel à la force des instincts déchaînés, il faut comprendre que la vitesse de la pensée et la force « libérée » entrent dans une structure plus globale de la conscience qui s'organise comme une forme originale et actuelle d'existence, celle d'une vertigineuse *impossibilité de s'arrêter*. Élan plus que mouvement passif, projection et jeu d'élation que mouvement communiqué, le trouble fondamental de la manie réside dans cette frénésie qui pousse le maniaque à ne se soumettre à rien, ni au présent ni au réel, ni aux convenances,

...une vertigineuse impossibilité de s'arrêter...

1. LEWIN (B. D.), *Psychoanalysis of Elation*, insiste très heureusement (pp. 82 à 101) sur l'analogie de la manie et du rêve.

ni aux conseils, ni à son intérêt, ni surtout aux impératifs sociaux ou moraux. Cette course éperdue, cette insatiable et tourbillonnante manière d'être au monde, c'est-à-dire de ne s'arrêter à rien, de ne s'arrêter pour rien au monde, ni au présent qui requiert une relative immobilité, ni aux disciplines éthiques ou logiques qui exigent un retour en arrière, une réflexion, nous la saisissons ici d'abord comme une impuissance, une nécessité qui soumet la forme de la conscience à un type de déstructuration propre, la désorganisation de l'ordre temporel-éthique. Nous devons souligner et une fois pour toutes ce que nous entendons par « *structure temporelle-éthique* » et déstructuration temporelle-éthique. La conscience normale (cf. notre note 4 p. 82) a la faculté de constituer le présent (non point celui de l'instant qui s'inscrit en heures ou en minutes sur le cadran de l'horloge mais ce présent qui est la situation actuellement et réellement vécue comme « l'événement qui est en train de se passer »). Or ce présent exige un équilibre, une pause, une pondération, une « réflexion » qui subordonnent les moyens par rapport à la « fin » de l'événement présent, qui modèrent les élans intempestifs, la précipitation, l'impatience, qui règlent le déroulement des instances successives dont se compose ce présent, etc. C'est-à-dire que la conscience a normalement une *structure temporelle-éthique* en tant qu'elle oriente et tempère le *sens* du courant de son vécu. La déstructuration de cette structure, son *dérèglement* maniaque – et nous verrons qu'il est de même mais en sens inverse pour la mélancolie – doit s'entendre tout à la fois comme une précipitation tumultueuse hors de la « mesure » du temps vécu et comme un déchaînement de l'avidité dévorante des désirs. Et c'est pour quoi nous parlons ici, rejoignant les analyses de BINSWANGER et celles de HESNARD de *déstructuration temporelle-éthique*, ce que l'on doit entendre comme une désorganisation de l'organisation simultanée de l'« attention de la vie présente » et de la problématique du présent. En ce sens cette déstructuration est la même que celle de « *l'émotion* » qui dans la joie ou la colère « déchaîne » les tendances, précipite le sujet « hors de lui » ou l'en traîne irrésistiblement. Mais ici il s'agit d'une émotion irréversible qui se déroule non pas comme un événement intégré dans l'existence mais comme une rupture de la continuité historique de l'individu : c'est une « crise ». Désordre de l'ordre temporel par impatience, et désordre éthique par insouciance, ce désordre n'est pas seulement un vide et une désorganisation, il suppose encore une organisation, une forme d'existence, et c'est elle qui constitue la structure positive de la manie. Cela nous suffit ici pour rendre évident que le fait primordial de la manie, c'est d'être un tourbillon qui emporte et déchaîne la conscience hors des lois constitutives d'un réel « présent », c'est-à-dire du sens même de sa direction.

...ce que nous entendons par « structure temporelle-éthique »...

STRUCTURE POSITIVE DE LA MANIE

Ce besoin de *dévor*er qui « excite » le maniaque, est vécu comme un jeu, un jeu imaginaire et un jeu de pulsions ¹.

Ce sont ces trois aspects cliniques de la structure intentionnelle de la conscience maniaque que nous devons maintenant retrouver ici.

1° *Le comportement de jeu.*

Le maniaque « joue. » Il s'amuse. Sa gesticulation, sa mimique, ses inventions et ses aspirations, tout son comportement, ses grimaces, ses bouffonneries, son maniérisme, son emphase, sa puérilité, ses facéties, son humeur espiègle, sa jovialité familiale, toute son activité en un mot, est empreinte, comme nous l'avons vu, d'une signification ludique, c'est-à-dire que pour lui le monde n'est pas sérieux d'une part, et que, d'autre part, ses fantaisies sont vécues elles-mêmes comme une réalité sans réalité, dont il use et s'amuse comme d'un hochet, d'une chose soumise à son plaisir, juste assez « objective » pour lui donner l'impression qu'elle est une « chose », juste assez « subjective » pour qu'elle lui donne l'impression d'en être maître. Tout est vécu par le maniaque dans cette perspective optimiste et hyperbolique. Il entoure d'un halo imaginaire les objets, les personnes, les événements, et il confère au monde objectif les valeurs artificielles à la mesure de son seul désir. Ce double mouvement intégré dans l'euphorique ivresse d'une action sans cesse divertissante définit le jeu, ce jeu, qu'il projette devant lui, « hors de lui ». Il jongle avec ses idées, ses illusions, ses troubles, il s'amuse de ses gestes, il se grise de ses mouvements, s'enthousiasme de ses mots comme il tire du plaisir de tout, d'un bouton de porte, de ses pieds, de sa voix. Sa verve intarissable se joue de tout, extrait le comique des moindres banalités. Il se délecte, infatigable, des plus minuscules riens, poursuivant inlassablement sa sarabande, sa ronde endiablée. Toute la manie est là, dans cette impossibilité d'adhérer au vrai réel ² et dans ce besoin de caresser un réel ductile et plastique qui se plie au gré de ses caprices, impossibilité déjà impliquée dans les troubles négatifs et besoin grossi par la poussée des forces qui exigent de se satisfaire et de se rassasier. Même quand la manie ne se joue plus « en clé de joie », même quand elle comporte la note fréquente d'une colère elle-même feinte ou caricaturale, c'est encore dans le cadre ludique que le comportement maniaque ne cesse de se mouvoir. Car être maniaque c'est *jouer* et *jouir*.

1. Comme le rêve. Nous renvoyons à ce que nous avons dit de la structure fantasmique de la manie dans notre Étude n° 8 (t. I).

2. C'est une illusion, entretenue par l'usage du concept inadéquat de « syntonie » ou pire encore de la notion d'« hypersyntonie » qui fait croire à la « projection » du maniaque dans la « réalité », car son jeu traverse la réalité, la déjoue.

2° *Le jeu imaginaire. La fiction.*

La fabulation est sur le plan de l'imaginaire ce qu'est le jeu sur le plan du comportement. Prenons, au hasard, un exemple, écoutons une malade : « J'ai fait la prostitution avec mon père. Y a donc une terre, dis... Beethoven? Maintenant (elle voit le médecin fumer). J'ai assez fumé. Je me serais mariée, même avec trois nègres. Je serais même un cochon si tu veux... Je te remercie beaucoup ; je te rapporterai comme tu as été crié... Je vous ai déjà vu au cinéma, je ne sais pas dans quoi tu es poussé... T'es donc un carabin? Tu as fait du cinéma ?... tu as chatouillé le nez de maman ?... J'ai fait un enfant qui était mort... Il est jour et nuit en même temps. J'avais perdu mon esprit, mon père a changé de figure. Quand il fait kalt, il fallait se réchauffer avec un pied-de-nez tout neuf, etc... » Et voilà à nouveau sous nos yeux la fuite des idées, cette vapeur de rêve, ce bavardage inconsistant et rapide qui coïncide si exactement avec la pensée que celle-ci ne peut pas ne pas s'exprimer sans celui-là, car chez le maniaque, tout ce qui est pensé est parlé. Une telle « verbo-idéation » se soutient à l'aide de souvenirs, de récits, d'apostrophes et de monologues. Quelle valeur de réalité peut s'attacher à cette fabulation verbale ? Ce n'est pas du délire, dit-on, car le sujet « n'y croit pas », et l'ensemble pensé et exprimé reste comme suspendu dans une demi-réalité, celle de l'inconsistance verbale. Mais ce n'est pas non plus, certes, une pensée strictement adaptée au réel comme un jeu contrôlé. Fuite des idées, délire verbal, fabulation, propos incohérents, de quelque nom que l'on désigne le phénomène, il n'en demeure pas moins dans son essence une sorte de demi-délire, soit qu'il se projette dans une réalité faussement vécue et tende à s'identifier au délire, soit qu'il demeure dans la conscience du malade plus près de son véritable niveau, celui d'une farce, d'un récit, d'une « loufoquerie » ou d'une rêverie parlée et mimée. La thématique de cette fiction est naturellement riche, variable et diverse comme la manie elle-même. Dans sa forme la plus typique, l'élation, l'euphorie, l'enthousiasme, l'optimisme, orientent le maniaque vers les thèmes érotiques, de grandeur ou prophétiques, mais aucun thème n'est exclu de ses fantaisies, car l'exaltation passionnelle, l'irascibilité, les « à-coups » même de cette réalité qui n'est jamais assez fluide et plastique, s'expriment souvent en vécus de persécution et d'influence, ricochets nécessaires d'une expansivité qui se heurte encore aux aspérités de la réalité objective ou butte contre soi-même.

...aspects cliniques de la structure intentionnelle de la conscience maniaque...

On comprend que selon les oscillations de niveau de l'activité psychique moyennement fixée à ce degré, interviennent plus ou moins tous les symptômes isolés par la psychiatrie atomistique classique, et appelée par elle : fausses reconnaissances, interprétations, illusions, hallucinations, idées délirantes, etc...

Si, en général, le niveau maniaque est plus imaginaire, fabulatoire que « délirant », il est, comme nous le verrons plus loin, en si étroite continuité avec le vécu des états de dépersonnalisation ou oniroïdes, que la moindre baisse de niveau doit nécessairement entraîner une dissolution plus grande des synthèses de la personnalité et de la réalité, dissolution qui est vécue alors comme « expérience délirante »¹. La manie contient donc, comme un de ses éléments positifs essentiels, une fiction parlée et pensée qui se rapproche du délire. Une telle disposition à fabuler, à dramatiser, à romancer, à jouer avec les mots, les concepts et les choses, constitue en soi une tendance délirante, en ce sens qu'elle inflige une certaine distorsion à la réalité vécue.

3° *Le jeu des pulsions.*

La manie est, avons-nous dit et répété avec FREUD, un « festin orgiaque », une bacchanale. Mais pour bien comprendre le contenu fantasmique de l'intentionnalité de la conscience telle que l'école psychanalytique l'a établi et approfondi, il ne faut pas perdre de vue cette qualité existentielle propre à la manie, qualité que nous devons en effet désigner comme l'essence de sa *festivité* bourdonnante de jubilation, d'enthousiasme et de plaisirs. Le maniaque en effet est en fête : il fait la noce et la foire. Naturellement, sa soif de mouvements, son activité dévorante, sa « grande gueule » (comme dit BINSWANGER), son appétit, sa fringale, sa faim, ce besoin de « tout avaler » ne pouvaient manquer de frapper les psychanalystes² et K. ABRAHAM³ a tout de suite mis l'accent sur ce fait que le maniaque paraît dévorer l'« objet » de telle sorte que la *saturnale* maniaque se présente comme une orgie de caractère cannibalique, comme un festin totémique (FREUD). C'est relativement à l'introjection de l'objet par le mélancolique, c'est-à-dire relativement à sa soumission à la magie du Sur-Moi incorporé, que la psychologie fantasmique du maniaque prend tout son relief. La manie est bien

...la saturnale maniaque se présente comme une orgie de caractère cannibalique, comme un festin totémique (FREUD)...

1. Nous insisterons plus loin, et dans les études ultérieures, sur ce point fondamental.

2. JONES, *Psychanalytic notes on a case of hypomania* 1910 (cité par ABRAHAM).

3. K. ABRAHAM, *Zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung der M. d. Irresein.* 3^{ème} Congrès psychanalytique international. Weimar 1911, in *Zentralblatt f. Psychoanalyse*, 1912, 11, pp. 302 à 315. S. FREUD *Totem et Tabou* – article sur le retour infantile au totémisme 1912. La phase orale 1915. K. ABRAHAM – *Untersuchungen über die früherte proegenitale Entwicklungsstrife der Libido.* *International Zeitsch. f. Psychoanalyse*, 1916, 4, pp. 71 à 97. B. LEWIN, *The Psychoanalytic Quarterly*, 1932, I, p. 43. H. DEUTSCH, *International Zeitsch. f. Psychoanalyse*, 1933, 19, p. 358. M. KLEIN, *International J. of Psychoanalysis*, 1935, 16 et 1940, 21. On trouvera des exposés complets des Études des Psychanalystes sur ce sujet dans le livre de Bertram LEWIN : *The psychoanalysis of elation.* New-York, 1950, sous le titre *Psicoanalysis de la melancolia*, (1948). On est un peu déçu par les pages que (dans la *Dynamic Psychiatry* d'ALEXANDER et collab. 1952) HENRY W. BROSNIN consacre (pp. 294-298) aux réactions maniaco-dépressives.

une angoisse retournée, extravertie et inversée. En plaçant hors de lui le centre et l'objet de sa vie affective, en l'incorporant au monde extérieur et en le dévorant, le mythe du maniaque devient celui du triomphe. Dans cette dialectique pulsionnelle des jeux de l'amour et de la réalité, la manie représente comme un procédé de conquête et d'absorption de l'objet aimé. Sous le jeu de sa fiction, le maniaque joue son existence dans un autre jeu, celui du renversement même de toute problématique, de toute barrière entre lui et l'objet, lui et le monde. Et c'est encore ce que les psychanalystes ont bien vu, lorsque, par exemple, Mélanie KLEIN parle de sentiment de toute-puissance maniaque comme d'une négation de la réalité psychique, et une destruction des fantasmes introjectés, ou que B. LEWIN nous dit que la manie est comme le rêve du petit enfant, un refuge, et ici – comme dans le rêve – un refuge qui a le sens d'un refus (denial). Une certaine ambiguïté plane cependant sur toutes ces analyses, car le maniaque en définitive, même s'il est dupe de son jeu, le joue, et loin de se trouver contraint à vivre dans les profondeurs abyssales des premières phases du développement de la libido, il y recourt seulement comme à la source d'inspiration du mythe nécessaire pour vivre le débordement, le gaspillage et l'avidité de son existence actuelle, en tant que forme de sa conscience vertigineusement ouverte sur l'infini, l'espoir et le plaisir.

...La manie est bien une angoisse retournée, extravertie et inversée...

C'est seulement quand ils sont pris dans le tourbillon même de la structure négative de la conscience maniaque que tous ces mythes du maniaque (et ceux des psychanalystes) trouvent leur sens. Et ce sens, c'est celui de la dilatation de l'existence, de sa projection au delà de l'impossible présent, de sa volatilité jusqu'à l'extrême possibilité de sa puissance d'optimisme et d'illusion. La prestigieuse prestidigitacion de l'existence maniaque consiste précisément à transformer jusqu'à l'absurde la pensée en monde, en monde verbal et imaginaire, subtil et léger comme un jeu de mots ¹.

Ainsi la structure de la manie se situe-t-elle au niveau d'une déstructuration temporelle-éthique, là où l'insouciance, l'élan du désir effréné se confondent dans un même tourbillon. Mais il s'agit d'une modalité « éthique » pathologique en ce sens qu'elle ne garde que la forme de la liberté, qu'elle est une nécessité, une fausse liberté de tout se permettre.

– Au terme de cette analyse, nous devons encore préciser et synthétiser notre pensée, notamment sur trois points :

a) La manie est un niveau de dissolution peu profond. C'est précisément ce que

1. Ce qui nous fait revenir au point de départ de l'Étude psychanalytique sur la manie et les mots d'esprit (S. FREUD, 1905), aux sources même du rire. Cf. aussi « Rôle of word in Mania » de M. KATAN (*Inter. Zeitschr. f. Psychoanal. Imago*. 1940, 25, 138-173).

nous venons d'exposer en n'acceptant pas que la manie soit une forme d'existence aussi archaïque que le prétendent paradoxalement les psychanalystes. Mais ce qui fait parfois envisager la manie comme un trouble « très profond », c'est encore une autre erreur, celle qui consiste, répétons-le, à considérer qu'il s'agit d'une affection de « l'affectivité de base », « olothymique ». En fait, c'est une affection où l'affectivité de base est bien perturbée, mais comme secondairement à un trouble de niveau supérieur, celui d'une dissolution de la conscience très élevée dans la hiérarchie des dissolutions possibles, celui d'une déstructuration de sa temporalité en tant que celle-ci est, comme nous l'avons vu, l'ordre qui contient et contraint l'élan, l'impatience et l'insouciance de la conscience. Si nous envisageons maintenant le côté positif des troubles, nous discernons mieux encore l'énorme masse de la part « subsistante » du psychisme. La conscience de la maladie, les sentiments de contrainte et d'inspiration (plus fréquents que les sentiments d'influence) témoignent encore de la forte réaction psychique dont le sujet est capable ; ils expriment la grande part que le sujet lui-même (c'est le sens et l'enjeu de son jeu) prend à ses propres troubles. Le jeu, nous l'avons dit, est corrélatif d'une fiction peu profonde, d'un demi-délire qui tient le maniaque accroché encore à l'ambiance et à la réalité mais comme à son jouet. Ici doit trouver sa place un aspect clinique de première importance dont nous avons à plusieurs reprises parlé. C'est l'adhérence du maniaque au « réel » ou tout au moins sa projection dans le monde des objets, dans l'ambiance (« flight into reality » des anglo-saxons). Le jeu comme la demi-fiction qui caractérise si profondément la pensée du maniaque, prend encore pied dans son monde familier et le maniaque, dans son perpétuel effort pour maintenir ce contact, réalise une de ses attitudes les plus typiques. Loin de sombrer comme dans le sommeil, la confusion ou la schizophrénie vers le noyau subjectif de la vie psychique, loin de basculer au fond de lui-même, de chavirer dans le rêve, il s'efforce encore de se projeter en dehors ¹ MAGNAN avait bien noté ce trait structural de première importance lorsqu'il disait : « toutes les portes sont grandes ouvertes pour projeter au dehors les images, les souvenirs, les mouvements... *Tout au dehors* : Telle est la formule du maniaque ². »

...Tout au dehors : *Telle est la formule du maniaque...* (MAGNAN)

Cette « formule » est en effet celle qui exprime l'effort incessant du maniaque pour se maintenir au niveau d'une réalité mais d'une réalité qui lui échappe ; il s'y cramponne et réussit tant bien que mal à ne pas se laisser engloutir par le torrent qui l'entraîne. Ce sont tous ces efforts dans ce sens, et ce qu'ils représentent encore d'activité

1. MAGNAN, *Leçons cliniques*, p. 383.

2. C'est le sens des explorations et analyses de ESCOLONA (travail cité p. 59), de DUREA, *Accomparition of schizophrena and M. D. Psychoses. J. of Nerv. and ment. Disease*, 1942, 96, pp: 663 et 667 et de DUREA et BILSKY, *Exploratory study of personality in Schizo and M. D., J. gen. Psych.*, 1943, 28, pp. 81 à 98.

psychique utile, qui donnent l'impression clinique si vraie que le maniaque à travers toutes ses divagations, ses excentricités, sa logorrhée, sa fuite des idées, son agitation psycho-motrice, ses jeux, est moins malade qu'il ne le paraît au vulgaire, tout en étant plus malade que ne l'admettait peut-être la psychiatrie classique.

b) *Le caractère régressif de la Manie.* La manie n'est pas en effet un état de plus value mais est une forme dévalorisée de l'activité psychique. C'est à quoi répondent les notions de dissolution et de régression foncièrement synonymes. Pour si riche que soit sa structure intentionnelle, comme nous l'avons notamment bien vu en la pénétrant au travers des intuitions de BINSWANGER, pour si joué que soit le trouble, celui-ci est à la foi une impuissance et un besoin ¹. C'est cette « impuissance » qui est visée par le concept de « chute de niveau » chez un être qui, adulte, avait acquis la puissance, la faculté antérieure à sa crise de pondérer les élans de ses pulsions, de les intégrer dans un comportement adapté et de contrôler le déroulement temporel de son existence, de le canaliser dans le diaphragme du problème présent. C'est effectivement à la pensée de l'enfant que nous renvoie la manie, à cette forme d'existence de jeu, d'entraîn endiablé et d'insouciance qui fait du maniaque un petit enfant qui déploie son existence dans les espiègleries et l'exubérance d'une vie affective effrénée ², comme si le « Ça » se jouait du « Sur-Moi » comme au temps où le « Moi » ne pouvait pas encore se constituer en arbitre de ce conflit.

...C'est effectivement à la pensée de l'enfant que nous renvoie la manie, à cette forme d'existence de jeu, d'entraîn endiablé et d'insouciance...

C'est dire que cette première forme de psychose aiguë que nous étudions ici, ce premier niveau de déstructuration de la conscience doit s'en tendre comme une première décomposition des forces du Moi. Rien de plus significatif à cet égard que le préambule par lequel L. BELLACK ³ commence son ouvrage. Sous les titres de « le facteur quantitatif en psychopathologie » « le problème de diagnostic différentiel lié au problème de la force du Moi » « le concept de force du Moi », etc., il consacre quelques pages très lucides à montrer que selon le mot de Hegel le quantitatif se transforme en qualitatif (Umschlag von Quantität in Qualität) ce qui naturellement incite à rechercher la quantité d'énergie sous la qualité du vécu. Or, toute conception du Moi envisagée comme foyer énergétique de la conscience, comme forme et force d'intégration de la vie psychique est basée sur une dynamique économique de forces. BELLACK ne se réfère pas à P. JANET mais il aurait pu et dû en appeler aux analyses de l'auteur de « *La force et la faiblesse psychologiques* », « *De l'angoisse à l'extase* » pour complé-

1. Formule qui comme un leit-motiv va être répétée au cours de nos « *Études* » ultérieures.

2. G. PETIT parlait au sujet de la manie de « régression pédoïde » et de régression « héboïde » dans l'hypomanie. La régression infantile dans la manie. A. M. P. octobre, 1933. WITZEL (Régression in manie dépressive reactions. *Psychiatrie Quarterly*, 1933, 7, 387) exposait à la même époque des idées analogues.

3. L. BELLACK, *Manic-depressive psychosis*, New-York, 1952, pp. 1 à 17.

...la qualité de la conscience maniaque [...] n'exclut pas mais requiert la dégradation de l'énergie psychique dont dépend son organisation formelle...

ter ce que le système pulsionnel libidinal des psychanalystes a d'insuffisant ou tout au moins avait d'insuffisant quand précisément les forces du Moi apparaissent à FREUD et à ses élèves comme négligeables (puisque'ils n'en parlaient pour ainsi dire jamais). Quoi qu'il en soit, le point de vue défendu par BELLACK nous paraît se rapprocher beaucoup de la perspective où nous entendons nous placer dans ces « *Études* » où, sans vouloir réduire le qualitatif au quantitatif, nous entendons par la notion même de régression, de chute de niveau, indiquer que la qualité de la conscience maniaque (voisine des autres formes de conscience morbide que nous étudierons) n'exclut pas mais requiert la dégradation de l'énergie psychique dont dépend son organisation formelle.

c) Enfin précisons que tout ce que nous avons dit de la manie nous renvoie à un état, à une structure de conscience de même niveau mais antagoniste : à la *mélancolie*. Il était facile de le percevoir dans l'observation que nous avons placée en tête de cette étude. C'est que, comme nous le verrons, l'état maniaque, la crise de manie, la conscience, l'existence ou le monde maniaque constituent un pôle seulement du conflit éthico-affectif qui oppose le Ça et le Sur-moi ou, si l'on veut, l'émancipation de la joie dionysiaque à l'obligation d'en être puni. C'est précisément ce conflit qui situe la structure de la manie comme nous l'avons souligné à un niveau d'existence pathologique qui, tout en étant plus bas que ne se le figure la moitié des psychiatres (psychanalystes), est moins bas que ne se le figure l'autre moitié des psychiatres (anti-psychanalystes). Mais nous reviendrons, à la fin de cette étude, et encore ailleurs, sur les relations cliniques et psychologiques fondamentales de la manie et de la mélancolie.

§ II. – LES MANIES « ATYPIQUES »

La crise de manie typique dont nous venons d'approfondir l'étude a posé aux nosographistes de l'école classique des problèmes difficiles car il y a des crises de manie où, certes, se rencontrent les traits essentiels de crises de manie « franche » typique, « pure » et aiguë, mais qui ne sont pas assez « typiques » cependant pour que soit posé le diagnostic de « manie », soit qu'à leur structure maniaque se mêlent des troubles d'autres « maladies mentales », soit parce qu'elles ne sont pas aussi aiguës et transitoires que les crises typiques, soit encore parce qu'au lieu d'apparaître comme « pures » elles sont symptomatiques d'affections somatiques évidentes. Ce sont toutes ces formes « atypiques » que nous devons maintenant brièvement examiner. Ces « exceptions » doivent nous aider à mieux comprendre la pathologie de la crise de manie hors d'une nosographie désuète et insoutenable, puisque, précisément, elle ne peut que se détourner systématiquement de ces faits qui rendent caduque l'hypothèse

d'une entité spécifique et pure. Pour nous, au contraire, qui n'acceptons pas ce préjugé il nous suffira de voir ces faits tels qu'ils sont, n'éprouvant aucune peine à les admettre dans le cadre plus souple de la manie considérée comme un niveau de déstructuration de la conscience qui admet des degrés, des formes d'évolution et des facteurs de détermination variés et variables.

Nous allons successivement examiner les manies atypiques par leur *séméiologie*, les manies atypiques par leur *évolution*, les manies atypiques par leur caractère « *symptomatique*, » les manies mêlées à la mélancolie (états mixtes).

A.— LES FORMES ATYPIQUES SÉMÉIOLOGIQUES

Certaines manies – et elles sont nombreuses – touchent à un niveau de dissolution de la conscience plus profond. Sans doute cessent-elles alors d'être des manies « typiques » mais leur existence montre précisément que entre la manie et les niveaux de déstructuration de la conscience plus profonds il y a une série infinie de formes de passage. C'est ce que nous désirons précisément mettre en évidence dans ce volume. Pour ne pas multiplier pourtant à l'infini ces formes (dont nous avons déjà indiqué plus haut certaines variétés *séméiologiques*), nous nous bornerons à examiner ici les « manies délirantes et hallucinatoires » et les « manies confuses ».

1° *Manies délirantes et hallucinatoires.*

Nous avons vu que la conscience maniaque était dans son essence un jeu « fantasmatique ». Invetives, logorrhée, illusions, invasion de souvenirs, exaltation de sentiments, fuite des idées, il n'est pas un de ces traits du tableau clinique qui ne comporte, comme nous l'avons souligné, son coefficient de délire, et qui ne représente une projection d'imaginaire, ou, ce qui revient au même, une altération délirante des rapports réels qui lient le Moi et le Monde.

Mais ce caractère délirant peut, dans certains cas (plus nombreux qu'on ne le dit) se renforcer. Les anciens auteurs, notamment ESQUIROL, l'avaient noté. A. FOVILLE¹ avait signalé des cas de manie avec prédominance de délire de grandeurs, et LELUT² avait fait des observations analogues. Mais il y a lieu de mettre en évidence surtout ce que SEGLAS³ a appelé le *délire verbal* : délire ambitieux expansif, avec exaltation imaginative, idées de richesses, de puissance, confiance, certitude de bonheur, de satis-

...ce caractère délirant peut, dans certains cas (plus nombreux qu'on ne le dit) se renforcer...

1. A. FOVILLE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1880 et 1882.

2. LELUT, *Ann. Médico-Psycho.*, 1880.

3. SEGLAS, (voir note 1 page suivante)

...Cette verbosité délirante ne suppose qu'un minimum d'organisation thématique...

...Il s'agit généralement de délires d'influence de structure assez particulière...

factions matérielles, instinctives, intellectuelles ou spirituelles. Ce délire est généralement mobile, fait de redondance verbale, de « clinquant ». Il est variable. Les constructions idéiques s'effectuent capricieusement et rapidement, au gré d'une inspiration changeante. Cette verbosité délirante ne suppose qu'un minimum d'organisation thématique, dont certains récits ou certaines fabulations constituent des noyaux, des foyers idéo-affectifs d'où rayonnent des bavardages prolixes, des scénarios enjoués, des propos romanesques.

A côté de ce type clinique, qui est le plus fréquent, il est possible de rencontrer de véritables « expériences délirantes et hallucinatoires ² ». Il s'agit généralement de délires d'influence de structure assez particulière. L'hypermnésie, l'idéation exaltée, l'élan créateur, les sentiments d'élévation et de toute puissance y sont généralement vécus comme des thèmes d'inspiration et de possession « surnaturelle ». Les malades se sentent en proie à une puissance à la fois intérieure et extérieure qui leur « ferait soulever des montagnes », et les fait « sortir de leurs gonds ». Les souvenirs affluent dans un mentisme déchaîné et comme détaché de la propre sphère subjective. Ils se sentent habités par un esprit divin, dotés de dons merveilleux et comme embrasés par l'Esprit Saint. Dieu ou des puissances surnaturelles bienfaisantes les comblent de grâces, les vivifient et les animent. Les « auto-représentations aperceptives » visuelles, les hallucinations psychiques, le syndrome d'automatisme mental sont presque constants dans ces états de kaléidoscopique et intense vivacité des contenus d'une conscience quasi-extatique. La pensée jaillit, comme malgré eux, d'une source inépuisable, comme si elle leur était imposée. Les thèmes mystiques, prophétiques, spirituels, mélodramatiques, s'enchevêtrent. Parfois aussi ce délire d'influence prend une forme érotique, avec hallucinations génitales, ravissements voluptueux et émotions amoureuses. LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et MAURICE ³ ont rapporté une belle observation de transformation fantastique où il s'agissait d'une expérience délirante à féerie corporelle.

Plus rarement ⁴, au cours de l'accès maniaque, on observe des idées délirantes de persécution. Le ton coléreux, l'exaltation, la demi-conscience de l'état morbide, favorisent l'efflorescence de croyances en l'hostilité et l'agressivité de l'ambiance. Comme si l'injure créait l'infamie, le maniaque coléreux et irritable crée l'objet de sa « mau-

1. SEGLAS, *J. de Psycho.*, 1907, p. 240.

2. LOGRE et HEUYER, Congrès des aliénistes de Luxembourg, 1920.

3. LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et MAURICE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1941, 11, p. 122.

4. C'est peut-être parce que sous le nom si vague d'état « paranoïde » on confond les thèmes d'influence et de persécution que BOWMAN et REYMOND (*A statistical study of delusions. Research, nerv. and ment. Disease*, 1931, 11, 313) et COENEN (*Paranoïde Instance in M. D. Syndr.*, Bonn, 1936), ont insisté sur la fréquence des formes paranoïdes.

vaise humeur », la projette sur les autres, la fait rebondir des autres sur soi et contre lui-même. Signalons enfin l'association possible et paradoxale d'idées hypochondriaques à ces accès maniaques ¹. Les malades se plaignent d'avoir été empoisonnés, contaminés, souillés, d'avoir été ou d'être « travaillés » dans leur corps, etc... Et ceci nous amène maintenant à la question des hallucinations dans la manie.

Généralement, le « mécanisme » d'édification de ces délires maniaques est verbal, fabulatoire, imaginaire, intuitif et interprétatif. Mais naturellement, comme nous l'avons souligné plus haut, les expériences délirantes de ces états peuvent être hallucinatoires, et on retrouve alors dans la séméiologie ces phénomènes groupés sous les noms classiques d'hallucinations psychiques, psycho-motrices verbales, cénesthésiques, pseudo-hallucinations visuelles, etc... Le syndrome de dépersonnalisation se rencontre aussi quelquefois ². La modification structurale de la conscience imageante se présente sous forme d'une série d'états d'altération, de dramatisation de la conscience qui ont été signalés par bien des auteurs. MAYER GROSS ³, ROUART ⁴, BONNAFÉ et TOSQUELLES ⁵, ANDERSON ⁶, STERN ⁷, etc... Tous ces types de conscience oniroïde ou extatique constituent des états crépusculaires plus ou moins profonds, et qui s'éloignent d'autant plus de la structure maniaque qu'ils se confondent avec les structures oniroïdes et confuso-oniriques que nous étudierons ultérieurement.

...le « mécanisme » d'édification de ces délires maniaques est verbal, fabulatoire, imaginaire, intuitif et interprétatif...

2° Manie confuse et incohérente.

Chez nous, cette forme de trouble de la conscience a été appelée « manie incohérente » par RITTI ⁸. SEGLAS ⁹ s'y est particulièrement intéressé. Chez les anglo-saxons,

1. LANGE, p. 92.

2. Mais la dépersonnalisation en tant que malaise et angoisse fait partie beaucoup plus souvent de la mélancolie délirante et anxieuse. Le sentiment d'être autre chez le maniaque est vécu dans cette atmosphère propre à la joie pathologique, à l'acuité des sentiments d'ineffable bonheur, si bien analysés par RÜMKE (1924). Dans son travail sur les troubles de la conscience de la personnalité chez les malades maniaco-dépressifs (un petit volume de 60 pages, Éd. KARGER, 1938), E. STÖRRING, à propos de son malade S. W., montre cependant que l'état de tension, d'exaltation (Spannung) s'accompagnait de ce sentiment d'étrangeté. VALKENBURG a également étudié il y a quelques années le syndrome de dépersonnalisation dans la manie et la mélancolie (*Nederl. Tijdschr. v. geneesk.*, 1939, 83, 1, 1767).

3. MAYER GROSS, cf. plus loin p. 250 à 279.

4. ROUART, L'onirisme dans la manie, *Evol. Psych.*, 1936.

5. BONNAFÉ et TOSQUELLES, *Ann. Médico-Psycho.*, 1944, 1, p. 168.

6. E. W. ANDERSON, Clinical study of states of « extasy » occurring in affective disorders. *J. Neuro. and Psych.*, 1938, 1, 80 ; et (en collaboration avec MALLINSON) Psychogenic episode in the course of major psychoses. *J. ment. Sc.*, 1941, 87, 383.

7. STERN et WHILES, Three Ganser states and Hamlet, *J. ment. Sc.*, 1942, 88, 794.

8. Cf. la description qu'en donne DERON (p. 159).

9. Dans sa communication le 27 juin 1910 (*Ann. Médico-Psycho.*, 1910), il a fait à ce sujet des réflexions très intéressantes qui ont donné lieu à une discussion.

c'est sous le nom de « *delirious mania* » qu'elle a été désignée. En psychiatrie allemande, la « *manische Verwirrtheit* » et l'« *ideenfluchtige Verwirrtheit* » sont des notions qui ont été élaborées par WERNICKE et KRAEPELIN. Dans un travail de PILCZ ¹, on trouvera un long développement sur ces formes confusionnelles de la manie. A propos du deuxième malade qui fait l'objet de l'analyse existentielle de BINSWANGER ², celui-ci nous rappelle la conception de WERNICKE qui distinguait trois degrés dans la fuite des idées : *la fuite des idées ordonnée* caractérisée par un état d'exaltation de la productivité, les troubles des associations, mais avec intégrité des liaisons intellectuelles ; *la fuite des idées désordonnée* avec euphorie, jeux de mots, dévidement rapide d'images ; *la fuite des idées incohérente* avec propos confus, agitation, logorrhée. A ce tableau clinique de la manie confuse, dit BINSWANGER, les auteurs classiques ont ajouté des idées de grandeur, les hallucinations, l'agressivité de telle sorte que le diagnostic entre la manie confuse et la confusion maniaque est – on le conçoit ! – difficile. Et il suffit de se rapporter par exemple à la longue observation que BINSWANGER expose (p. 192 à 197) pour se rendre compte qu'il est en effet impossible de parler dans ce cas de manie en éliminant ipso facto le diagnostic de confusion. Il faut prendre ces tableaux cliniques pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire des confusions qui contiennent l'aspect de la manie – point sur lequel nous aurons à revenir à plusieurs reprises et longuement. Mais ce qui rend ces cas de confusion inséparables de la manie c'est que dans l'évolution même des troubles, la confusion suit ou précède l'accès maniaque franc avec lequel il est en continuité parfois dans le même accès, parfois dans la succession des accès chez le même malade. Cela montre encore une fois qu'entre confusion et manie, il y a une différence de niveau, ce qui n'exclut pas, comme nous le soulignons plus tard, une différence de structure. Mais il ne peut, bien entendu, s'agir de deux maladies distinctes... C'est-à-dire que la description de ces manies confuses trouvera mieux sa place dans notre Étude n° 24 (comme celle des manies délirantes et hallucinatoires se retrouvera dans notre Étude n° 23).

Quoi qu'il en soit, il nous suffit de rappeler que la clinique nous offre tous les jours des cas où le diagnostic entre manie et confusion est strictement impossible et que ces cas sont ceux précisément où la confusion rappelle, dans sa structure et à un niveau de déstructuration plus inférieur, le vécu de la manie. Dans ces cas, l'obscurcissement de la conscience, sa structure confuso-onirique, l'agitation désordonnée, les troubles de l'orientation, l'atmosphère plus opaque et l'intensité plus actuelle du vécu délirant sont tels, que c'est plus directement encore à la pensée obscure de rêve qu'est précisément la confusion que nous renvoie le tableau clinique de ces « Manies ».

1. PILCZ, *Traité international de Psychologie Patholog* » publié par A. MARIE, (1910).

2. BINSWANGER, Die Ideenflucht, 3°, 4° et 5° articles. *Archives suisses de Psychiatrie*, t. 28 et 29, (cf. plus haut).

Ces dernières années, CHATAGNON et SOULAIRAC¹ ont attiré l'attention sur la fréquence de la phase confusionnelle que traverse la crise de manie. Mais au lieu de voir une différence de niveau entre l'un et l'autre état, ce qui rend parfaitement significative cette fréquence, ils se contentent de faire appel comme la plupart des psychiatres qui se sont intéressés à cet aspect sémiologique de la clinique quotidienne, à des notions comme la juxtaposition « d'un facteur » confusionnel ou d'un « appoint toxique ».

B.— FORMES ÉVOLUTIVES (*Les Manies chroniques*)

La « manie » dans sa pureté et sa typicité est une « crise ». Mais il y a des *manies chroniques*².

Le tableau clinique des « manies chroniques » n'est pas exceptionnel dans les services psychiatriques (environ 2 ou 3 % des malades chroniques), aussi les cliniciens se sont-ils attachés à leur description. Mais l'extension du cadre des schizophrénies tend à les absorber, sans y réussir toutefois à la satisfaction de tous, car ces formes d'excitation avec leur excentricité, leur fabulation, leur thématique délirante, demeurent cependant plus près de la manie que de l'incohérence schizophrénique. Aussi, n'est-il pas sans intérêt pour nous de nous attarder un peu à cette question et à la position nosographique de la manie chronique. Il existe d'ailleurs très peu de travaux généraux sur ce point, contrairement à ce que laisserait prévoir l'usage presque quotidien qui est fait de ce terme.

WERTHAM³ signale l'abus qu'il y aurait à faire de la manie chronique le synonyme de manie incurable. D'après lui, il faut réserver cette dénomination aux accès maniaques qui se prolongent de telle sorte qu'ils deviennent l'*habitus* du sujet, même si, à un moment donné, 2, 3, 4, 5 ans après, cet habitus cesse.

De par ailleurs, la notion de manie chronique paraît devoir être réservée aux faits de prolongation d'un véritable *état maniaque*. C'est-à-dire qu'elle ne se *confond pas nécessairement avec la notion d'hypomanie* qui représente, en tant qu'état d'excitation maniaque constitutionnel, un fond de manie chronique un peu spécial.

La manie chronique peut donc être définie *un habitus maniaque qui s'installe à la suite d'une ou plusieurs crises maniaco-dépressives*.

Les auteurs qui se sont occupés de la question soulignent la fréquence plus grande de ces formes de manie chronique *chez les femmes*.

...Les Manies chroniques...

1. CHATAGNON et SOULAIRAC, *Encéphale*, 1939, 1, p. 20.

2. La littérature sur ces états maniaques chroniques est assez abondante. Nous renvoyons spécialement à la *thèse* de J. BOUQUEREL (Paris, 1947), qui constitue un bon document.

3 WERTHAM (F. M.), Die Klinische Kerngruppe der Chronische Manie, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1929, 121.

En ce qui concerne les relations de l'apparition de la manie chronique avec les crises antérieures, HAMEL et VERNET ¹ admettent trois éventualités : tantôt c'est au décours d'une forme de *manie délirante* que s'installe un état permanent de manie – tantôt la manie chronique succède à un accès de manie franche – tantôt enfin c'est au cours de l'*évolution d'une psychose périodique* que l'on voit survenir la manie chronique après plusieurs accès.

La statistique la plus intéressante dont nous avons pris connaissance se trouve dans le travail de WERTHAM (1931). Pour donner une idée du polymorphisme d'apparition et d'évolution de la manie chronique, rappelons son étude de 6 cas (3 hommes et 3 femmes). Sur ces 6 cas, il n'y a eu que deux accès continus ayant débuté l'un à 38 ans et l'autre à 50 ans. Le premier a duré 12 ans, le deuxième 7 ans, tous deux se sont terminés par la mort des malades. Des quatre autres malades, l'un avait présenté 3 accès, l'autre 6 accès, un autre un seul. Sauf dans un cas, où le premier accès s'était produit à 14 ans, tous les autres accès primitifs avaient été tardifs. Ceci nous oriente déjà vers une première idée, c'est que la manie chronique appartient à l'*âge mûr* ou *avancé*. Cette notion s'affirme encore dans la statistique de 2.000 accès maniaques que présente le même auteur. Sur ces 2.000 accès, il n'y a eu que 56 accès qui ont duré plus de deux ans et quelques uns même jusqu'à dix ans.

- A la durée moyenne de 1 an correspond l'âge de 31 ans
- A la durée moyenne de 1 à 2 ans correspond l'âge de 33 ans
- A la durée moyenne de 2 à 3 ans correspond l'âge de 37 ans
- A la durée moyenne de 3 à 4 ans correspond l'âge de 38 ans
- A la durée moyenne de 4 à 5 ans correspond l'âge de 40 ans
- A la durée moyenne de 5 ans correspond l'âge de 50 ans

Il y a donc une influence très nette de l'involution sur la durée de l'accès. A ce point de vue, les manies chroniques s'apparentent aux mélancolies chroniques.

1° *Manie chronique simple.*

On retrouve dans la manie chronique les traits essentiels de l'accès maniaque : hyperactivité, variabilité, expansivité. Mais l'hyperactivité du maniaque chronique est surtout idéique et verbale, et l'exaltation de l'humeur y prend des caractères un peu particuliers : elle se meut dans un cycle idéique et psychomoteur qui tend à se stéréotyper. Il s'agit toujours des mêmes jeux, des mêmes gestes, des mêmes plaisanteries, des mêmes extravagances. Les injures, les conceptions délirantes, les fabulations, sans offrir d'enchaînement systématique, se présentent en thèmes privilégiés, récits rabâchés, discours ressassés, et les malades assument une sorte de rôle qu'ils jouent « à

1. HAMEL et VERNET, Contrib. à l'étude de la Manie Chr., *Encéphale*, 1921, 515-526, 596-600.

répétition ». La « variabilité » du maniaque chronique est donc relative, et se trouve plus dans les détails que dans l'ensemble du personnage qu'il s'est composé. Sans doute, reste-t-il, dans son humeur et ses gestes, le maniaque changeant, volatil et protéiforme qu'il a été, mais il existe sans l'élan, la rapidité, le déroulement kaléidoscopique des représentations et des actions de ses crises initiales. La base mouvante de la vie psychique s'exprime surtout dans l'inconsistance, la superficialité d'une pensée futile, prolixe et oiseuse. Enfin, l'expansivité se vide généralement de sa signification affective. Les sentiments générateurs s'affaiblissent. Il ne reste dans ces états que le moule vide de l'émotion, l'expression formelle de la colère, de la joie, le parti pris de la « rigolade », de la fureur ou de l'espièglerie, un faux-semblant de systématique optimisme.

Derrière l'hyperémotivité du maniaque chronique, se profile l'automatisme ; derrière sa variabilité, sa pauvreté ; et derrière son expansivité, sa fatigue. Le maniaque chronique turbulent, bavard « fort en gueule », agressif, hâbleur vantard, déclamatoire, chantant, vociférant, menaçant ou agité, est un maniaque comme vidé de sa substance...¹

2° *La manie rémittente.*

Il s'agit d'une forme d'excitation maniaque avec exacerbations paroxystiques fréquentes et sans cesse renouvelées, de telle sorte que malgré quelques pauses, la manie est pour ainsi dire continue.

3° « *Démence vésanique* » avec *détérioration mentale.*

On trouvera une description de ce type assez fréquent, par exemple dans l'observation que ROGUES DE FURSAC² a publiée comme caractéristique de Manie Chronique.

L'évolution « démentielle » des manies passées à la chronicité, soit après un seul accès (particulièrement pour des manies plus ou moins typiques d'involution), ou après plusieurs accès maniaques (manie intermittente ou rémittente), affecte deux formes. Tantôt il s'agit du type « *démence agitée* » : le malade devient de plus en plus grossier, tumultueux, désordonné ; il est malpropre et débraillé. Son activité devient absolument vide et stérile. Les fonctions mentales élémentaires sont très altérées. Malgré la persistance de l'aspect maniaque superficiel, les propos deviennent insignifiants, la mémoire s'affaiblit, la conscience s'obscurcit progressivement jusqu'au

1. Telle est la physionomie générale du maniaque chronique. Se reporter aux descriptions classiques de SCHULE (*Handbuch d. Geisteskr.*, Ed. fr., 1888, p. 101), de RÉGIS (*Précis*, p. 277) ou par exemple au cas de LEROY (*Soc. Méd. Ment.*, 1904).

2. ROGUES de FURSAC, *Précis de Psychiatrie* 1923.

moment où, perdus dans une agitation perpétuelle ou fixés dans la turbulence et l'incurie, ces « maniaques » deviennent inconscients et réduits à une vie purement végétative. Tantôt il s'agit de cas de *type schizophrénique*, caractérisés par l'évolution de la manie vers un état de dissociation, une incohérence idéo-verbale très marquée et qui laisse le clinicien fort perplexe : vie psychique impénétrable, salade de mots, stéréotypie du comportement, impulsivité, maniérisme, crises d'agitation catatonique, structure autistique de la pensée. On conçoit que de tels cas aient posé avec une particulière acuité la question des rapports de certaines psychoses périodiques avec les états schizophréniques ¹.

4° Manie chronique à forme de délire chronique.

Cette forme sans être très fréquente est aussi d'une grande importance clinique et théorique. On observe des délires généralement fabulatoires ou d'imagination, mais on peut rencontrer aussi des délires d'influence et des délires de persécution hallucinatoires. Dans la forme fabulatoire simple, il s'agit généralement de constructions délirantes prolixes, touffues, juxtaposées, où se trouvent mêlés les faux souvenirs, les fausses reconnaissances, des récits d'aventures extravagantes, des fabulations extemporanées, des idées mégalomaniaques. Les propos de ces délirants sont rapides, désordonnés, mêlés de décharges émotionnelles, d'injures, d'exclamations et de bouffées d'agitation. Notons la fréquence des thèmes de filiation, des délires de persécution, des délires d'inspiration ou prophétiques et des délires spirites. Dans ces dernières formes, les hallucinations psychiques et psychomotrices sont la règle. Du point de vue de leur structure, certains de ces délires de la manie chronique restent assez cohérents pour constituer des délires passionnels, de filiation, d'influence ou de persécution de *structure systématique*, mais c'est l'exception. Le plus souvent, il s'agit de délires imaginatifs, incohérents, fabulatoires, mobiles, absurdes, de type de la *paraphrénie expansive*.

On sait à quelles discussions doctrinales ces délires ont donné lieu, et que leur existence a été classiquement reconnue par la notion même de « délires chroniques secondaires » des auteurs anciens. C'est dire que nous ne visons pas ici des cas d'ex-

1. Cf. parmi les travaux si nombreux sur ce point, article de LANGE (*Traité de BUMKE* 1928), l'article de CLAUDE et LEVY-VALENSI, *Encéphale*, 1931. – l'article de N. D. C. LEWIS et HUBBARD. The mechanism and pronostic aspects of the manic-depressiv. schizophrenic combinations, *A. for research nerv. and ment. Disease*, 1931, II, pp. 539 à 608. – la thèse, de ROUART (Paris, 1934) – le rapport de AUBREY-LEWIS sur le pronostic de la psych. m. d. (1936). J. WYRSCH, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1937, 159, 668 à 693. – le travail de HOCH et RACHLIN : An évaluation of m. d. in the light of follow up studies. *Am. J. Psych.*, 1941. Dans tous ces travaux et tant d'autres analogues, nous trouvons des observations ou statistiques d'états maniaques chroniques posant au clinicien une des plus grandes difficultés de diagnostic.

ception, mais une masse considérable de délires chroniques. Pour certains auteurs effectivement, il existe des relations très étroites entre la paranoïa, les délires chroniques et l'excitation maniaque chronique. SPECHT ¹, BESSIÈRE ², PETIT ³, CAPGRAS ⁴, etc., ont insisté beaucoup sur ces relations, et il semble bien, en effet, que le substratum d'excitation maniaque se rencontre dans l'évolution et la genèse de certaines « paranoïas ». Les relations des paraphrénies expansives et des manies chroniques sont encore moins précisées mais elles nous paraissent être d'une grande importance comme nous aurons l'occasion de le voir ultérieurement.

5° « *Hypomanie chronique* ».

Enfin, bien que l'hypomanie n'entre pas classiquement dans la définition même de la Manie chronique, nous devons signaler la *possibilité d'une forme hypomaniaque de la manie chronique*. Sans doute, la manie chronique mérite-t-elle d'être à certains égards opposée pour ainsi dire à l'hypomanie constitutionnelle, mais il existe des formes d'accès maniaques qui se prolongent indéfiniment sous la forme d'une exubérance hypomaniaque (« manie douce » de SCHULE).

On sait que « l'hypomanie » a été ainsi baptisée par RÉGIS qui en faisait une constitution autonome, caractérisée par un état permanent d'excitation mentale simple avec exaltation intellectuelle, hypertonie affective et troubles du comportement. On la décrit classiquement comme composée de trois catégories de symptômes.

...« l'hypomanie » a été ainsi baptisée par RÉGIS qui en faisait une constitution autonome...

Dans la *sphère intellectuelle*, il existe une grande promptitude de jugement, les associations sont rapides, les opinions variables, les estimations sommaires. La production intellectuelle est abondante, superficielle, imaginative. Les fabulations maniaques sont fréquentes. Le bavardage, l'esprit d'entreprise, l'« inventivité » sont habituels.

Dans la *sphère affective*, on note des variations de l'humeur, qui reste cependant généralement très tendue, euphorique ou rageuse. L'éréthisme émotionnel, les colères « type soupe-au-lait », les exaltations passionnelles qui flambent comme un « feu de paille », les tendances altruistes constituent autant de traits de la mentalité hypomaniaque dont tout le tableau clinique est coloré d'inconsistance et de légèreté.

Dans la *sphère du comportement*, les maladresses, les entreprises hasardeuses, les hâbleries, la prodigalité, les excès de dévouement, les changements de résidence, de profession, les voyages, les procès, les affaires, les achats, les coups de tête se succè-

1. SPECHT (G.), Chronische Manie und Paranoïa, *Zentralbl. f. Nervenheilk.*, 1905.
 2. BESSIÈRE (R.), *Paranoïa et Psychose périodique*. Thèse, Paris, 1913.
 3. PETIT (G.), Excitation maniaque et paranoïa, *Ann. Méd. Psych.*, 1933, II, 1-12.
 4. CAPGRAS (J.), *Semaine des Hôpit.*, 1933, n° 13.

dent, et donnent à l'ensemble de l'existence un caractère de jeu improvisé et capricieux.

...pyncicité...

La constitution somatique, la biotypologie de ces cyclothymes hypo-maniaques et syntones se rapprochent statistiquement de la *pyncicité* : Ce sont des sujets généralement trapus « brévilignes » à ossature mince, à visage rond, à extrémités courtes et mains arrondies...

On décrit aussi des « variétés » cliniques de l'hypomanie comme par exemple : *l'inventeur hypomaniaque, le migrateur ou vagabond, le revendicateur processif, le mythomane hâbleur*, etc. Telle est la description de l'hypomanie constitutionnelle.

...Tempéremment syntone
et cyclothyme...

Ce qui la caractérise donc, c'est que les sujets dont elle constitue le caractère sont des individus hypersthéniques, exubérants, pleins de vitalité, à tempérament « syntone » et « cyclothyme » (BLEULER, KRETSCHMER, etc...). Sans doute, cette hyperactivité hypomaniaque n'est pas exclusive d'un certain rendement professionnel, et pour si variable, inconstante et excessive qu'elle soit, elle est canalisable et pour ainsi dire « rentable » dans certaines conditions ou certains métiers.

« personnalité psychopathe
hyperthymique »

On a beaucoup discuté dans l'École allemande pour savoir si ce type de « personnalité psychopathique hyperthymique » appartient ou non aux formes d'hypomanie, c'est-à-dire, en dernier ressort, au cadre maniaco-dépressif au sens large. On trouvera un exposé très intéressant de ces discussions (EWALD, Kurt SCHNEIDER, Heinz SCHULTZ, etc...) dans le travail de Hans HOLLWEIDE ¹. Ces controverses naturellement ont beaucoup porté sur les analyses du tempérament et du caractère. Pour K. SCHNEIDER, le groupe des personnalités hyperthymiques comprend dix variétés allant depuis le philanthrope jusqu'au meurtrier, et tous ces « déséquilibrés » impulsifs, irritables, violents et exaltés, entrent dans le cadre de l'hypomanie. H. HOLLWEIDE estime, au contraire, que malgré un certain nombre de traits caractériels communs (tableau p. 734), il y a lieu de penser qu'il s'agit d'une psychopathie hyperthymique plutôt que d'un maniaque chronique (*hypomanie*), lorsque l'on peut noter les traits de caractère suivants : hyperesthésie – tendance à des réactions « doubles » à la fois sollicitées par le milieu extérieur et intérieur – labilité de l'humeur de type réactionnel – sentiment accentué d'une stabilité suffisante, et enfin suggestibilité sous l'influence de moyens psychothérapeutiques.

L'habitus hypomaniaque chronique (si nous ne voulons pas trop nous engager dans la voie de toutes ces subtilités) nous paraît se distinguer de l'hypomanie constitutionnelle : 1° par le désordre plus grave des actes (la variabilité et l'inconsistance des buts donnant à l'ensemble du comportement un aspect plus fragmentaire et incohérent),

1. H. HOLLWEIDE, Psychopathie, Abgrenzung der hyperthymischer Psychopathie, *Arch. f. Psych., (Zeitsch. f. Neuro., 1948, 181, pp. 712 à 735).*

2° par des fabulations délirantes différentes des simples hâbleries de l'hypomanie, 3° par la « faille », la « cassure » que cet état de manie chronique à fond hypomaniaque représente dans le développement de la personnalité. Mais ces « distinguo » un peu byzantins ne doivent pas nous empêcher de voir les choses comme elles sont : l'hypomanie est une forme de manie chronique et peu importe qu'elle soit congénitale ou acquise (point qui pourra être toujours indéfiniment discuté dans chaque cas).

Ce qui nous importe ici au terme de cette énumération des formes chroniques de la manie, c'est que ce type particulier et fondamental de conscience morbide peut s'organiser aussi en forme d'existence. Nous étudierons plus loin à propos de la psychose maniaco-dépressive, l'homme maniaco-dépressif et notamment dans ses relations avec les *névrosés*¹. Soulignons simplement ici que si la manie nous renvoie à la personnalité psychopathique ou névrotique hypomaniaque ou cyclothymique, nous serons fondés à nous demander quand, dans le prochain Tome de ces « Études », nous aborderons l'étude des névroses, si celles-ci ne nous renvoient pas aussi parfois à la manie... Nous pouvons faire par avance des réflexions analogues à propos des *délires chroniques*, et même de la *schizophrénie*, s'il est vrai, comme nous venons de le rappeler, que la clinique la plus courante, celle de notre expérience de tous les jours faite non pas de cas d'exception mais d'observations que nous sommes tous en mesure de faire, pour peu que nous nous soyons délivrés de l'obsession nosographiste, que cette clinique toute simple nous apprend effectivement qu'il y a des relations profondes entre l'expérience maniaque et ces formes d'existence pathologiques.

...Ce qui nous importe ici au terme de cette énumération des formes chroniques de la manie, c'est que ce type particulier et fondamental de conscience morbide peut s'organiser aussi en forme d'existence...

C.— LES FORMES ÉTIOLOGIQUES

(Les manies symptomatiques)

Nous serons brefs ici sur les formes étiologiques que nous examinerons ultérieurement ailleurs à propos des psychoses périodiques et de l'étiologie générale des accès maniaco-dépressifs (Étude n° 25). Seuls nous arrêteront quelques aspects de la question des manies symptomatiques, pour autant que celles-ci peuvent éclairer le problème qui nous occupe.

Après avoir décrit (dans sa 9^e leçon) l'accès maniaque, MAGNAN commençait ainsi son cours consacré aux « *Manies symptomatiques ou états maniaques dans les diverses formes mentales*² » :

« La Manie telle que nous l'avons décrite dans toute sa simplicité clinique répond aux cas types dans lesquels aucun élément morbide surajouté ne vient compliquer la

1. Ce problème moins étudié que celui des états dépressifs et des névroses n'est pas moins important (cf. notre Étude n° 22 où justement nous parlerons des relations de la mélancolie et des névroses).

2. MAGNAN, *Leçons Cliniques*, p. 404.

situation. Dans ces cas, la manie constitue une véritable entité clinique ; elle n'est significative que d'elle-même ; c'est un état *idiopathique*, l'état maniaque joue le rôle prépondérant, primordial. Or, les *vrais maniaques sont rares*; ce qui est très commun, au contraire, c'est d'observer des malades ayant tout l'extérieur des maniaques chez lesquels la manie n'est qu'un aspect d'un autre mal, l'indice révélateur d'un autre désordre intellectuel, le signe par lequel ce trouble se manifeste. C'est à ces états qu'il faut attacher la dénomination d'état maniaque. »

...dans la psychiatrie classique; l'accès de Manie franche aiguë appartient à une « psychose endogène » définie par son évolution cyclique...

Telle est la position de la psychiatrie classique; l'accès de Manie franche aiguë appartient à une « psychose endogène » définie par son évolution cyclique. Il est donc généralement intégré à la psychose périodique intermittente ou maniaque-dépressive, c'est-à-dire, dira-t-on plus tard, à une *psychose constitutionnelle à hérédité similiaire se transmettant sur le mode mendélien dominant*. C'est une entité clinique pure. Nous aurons l'occasion toujours à propos des généralités sur les « psychoses périodiques ¹ » de voir que les choses ne sont pas aussi simples et évidentes dans la clinique qui oppose à cette conception les formes atypiques des psychoses intermittentes, l'hérédité dégénérative dissemblable et les cas de manie aiguë symptomatique d'autres psychoses ou d'affections neuro-somatiques diverses. Nous ne pouvons songer ici à donner un aperçu historique et clinique complet de cette question, nous tenons simplement à signaler que cette opposition entre manie « vraie » et « fausse » vaut ce que valent généralement les notions de « pseudo-maladies » ou d'affections « essentielles » en pathologie générale comme en pathologie mentale...

...il n'en reste pas moins que la « manie » [...] peut également s'observer dans des cadres clinico-étiologiques très divers...

En fait, s'il est exact que la manie s'observe avec une particulière fréquence dans sa forme « pure » ou typique chez les pycniques cyclothymiques issus de familles à antécédents maniaco-dépressifs et présentant eux-mêmes des crises intermittentes, il n'en reste pas moins que la « manie » telle que nous l'avons longuement analysée peut également s'observer dans des cadres clinico-étiologiques très divers.

Quatre faits sont d'une telle importance qu'ils ne peuvent pas être tenus en dehors du débat ; ce sont d'une part 1° l'action pathogène de la sénescence, 2° l'action pathogène des toxiques, 3° les états maniaques symptomatiques d'affections démentielles au début de leur évolution, 4° les syndromes maniaques symptomatiques d'affections organiques.

On sait à quelles discussions ont donné lieu les rapports des *états maniaques d'involution*, les *manies séniles* avec la psychose maniaco-dépressive (si le problème a été plus souvent soulevé pour la mélancolie d'involution, il est le même pour les états maniaques de la sénescence). C'est que chez des sujets indemnes de toute prédisposition individuelle ou familiale, le déclin somato-psychique déclenche des états d'excitation qui ont une structure maniaque authentique du point de vue séméiologique. La

1. Cf. aussi : H. EY, *Hérédité et Psychiatrie*, Rapport pour les Journées de Bonneval, 1950, à paraître prochainement. [NdE : ce rapport annoncé, n'est pas paru sous forme d'un ouvrage séparé].

thèse ancienne de MOLIN DE TEYSSIEU ¹ ou celle de LEVERT ² de la même époque, contiennent des observations de manies d'involution du genre de celles que l'on ne publie pas souvent, mais que le clinicien constate avec une telle fréquence que, nous le répétons, le fait n'est pas discutable. Quant aux manies séniles, soit intermittentes soit de type maniaco-dépressif, on en trouvera des exemples là encore soit dans les travaux anciens ³, soit dans l'expérience clinique courante.

Qu'il s'agisse de l'ivresse alcoolique ⁴, de l'action des toxiques comme la cocaïne ⁵, le hachisch, le protoxyde d'azote etc... il est bien évident à qui veut voir sans préjugé que le tableau clinique réalisé dans les *phases de début* ou dans les *degrés légers d'intoxication*, affecte souvent celui de la manie. Et encore une fois, ce n'est pas parce que ces états sont « symptomatiques » ou d'origine toxique qu'ils cessent d'être maniaques. Il en est de même par exemple des états maniaques provoqués par la cortisone et l'A. C. T. H. (cf. notre Étude n° 25) ; faits sur lesquels nous reviendrons à propos de la pathogénie des psychoses périodiques.

...les manies symptomatiques...

Il est également banal d'observer au début d'évolutions psychopatiques démentielles, telles que la paralysie générale, la démence sénile, la démence artériopathique ⁶, des états d'exaltation psychomotrice qui constitueront de « vrais » états maniaques si on ne les considérait généralement que comme des « syndromes » d'excitation symptomatiques de ces diverses affections. Ceci encore une fois ne doit pas nous échapper dans cet inventaire approfondi de la manie.

Que dire maintenant de toutes les observations publiées depuis 50 ans dans toutes nos revues ou exposés au sein de toutes nos sociétés où il est question des « manies symptomatiques » d'affections diverses ? Deux ordres d'observations doivent être ici particulièrement mentionnés : celles où la manie paraît symptomatique de lésions cérébrales et celles où la manie paraît symptomatique de troubles hormonaux.

Qu'il s'agisse de traumatisme crânien ⁷, de tumeur cérébrale ⁸, d'atrophie cérébra-

1. MOLIN DE TEYSSIEU, *Thèse*, Bordeaux, 1911.

2. LEVERT, *Thèse*, Paris, 1907.

3. LERAT, *Thèse*, Paris, 1909, et plus récemment D. ANGLADE, Rapport au Congrès des aliénistes de Bordeaux (1931).

4. Les fameuses « formes excito-motrices » de l'ivresse.

5. MAIER, *La cocaïne* (trad. fr., 1928). Nous avons personnellement observé un magnifique accès de manie après une anesthésie dentaire locale.

6. Dans la statistique de DE MONCHY (*Die Zerleg. der psych. Krank. bei Arteriosclerosis cerebri*, 1922, Éd. Karges, Berlin), deux cas sont signalés ; STERN (*Traité* de BUMKE, 1930) et M^{me} LEULIER-BARRAT, (*Thèse*, Paris, 1941), en rapportent également des observations.

7. BENON, *Traité cl. et méd. leg. des troubles post-traumatiques*, Paris, 1913. (cf. spécialement pp. 47 à 69).

8. SCHUSTER (*Psychische Störungen bei Hirntumoren*. Stuttgart 1902) signalait treize cas de syndrome maniaque dans sa fameuse statistique. L'observation de STERN, TRAVIS et DONAY, (*Amer. J. of Psych.*, 1942), gliome du diencéphale, est intéressante.

le ¹, de syphilis nerveuse ², d'encéphalite épidémique ³, etc... des cas parfois impressionnants, mais souvent, il faut bien le dire, assez décevants, ont été publiés qui laissent supposer qu'effectivement des affections cérébrales peuvent déterminer des crises de manie. Mais c'est surtout la pathologie du diencéphale et de la région hypothalamique ⁴ qui, ces dernières années, a suggéré l'idée à un certain nombre d'auteurs et notamment aux neuro-chirurgiens que les altérations des formations végétatives et les « centres régulateurs des émotions » de la base du cerveau et du tronc cérébral pouvaient produire l'état maniaque (FOERSTER et GAGEL). Nous examinerons ce problème plus loin.

C'est enfin à la pathologie hormonale que l'on doit les indications les plus nombreuses sur la relation entre la manie et les processus organiques. Longtemps on a publié des observations sur l'hyperthyroïdie et la maladie de BASEDOW dans leur rapport avec la manie ⁵ et effectivement le facteur thyrotoxicque semble avoir été mis en évidence dans certains cas.

Pour ce qui est de la pathologie hormono-sexuelle ⁶, rappelons d'abord l'importance de ce que l'on a appelé les « manies puerpérales », les manies de la puberté et celles de la ménopause. Des recherches plus récentes sur le cycle hormonal ont permis de nombreux travaux sur ce point et c'est à une rupture de l'équilibre folliculine-progestérone à type hyper-folliculinie ou hypolutéinie ⁷ ou à type hyperlutéinique ⁸ que l'on a rapporté certains cas de manie pubérale, de castration ou de la ménopause. Naturellement les psychoses puerpérales étudiées soit par le cyto-diagnostic vaginal, soit par les biopsies ont montré dans les « manies puerpérales » et notamment celles du post-partum, qu'il y avait dans certains cas une probabilité de pathogénie hormonale ⁹.

1. WEITBRECHT (H.), Cyclothymes Syndrom und hirnatrophischer Prozess, *Nervenarzt*, 1953, 489-492.

2. ANGLADE, RAYNEAU et FRETET, *Ann. Médico-Psycho.*, 1937.

3. F. KENNEDY, *J. nerv. and Ment. Disease*, 1944, 100, pp. 192 à 197. F. KENNEDY et STENYEL, *Archiv. f. Psych.*, 1937.

4. Cf. DELAY J., *Les dérèglements de l'humeur*, 1946, et l'article DAVID, HECAEN et TALAIRACH, in *Revue Neurologique*, 1946. Ces deux travaux s'opposent dans leur conclusion, mais on y trouvera la documentation complète sur ce point, que nous examinerons plus loin.

5. On trouvera la bibliographie de ces cas dans les art. de SAINTON, *Semaine des Hôp.*, 1943, de TUSQUES, *Ann. Médico-Psycho.*, 1937, 11, p. 15, de WELTI, BARUK et MATHEY, *Presse médicale* 1938, de M. A. HOWARD et L. H. ZIEGLER, *Amer. j. Psych.*, 1924, et de J. DELAY et BOITTELLE, *Sem. des Hôp.*, 1948.

6. Ce problème sera retrouvé plus loin à propos de la mélancolie et il est exposé dans notre Étude n° 25 au chapitre « Pathogénie » (p. 495).

7. Cf. Thèse de STORA, Paris, 1939.— Thèse de CZITRON (Paris, 1939).— Thèse de LABOUELLE, Paris, 1939.— Thèse de TALAIRACH, Paris, 1939.— Les travaux de BARUK, *Progrès médical*, 1938 et *Presse médicale*, 1940, et de P. ABÉLY, *Ann. Médico-Psycho.*, 1947, de DELAY et BOITTELLE, *Ann. Médico-Psycho.*, et *Semaine des Hôp.*, 1948.

8. Cf. Notamment P. ABÉLY, *Ann. Médico-Psycho.*, nov. 1947.

9. DELAY, CORTEEL et BOITTELLE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1945, et *Semaine des Hôp.*, 1948. — P. ABÉLY, *Ann. Médico-Psycho.*, 1947, 11, pp. 563 et 565.

Enfin ces dernières années, c'est sur le système hypophyso-cortico-surrénal que les observations et investigations se sont concentrées¹ et notamment à propos de la physiopathologie des réactions d'alarme² de SELYE et des inter-réactions dont l'A. C. T. H.³ est le vecteur entre le centre pituitaire et la cortico-surrénale. Ce cycle hormonal complexe (hypophyso-corticosurréno-génital) est actuellement pressenti comme un « facteur hormonal » qui peut s'avérer de grande importance pour la pathogénie de la manie.

En effet, ainsi que BINSWANGER l'a souligné expressément, l'analyse structurale, la phénoménologie de la manie loin d'être en contradiction avec une pathogénie diencéphalique (ou humorale) de la manie, s'en accommode fort bien. Nous dirions même qu'elle l'exige car la structure négative du trouble signe le processus pathologique qui le conditionne.

Mais, dira-t-on, dans tout cas de manie « symptomatique », il ne s'agit que de facteurs organiques de déclenchement, de « facteurs de précipitation » et l'essentiel demeure la « prédisposition interne », le facteur génétique. Cela vaudrait peut-être d'être pris en considération si l'argument n'était pas si général qu'il puisse et doit être utilisé dans toute la pathologie. Il est évident en effet qu'aucune cause exogène de maladie n'est par elle-même une cause nécessaire et suffisante car les « réactions de l'organisme » constituent une autre dimension nécessaire de la maladie. Il n'en reste pas moins que dans « le domaine des maladies mentales » et pour ce qui nous intéresse ici, de la manie, il y a bien des chances pour que la crise de manie soit déterminée par un processus pathologique neuro-hormonale et que, à cet égard, la distinction « capitale » entre manie « endogène » ou « pure » et manie symptomatique soit appelée tôt ou tard à perdre beaucoup de son intérêt sinon toute signification⁴.

...les manies symptomatiques, discussion...

D.— LES FORMES MIXTES MANIACO-DÉPRESSIVES

Les cliniciens ont naturellement été frappés de l'intrication des traits maniaques et mélancoliques dans le tableau clinique de la manie. C'est peut-être une des raisons pour lesquelles ces « psychoses typiques » ont eu tant de mal à être individualisées (comme nous l'avons vu dans l'Étude n° 20). Quoi qu'il en soit, point n'est besoin de recourir à l'autorité de ZACCHIAS, de WILLIS ou à celle de GRIESINGER pour établir la réalité de ce fait clinique que tout le monde peut observer si aisément. Après

1. Les travaux de ALTSCHULE (M. D.), de CLEGHORN (R. A.), de HOAGLAND (H.), de HEMPHILL (R. E.), de LEHMANN (H. E.), de MALAMUD (W.), de PINCUS (G.), etc., seront exposés dans notre Étude n° 25.

2. DELAY, *Ann. Médico-Psycho.*, 1952.— BENDA, *Encéphale*, 1951.

3. Après les cures de cortisone et d'A. C. T. H. des crises de manie ont été observées par ROME et BRACELAND, *Proc. Mayo Clin.*, 1950, par CLEGHORN, *Canada Méd.*, 1950, et depuis lors par de nombreux auteurs. Cf. *Étude* n° 25.

4. C'est ce que souligne aussi SOMMER (note p. 270 de son Étude « États maniaque et mélancoliques » *Évolution Psych.*, 1949, 11).

GRIESINGER, c'est KRAEPELIN qui a le plus minutieusement noté la proportion de « l'élément » maniaque ou de « l'élément » dépressif dans les « états mixtes ». Sa classification est classique et, nous devons la rappeler, il a décrit six formes d'états mixtes qui, allant des plus maniaques aux plus mélancoliques, constituent : la « manie akinétique – la « manie dépressive » – la « manie improductive » – la « stupeur avec éléments maniaques » – la « mélancolie agitée ».

Mais la mélancolie et la manie ne doivent pas être considérées comme deux unités qui peuvent s'ajouter ou s'associer, mais plutôt comme deux aspects « dramatiques » d'une même structure conflictuelle de la conscience.

Comme nous aurons l'occasion de revenir plus loin sur ce point fondamental, nous ne dirons ici que l'essentiel.

Pour l'école psychanalytique, la manie et la mélancolie diffèrent comme deux états psychiques dont l'un est dominé par le « Sur-Moi » (mélancolie) et l'autre par le « Ça » (manie), de telle sorte qu'ils sont vécus l'un et l'autre comme un conflit qui suppose nécessairement l'un et l'autre terme de ce couple affectif antagoniste.

Selon les analyses existentielles de BINSWANGER, c'est la structure même du conflit qui définit ces troubles comme une forme d'existence tout entière dirigée vers l'abandon des soucis des règles morales et des lois de la « dure réalité » (manie) ou vers l'asservissement complet aux lois du devoir, à l'impératif catégorique de l'interdiction (mélancolie).

Mais pour tant que paraisse être « d'une seule pièce » cette forme d'existence maniaque ou mélancolique, elle suppose toujours la possibilité de l'autre « Dasein », elle l'implique même. Le maniaque qui « joue » et « se joue » de tout, qui se lance à corps perdu dans l'aventure d'une course effrénée vers l'infinité du désir et de l'insouciance garde « au fond de lui-même » comme le « repoussoir » de son propre abandon, de sa volatilité et de sa légèreté, les exigences et le poids d'une contrainte qui est seulement dans et par son optimisme euphorique « déjouée ». C'est relativement à cette obligation trop impérieuse et trop insupportable pour n'être pas « présente » chez le maniaque (puisqu'elle confère à son existence sa signification) qu'il se constitue en personne, en homme « maniaque ¹ ». On comprend qu'au milieu de la crise maniaque l'angoisse sourde ou seulement assourdie ² puisse surgir et disparaître comme pour atténuer l'indécence de ce dionysiaque scandale.

1. Nous avons publié (en collaboration avec M^{me} BONNAFOUS, *Ann. Médico-Psycho.*, 1938, 1), le cas d'une de nos malades M^{me} S. Elle a eu étant jeune (« cyclothymique héréditaire ») une seule crise de manie au moment où, ayant perdu son mari, « tout lui a été permis », autorisation qui impliquait précisément un Sur-Moi inflexible et qui, à peine en avait-elle profité, a été supprimée. Elle a été précipitée à jamais dans la punition mélancolique de cette orgie contenue et un seul moment goûtée.

2. Le maniaque ne goûte pas une « joie sans mélange ». RUMKE dans sa phénoménologie clinique du sentiment du bonheur dit que sur 5.000 malades dont il a dépouillé l'observation de la « Valeriusklinik » d'Amsterdam, il n'a pu retenir que quatre cas de « Glückerlebnis » au sens strict du terme auquel il se tient rigoureusement dans sa monographie.

...la mélancolie et la manie [doivent être considérées comme] deux aspects « dramatiques » d'une même structure conflictuelle de la conscience...

MANIE

*

* *

Cette étude des « formes atypiques » de la manie est donc pleine d'enseignements puisque nous avons ainsi appris à considérer la manie sous un certain nombre d'aspects que la psychiatrie classique a trop méconnus. Avec la considération des degrés de profondeur plus grands de la déstructuration de la conscience, nous avons bien vu que la manie constitue un simple degré de cette déstructuration inséparable dans son mouvement évolutif comme dans sa phénoménologie, des autres niveaux de dissolution de la conscience : la manie doit donc être étudiée dans la *perspective dynamique* de cette évolution et de ces formes structurales hiérarchisées. Avec la considération des formes chroniques nous avons vu que la manie pouvait, à des niveaux divers, se survivre et s'installer comme une forme d'existence qui impose au système de la personnalité morbide son empreinte « maniaque » : la manie doit donc être étudiée dans la *perspective historique* de ses rapports possibles avec l'organisation de l'existence personnelle. D'autre part avec la considération des *formes symptomatiques* nous avons vu que la manie ne cessait pas d'être authentique quand elle cessait d'être « pure » et qu'elle pouvait être incontestablement déterminée par des processus somato-nerveux qui conditionnent la dissolution qu'elle représente et que le maniaque vit sous forme d'une expérience vécue typique : la manie doit donc être considérée dans une *perspective pathogénique*. Enfin, avec la considération de ses rapports avec une forme de conscience symétrique et de même niveau (la mélancolie), nous avons été amené à voir que la manie est une forme d'existence essentiellement liée au conflit éthique qui déchire l'homme : la manie doit être envisagée du point de vue de l'anthropologie existentielle dans une *perspective phénoménologique*.

Si nous avons réussi dans notre entreprise nous pouvons dire que nous avons traité de la manie dans une perspective multidimensionnelle et nous avons ainsi satisfait aux règles méthodologiques que CLAUDE, BIRNBAUM, KRETSCHMER, JASPERS, etc. ont particulièrement recommandées pour l'analyse structurale des psychoses.

Sans prétendre avoir atteint ce but, il n'est pas douteux que nous nous sommes efforcé dans cette étude, comme dans celles qui vont suivre, d'envisager les aspects de la conscience morbide dans toutes leurs articulations et ramifications, dans leur évolution comme dans leur signification. Il importe, en effet, de cesser de voir dans la manie (comme dans toutes les formes de déstructuration de la conscience), un « état » en quelque sorte pur et simple, pour la considérer comme « conscience maniaque » dans toute la complexité des aspects et des perspectives qui la composent et l'animent.

...la manie doit donc être étudiée dans la perspective historique de ses rapports possibles avec l'organisation de l'existence personnelle...

Bibliographie des principaux ouvrages

- LINAS, *Manie*, (article in *Dictionnaire Dechambre*, 1876).
- MENDEL, *Die Manie*, Vienne, Leipzig, 1881.
- MAGNAN, « *Maladies Mentales* » 1893-1897, pp. 379 à 403.
- KRAEPELIN, 8^e édition, t. III, 1909.
- STRANSKY, *Das manisch-depressive Irresein*, Traité d'Aschaffenburg, 1914.
- FREUD (S.), *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten*, 1905 (trad. fr. Marie Bonaparte et M. Nathan, 1930).
- Trauer und Melancholie, *Zeitschr.f. Psychoanalyse*, 1916, IV, et « *Gesammelte Werke* » X, 428-446.
- Massenpsychologie und Ich-Analyse, 1921. Éd. Inter. Psychoanal. Verlag. Leipzig, Vienne et Zurich – « *Gesammelte Werke* », XIII, 73-101.
- ABRAHAM (K.), Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des m. d. Irreseins und verwandter Zustände, *Zeitschr. f. Psychoanalyse*, 1912, 2, pp. 302 à 305. – Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido, *Inter. Zeitschr. f. Psychoanalyse*, 1916, 4, pp. 71, 97 et Entwicklung der Libido etc. *Intern. Zeitschr. f. Psychoanalyse*, 1924. (En anglais : *Selected Papers of K. Abraham*, 1942, Éd. Hogarth Press. Londres).
- RUMKE, *Zur Phenomenologie und Klinik des Glücksgefühls*, Berlin, 1924.
- DERON (R.), *Le syndrome maniaque*, Thèse, Paris, 1928, 359 p.
- LANGE, Die endogène und reaktiven Gemütskrankungen, Traité de BUMKE, t. VI, 1928.
- BINSWANGER (L.), Die Ideenflucht, *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, (6 articles), t. 28, 29, 30, 1931-1932.
- DELAY (J.), *Les dérèglements de l'humeur*, Paris, P.U.F. 1946, 179 p.
- GARMA, RASCOVSKY etc. *Psicoanálisis de la Melancolia*, (dernière partie pp. 440 à 483, Psicoanálisis de la Mania) El. Ateneo, Buenos-Aires, 1948.
- LEWIN (B.), *The psychoanalysis of elation*, Éd. Norton Co, New-York, 1950, 200 p.
- BELLAK (L.), *Manie, dépressive Psychosis*, New-York, 1952, 306 p.

Étude n° 22

MÉLANCOLIE

20. La classification des M. mentales.
21. Manie.
22. *Mélancolie*.
23. Bouffées délirantes.
24. Confusion.
25. Psychoses périodiques maniaco-dépressives.
26. Épilepsie.
27. Structure et destruction de la conscience.

La « *mélancolie* » se situe à l'antipode de la manie comme un tableau clinique où prédominent la dépression, la tristesse et l'angoisse. Ces crises de dépression dans leur forme la plus typique se présentent sous l'aspect d'accès de mélancolie caractérisés par l'inhibition, l'effondrement de la « volonté », la tristesse et l'abattement (*dépression mélancolique* plus ou moins stuporeuse) ou par la perplexité et l'agitation anxieuse (*mélancolie anxieuse*.) Nous allons donner ici un exemple de ces deux variétés cliniques, que nous ne perdrons plus de vue dans la suite de cette étude, si nous voulons bien saisir tous les problèmes cliniques et pathologiques que soulèvent de telles crises.

...*Définition*...

...*Deux variétés cliniques*...

M^{me} *Ber-Gou Marie*, 75 ans Cette malade qui a présenté de 15 à 30 ans des crises d'épilepsie ¹, a eu, depuis la cessation de ses crises jusqu'à 60 ans, une existence normale. Sa sœur s'est suicidée et elle a, parmi des petits-enfants, un arriéré épileptique. Depuis 15 ans elle a eu plusieurs crises de mélancolie (trois crises d'une durée de quelques mois). Quand elle entre dans le service, son accès mélancolique actuel est déjà ancien puisqu'il se prolonge depuis plus d'un an. Le tableau clinique de la mélancolie est typique : pessimisme, sentiment d'indignité, tendances autoaccusatrices et hypocondriaques, inhibition. Elle parle lentement et ses propos, monotones et prolixes, témoignent de la profondeur de son état de dépression et de tristesse. Voici ce qu'elle exprime dans les conversations provoquées ou entretenues par « l'interrogatoire » médical :

...*Observation N°1*...

« J'ai bien de la faiblesse dans la tête ; j'étais dans ma chambre et je voyais ma fille dans une cour (illusion) ; je suis tourmentée de cette lettre où elle écrivait pour me conseiller au sujet de la vente de ma machine à coudre. Je me suis mise à parler tout haut comme si je lui parlais à elle. Me croyant toute seule, j'ai dit : Hélas, mon Dieu, avec sa lettre elle me tuera. Alors, je me tourmente, en plus, de savoir qu'elle se tourmente de ce que je suis tourmentée ; et puis, j'ai peur qu'elle se tourmente aussi que

1. L'importance considérable de cette « association » d'épilepsie et de crises de mélancolie trouvera dans l'Étude n° 27 sa pleine signification. Contentons-nous ici de le noter. L'électro-encéphalogramme montre encore quelques anomalies de type comitial après hyperpnée, bouffées d'ondes théta bilatérales et ondes lentes qui prédominent dans la région temporo-frontale gauche. Ce n'est évidemment pas par hasard que dans ce volume nous choisissons comme exemple typique de mélancolie, une ancienne épileptique.

je meure ; c'est malheureux pour une parole... C'est à m'en faire mourir de chagrin... On me dit bien sûr : « c'est une parole de rien », mais j'ai tant peur qu'elle se tourmente. Savez-vous encore une autre bêtise qui me retire le courage ?... Ça, je ne sais pas si c'est guérissable... Voilà de ça, un ou deux ans, j'étais chez elle. Il y avait quelqu'un qui se met à lire les lignes de la main et voilà que j'ai la bêtise de dire : « Moi qui suis vieille, je vais voir ce qu'elle va me dire... » Encore une faiblesse de la tête...! Elle se met à me parler de la mort et dit : « A la fin je vois beaucoup de monde autour de vous ». Alors j'ai compris en venant ici où il y a beaucoup de monde... Oui, cela peut-être voulait dire qu'il y aurait beaucoup de monde autour de moi à ma mort puisque j'ai eu 14 enfants et que j'ai 30 petits-enfants, mais ce n'est pas une consolation, il n'y a pas de consolation pour moi. Le malheur nous poursuit toutes les deux. Le Bon Dieu n'est pas toujours de notre côté. S'il n'y avait pas eu cette maudite machine à coudre et cette diseuse de bonne aventure, je n'aurais pas dit ces sales paroles... Hélas ! faut-il ? ça me tuera... J'ai été quatre fois malade comme ça... Étant jeune, j'avais les nerfs malades, mais je n'étais pas comme ça. » – Elle précise dans un petit écrit de quelques lignes : « Les nerfs malades à la taille, quelle douleur !... Les effets ne peuvent même pas les toucher, enfin cette douleur qui étouffe plutôt et rend malade partout ! En plus, on ne peut ni marcher, ni travailler, et un peu plus forte, elle vous force à pousser de forts gémissements ; enfin ce n'est pas du tout comme une douleur ordinaire... elle menace de vous faire trouver mal. » Elle-même lie ses douleurs à ses regrets : « J'ai deux choses de dépression que j'appelle les regrets ; quand ma fille s'est mariée j'ai eu des regrets ; j'ai aussi les nerfs malades ; au fond c'est la même chose. » Incessamment elle revient sur ses plaintes monotones ; ne parle que de son passé, de ses malheurs, de ses reproches et de ses craintes. Le visage est hébété et exprime une douleur constante. Le plus souvent abattue ou en proie à des crises d'énerverment stérile : elle n'a de goût ni à parler ni à s'occuper. La malade a guéri de son accès et vit chez elle depuis trois ans.

Tel est le tableau clinique de la forme la plus banale et la plus simple d'une *dépression mélancolique* d'intensité moyenne, où prédominent le pessimisme, l'inhibition (parfois remplacée par une légère fuite des idées), les sentiments de regrets ou d'indignité, et l'hypocondrie. C'est une crise de « noir ». Rien de plus fréquent que ce syndrome et c'est sa banalité même qui doit être, ici, inscrite en tête de cette étude. Cette petite description clinique a son intérêt cependant ; elle nous montre nettement la conscience mélancolique « refermée » sur *le passé*, contrainte par son « rappel », contractée et pliée sous son poids, de telle sorte que le seul présent possible, celui du corps douloureux, est encore vécu comme un regret, ainsi qu'elle l'exprime elle-même, expression qui dans la bouche de cette vieille paysanne simple et presque illettrée va rejoindre les analyses phénoménologiques les plus subtiles...

Voyons maintenant le cas tout aussi banal d'une *mélancolie anxieuse*.

...*Observation N°2...*

M^{me} D. 38 ans. « Mon mari va me laisser... Pour élever les enfants, il faut que je m'en occupe, ça je le sais bien... Je vois bien que ça va mal... (silence)... Alors ?... Parce que ?... Est-ce que je ne peux pas aller dans un autre service pour travailler ?... où on me dira de faire ça... Je préférerais être commandée et rendre service... A la cou-

ture ?... Ce n'est pas possible ?... Je ne veux pas rester sans rien faire !... Il faut travailler... Où allez-vous me mettre ? – (« Vous ne voulez pas tout de même aller aux travaux forcés ? » lui fait-on remarquer) – « Je ne peux pas, je ne l'ai pas mérité... Si ?... Ah ! j'ai peur de la guerre !... C'est la guerre mondiale... J'ai bien vu en ville que toutes les autos galopaient !... Je n'y comprends rien... Je n'y comprends rien !... Je n'y comprends rien... Je pense que je vais mourir... On m'a bien dit que je mourrai en 1952. (Pourquoi, lui demande-t-on, voulez-vous vous donner la mort vous-même ?) – Je vois que les choses ne sont pas comme avant, ça devient de plus en plus compliqué, la vie... Il y a du désordre. Chez moi tout était en réparation, en déménagement, en désordre... Des décombres et des rats partout... J'ai peur de ne pas rester ici... Mon mari ne veut pas revenir sans doute ?... Mon mari ne veut pas revenir sans doute ?... Mon mari ne veut pas revenir sans doute ?... Il vaudrait mieux que je meure !... Il vaudrait mieux que je meure !... Si je suis toute seule, ce n'est pas la peine que je reste là !... Je n'avais jamais vu ça, la guerre mondiale ! Ici, c'est calme oui, mais c'est dehors !... Chez moi, c'était tout drôle, tout était en l'air... la guerre est revenue... Tout le monde galopait... Moi je n'y suis pour rien... Rire ? Oh, ce n'est pas rigolo (elle rit)... A la maison j'avais des cauchemars, j'entendais du bruit toute la nuit... un remue-ménage... c'est la guerre mondiale !... J'ai peur !... »

La note dominante est en effet la peur, peur de ce qui va arriver, peur d'une catastrophe cosmique imminente et déjà déclenchée. La mimique, la perplexité, l'énervement, le regard, manifestent cette profonde *anxiété*. Ce n'est que dans le récit et l'entretien avec le médecin qu'elle s'apaise et par moment que « perce » l'enjouement qui nous ramène à nouveau à un état mixte déjà étudié dans la précédente « Étude » et dont la mélancolie anxieuse et agitée représente une forme clinique bien connue (dépression agitée).

La malade a guéri de son accès qui a duré 7 mois. Elle est depuis deux ans rentrée dans sa famille.

La mélancolie est donc un « état dépressif » généralement paroxystique qui se définit par le caractère douloureux des contenus de conscience, l'effondrement de la volonté, l'inhibition intellectuelle, l'idéation pessimiste et l'anxiété.

§ I. – HISTORIQUE

Cette définition classique de l'accès mélancolique est assez récente – contrairement à ce que l'on pourrait imaginer – puisque le terme de mélancolie n'a cessé d'être employé depuis HIPPOCRATE dans des sens fort différents. Sous le nom de « mélancolie » en effet, on a, pendant des siècles, rangé des formes morbides assez disparates et l'histoire de l'évolution du concept de mélancolie constitue un des plus gros chapitres de l'histoire doctrinale de la Psychiatrie. Nous pouvons le résumer ainsi :

PREMIÈRE PÉRIODE. – (Nous englobons sous cette rubrique toute la médecine mentale antérieure à ESQUIROL). Depuis la plus haute antiquité, bon nombre d'aliénés ont été considérés comme des « mélancoliques » et HIPPOCRATE, conformément à son sys-

...le terme de mélancolie n'a cessé d'être employé depuis HIPPOCRATE dans des sens fort différents...

tème humoral, voyait dans la mélancolie une affection triste des humeurs en rapport avec la bile et l'atrabile, à laquelle il assignait pour siège l'*hypocondre*. ARÉTÉE la définissait comme une « *animi angor in una cogitatione defixus absque febre*, » idée et définition qui devaient connaître le plus vif succès. A partir de la Renaissance, en effet, le terme de Mélancolie désigna – fait capital – une sorte de « folie partielle » qui n'impliquait pas nécessairement la dépression affective¹. C'est ainsi que Félix PLATTER (à qui nous devons une bonne description des formes hypocondriaques) opposait « la manie ou trouble global de l'intelligence, » à la mélancolie, considérée par lui comme un « délire partiel ». Également, à la même époque, ZACCHIAS voyait dans le mélancolique soit un malade qui délirait « sur un seul objet », soit un malade hypocondriaque qui ne délirait pas du tout et Daniel SENNERT définissait aussi la mélancolie comme une concentration de l'âme sur *une seule idée*, il précisait même qu'il y avait des « *mélancoliques gais* ». THOMAS WILLIS distinguait, lui, une forme généralisée de mélancolie et une mélancolie particulière ou spéciale. BOISSIER DE SAUVAGES, un peu plus tard, reprenant la définition de D. SENNERT, considérait également la mélancolie comme un « délire partiel » et il décrivait une « *Melancolia moria* » ou mélancolie gaie...

DEUXIÈME PÉRIODE. – (Elle commence avec ESQUIROL). La mélancolie définie par avance, par les anciens auteurs, comme une « monomanie » devait trouver sa place tout naturellement dans le groupe des « folies partielles » isolées par ESQUIROL, groupe dans lequel il distinguait, en effet, une monomanie proprement dite (avec un élément expansif, une idée « gaie ») et la « *Lypémanie* » ou « *Monomanie triste* ». Une bonne partie du travail des psychiatres du XIX^e siècle a consisté à détacher de ce groupe isolé par ESQUIROL (la « lypémanie »), diverses entités cliniques qui sont devenues classiques. D'abord furent exclus du cadre de la lypémanie les états qui, comme nous le verrons ailleurs, sous le nom de « stupidité », de « stupeur », « confusion », constituèrent plus tard nos *syndromes confusionnels*, (malgré l'opposition de BAILLARGER contre la distinction de la stupeur mélancolique et de la stupeur confusionnelle). D'autre part, MOREL, sous le nom de *Délire émotif*, isola plus tard de la « lypémanie » un ensemble de manifestations qui sont devenues ultérieurement la *Psycho-névrose obsessionnelle*. A partir de la forme *Melancolia attonita*, KAHLBAUM devait décrire la *stupeur catatonique*. Enfin, les travaux de J. P. FALRET et LASÈGUE détachèrent de la Mélancolie les *délires chroniques* de persécution. Dès lors, il ne restait plus dans le

...J. P. FALRET et LASÈGUE détachèrent de la Mélancolie les *délires chroniques* de persécution...

1. On se convaincra du caractère très général de la notion de mélancolie au XVII^e siècle, en consultant un très gros ouvrage célèbre à cette époque *The Anatomy of Melancholy* par DEMOCRITUS JUNIOR (Robert Burton), paru à Londres en 1617 et réédité chez Chatto en 1924. Dans le frontispice de la 4^e édition (1628), se superpose l'image de la manie dans la figuration des divers aspects de la mélancolie. [NdE : *Anatomie de la mélancolie*. Trad. franç. B. HOEPFFNER. Paris : José Corti; 2000].

cadre de la « lypémanie-mélancolie » d'ESQUIROL que ce qui en constitue actuellement l'essentiel : les crises de dépression caractérisées par l'effondrement de la volonté et la douleur morale.

Le peu que nous venons de rappeler de l'histoire de la mélancolie rend éclatantes les relations qui existent, en clinique, entre la mélancolie et la confusion, les obsessions, les délires, etc., et nous verrons justement que ces relations naturelles doivent être attentivement étudiées sinon remises en question.

TROISIÈME PÉRIODE. — Les états mélancoliques ainsi « isolés » ne tardèrent pas à être intégrés dans une psychose bien caractérisée, que pour ainsi dire en même temps BAILLARGER et J. P. FALRET (1854) isolèrent sous le nom de *folie à double forme* (BAILLARGER) et de *folie circulaire ou alterne* (FALRET). MAGNAN donna plus tard à cette psychose le nom de *folie intermittente* (1890). Dans les pays de langue allemande après les études classiques de GRIESINGER, ce fut KRAEPELIN qui montra l'analogie et même l'identité clinique de la manie et de la mélancolie dans une même psychose : *la psychose maniaque dépressive*, appelée encore « *cyclothymique* » ou « *périodique* ».

...Les états mélancoliques ainsi « isolés » ne tardèrent pas à être intégrés dans une psychose bien caractérisée [...] folie à double forme (BAILLAR-GER) et de folie circulaire ou alterne (FALRET), 1854...

A partir de ce moment et vers la fin du XIX^e siècle, les recherches entreprises sur la mélancolie se sont orientées vers l'aspect biologique, dégénératif, physiologique de la mélancolie et ont établi son origine nettement « organique ». Elle est apparue (et demeure encore) aux yeux de la plupart des cliniciens, depuis FALRET, BAILLARGER et GRIESSINGER, jusqu'à BLEULER, LANGE et KRETSCHMER, etc. en passant par MAGNAN et SEGLAS, comme une psychose « *endogène*, » c'est-à-dire comme appartenant dans ses formes les plus « franches » ou « pures » à la « psychose maniaco-dépressive » ou « périodique », affection considérée comme une entité « dégénérative », il y a 50 ans, et plus récemment comme une entité « génétique ». Les auteurs qui ont placé la crise de mélancolie hors de la psychose périodique ont décrit des « mélancolies affectives » (pour KRAEPELIN et pour CAPGRAS c'est la fameuse mélancolie d'involution), ou bien rangent simplement la mélancolie dans le groupe, assez vague et trop général, des « psychoses affectives » ou des « réactions affectives » (LANGE). Et à ce sujet il convient de signaler les nombreux travaux qui depuis 30 ans ont eu pour objet l'analyse psychologique de la mélancolie, notamment dans le sens psychanalytique (FREUD, ABRAHAM, etc.) C'est dire que nous allons retrouver, trait pour trait, les mêmes problèmes que ceux que nous avons déjà envisagés dans l'étude précédente consacrée à une psychose aiguë exactement symétrique : la manie.

...vers la fin du XIX^e, les recherches entreprises [...] se sont orientées vers l'aspect biologique, dégénératif, physiologique...

§ II. – LA CRISE MÉLANCOLIQUE TYPIQUE ¹

A. – CONDITIONS D'APPARITION ET PRODROMES

Les corrélations entre le biotype et les accès de mélancolie sont bien connues et tout le monde connaît les travaux de KRETSCHMER, MAUZ, SHELDON, EYSENCK etc., et aussi, naturellement, les études génétiques sur la prédisposition aux accès dépressifs dont nous parlerons dans notre Étude n° 25. KRAEPELIN avait déjà relevé chez les mélancoliques des dispositions caractérielles dépressives dans 64 % et des tendances à l'exaltation dans 36 % des cas.

L'accès mélancolique, comme l'accès maniaque, se développe assez fréquemment à l'occasion d'un événement psychologique. C'est parfois un *choc émotionnel* qui déclenche l'accès (mélancolie dite *affective* ou « *réactionnelle* » actuellement et que Georges DUMAS et les auteurs de la fin du XIX^e siècle appelaient assez paradoxalement « mélancolie d'origine intellectuelle »).

La crise est le plus souvent déclenchée par une émotion déprimante comme par exemple un accident, une frayeur, un bombardement. Mais il peut s'agir parfois d'un *choc émotionnel joyeux*. C'est ainsi qu'il est classique de rappeler l'observation d'ESQUIROL (qui avait tant insisté sur les « causes morales de la folie »). Il s'agissait d'un homme qui, apprenant sa nomination à une place importante, entra dans une crise de mélancolie (il faut noter d'ailleurs que sa promotion l'éloignait de sa maîtresse). Pour en rester à cette époque presque « préhistorique » rappelons encore la fameuse observation de l'artilleur de PINEL ² : ce brave militaire qui avait soumis au Comité de Salut Public le projet d'un nouveau canon et qu'une lettre favorable de Robespierre émut au point de le faire tomber dans un état de « stupeur » mélancolique... Nous retrouvons là un fait analogue (mais inverse) à celui des « manies de deuil », ce qui nous montre que la mélancolie pouvant constituer une réaction à une émotion gaie comme une réaction à une situation triste ne saurait être considérée comme une simple exagération d'une réaction émotionnelle, ni comme une simple mais intense réaction

1. On trouvera de bonnes descriptions de la « Crise de Mélancolie » dans l'article de BAILLARGER : De la Mélancolie avec stupeur, *Ann. Médico-Psycho.*, 1843, 1, 76 ; – dans l'article *Lypémanie*, d'A. FOVILLE, dans le *Dictionnaire* DECHAMBRE (1875) ; – dans les *Études Médicales* de LASÈGUE (1884, 1, 700-721) ; – dans les *Leçons cliniques*, de SÉGLAS (1895) ; – dans le *Traité* de SCHULE, *Handbuch f. Psychiatrie*, (1885), (Trad. fr., pp. 19 à 42) ; – dans le livre de ROUBINOVITCH et TOULOUSE, la *Mélancolie*, (1897) j – dans celui de R. MASSELON, *La Mélancolie*, (1906) ; – dans l'article de LANGE, t. VI, du *Traité* de BUMKE, (1928) ; – dans la thèse de R. DIGO : la *Mélancolie et l'Électro-choc* (Paris, 1947), qui n'a malheureusement pas été imprimée et dont on ne peut consulter qu'un exemplaire dactylographié.

2. PINEL, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, p. 184. [réf. complète p.14 note2]

...L'accès mélancolique [...] se développe assez fréquemment à l'occasion d'un événement psychologique...

à une situation vitale. Un autre exemple de mélancolie en relation avec une situation heureuse est fourni par le fameux « vertige de la sortie ¹ » que ressent souvent le mélancolique au moment où il est à nouveau libre et « devrait être heureux », mais que, encore insuffisamment guéri pour s'adapter à cette nouvelle situation, il s'en effraie. Quoi qu'il en soit du « conditionnement » de la crise de mélancolie par les situations pénibles, difficiles ou « conflictuelles », ces faits sont si importants que, comme nous le verrons plus loin, on a voulu faire des « états dépressifs réactionnels » une catégorie clinique spéciale. Trois faits nous paraissent à cet égard certains. Le premier c'est qu'il est fréquent de voir la crise de mélancolie naître au sein d'une situation vitale catastrophique ou simplement déprimante (embarras économiques, nostalgie, inquiétudes familiales, contrariétés et frustrations sentimentales, drames familiaux, circonstances personnelles ou collectives tragiques, deuil, guerre, captivité, etc.). Le deuxième, c'est que ces crises, comme nous le verrons, n'ont un caractère véritablement mélancolique que si quelque anomalie se glisse précisément dans l'équilibre des réactions de l'individu à son milieu. Enfin, il faut bien dire que le fait le plus frappant et le plus déconcertant de l'observation clinique habituelle, c'est précisément que la crise de mélancolie éclate sans aucun rapport compréhensible avec la situation.

... la crise de mélancolie éclate sans aucun rapport compréhensible avec la situation...

Pour ce qui est du *sexe*, tous les auteurs sont d'accord pour dire que les crises dépressives, les accès de mélancolie et plus généralement les tendances à la mélancolie sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Ainsi PLANÈS, ² dans sa statistique portant sur 3.137 mélancoliques, dénombreait 2.038 femmes pour 1.099 hommes. Et nous pourrions ici rapporter de nombreuses statistiques du même ordre. Il en est de même pour les travaux récents, si l'on consulte par exemple les tableaux où BELLAK ³ expose les « vital statistics » des affections maniacodépressives, ou pour prendre un autre exemple, si l'on se réfère au travail de HUTTER ⁴ sur les états dépressifs où il compte 239 femmes pour 120 hommes. Nous aurons l'occasion cependant de voir ultérieurement que ce fait a été contesté notamment par les statisticiens généticiens Scandinaves.

Pour ce qui est de l'*âge*, « la mélancolie peut apparaître à tous les âges », notaient ROUBINOVITCH et TOULOUSE, et cela est vrai, mais il semble (le suicide en est un test) que le déclin de l'existence soit une condition favorable, d'où la fréquence des fameuses « mélancolies d'involution ».

La recrudescence saisonnière a été étudiée par plusieurs auteurs. KALLIBAY et

1. DAUMEZON, Le vertige de la sortie, *Ann. Médico-Psycho.*, 1947, 1, 78.

2. PLANÈS (A.), *Considérations sur la folie à Paris*, Thèse, Paris, 1886, pp. 55-56.

3. BELLAK (L.), *Maniac Depressive Psychosis*, New-York, 1952, pp. 20 à 52.

4. HUTTER (A.), Die Psychopathologie der schwermütigen Psychosen und die Klinik der Depression und Melancholietypen, *Nervenarzt*, 1939, 281.

UTER ¹ et E. SLATER ² ont noté la plus grande fréquence au début de l'été et un petit « clocher » au début de l'automne. Pour LEUTHOLD ³ c'est surtout le mois d'octobre (plus que le printemps) qui est l'époque du plus grand nombre de débuts de crises dépressives. TOMARI ⁴ indique que le minimum est en hiver et le maximum en été.

L'accès de mélancolie s'installe généralement d'une manière plus insidieuse que l'accès maniaque. Le malade devient sombre, il accuse une certaine gêne dans l'activité intellectuelle, une certaine lenteur dans ses pensées et ses mouvements. On note un certain degré de « fixité » dans ses idées, il se montre plus émotif, plus susceptible, pleurnicheur, énervé, instable, triste. Ces modifications de son caractère et de son humeur s'associent à quelques signes physiques qui manquent rarement : céphalées, troubles digestifs (aérophagie, état saburral des voies digestives, tremblement émotif, insomnies, « agacements moteurs »), et surtout des troubles du sommeil et de l'appétit qui sont la règle. *L'insomnie* est un symptôme capital au début et au décours de la crise. Certains accès dépressifs cependant ne présentent pas de troubles de la fonction hypnique. MAURICE ⁶ a attiré l'attention sur le fait que les formes sans insomnie seraient d'un pronostic plus défavorable. Signalons aussi une forme de début qui n'est pas exceptionnelle par des rêves très anxieux qui persistent encore à l'état de veille sous forme d'« idées fixes mélancoliques », de références angoissées et des situations dramatiques redoutées et déjà vécues dans des cauchemars vivaces. Récemment, MICHAUX, GALLOT ⁶, etc., ont décrit des phases de début de mélancolie caractérisées par ce qu'ils appellent une « aura obsessionnelle ».

...signes physiques qui manquent rarement [...]

...L'insomnie est un symptôme capital...

B.— LE TABLEAU CLINIQUE TYPIQUE DE LA CRISE DE MÉLANCOLIE

Il est très difficile de donner une description univoque de la mélancolie car elle se définit par une telle complexité de sentiments dépressifs, qui expriment avec des tonalités et des qualités diverses, la douleur morale sous des formes tellement variées (tristesse passive, tristesse active, ennui, peur, angoisse, remords, désespoir, douleur, etc.) que les divers cas cliniques offrent une grande diversité selon les nuances des sentiments fondamentaux qui constituent le vécu de la conscience mélancolique ⁷. Toutefois, nous pouvons admettre schématiquement que celle-ci s'organise selon deux

1. KALLIBAY, UTER, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1921, 65, 351.

2. E. SLATER, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1938, 162, 794.

3. LEUTHOLD, *Arch. Psych. Nervenkr.*, 1940, III, 55.

4. TOMARI, *Ospedale psichiatrico*, 1939, 7, 347.

5. MAURICE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1947, II, 533.

6. MICHAUX, GALLOT, CIRILLI et MARIBAS : L'aura obsessionnelle des accès maniaques et dépressifs, *Ann. Médico-Psycho.*, 1948, 11, 634.

7. Cette variété de sentiments a été déjà étudiée par nous dans notre Étude n° 17, sur l'Anxiété.

types fondamentaux, lesquels constituent les deux formes les plus « pures » de la structure mélancolique. Tantôt c'est l'état *dépressif* ou la *dépression mélancolique simple*, à base de sentiments passifs de tristesse et d'inhibition ; c'est aussi ce qu'on appelle la « mélancolie simple » avec stupeur plus ou moins marquée. Tantôt c'est la *mélancolie anxieuse* à base d'angoisse, de craintes, d'inquiétude et de perplexité¹. Telles sont les deux dimensions fondamentales de la conscience mélancolique, dans un cas suspendue dans le vide du passé, dans l'autre ouverte sur le présent et l'avenir comme sur un gouffre béant. C'est ce que nous saisirons mieux lorsque, après avoir fait la description clinique de ces deux formes, nous en esquisserons l'analyse structurale.

I. La mélancolie dépressive.

C'est le tableau clinique de l'abattement, du désarroi et du refus de l'existence. Les expressions émotionnelles de la tristesse², les « vécus douloureux » de la conscience malheureuse constituent, sous la multiplicité des symptômes décrits, la trame fondamentale de cet état mélancolique qui a toujours frappé tous les cliniciens et que l'on observe effectivement en clinique comme un état de morne torpeur caractérisée par la « simplicité » même d'une structure et d'une situation affective qui peuvent se résumer d'un mot selon K. SCHNEIDER : « *la tristesse vitale* »³.

1° FACIES. HABITUS.

Le malade est généralement prostré, comme anéanti. Ses mouvements sont rares et lents. Il est accablé : sa tête pend, son cou est plié et la ligne générale de son corps figure comme la courbe même de la prostration qui l'écrase. Il se meut et se déplace lentement ; il se traîne plutôt qu'il ne marche. Et, dans les formes moins accentuées, c'est la

...Il est accablé...

1. La division clinique des formes de la crise de mélancolie n'a jamais été très nettement établie. Le plus souvent on accepte la classification en formes *dépressives simples*, *stuporeuses*, *anxieuses* et *délirantes*. Mais, comme l'écrivait justement MASSELON (p. 46), la *stupeur* ne constitue pas une variété spéciale de la mélancolie ; on peut la rencontrer dans toutes les formes de l'affection et lorsqu'on parle de mélancolie confuso-stuporeuse, la structure même de la conscience est alors d'un niveau nettement confuso-onirique comme nous le verrons plus loin (Étude n° 24). Quant aux *mélancolies délirantes*, il s'agit soit d'un délire impliqué dans l'état dépressif où l'anxiété est vécue comme regret, remords, auto-accusation ou crainte de dangers imaginaires, soit d'états oniroïdes et de dépersonnalisation que nous étudierons dans notre Étude n° 23, à leur place naturelle.

2. L'aspect séméiologique de la mélancolie coïncide naturellement avec les expressions émotionnelles de la triste vie, de la peur, de la douleur que G. DUMAS a bien étudiées (*Nouveau Traité de Psychologie*, 1932, t. II, pp. 251 à 443).

3. K. SCHNEIDER, Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionzustände. *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1920, 59. Zur Psychologie und Psychopathologie des Trieb und Willenserlebnisse. *Même Revue*, 1932, et « Die Hintergrunddepression ». *Fortschr. Neuro Psych.*, 1949, 17, 429.

fatigue, la décomposition des traits, l'affaiblissement, l'hypotonie du faciès qui portent la marque de la lassitude, de l'affliction et du découragement. Le visage est ravagé et tiré, les yeux sont grands ouverts par l'atonie de l'orbiculaire des paupières mais si les releveurs faiblissent, les paupières au contraire tombent et les traits affaissés dessinent sur la physionomie le masque d'une tristesse lugubre. Tous les observateurs ont spécialement noté *l'obliquité des sourcils* ; on sait, en effet, que normalement les mouvements des extrémités internes des sourcils sont réglés par l'orbiculaire des paupières et les pyramidaux du nez qui les attirent en bas et les faisceaux moyens du frontal qui les attirent en haut, or dans la sombre physionomie de la tristesse mélancolique l'atonie du frontal et la contraction des muscles abaisseurs provoquent l'obliquité des sourcils. On insiste aussi classiquement sur *l'abaissement des coins de la bouche* et le fameux « *oméga mélancolique* » de SCHULE qui exprime la concentration douloureuse et serait dû, d'après ATHANASSIO (cité par LANGE ¹) à la contraction simultanée des muscles sourciliers, appelés parfois « muscles du chagrin » (« Grammuskeln » de KIRSCHOFF). Quoi qu'il en soit, la mimique est immobile et la tragique fixité de ce visage livide l'a fait désigner comme « marmoréen ». La voix est monotone, de faible tonalité ; la parole spontanée, rare ou inexistante. Les réponses sont lentes et le plus souvent monosyllabiques. L'interrogatoire dans ces conditions est laborieux : les malades s'interrompent par des soupirs, des gémissements, plus rarement des pleurs ; ils restent engourdis, sidérés et enfoncés dans leur dépression, comme frappés d'une *paralysie affective*, qui rend tout contact avec eux particulièrement pénible.

2° LE SYNDROME FONDAMENTAL DE LA MÉLANCOLIE.

Il est fait de quatre « éléments » comme on disait au temps de la Psychologie associationniste, ou plutôt il présente quatre aspects, car chacun de ses traits ne peut être qu'artificiellement isolé de l'ensemble qui constitue le *fond mélancolique* : aboulie, inhibition psychique, douleur morale, pessimisme ².

a) *Aboulie et inhibition motrice*. Sans exception tous les auteurs et tous les cliniciens ont mis ce symptôme en premier plan et ce que nous avons déjà dit de la « présentation » du mélancolique (et tout ce que nous dirons plus loin de la structure propre de « son temps vécu ») indique assez que l'inertie, la chute de toutes les énergies vitales est effectivement un aspect séméiologique fondamental. On peut le considérer

1. L'article du Traité de BUMKE rédigé par LANGE contient beaucoup de détails intéressants sur la psychomotricité de la physionomie du mélancolique.

2. La « triade » de la grande crise de mélancolie est constituée, d'après E. KAHN, par la *tristesse*, *l'inhibition motrice* et *l'inhibition psychique*. (*Nervenarzt*, 1950).

comme une sorte de phénomène d'asthénie vitale, voire musculaire ¹. Effectivement, la fatigue, l'asthénie, l'incapacité de se dépenser ou simplement de se mouvoir ont fait l'objet d'innombrables études de physiologie pathologique, hormonale nerveuse, musculaire, etc. Mais c'est plutôt comme un *effondrement de la volonté* que se présente le comportement du mélancolique. Une description « behavioriste » comme celle de D. CAMERON ² qui veut la réduire précisément à n'être qu'une réaction dépressive à une situation, analogue à celle d'un animal soumis à une frustration, en vient à mettre l'accent sur son caractère hautement significatif. Car si l'on ne se contente pas de considérer la « morphologie » de cette situation – à supposer d'ailleurs qu'on le puisse – c'est bien à une chute vertigineuse de toutes les perspectives vitales que nous renvoie l'aboulie du mélancolique. Le malade se plaignant de ne plus pouvoir vouloir, ne sait plus ce qu'il doit faire et le trouble volitionnel apparaît plutôt être une crise de confiance et d'espoir. « A quoi bon... ? Je ne peux pas... Non seulement je ne peux pas, mais je ne veux pas ! ... Je suis impuissant... Je n'ai pas de volonté... Je ne puis pas faire d'effort. Je n'ai pas de bonne volonté... » Formules combien de fois recueillies et qui expriment dans leur laconisme la rétraction radicale de l'être, son impossibilité de se développer, de rayonner, de s'ouvrir, d'espérer.

...Le malade se plaignant de ne plus pouvoir vouloir...

b) *Inhibition psychique*. Lenteur de l'idéation, propos rares, immobilité, monoïdéisme, réponses monosyllabiques, concentration, monotonie, incapacité d'évocation, stérilité de la synthèse mentale, difficulté de l'initiative, ralentissement des associations, gêne douloureuse de la pensée, improductivité intellectuelle, allongement des temps de réaction, tous ces traits cliniques expriment là encore un processus d'inhibition qui se confond avec le « fond dépressif » lui-même, c'est-à-dire qu'il comporte une impuissance foncière et un refus total de toute activité, de toute dépense d'énergie. Et la « perte de vitesse » de la pensée doit naturellement ici être considérée (tout de même que l'excès de vitesse du maniaque), non pas comme une propriété physique de l'influx nerveux, mais comme l'effet d'une modification structurale et globale, de la conscience totale du mélancolique qui lui confère son sens et sa qualité propres. C'est la chute du potentiel vital dans son ensemble qui brise le ressort de l'activité, de l'intérêt et du mouvement de telle sorte que ce qui est fondamentalement vécu par la conscience mélancolique, c'est la vanité de l'action, l'ataraxie de la nonchalance, l'abandon, le désespoir et le dégoût.

...Lenteur de l'idéation, propos rares, immobilité...

Un des symptômes le plus difficile à étudier, condition nécessaire d'ailleurs de

1. MASSELOU et G. DUMAS, chez nous, et l'école de WUNDT en Allemagne ont étudié, assez vainement d'ailleurs, les impulsions motrices au dynamomètre. Les investigations contemporaines, à l'aide de l'électromyographie, ne pourront vraisemblablement que détailler le phénomène sans l'expliquer davantage.

2. CAMERON (D.), *Studies' expression*, *Journ. Mental Sc.*, 1937, 82, 148, 161.

...études du langage...

toutes les autres analyses du « fond mental » du mélancolique, c'est le *langage*. Soit dans sa phonétique, soit dans son « tempo », son articulation, ses pauses, sa syntaxe ou son style ¹ le langage est freiné par l'inhibition ; quand celle-ci bloque toute expression c'est le *mutisme*, mais le plus souvent c'est le *semi-mutisme*. La voix est basse, parfois inintelligible (mussitation), seuls les mouvements furtifs et ébauchés des lèvres et des joues manifestent parfois que le mélancolique « parle » ou plus exactement « murmure » ou « marmonne » : par longs intervalles seulement et entre deux réponses séparées par d'interminables silences, quelques mots brefs sont articulés. Mais c'est surtout le démarrage de la conversation qui est difficile et après avoir arraché quelques paroles au malade, on parvient ensuite à rendre ses propos plus aisés et plus animés au fur et à mesure qu'un contact s'établit, et qu'il se sent aidé et réconforté.

Les « associations », les « temps de réaction », l'« attention » ; les « images mentales », les « perceptions » des mélancoliques ont été longuement étudiés il y a 50 ans. On trouvera dans les traités classiques de la fin du XIX^e siècle ou du début de celui-ci (KRAEPELIN, STRANSKY, MASSELON, ROUBINOVITCH et TOULOUSE, WUNDT, etc.) des exposés un peu fastidieux d'expériences très en vogue à l'époque et qui eurent le mérite de représenter une tentative pour introduire les méthodes de laboratoire en psychologie pathologique ². J. LANGE fait état de ces anciens travaux et on trouvera dans son étude notamment (p. 69) un tableau qui montre chez les mélancoliques (opposés aux maniaques) une prédominance d'« associations internes » (81 % contre 17 % chez les maniaques) alors que les associations externes sont dans une proportion inverse (17 % pour les mélancoliques et 81 % pour les maniaques). Mais qu'il s'agisse des vieux travaux d'OBERSTEINER ³ ou de ceux de BUCCOLA ⁴ ou encore de ceux de MASSELON, on ne peut presque rien retenir de cette accumulation de faits, de mesures et d'expériences qui se bornent en définitive à expliciter le ralentissement, l'inhibition générale des processus psychiques des mélancoliques, phénomène qui se donne à l'observateur le plus superficiel, déjà comme une évidence. Cependant, certains travaux ont tenté de rafraîchir l'intérêt de recherches analogues ⁵. Nous devons signaler surtout l'intérêt de l'ap-

1. Ce sont tous ces aspects du langage qui sont analysés dans le travail de S. NEWMANN et V. C. MATHER, Analysis of spoken language of patients with affective disorders, *Amer. J. of Psych.*, 1938, 94, pp. 918 à 942.

2. *Traité de BUMKE*, VI, pp. 67 à 71.

3. OBERSTEINER, *Virchow's Arch.*, t. IX.

4. BUCCOLA, *Rivista sperim. di Freniatria*, 1881.

5. Comme les travaux de G. GIEHM (Exp. Psych. Stud. etc., *Archiv. f. Psych.*, 1931, 95, pp. 330 à 335), de MASSERMANN et BALKEN (The clinical application of phantasy studies, *J. Psych.*, 1938, 6, pp. 81 à 88), de P. WACHTER (The typical form of exp. Gestalten as related to Kretschmer temperament cycles, *Arch. ges. Psych.*, 1939, 104, pp. 1 à 47), de EYSENK (Dimensions of personality, 1947, trad. fr. 1950), de A. MARTIN (A study of word association in D. P. and M. D., *J. Gen. Psych.*, 1945, 33, pp. 257 à 364), etc..

plication à ce problème des méthodes expérimentales et mathématiques qui ont tenté de la soumettre à des investigations et analyses nouvelles. Rien de plus remarquable à cet égard que l'exposé fait par BELLAKE¹ des recherches « psychopathologiques » en pays anglo-saxons sur les dépressions mélancoliques :

La technique du Rorschach a montré (à RORSCHACH lui-même) que les kinésies humaines, les formes-couleurs sont généralement absentes et que les formes animales sont fréquentes ; les proportions entre les formes kinétiques humaines et l'acuité des perceptions sont inversées. Ces caractères fondamentaux ont été retrouvés notamment par R. GOOD, par LEWY et BECK². Ils sont exposés par KLOPPFER et KELLEY³, et ont pu être acceptés comme typiques dans la projection perceptive mélancolique. Avec le T. A. T., HARRISON⁴ a trouvé, comme chacun peut s'y attendre, dans les états dépressifs un nombre important de projections thématiques de malheurs... Le test myokinétique de MIRA a été utilisé par J. L. SIMON⁵. Naturellement, ainsi que le souligne M. BLEULER⁶, ces tests de projection « coïncident si manifestement avec les données psychopathiques cliniques qu'il est superflu de s'y arrêter ».

Plus intéressants seraient pour le point de vue auquel nous nous plaçons, les *tests de performance* et *d'efficacité intellectuelle*. C'est qu'un problème très important est ici en jeu. La psychométrie peut-elle aller plus loin que la clinique dans le diagnostic d'un état d'inhibition mélancolique et d'un état démentiel ? Problème qui se pose si souvent en clinique et qui est d'un intérêt pratique considérable en raison de ses corollaires thérapeutiques et d'assistance. Il semble que les travaux qui permettent à ce sujet le plus d'espoir sont ceux qui utilisent la valeur diagnostique de la dispersion des résultats des tests d'efficacité (le « scatter » des anglo-saxons). Les types de dispersion des résultats peuvent en effet présenter des corrélations significatives avec certains types cliniques. D. RAPAPORT⁷, a ainsi mis en évidence dans les psychoses dépressives une discordance très grande entre les résultats de performance et les scores des tests verbaux et un déficit aux subtests verbaux ; les opérations arithmétiques sont déficitaires ; l'importance du déficit général aux tests de performance mesurerait assez exactement la gravité de la dépression. Certes... Mais jusqu'à présent, le scatter à l'échelle de Bellevue utilisée par RAPAPORT n'a pas encore révélé une valeur diagnostique différentielle du scattergramme qui puisse nous permettre le diagnostic et nous sommes obligés de supposer avec PICHOT⁸, que la détérioration mentale psychométrique pourrait être « aussi bien le résultat d'un déficit intellectuel démentiel, d'un état confusionnel que de facteurs thymiques ». Nous ne pouvons guère compter sur la mesure ou même la physionomie de cette détérioration pour savoir de quels facteurs elle est la résultante et quel est son pronostic...

...La psychométrie peut-elle aller plus loin que la clinique dans le diagnostic d'un état d'inhibition mélancolique et d'un état démentiel ?...

1. BELLAKE, pp. 103 à 113.

2. LEWY et BECK, *Americ. J. of Psych.*, 1934. R. GOOD, *British J. Medico-Psychol.*, 1945-46.

3. B. KLOPPFER et D. Mac G. KELLEY, *The Rorschach technique*, New-York, 1942 » p. 436.

4. R. HARRISON, *J. Psychol.*, 1943, 15, pp. 49 à 74.

5. J. L. SIMON, *Americ. J. Psych.*, 1934, 100, pp. 334 à 341.

6. M. BLEULER, Rapport du 1^{er} Congrès Mondial de Psychiatrie. Paris, 1950. Rapports II, p. 11. [NdE : *Congrès International de psychiatrie*. Tome II. Psychiatrie clinique. Application de la méthode des tests mentaux à la psychiatrie clinique. Paris : Hermann & Cie ; 1950].

7. RAPAPORT (D.), GILL (M.) et SCHAFFER (R.), *Diagnostic psychological Testing*, 1945, 2 vol. Éd. Year Book Publ. Chicago.

8. PICHOT, Rapport 1^{er} Congrès Mondial de Paris, 1950. [op. cit. note 6] Rapport II, p. 220. n° 5

En fait, toutes les études psychométriques modernes (tests) ou anciennes (psychologie associative) confirment seulement ce que l'expérience clinique tout simplement nous offre : le mélancolique est un ralenti, un inhibé, un homme gêné et effondré, mais cet abattement et ce ralentissement, il faut les saisir à la racine qualitative de la structure intentionnelle de la mélancolie et non point dans la somme des détails physiologiques ou psychologiques de ses effets.

Quoi qu'il en soit, le « *syndrome d'inhibition psychique* » représente une hypotension de la conscience, une incapacité radicale de se mouvoir et d'agir dans l'ordre de la pensée comme dans l'ordre du comportement moteur. L'immobilité et le mutisme, le vide et l'anidésisme expriment la même défaillance et la même inertie. Si l'on emploie le terme d'inhibition pour le caractériser c'est plutôt en pensant à une gêne, à un empêchement, à une paralysie psychique, qui expriment un profond découragement, un mortel abandon, plutôt que dans le sens d'un frein qui appliquerait une action mécanique sur la rapidité et la propagation de l'influx nerveux. Mais le terme d'inhibition a été tellement galvaudé dans ce dernier sens, que nous devons bien souligner ici que pour si « inhibé » que nous paraisse être un mélancolique, son « inhibition » nous paraît avoir le sens d'une réduction globale des forces qui orientent le champ de la conscience plutôt que celui d'un phénomène élémentaire de la « mécanique cérébrale ».

c) *Douleur morale*. Le visage marmoréen, l'immobilité, l'inertie de la vie psychique expriment donc la structure de la conscience mélancolique, prise dans la forme pétrifiée de la statue même de la douleur, douleur si profonde qu'elle gît comme en deçà de son expression rigide et stéréotypée comme un masque, douleur aussi totale que les formes et les degrés de cette déstructuration. Les études de P. JANET, MAX SCHELER, de KURT SCHNEIDER, de STORRING, de DIGO, de LOPEZ IBOR, de tous ces psychologues ou cliniciens de l'angoisse et de la dépression ont montré que l'ennui, le dégoût, le découragement, la nostalgie, le regret, la tristesse passive constituent sous leur forme pathologique des « conduites » (P. JANET) ou des « sentiments vitaux » dont l'organisation dépend de la désorganisation de la vie psychique. Certes, ils peuvent, chacun avec sa nuance propre, être intégrés dans telle ou telle réaction affective, telle ou telle situation vitale, mais le caractère d'endogénéité dans les crises de mélancolie ou ses équivalents exprime et manifeste leur genèse régressive même, c'est-à-dire la chute verticale de la conscience qui tombe dans son propre vertige. Les formes du vécu de la dépression expriment le vide que celle-ci creuse dans la conscience. C'est, nous le verrons, sur ce point de fait (la profondeur et l'immédiateté de ces sentiments dépressifs) que convergent les études de K. SCHNEIDER, de GEBSATTEL, de HUTTER, etc.

La hiérarchie des sentiments vitaux de dépression obéit à une sorte de loi générale :

...Les formes du vécu de la dépression expriment le vide que celle-ci creuse dans la conscience...

plus est profonde la dépression, plus incoercibles et ineffables sont ces vécus, c'est-à-dire les sentiments qui composent la qualité propre de la douleur morale. Sentiments de malaise, « vague à l'âme », cafard, fatigue, impression de vide, d'anéantissement (de « noir » comme disait la malade de P. JANET, Flore, et, avec elle, tant de milliers d'autres malades) sont vécus comme une « expérience immédiate ». C'est pourquoi, par exemple, P. JANET insiste tout spécialement ¹ sur les sentiments de vide en tant qu'ils sont la forme même du vécu de la dépression. Le recours à ces métaphores physiques est d'ailleurs le seul moyen d'exprimer cet ineffable.

Mais l'effondrement, la dépression ne sont pas vécus dans la mélancolie seulement comme un vide, une impuissance, un « trou », ils sont vécus aussi comme un malheur, et c'est pourquoi l'on parle de douleur et non pas seulement de dépression. C'est que la conscience mélancolique, comme nous le notions un peu plus haut, n'est pas seulement passivement submergée par une « vague de fond », elle est orientée, elle s'oriente elle-même par son propre mouvement qui est celui d'un besoin qui la porte de se constituer comme « conscience malheureuse » pour autant que non seulement elle est, mais qu'elle se juge et se veut comme telle. Ceci est, du point de vue clinique, le seul auquel nous nous plaçons ici pour le moment, d'une importance capitale ; car tous les symptômes mélancoliques s'offrent à l'observateur comme une dépression qui s'engendre elle-même : « je suis anéanti, tout est perdu... C'est fatal et *il faut* que ce soit ainsi. On veut me tuer et je *dois* mourir... ». Ce sont ces formules qui constituent, selon mille variantes, le leit-motiv de la mélancolie. Propos rares et sinistres, extirpés par « l'interrogatoire » du médecin, ou bien surpris par la famille ou le personnel infirmier et qui rendent compte de cette détresse, tout à la fois « vague de fond » cœnesthésique ou vitale ou « thymique » – et dramatique souffrance de la conscience morale.

...la conscience mélancolique [...] est orientée [...] comme « conscience malheureuse »...

d) *Pessimisme*. Le « pessimisme » ne peut s'entendre ni d'un sentiment bien caractérisé et différencié, ni d'une idée ou d'un concept. C'est pourquoi nous plaçons ici ce mot pour désigner une dimension clinique essentielle de la mélancolie ; dimension qui n'est réductible en effet ni à un « sentiment » ni à une idée, mais qui englobe une orientation générale de la conscience, son « *mouvement vers le malheur et le mal* ».

Qu'ils analysent ce pessimisme comme une expérience mélancolique fondamentale ou comme « faisant partie » du tableau clinique à titre de « symptôme de premier plan », la plupart des cliniciens qui tentent de le décrire détaillent à son propos soit des sentiments (découragement, inquiétude, angoisse, tourment, nostalgie, regret,

1. P. JANET, *De l'angoisse à l'extase*, 1928, II, pp. 44 à 126. L'étude de VON GEBSATTEL (*Nervenarzt*, 1937) est également centrée sur le sentiment de vide (Leeres Syndrom) à propos d'une belle auto-observation semblable en bien des points à celle de « Madeleine », la malade de JANET.

remords, crainte, désespoir, déception), soit des « idées » (idée de ruine, hypocondriaque, de culpabilité, de domination, de négation, de persécution). Il est vrai, en effet, que la conscience mélancolique pour autant qu'elle vit le mal et le malheur est « peuplée » de ces fantasmes qui s'expriment en « idées » ou sont vécus en « sentiments » dépressifs combinés selon mille nuances possibles. Ces « contenus idéiques », ces « thèmes » et ces « vécus » de la mélancolie sont même parfois appelés « idées délirantes mélancoliques ». Mais à peine les désigne-t-on ainsi (SEGLAS, LANGE, etc.) que l'on se demande s'il s'agit bien d'un « délire »... Nous ne nous arrêterons pas à cette discussion, byzantine et nous répéterons seulement ici ce que nous avons déjà dit à propos de la manie : la conscience mélancolique contient le délire à l'état naissant en tant que, précisément, elle est une forme délirante de conscience. Mais le délire y est si immédiatement vécu comme une expérience qui appartient davantage à la sphère éthique qu'à celle de la réalité, qu'il est, ce « subdélire », dans cette forme mélancolique typique, comme virtuel et comme une première déchirure entre l'être et sa loi, celle d'une défaillance, plutôt que d'une altération de la réalité. Si nous voulons en effet comprendre la sémiologie de l'« état mélancolique » nous devons considérer le pessimisme mélancolique sous certains aspects typiques et stéréotypés, qui tous se réduisent à un *pessimisme réfléchi sur soi*, c'est-à-dire à la *culpabilité morale* et à l'*indignité*. Les autres aspects du pessimisme mélancolique sont des corollaires et des dérivés que la conscience mélancolique elle-même sent, pressent ou présente comme des substituts, des prétextes ou des alibis de cette péjoration foncière qui vise, à travers tous ses malheurs, le sujet lui-même.

Le sentiment de culpabilité est donc ainsi « donné » comme « primitif » dans l'expérience mélancolique typique que nous étudions. C'est le « primäre Schuldgefühl » des auteurs allemands ¹. Naturellement (comme nous le faisons remarquer plus haut pour les sentiments vitaux de dépression), il y a lieu de faire des réserves sur ce caractère exclusivement primaire de la culpabilité. Elle se présente en effet, dans le tableau clinique, même quand elle paraît en contraste violent avec la personnalité consciente et son développement historique, comme un besoin profond, une exigence de « s'amoindrir », de se « rapetisser », de se martyriser, et pour dire comme les psychia-

1. Hans J. WEITBRECHT l'a étudié récemment (Zur Typologie depress. Psychosen, *Fortschritte der Neur. Psych.*, juin, 1952, pp. 247 à 269). Ce travail qui complète ceux que l'auteur a déjà publiés sur la psychopathologie de la dépression (Livre Jubilaire de K. SCHNEIDER, 1947, *Fortsch. Neuro-Psycho.*, 1949, et *Studien zur Psychopathologie der krampfbehandelten Psychosen*, Stuttgart, 1949), est très intéressant justement au point de vue qui nous intéresse car il intègre le problème du caractère primaire ou secondaire dans celui plus général des rapports de la psychose dépressive avec la typologie et la caractérologie des malades cyclothymiques. C'est dans la même perspective que LOPEZ IBOR a envisagé le problème de l'angoisse vitale (*La angustia vital*, 1950, Madrid.).

...la conscience mélancolique contient le délire à l'état naissant...

nalystes, de se punir. Ce n'est peut-être pas par l'effet d'un simple jeu de mots que nous trouvons une identité dans l'expression dont se sert HESNARD¹ (culpabilité endogène) et celle dont se sert la Psychiatrie classique (mélancolie endogène). L'emploi de ce même mot signifie en effet que le pessimisme mélancolique échappe radicalement et aux motivations compréhensibles ou conscientes et aux conditions actuelles ou externes d'existence ; il est l'expression d'une *incapacité interne de bonheur* et d'un *besoin interne de malheur*. De ce sentiment complexe dérivent pour ainsi dire toutes les péripéties thématiques imaginaires ou de comportement dans lesquelles la conscience mélancolique comme frappée de stupeur par ce besoin vertigineux de mal vit et fait son propre malheur.

Le complexe hypocondriaque, c'est-à-dire tout ensemble le désir et la crainte de la maladie – l'illusion de *ruine ou de négation*, c'est-à-dire le dépouillement des biens et de l'existence, – le conflit, la crainte et l'échec dans les rapports avec autrui (*persécution et déshonneur*) – le *découragement*, – la certitude de l'inévitable *catastrophe*, – le *désespoir*, – la *honte*, la *perte des êtres chers*, – la *négation* de toute forme « positive » ou heureuse d'existence – la *résignation*, – la *fatalité*, – l'*expiation impossible et nécessaire*, tous ces « vécus » de la conscience mélancolique ne prennent tout leur sens aux yeux du clinicien, comme dans l'existence même du mélancolique, que par leur saturation par le sentiment de *culpabilité*, car le pire des malheurs pour le mélancolique comme pour tout être humain est non pas seulement d'être voué au malheur mais de l'être par sa propre faute et de se livrer soi-même, par le péché, au châtimement de la justice. Le « noir » de la mélancolie c'est l'ombre même de la culpabilité, de la faute et du péché².

Telle est la forme, pour nous, la plus pure de mélancolie, celle où prédominent, dans le tableau clinique, l'immobilité et la tristesse. Il est bien en effet le plus authentique des mélancoliques, ce mélancolique sombre, livide, muet, comme dévoré par lui-même et strictement replié sur son mal.

II. La mélancolie anxieuse.

Mais il est « mélancolique » aussi ce malade agité, hurlant, en proie à un insatiable besoin de tourments et à la terreur d'être martyrisé : c'est le tableau de la mélancolie

...le pessimisme mélancolique échappe radicalement aux motivations compréhensibles [...] et aux conditions [...] d'existence...

...Le « noir » de la mélancolie c'est l'ombre même de la culpabilité, de la faute et du péché...

1. HESNARD, *L'Univers Morbide de la Faute*, Paris, 1949.

2. C'est d'un « faux péché » qu'il s'agit dépendant d'une « fausse morale » ou d'une « fausse interdiction ». On ne saurait admettre en effet, ainsi que certains auteurs le suggèrent assez naïvement, que la mélancolie relève d'un conflit de la conscience morale. Certes qu'elle soit une angoisse de culpabilité, tout le monde le connaît, le reconnaît et l'admet ; mais il s'agit ici d'une culpabilité qui, comme le dit HESNARD, est « pré-morale » et non point morale. Sinon, comment, nous le demandons, si le mélancolique n'était qu'un pécheur, tout pécheur ne serait-il pas mélancolique ? Nous avons examiné ce problème dans un article paru dans *Médecine de France*, en 1951.

anxieuse. Nous avons déjà étudié assez longuement l'anxiété¹ pour pouvoir être ici très bref, car ce qui caractérise l'anxiété en général, est vécu au diapason le plus élevé et le plus vertigineux par le « mélancolique » anxieux.

L'aboulie et l'inertie sont ici remplacées par la *stérilité tragique* des actions. Le malade « tourne en rond », gesticule, déambule, ne peut tenir en place, il guette aux portes, va et vient de long en large, sans repos, toujours aux aguets. Et à l'inhibition psychique fait place également une agitation intérieure, la *perplexité anxieuse* qui se dépense en vellétés inopérantes, en activités fébriles, embrouillées, perpétuelles variations improvisées sur le thème fondamental de la peur, du désir de fuir, de s'échapper, d'aller on ne sait où... La fuite ici n'est pas élan, mais désarroi, dérouté, échec toujours renouvelé, parce que, étant sans but précis, elle est sans issue. Le mélancolique ne peut pas vouloir et ne veut pas pouvoir s'échapper ; il entretient par ses propres efforts désespérés la situation qui le désespère, vertige non pas de l'infini du possible, mais au contraire de l'inéluctable fatalité. Sa douleur morale est elle-même comme inversée et tandis que le mélancolique déprimé vit anéanti, l'absolu du désespoir, et n'attend au bord du néant plus rien, le mélancolique anxieux, ayant projeté hors de lui-même le malheur, en attend toujours sans trêve, ni merci, l'inquiétante et inexorable menace. *Le pessimisme* enfin n'est pas ici une résignation au mal, mais un combat et une lutte désespérée que la défaite de chaque instant renouvelle sans cesse pour l'instant suivant.

Ces quelques caractères essentiels de la conscience mélancolique anxieuse se retrouvent dans tous les détails de la conduite désordonnée paradoxale de ce type de mélancoliques constamment en mouvement et qui se débattent seuls comme dans une cage ou une prison².

III. *Le désir et la recherche de la mort dans la mélancolie.*

Il existe naturellement une structure mélancolique commune qui réunit phénoménologiquement ces deux formes typiques de mélancolie. Mais sur le plan proprement clinique, elles ont un « dénominateur commun » : c'est la « *furie du suicide* ».

L'impulsion, la propulsion, les vellétés, les « idées » qui poussent le mélancolique au suicide, les tendances appelées autoagressives ou autodestructrices constituent le symptôme majeur de toute mélancolie.

1. Cf. Étude n° 15.

2. Le peu que nous venons de dire suffit ici pour montrer quelles affinités structurales relient ce type de mélancolie au premier type que nous avons décrit et aussi à la manie. Car l'agitation stérile du mélancolique anxieux, sa fuite éperdue, sa projection dans l'avenir, sont comme des rappels sur un autre registre, celui de l'angoisse, de l'analyse existentielle de la fuite des idées maniaque. A cet égard la mélancolie anxieuse représente une sorte d'état mixte assez fréquent pour imposer aux psychoses maniaco-dépressives *un rythme à trois temps*.

– Dans la *forme où prédomine l'inhibition*, le suicide est comme perpétuellement médité et ruminé. Au foyer même de la concentration du pessimisme et de la douleur morale, la tendance à l'autodestruction occupe le centre de la conscience mélancolique ; la mort est là comme le seul présent possible, puisque le présent s'y donne précisément comme un vertigineux néant. C'est le point géométrique où s'entrecroisent toutes les coordonnées de la conscience mélancolique : culpabilité, désir et crainte du châtement, désespoir, situation sans issue, mort inéluctable ou impossible, mort méritée et refusée, mort qui apparaît comme l'impossible solution d'une existence finie, la lancinante tentation d'en finir avec un monde sans fin ni fins. C'est pourquoi, chez les mélancoliques inhibés, le suicide se réalise passivement par le *refus d'aliment*, reniement de la vie, exactement conforme dans sa forme négative à l'anéantissement même de l'être. Une autre forme clinique d'un grand intérêt dans la pratique psychiatrique, c'est le *raptus-suicide*. Combien de fois ne voit-on pas ces malades muets, immobiles, stuporeux, tristes, sombres, frappés d'une paralysie presque complète de leur activité, présenter des impulsions fulgurantes qui les précipitent par une fenêtre ouverte ou sur une paire de ciseaux laissés à leur portée, etc. Une troisième variété voisine de la précédente, assez caractéristique aussi de cette forme clinique, c'est le *suicide systématiquement préparé*, parfois perpétré avec patience et opiniâtreté comme si la concentration douloureuse, le monoïdéisme, la persévération de ces malades les aidaient à triompher silencieusement de la surveillance dont ils sont l'objet et un matin, on les trouve étranglés à l'aide d'un lien sournoisement fabriqué avec leurs draps depuis plusieurs semaines... Enfin, c'est aussi parmi ces mélancoliques que l'on rencontre les auteurs de *suicides collectifs* perpétrés également dans le silence d'une tragique concentration douloureuse tout entière dirigée vers un terrible massacre familial.

– Dans la forme de *mélancolie anxieuse*, les tendances aux suicides sont plus manifestes voire ostentatoires. Le malade hurle qu'il veut la mort, qu'il se la donnera ; il réclame qu'on le brûle, qu'on lui tire un coup de revolver, qu'on le laisse se noyer, qu'on « lui fasse une piqûre ». C'est dans un débordement dramatique (et presque tragi-comique, car cette recherche pathétique de la mort n'exclut pas parfois une certaine emphase théâtrale) au milieu de gémissements, de plaintes, de scènes d'épouvante, de tentatives de fugues, que ces mélancoliques cherchent par tous les moyens à échapper à la mort qui les menace, en s'y précipitant. C'est ce que l'on a depuis longtemps appelé la politique de Gribouille du mélancolique. L'insomnie ¹, l'exagération

...la mort apparaît comme la lancinante tentation d'en finir avec un monde sans fin ni fins...

1. LIBERSON, (Problem of sleep and mental disease, *Digest Neuro-Psycho.*, Institute of Living, 1945, 13, pp. 93 à 108), signale l'importance de l'insomnie chez ces malades anxieux à l'égard de la propulsion au suicide. LIPSCHUTZ, (Some administrative aspects of suicide in the mental Hospital, *Amer. J. of Psych.*, 1942, 99, p. 181), confirme les expériences de tous les cliniciens à savoir qu'il faut se méfier, comme disait G. DE CLÉRAMBAULT, du « pôle matinal de l'anxiété ».

matinale de l'angoisse au réveil du cauchemar nocturne, constituent une condition éminemment favorable à ces tentatives de suicide. Parfois les conduites suicidaires de ces malades par leur excès même ou l'innocuité répétée de leurs tentatives (avalant un bouton, se piquer le poignet avec une épingle, etc.) les mettent à l'abri d'une surveillance alertée par leurs excès ou leurs maladroites. Mais, le mélancolique anxieux peut aussi « cacher son jeu » avec habileté et préparer avec obstination et même ruse le moyen de mettre fin à ses jours. La *recherche de la mort*, qu'elle réponde à un sombre *tædium vitæ*, à un profond besoin de s'anéantir ou qu'elle exprime la détresse de l'angoisse ou la déroute panique de la peur, est donc chez tous les mélancoliques le fond même de la mélancolie. Car son aboulie, son inhibition, sa tristesse morale, son pessimisme, sa perplexité, son agitation et son angoisse sont des symptômes qui tous s'ordonnent par rapport à son *refus de l'existence*, à son terrible besoin d'anéantissement. Et cela est aussi vrai, encore une fois, pour les mélancoliques immobilisés déjà dans leur sépulcrale tristesse comme pour les mélancoliques anxieux qui craignent la mort, le danger, le châtimeur, le martyr et la damnation qu'ils s'infligent pourtant eux-mêmes dans les fantasmes imaginaires d'une mort menaçante à l'exacte mesure de la mort désirée¹.

IV. *Syndrome physique* :

Comme nous l'avons déjà indiqué pour la crise de manie, nous ne voulons pas exposer ici ce qui trouvera mieux sa place dans l'étude où nous examinerons² le problème biologique et pathogénique des accès maniaco-dépressifs, aussi nous contenterons-nous d'en marquer l'essentiel. Il tient d'ailleurs en peu de mots.

1° SYNDROME DIGESTIF.

L'état saburral des voies digestives, la *constipation* opiniâtre sont les symptômes d'une parésie intestinale presque constante. Les spasmes, les nausées, les régurgitations, les débâcles diarrhéiques, s'observent plutôt dans les formes anxieuses. Quant au syndrome *hépato-biliaire*³ qui a donné son nom à l'affection, il est bien rare de l'observer cliniquement. Il s'agit plutôt de troubles des fonctions hépatiques qui règlent le métabolisme. Le subictère est exceptionnel, la congestion hépatique rare. La sécrétion gastrique a fait anciennement l'objet des investigations de VON NORDEN (1877) et de PACHOUD (1888), de ZIEHEN (1892) ; elles ont été reprises par

1. Naturellement nous devons renvoyer à ce propos à notre Étude n° 14, sur le suicide.

2. Étude n° 25.

3. Cf. ZISTERMANN, *Rapports des états mélancoliques et de l'atonie de la vésicule biliaire. La bile noire*, Thèse, Paris, 1929, BARUK (H.), BRIAND (H.), CAMUS (L.) et CORNU (R.), *L'anxiété biliaire. Ann. Médico-Psycho*, 1935, I, 177-192.

HEDSTROM ¹ qui a trouvé un taux d'acidité et même une véritable achlorhydrie (dans 22 cas sur 34 déprimés examinés).

2° SYNDROME CARDIO-VASCULAIRE.

Les modifications du pouls, de la tension artérielle ², de la pression veineuse ³ et des capillaires ⁴ ont été étudiées dans d'innombrables travaux qui ont plus ou moins convergé dans la description des deux types de réaction mélancolique : l'*état mélancolique stuporeux* avec ralentissement circulatoire, hypotension et vagotonie, et l'*état mélancolique anxieux* avec hypertonie vasculaire, augmentation du volume circulatoire, etc. On a beaucoup brodé sur ce thème sans pouvoir en tirer une indication très sûre. Naturellement ces études sur l'équilibre vasculaire sont inséparables des recherches sur l'équilibre neuro-végétatif ⁵.

3° SYNDROME RÉNAL.

Oligurie, parfois albuminurie, troubles de la concentration, etc., sont des symptômes parfois observés dans la mélancolie, mais, somme toute, rares. Il est évident que

1. HEDSTROM, Disturbances in the gastric secretions in H. D. Psychoses, *Acta Psych.*, 1937.

2. Pour les travaux sur le pouls et la tension artérielle citons ceux anciens de HAWLEY, (St. of blood pression in states of excit and depression, *Arch. Int. Med.*, 1913), de ENEBUSKE (*Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1916, 34, 449), qui mentionnaient une instabilité vasomotrice, difficile à interpréter et à codifier. D'après REIDER (Blood pressure studies of psych. patient, *Bull. Meminger Clin.*, 1938, II, pp. 65 à 73), il n'y a guère de troubles tensionnels nets. D'après G. DUMAS la tension est abaissée et le pouls ralenti quand il y a une dépression profonde ; quand apparaît l'anxiété, la tension s'élève et le pouls s'accélère. CAPGRAS, (1910) a confirmé ces observations. Depuis lors CLAUDE et son Ecole (TINEL, LAMACHE, TARGOWLA, SANTENOISE, etc.), ont publié de 1922 à 1925 de nombreuses observations analogues (*Encéphale*, de 1923 à 1927), M. MILLER, (Blood pressure findings in relation to inhibited aggression in psychoses, *J. Psychosom. Méd.*, 1939, I, pp. 162 à 172), a étudié la tension corrélativement à l'inhibition des tendances agressives, mais dans la mélancolie où cette inhibition est très marquée, on ne trouve pas toujours de l'hypertension. C'est d'ailleurs ce que P. ABÉLY, LAINE et LAMOLLE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1948, II, 41-44, ont souligné. Pour eux l'hypertension est caractéristique des accès mélancoliques de la psychose périodique ; dans les autres types de dépression on noterait au contraire l'hypotension.

3. CLAUDE et LAMACHE, *Encéphale* 1926, 458 à 465.

4. Le « pouls capillaire » a été étudié à l'aide du plethysmographe, il y a bien longtemps, par HALLION et COMTE (cf. ROUBINOVITCH et TOULOUSE, p. 218) qui constatèrent sa faiblesse dans les états dépressifs. HAUPTMANN et MYERSON, (*J. Nerv. and Ment. Disease* 1948, 108, pp. 91 à 108), ont étudié (d'un tout autre point de vue) les capillaires digitaux de 37 maniaco-dépressifs : ils les ont trouvés dilatés et bien formés (contrairement à ce qu'ils ont noté chez les schizophrènes où prédomine le type caractéristique d'un arrêt de développement).

5. Cf. spécialement SANTENOISE (*Rapport du Congrès des aliénistes d'Alger*, 1938). SONDEN, (*A study of somatic conditions in M. D.*, 1927), a assez bien schématisé l'opinion des auteurs de cette époque en disant que la mélancolie s'accompagnait en général de vagotonie. Ce problème a été repris relativement à l'équilibre émotionnel et les décharges adrénérergiques et cholinergiques par DIETHELM, (*Arch. N. and P.* 1945, pp. 54 à 110).

la réduction des apports alimentaires, la déshydratation, le jeûne volontaire, constituent en eux-mêmes des facteurs d'acidose, d'oligurie et même d'hyperazotémie.

4° Quant aux TROUBLES DYSMÉTABOLIQUES et aux altérations de l'homéostasie humorale, ils ont fait l'objet de recherches également très nombreuses, la mélancolie offrant aux recherches de laboratoire et notamment aux investigations bio-chimiques un champ d'observations immense et aisé. Disons, simplement que ce sont surtout vers les troubles de l'équilibre de glucides ¹ et du cholestérol ² que l'on a paru s'orienter ces dernières années. Nous pouvons signaler aussi que l'on a tenté quelques recherches sur *le métabolisme basal* ³ et les modifications *électroencéphalographiques* ⁴ chez les mélancoliques.

Tous ces travaux et les observations cliniques et biologiques que nous sommes en mesure de faire tous les jours chez ces malades manquent cependant de netteté peut-être parce que les deux types fondamentaux de mélancolie que nous venons de décrire ne sont pas suffisamment présents à l'esprit du clinicien et du biologiste appliqués à établir un bilan des expressions psychosomatiques de la mélancolie.

V. Évolution et pronostic

La durée de la crise de mélancolie a fait l'objet de nombreuses études, notamment celles de MAUZ ⁵, de AUBREY-LEWIS ⁶, de LUNDQUIST ⁷, de

1. Depuis que nous avons consacré (avec TARGOWLA) une étude aux variations de la glycémie dans les maladies mentales (1926), et depuis les travaux cliniques de cette époque (WUTH, KOOY, DI RENZO), TOD et JONES, (*Edinburg Med.*, J. 1937, 44), ont confirmé les recherches de Mc. GOWAN et QUASTEL concluant que l'index hyperglycémique (H. I.) varie avec la tension émotionnelle. Mac FERLAND et GOLDSTEIN, (*Biochemistry of M. D. Amer. J. of Psych.*, 1939, 96, 21-58), RENNIE et HOWARD, (*Hypoglycémie and tension depress. Psych. Méd.*, 1942), et GILDEA, (*Arch. N. P.* 1943-49), ont surtout étudié le taux et les courbes d'intolérance sans qu'il soit possible d'en tirer des conclusions bien nettes.

2. Les travaux de SCHULE, (*J. Lab. and Clinic. Med.*, 1936), et surtout ceux de GEORGI (*Schweizer Med. Wochenschr.*, 1944, pp. 338 à 344). Cet auteur a montré que l'absorption de cholestérine à jeun par le mélancolique atteint de dépression endogène ne modifie pas la cholestérinémie comme cela se produit chez les sujets normaux.

3. Cf. Thèse, LAUZIER, (Paris, 1923), Thèse de M^{lle} BADONNEL, (Paris, 1924), et de M. SCHLUMBERGER, (Thèse, Paris, 1933), et plus récemment, à l'étranger : WOLBERG, (*Basal Metab. and M. D.*, *Psych. Quarterly*, 1935), LESZYCKI, (cité par BELLAK, p. 260).

4. Cf. DAVIS, (*Amer. J. Psycho.*, 1941, pp. 98 à 430), GREENBLATT, HEALY et JONES, (*Amer. J. Psych.*, 1944, 101, pp. 82 à 90), COHEN, (*J. ment. Sc.*, 1940, 86, pp. 802 à 823), MOORE, NATHAN, ELLIOT et LAUBACH, (*Amer. J. of Psych.*, 1935, 92, 43-67 (p. 60)).

5. MAUZ, *Die Pronostik der endogenen Psychosen*, Leipzig, 1930, (le pronostic est d'après l'auteur fonction de la biotypologie de KRETSCHMER).

6. AUBREY-LEWIS, *Melancholia pronostic study and cases*. Meeting de la *Royal Med. Psycho. Assoc.* de Folkestone, juillet 1936. C. R. publiés dans le *Journal of Ment. Sc.*, 1936, 82, pp. 488 à 588. Ce rapport est d'une grande importance par sa documentation.

7. LUNDQUIST, *Pronostic and cours M. D. Psychoses*, (Collection *Acta Psych.*, 1945).

RENNIE ¹, de DEDICHEN ² etc., qui toutes ont été ces dernières années orientées ou utilisées pour éclaircir le problème de l'action des thérapeutiques de choc ³. Généralement on s'accorde pour dire que la durée de la crise de mélancolie abandonnée à la spontanéité de son évolution est en moyenne plus courte que la crise de manie et se situe entre 4 et 5 mois. (KRAEPELIN parlait de 6 et 8 mois en moyenne). Mais cette durée augmente avec l'âge et avec les récurrences (cf. *Études n° 25*).

L'évolution est caractérisée par une période de prodromes assez brève et une longue période d'état au cours de laquelle le tableau clinique tout en variant assez souvent de niveau (phase de délire, d'agitation nocturne, passages de la stupeur à l'anxiété ou à la confusion, etc.) garde sa tonalité fondamentale. La fin de l'accès est caractérisée par la *régularisation du sommeil* et de *l'appétit* (la courbe de poids est à cet égard caractéristique de même que, chez les femmes, la restauration d'un cycle hormonal ovarien régulier).

Le pronostic immédiat, c'est-à-dire celui de la sévérité et de la durée de l'accès est relativement facile ⁴ puisque les tableaux statistiques auxquels nous venons de faire allusion et que nous étudierons dans notre Étude n° 25, indiquent une probabilité qu'il est relativement facile d'appliquer en tenant compte de l'âge et des récurrences. Cependant le pronostic *quoad vitam* ne doit pas être négligé. Il arrive, en effet, que certaines formes de mélancolie aient une *évolution mortelle*. Sans doute s'agit-il généralement de psychoses aiguës plus nettement confusionnelles ou stuporeuses, mais on peut voir des mélancolies typiques notamment chez les vieillards ou simplement des personnes âgées dont l'état organique est précaire, succomber dans une cachexie rapide.

Quant au pronostic *éloigné* il porte sur deux points principaux : 1° la crise de mélancolie va-t-elle permettre une restitution ad integrum de l'activité psychique ? 2° la crise se renouvellera-t-elle ? Là encore nous devons nous en référer aux probabilités que nous pourrions tirer des statistiques plus ou moins correctement établies. La réunion d'un grand nombre d'éléments de pronostic favorable permettent de penser qu'il s'agit d'une crise aiguë et franche (tableau clinique pur et typique, structure maniaco-dépressive mixte alterne de la mélancolie, cyclothymie, biotypologie pycnique, etc.), augmente par contre les risques de « périodicité » et les craintes de récurrences et de rechutes. On ne saurait oublier en tout cas (ce que certains praticiens ont

...la crise de mélancolie est [spontanément] plus courte que la crise de manie et se situe entre 4 et 5 mois...

1. RENNIÉ (C), Prognosis in maniac-depressiv. Psychosis, *Amer. J. of Psych.*, 19425 98, pp. 801 à 814.

2. DEDICHEN, *A comparaison of 1459 shock treated psychoses in Norwegian Hospitals*, 1946.

3. Cf. Henri EY et BURGUET, *Ann. Midico-Psych.*, 1952, 1. Cf. aussi la thèse récente de J. B. DENIS, *Le pronostic des états mélancoliques*. Paris, 1954.

4. Mac GOWAN a proposé un élément de pronostic, l'index hyperglycémique (calculé en tenant compte de la glycémie à jeun provoquée). Son taux élevé serait d'un bon pronostic. – Des indications pronostiques ont été tirées du test de Rorschach par A. MORRIS, (*Amer. J. of Psych.*, 1943, 100, pp. 222 à 230).

peut-être tendance à négliger) que la crise de mélancolie (comme la crise de manie) est une crise dont la durée est *relativement longue* lorsqu'elle est abandonnée à son évolution spontanée (4 à 6 mois et plus). Il ne faut pas perdre de vue cette « unité » de temps d'observation psychologique si l'on ne veut pas se tromper lourdement et fréquemment en portant des pronostics de chronicité sur tous les cas de dépression plus ou moins typique qui ne guérissent pas dans les cinq ou six mois.

§ III. – ANALYSE STRUCTURALE DE LA MÉLANCOLIE

Lorsque nous avons étudié la manie il nous a suffi de nous rapporter au travail de L. BINSWANGER pour établir, sur des bases solides, notre propre analyse. Au moment d'entreprendre la même opération pour la mélancolie, force est bien de reconnaître qu'il n'existe nulle part une analyse aussi approfondie de ce type de psychose aiguë. Sans doute depuis le temps où on « ramenait » la mélancolie à un trouble de l'humeur ou de la cénesthésie – et l'angoisse à ses « concomitants » physiologiques, depuis les premières descriptions d'ESQUIROL ou de GRIESINGER ou les analyses psychologiques de G. DUMAS ¹, depuis que l'on dissertait, au temps de SEGLAS, sur les rapports des idées délirantes, des hallucinations et des sentiments dans la mélancolie, de grands progrès ont été faits. Ces progrès sont dus à deux écoles. D'une part, FREUD et les psychanalystes ont enrichi la compréhension psychologique de la mélancolie en mettant en évidence sa thématique complexe. D'autre part, des cliniciens, psychologues pénétrants, comme P. JANET et E. MINKOWSKI en France, et en pays de langue allemande STRAUSS, Kurt SCHNEIDER, FREIHERR VON GEBSATTEL, E. STORRING, etc. ont approfondi la structure de la mélancolie dans le sens même qui nous permet d'y voir une déstructuration temporelle de la conscience. C'est naturellement à la convergence sinon à la synthèse de ce double mouvement que nous entendons nous placer. L'exposé séméiologique que nous avons fait rend évident que chaque symptôme (inhibition, pessimisme, aboulie, etc.) chevauche sur les autres comme s'ils se détachaient tous et chacun d'un fond commun. C'est ce fond commun, cette structure qui doit faire maintenant l'objet de l'analyse phénoménologique de la mélancolie.

A. – ANALYSE EXISTENTIELLE.

L'analyse de P. JANET ² s'applique presque exclusivement à la mélancolie anxieuse. Pour lui la psychologie de la mélancolie doit englober les « états de dépression » et

1. G. DUMAS, *Les états intellectuels dans la mélancolie*, Thèse de Paris, 1894, travail caractéristique de la psychopathologie de cette époque.

2. Notamment dans *De l'angoisse à l'extase*, (1937, II). Nous ne craignons pas de placer .../...

d' « asthénie » et aussi ce qu'il appelle les « états de pression » (il emploie ce mot pour ne pas employer celui de tension par lequel il désignait la force organisatrice des fonctions du réel). Ainsi confond-il dans le même objet de son analyse, le « noir » de sa malade Flore, et les « douleurs » de Madeleine. Les sentiments qui dominent dans ces états sont la grande tristesse, le chagrin, la détresse, l'anxiété, et l'angoisse, et quand ces sentiments sont très profonds, on pourrait, dit-il, employer le mot *d'agonie* morale. Un des mots les plus employés par les malades c'est celui de « peur ». Mais la peur est une conduite de niveau perceptif caractérisée par les actions de fuite loin des objets tandis qu'il s'agit ici de « peur morale », car il s'agit d'une « peur sans objet » (p. 308). JANET rappelle le mot de la malade d'ESQUIROL : « J'ai peur et je ne sais pas de quoi j'ai peur ». De même une de ses malades disait dans ses moments d'affreuse angoisse : « J'ai abominablement peur, mais je ne sais pas de quoi ; peut-être ai-je simplement peur de perdre la tête », et, en effet, ces malades disent souvent qu'ils ont peur de perdre leur liberté, de devenir des automates. A ce sujet, JANET rappelle (sans le citer davantage) que DESCHAMPS¹ parlait d'une *crampe de la vie*, de chagrin de la pensée, de tenailles dans l'âme, de cancer de l'âme, de couche de plomb fondu sur la conscience... Mais, ajoute-t-il, toutes ces expressions sont assez vagues et embrouillées par des comparaisons et des métaphores, dont il faut dégager « les idées ». Or ces idées se rapportent toutes au futur, car, selon le mot de LASÈGUE, si le persécuté est un condamné, le mélancolique est un prévenu. Il s'agit en tout cas d'idées catastrophiques. Pour le présent ce sont des « idées de dévalorisation » qui expriment la morosité et les sentiments de vide et des « idées de péjoration » qui indiquent une mélancolie plus profonde (sacrilège, immortalité, idées de mort). Mais cette péjoration n'est pas, comme le veulent certains auteurs (p. 376), le point de départ des autres idées mélancoliques. Le fait fondamental ce n'est pas la péjoration de soi-même, c'est la *péjoration des actions*. Toutes les actions présentes ou futures, imaginées ou passées, sont représentées comme criminelles ; le fond du problème, c'est la *peur de l'action* d'où les conduites de la peur. Toute conduite de la peur étant généralement de s'écarter, de réaliser une absence relativement à l'objet de la peur (p. 324), chez le mélancolique il y a arrêt de l'action et le désir *d'aller ailleurs*. Cet arrêt de l'action, continue JANET, n'a pas été vu par BAILLARGER qui rapprochait cet état de celui du rêve², ni par les auteurs allemands qui ont parlé d'arrêt psychique, car on n'explique guère cet arrêt de l'action en l'appelant

...le fond du problème, c'est la peur de l'action d'où les conduites de la peur... (JANET)

.../... les analyses de JANET dans cette rubrique car le meilleur de ses descriptions dépeint tout naturellement la phénoménologie de l'angoisse et de la détresse qui fait l'objet des autres analyses rapportées dans ce paragraphe.

1. Il nous a été impossible de retrouver le travail et même l'auteur à qui JANET fait allusion.
2. BAILLARGER, Œuvres, p. 448. (Citation inexacte de P. JANET, car cette phrase se trouve dans les *Recherches sur les centres nerveux*, tome II, p. 468).

une inhibition psychique. Cet arrêt est bien lui-même une conduite. C'est la conduite de la fuite de l'action. Il s'agit d'une inhibition active, de l'arrêt actif de l'action par une réaction du sujet lui-même à son propre acte. Chez le mélancolique il y a une tendance à inverser les actes, caractéristique surtout de l'inversion morale. Le suicide est à cet égard la conduite type, car il est l'expression la plus complète de la peur des actes et de l'inversion de toutes les tendances à l'action, lesquelles sont toujours des tendances vitales (p. 338). Nous devons bien nous représenter que l'arrêt des actes est motivé soit par leur succès, soit par leur insuccès. Si, pour reprendre l'exemple de DESCARTES, le bras étant placé trop près du feu, il se produit un mouvement de retrait, *une réaction*, néanmoins pour que le bras soit tout à fait à l'abri, il faut un acte plus parfait d'écartement, c'est *l'abréaction* (mot, dit JANET, emprunté à « Mr. FREUD »), c'est elle qui assure le succès d'un acte. Les conduites d'échec du mélancolique sont des « réactions ». Parmi ces réactions, le « recul », la « retraite », le « manquement » sont les plus caractéristiques (p. 350-354). Une des idées les plus intéressantes émises sur la conduite de l'échec est celle du « refoulement de Mr. FREUD » (p. 361). L'application précise de ce terme aux phénomènes névropathiques est discutable mais on peut se demander si cette conception ne s'applique pas mieux aux conduites mélancoliques par cette formule : « Un désir refoulé se traduit en angoisse ». C'est que, effectivement, les actes du mélancolique sont arrêtés avant toute considération réfléchie et les idées morales sont seulement des prétextes « après coup ». Le mélancolique freine, opère des actions d'arrêt en opposition avec l'acte primaire et sa tendance à agir est immédiatement inversée, refoulée. La peur de l'action qui porte sur l'une des deux tendances (qui toujours entrent comme un couple de forces dans la conduite d'une action) précipite à l'autre extrémité celle de la tendance opposée. Tout s'embrouille et non seulement aucun acte ne peut être exécuté mais aucun désir ne peut être conservé d'une manière stable (p. 363). La vie n'est plus possible.

Et ainsi, pour JANET, la mélancolie est un peu ce qu'elle était pour GRIESINGER, une « justification de l'état de désarroi primordial ¹ ». Mais pour lui ce désarroi porte sur

1. Sans doute cette idée a-t-elle été exprimée différemment et dans un style trop intellectualiste par GRIESINGER. Relisons le passage célèbre de son *Traité*, (p. 269, de l'édition française) : « Le malade se sent en proie à la tristesse, or il est habitué à n'être triste que sous l'influence d'actions fâcheuses ; de plus la loi de causalité exige que cette tristesse ait un motif, une cause, et avant qu'il s'interroge à ce sujet, la réponse lui arrive déjà : ce sont toutes sortes de pensées lugubres, de sombres pressentiments ou appréhensions qu'il creuse et qu'il couve jusqu'à ce que quelques-unes de ces idées soient devenues assez fortes et assez persistantes pour se fixer... Aussi ce délire a-t-il le caractère des tentatives que fait le malade pour s'expliquer son état ». Toutes les analyses de la mélancolie ont depuis gravité autour de ce problème qui a été formulé ainsi : le mélancolique est-il triste parce qu'il est troublé ou est-il troublé parce qu'il est triste ? On comprend que la batrachomyomachie mécano-psychiste s'en soit donnée à cœur joie... Sans doute JANET s'éloigne-t-il de la position mécaniciste en ce qu'il n'envisage pas le « trouble » comme .../...

les conduites : l'impuissance, l'aboulie, le désordre des réactions internes qui déclenchent et entretiennent l'action. Tel est le trouble profond de la conscience mélancolique pour autant qu'elle est un bouleversement du champ actuel de l'action.

– E. MINKOWSKI a étudié avec beaucoup de pénétration divers types d'états dépressifs ¹. Lui aussi reprend (p. 274) le fameux problème : « l'attitude d'angoisse devant l'avenir dépend-elle, est-elle une conséquence toute naturelle de l'idée délirante relative à l'imminence du supplice ? » écrit-il à propos du malade dont il publie l'observation en 1923 ². C'est là, ajoute-t-il, que réside le nœud du problème. Il le résout en donnant la primauté aux *troubles du temps vécu*. Chez le malade l'avenir se trouve barré. Sans doute connaît-il la succession des moments chronologiques du temps ; mais c'est la propulsion vers l'avenir qui semble manquer totalement de sorte qu'il est bien dans la situation d'un condamné à mort. L'élan personnel fléchit, la synthèse de la personnalité humaine se désagrège, la notion de temps se fractionne... Les idées mélancoliques représentent un « essai de traduire » dans le langage du psychisme d'antan, la situation inaccoutumée en présence de laquelle se trouve la personnalité qui se désagrège (p. 180). Il s'agit d'une « *maladie du temps* » (p. 311). Le malade a l'impression de marcher négativement par rapport au temps (Rappelons qu'il s'agit d'une observation intitulée « *dépression ambivalente* »), de tourner en *sens inverse de la terre*, et le temps fuit pour lui d'une manière atroce. Il y a un trouble du synchronisme vécu entre le monde et la conscience, entre les autres et soi. Le malade dépassé par l'écoulement du temps, pour lui insaisissable et sans accord possible, est rejeté vers le passé, attitude particulièrement propice pour ressasser les conflits du passé et pour vivre les regrets, tellement propice qu'on peut dire « qu'elle lui tend les bras » (p. 315). Le sentiment de fatalité de ce « trop tard » inséparable de l'emprise implacable du passé... sous forme d'une certitude d'incurabilité devient une simple réitération de ce passé et n'est, somme toute, que l'expression de la modification essentielle qu'a subie la structure du temps vécu. Quant à l'avenir il subit également une modification pro-

...Le malade dépassé par l'écoulement du temps [...] est rejeté vers le passé... (E. MINKOWSKI)

.../... un phénomène mécanique élémentaire mais en le considérant comme l'effet d'une désorganisation des « états intellectuels », dans la mélancolie il entend faire dépendre la tristesse du mélancolique du « désordre » interne de sa vie psychique. Nous allons voir que cette *désorganisation structurale de la conscience qui devient mélancolique*, est le leit-motiv des études les plus modernes et les plus approfondies sur la mélancolie, et que pour autant la « tristesse » y apparaît comme un effet et non une cause.

1. E. MINKOWSKI, *Le temps vécu*, 1933, pp. 277 à 328. Les analyses de l'auteur un peu paradoxalement portent sur des états dépressifs atypiques (qu'il appelle *dépression schizophrénique*, *dépression ambivalente*, *dépression avec automatisme mental*, etc.). S'il n'a pas envisagé la mélancolie dans sa « pureté », ses études phénoménologiques y renvoient pour ainsi dire nécessairement. [NdE : 2^{ème} édition ; Paris : P.U.F. ; 1995].

2. *Journal de Psychologie*, 1923.

fonde ; il s'agit d'un devancement et d'un arrêt de l'acte projeté par l'image intellectuelle de cet acte. Le malade ne parvient plus ici à réunir deux principes qui ne se laissent pas désunir. Si dans la vie normale la prévision du résultat ne paralyse pas nos projets en ce sens qu'il persiste une « asymétrie fondamentale » entre l'*avenir* et nos *prévisions*, ici ces deux aspects de la temporalité ne s'équilibrent plus (p. 317). L'existence étant vécue en fonction de ce déroulement temporel est foncièrement troublée car le sentiment que nous en avons dépend de nos possibilités d'achèvement et de réalisation ¹. Les plaintes hypocondriaques, les sentiments d'emprise et d'éloignement procèdent des troubles profonds de l'élan et de la fusion dans la durée de tous les éléments qui composent notre existence corporelle et nos relations avec autrui.

L'analyse d'E. MINKOWSKI se rapproche à cet égard des investigations dont les états dépressifs ont fait l'objet en langue allemande et notamment de celles de E. STRAUS et de VON GEBSATTEL.

– Pour STRAUS ² suivant naturellement le mouvement et le rythme de la pensée de M. HEIDEGGER ³ les phénomènes de la temporalité, le déroulement objectif du temps mesurable (Tranzcendente Zeit ou « temps transitif), l'appréciation subjective du temps (Zeitschätzung), le vécu même du temps en tant qu'il est structure de la conscience (Zeitserlebnis ou « temps immanent ») constituent les données de la connaissance (Einsichten) les plus importantes pour l'organisation (Aufbau) et la genèse des phénomènes morbides de la vie psychique, les modifications du vécu temporel sont les formes constitutives mêmes de tous ces phénomènes particuliers et c'est en réduisant ceux-ci à ceux-là qu'on atteint la vivante charnière des relations somato-psychiques. Dans la dépression endogène, dit STRAUS, c'est la rétro-activité du temps vécu (Rückgang auf dem Zeitserlebnis) qui constitue la modification vitale de l'état de dépression et le concept d'inhibition n'est pensable que comme une mise entre parenthèses, une suspension (Hervorhebung) de la construction du temps (Zeitgestaltung). C'est le désaccord profond entre le temps et la durée, pourrait-on peut-être dire en termes « bergsoniens », qui est l'essence du malaise et de l'angoisse.

– F. VON GEBSATTEL ⁴ a d'abord publié l'observation d'une jeune fille de 20 ans

1. Il est aisé de saisir ce qui rapproche ici la phénoménologie de MINKOWSKI et la psychologie des conduites de JANET. Nous retrouverons chez VON GEBSATTEL des points de vue très analogues.

2. ERWIN STRAUS, Das Zeitserlebnis der endogene Depression und in der psychopathischer Verstimmung, *Monatsch. f. Psych. und N.*, 1928, p. 68.

3. M. HEIDEGGER, *Sein und Zeit*, (1^{re} éd. 1927), cf. notamment la 1^{re} partie « Dasein und Zeitlichkeit ». Dans notre Étude n° 27 nous donnerons un aperçu de cet ouvrage considérable. [voir en particulier p. 702], [NdE : *Être et Temps*. Trad. fr. E. Martineau, Lechaux et Ledru, 1985. *Être et temps* trad. F. Vezin Paris : Gallimard :1986]

4. V. B. FREIHERR VON GEBSATTEL, Zeitbezogenes Zwangsgedanken in der Melancholie. Versuch einer konstruktiv genetischer Betrachtung der Melancholiesymptomen. *Der Nervenarzt*, 1928, 5, et « Zur Frage der Depersonalisation. Ein Beitrag zur Theorie der Melancholie. *Der Nervenarzt*, 1937, pp. 171 à 278 et 248 à 257. Les pages indiquées comme références dans ce qui va suivre sont celles de ce dernier travail. Le premier est analysé en détail dans *le Temps Vécu* de MINKOWSKI, (pp. 280 à 285).

ayant présenté une crise de mélancolie à type de dépression avec représentations et sentiments obsédants du temps. La peur de vieillir et du temps qui s'écoule ne saurait être envisagée selon la méthode historico-génétique telle que FREUD l'a préconisée. Il s'agit bien plutôt de décrire et de saisir la forme même de la structure temporelle de cette dépression et l'essentiel de cette description phénoménologique est le « dévoilement » d'un phénomène caractéristique de cette structure : le remplissage du vide du temps par le thème de la mort. Mais bien plus importante est la contribution de l'auteur à la phénoménologie de la mélancolie dans son deuxième travail. Celui-ci s'appuie sur l'auto-observation d'une malade, cultivée, de 43 ans, qui souffrait d'une mélancolie typique et présentait un syndrome de dépersonnalisation, de sentiment de vide et d'étrangeté. L'état dépressif guérit après 5 ans. L'auto-observation est très riche en nuances et l'auteur la présente en distinguant les expressions de dépersonnalisation et de vide psychique (« autopsychische Seite » dans le sens de la célèbre classification de WERNICKE), la dépersonnalisation et l'étrangeté dans les relations avec autrui (Allo-psychische Seite) et enfin la dépersonnalisation dans la sphère corporelle (somato-psychische Seite). Tous ces troubles s'apparentent à la « melancolia anesthesica » qui comporte un sentiment universel de vide (« loss of feeling » selon JOHNSONN, 1935). Les sentiments d'inexistence, d'insensibilité, d'irréalité étaient constants chez la malade. Le monde, l'univers étaient « là », mais « irréels », « en l'air ». La richesse des impressions éprouvées par la patiente rend la description intéressante mais certainement pas plus que celle que l'on trouve chez P. JANET, ou dans le cas de MINKOWSKI ou encore dans d'autres cas publiés chez nous ¹. Tout cela serait somme toute assez banal. Mais dans l'étude structurale de l'« état de dépersonnalisation » VON GEBSTATTEL entre dans le vif du sujet. Déréalisation et dépersonnalisation constituent deux côtés d'un même trouble, celui de la « communication ». Ce qui est altéré le plus profondément c'est l'unité du Moi, il y a une division du Moi (Spaltung der Selbst). « Je ne suis pas là... Je ne suis plus rien... » est une forme qui est elle-même l'objet de la part du moi d'une analyse interminable. La malade pour son compte distingue dans son auto-observation une topique du Moi (Lagebeziehung der Ich) illustrée par un schéma où les « deux Moïs » sont représentés distincts et comme séparés ou plutôt comme deux pôles opposés. Une dynamique des relations de ces deux « parties » est décrite comme une sorte de « chasse à courre » qui malgré son « tempo furieux » dans la poursuite de l'une ou de l'autre partie, tourne en rond et sur place. Une identification de ce double Moi, l'un celui que je suis moi-même, celui de la plénitude, de la liberté et de la force, « et de l'esprit », l'autre, celui qui dit

...le remplissage du vide du temps par le thème de la mort... (VON GEBSTATTEL)

...Déréalisation et dépersonnalisation... (VON GEBSTATTEL)

1. Nous nous rappelons notamment une malade connue de tous les psychiatres praticiens de Paris, il y a 15 ou 20 ans. Elle fut longtemps soignée par SÉGLAS et son observation a été publiée par MALLET sous le nom d'*Obsession de négation*, (cf. Thèse, BERLIOZ, L'obsession de Négation, Paris, 1935). L'article de DUGAS, (*Journal de Psychologie*, 1936), contient de nombreuses références cliniques riches en contenus significatifs, du même ordre.

« Je ne suis pas », « Je suis vide, isolé du monde et des hommes » (le premier est désigné par B, le second par A, comme pour montrer que le faux Moi est plus fort que le vrai). Normalement il existe bien quelque chose de ce dédoublement du Moi dans la conscience ; le Moi fort et actuel est celui qui est à l'extrême pointe de l'action (im Spitze einer Pyramide), le Moi automatique et comme étranger est celui qui demeure à la base de l'action. L'état dépressif à cet égard doit être compris (et nous retrouvons ici, encore, les études de JANET que nous avons exposées plus haut) comme une désorganisation de cette hiérarchie structurale où le Moi fort ayant perdu sa force perd son actualisation (ou plutôt sa « possibilité de s'actualiser » : Aktualisierbarkeit). Il devient un objet dont les liens vitaux sont rompus avec l'autre Moi. La recherche vertigineuse (Jagd, mot à mot : la chasse) qui est au fond de l'angoisse procède de l'impossible poursuite de ces deux parties du Moi (p. 251-252). Le vide de la vie psychique est vécu sur deux registres : le Moi vide à la recherche du Moi plein – et la résistance au gouffre vertigineux du vide. L'image du gouffre est en effet le symbole du vide ou plutôt le vide est vécu comme un gouffre. On sent bien ici que nous sommes tout près des analyses existentielles de BINSWANGER sur la « fuite des idées ». Effectivement c'est dans un même style, mais plus sommairement que VON GEBSTATTEL analyse la structure de la mélancolie. Le vide et *le gouffre* sont là au centre de la psychose. Le gouffre suppose une direction de haut en bas, mais il s'agit ici d'une dimension qui n'est pas spatiale mais morale. Le syndrome de dépersonnalisation constitue la forme mélancolique de l'existence dans le vide (p. 255). Certes tous les mélancoliques ne vivent pas les troubles décrits par la malade qui fait l'objet de cette analyse, mais ce trouble rayonne pour ainsi dire sur toute la symptomatologie de la mélancolie. Bien plus, la forme d'existence dans le vide est un des aspects le plus caractéristique de l'humeur maniaco-dépressive. L'inhibition mélancolique est avant tout une forme de « ne pas pouvoir » (je ne peux pas penser, agir, comprendre, lire, écrire, je ne peux pas sentir, travailler... ni manger... ni déféquer, etc.). C'est de cette impuissance que dérive la suspension de toute action et le vide à l'intérieur de la personne. L'inhibition du mélancolique a un sens existentiel et celui-ci ne se laisse saisir entièrement que comme l'existence dans le vide (p. 256). Le vide est, comme dit le malade, « horreur », « ténèbre », « glace », « désert absolu ». Cette forme de dépersonnalisation ¹ ne constitue pourtant pas une « vraie dépersonnalisation » (p. 257), état avec lequel elle ne doit pas être confondue, car le

...Le vide et le gouffre sont là au centre de la psychose. [...] Le syndrome de dépersonnalisation constitue la forme mélancolique de l'existence dans le vide... (VON GEBSTATTEL)

1. Les analyses de VON GEBSTATTEL nous paraissent un peu en porte à faux. La phénoménologie du « gouffre » moral est certainement tout à fait adéquate à la structure mélancolique. Mais en tant précisément qu'il s'agit de dépersonnalisation nous touchons ici avec la phénoménologie de l'espace vécu au niveau de déstructuration que nous aborderons seulement dans l'étude suivante. Mais il est justement très intéressant pour nous de faire remarquer ici qu'entre le niveau mélancolique et celui de la psychose hallucinatoire aiguë et notamment des expériences de dépersonnalisation, il y a une certaine continuité (la dépersonnalisation dans le cas analysé par .../...

Moi lui-même est peu altéré dans la mélancolie. Mais il s'agit en tout cas d'une forme de « minimisation » et de dévalorisation qui constitue le centre des sentiments dépressifs fondés sur le non-pouvoir (Nicht können) qui appartient à la structure générale du non-être ou, comme le répète l'auteur, de l'existence dans le vide.

R. DIGO ¹ a entrepris également de dégager la structure essentielle de la conscience mélancolique conformément aux enseignements et exemples de M. HEIDDEGGER, JASPERS et MINKOWSKI. Il part, lui, de l'analyse de l'ennui : « Grande steppe sans commencement ni fin dont rien ne vient rompre la monotonie » ² et dont la répétition éternelle de l'identique constitue l'écœurante nausée. L'ennui apparaît donc comme une conscience sans déroulement temporel, sans changement. La référence aux analyses littéraires d'AMIEL, d'OBERMANN, de G. SAND, de FLAUBERT, de PROUST, de Th. MANN, etc. et aux analyses psychopathologiques de LE SAVOUREUX, de TARDIEU, de P. JANET permet de distinguer l'ennui normal et l'ennui pathologique, celui dont BAILLARGER disait qu'il était l'essentiel de « la mélancolie dans sa forme simple ». L'ennui normal est inséparable de l'objet sur lequel se dirige spontanément la conscience ³, il naît des « contingences extérieures ». L'ennui morbide est « endogène » (qualité que, rappelons-le, nous avons précédemment reconnu au vécu de la mélancolie) ; il exprime la présence de quelque chose d'« hétérogène ⁴ », le contenu des tendances est secondaire, il n'y a plus ni passion déçue ni vocation contrariée, ni habitude perturbée ; le mal est beaucoup plus profond et fondamental ; il est dans l'acte même de la vie qui est rejetée dans sa totalité (p. 54). Dans cette forme pathologique de l'ennui, il y a effondrement de sentiment d'effort (« pierre de touche de l'ennui », p. 55) et c'est là l'essentiel, si avec BURLOUD ⁵ nous définissons l'effort comme un acte psychique impossible à concevoir autrement que comme un rapport de temps, une transition, un progrès. Le sentiment de cette impuissance devient le flux dynamique de l'élan vital dont

...R. DIGO part, lui, de l'analyse de l'ennui...

.../... VON GEBSATTEL est aussi une mélancolie) mais une discontinuité de structure qui marque un palier inférieur relativement à la déstructuration temporelle éthique de la mélancolie et que nous définissons justement par un approfondissement du processus de déstructuration, au point que celui-ci atteint alors la structure des espaces vécus. Mais tout cela ne sera clair que lorsque nous étudierons dans l'étude n° 23, cette phénoménologie à laquelle le travail de VON GEBSATTEL nous renvoie par anticipation.

1. R. DIGO, *De l'ennui à la Mélancolie, Esquisse d'une structure temporelle des états dépressifs*, (Prix MOREAU de Tours, 1942, exemplaire déposé à la bibliothèque de Ste-Anne). Ce travail est au point de vue qui nous occupe plus important que le second : *La mélancolie et l'Électro-choc*, Thèse, de Paris, 1947.

2. Ainsi s'exprimait l'infante Eulalie d'après LE SAVOUREUX, (*Le Spleen*, Thèse, Paris, 1913)

3. « Un seul être vous manque et tout est dépeuplé ».

4. La « nausée » cette « saleté poisseuse » qui avait des tonnes et des tonnes d'existence dans la conscience, Roquentin (J. P. SARTRE, *La Nausée*, pp. 162 à 171).

5. BURLOUD, *Principes d'une psychologie des tendances*, 1938, Éd. Alcan, Paris.

ne peut plus être suivi le rythme créateur (sentiment dont le sentiment d'inhibition ne représente qu'une forme particulière). Ce sentiment est donc lié à la chute de l'élan personnel qui constitue selon une autre formule de BURLOUD, le « dynamisme pluraliste », la causalité des tendances. La « longueur du temps » est corrélative de cette impuissance à être et à devenir ; le temps n'est plus que la « mesure quantitative » des passages du temps qui en s'égrénant entretiennent l'attente anxieuse des actes imposés par la vie, d'où, pour échapper à cet esclavage, cette soif de repos absolu, cette fuite vers le suicide, ultime refuge de ces « traqués du temps » (p. 83-85).

HESNARD¹ dans le chapitre qu'il consacre aux alternances des conduites hyper-et hypomorales dans la Psychose intermittente étudie spécialement la structure temporelle-éthique de la mélancolie. Le mélancolique (comme le maniaque), dit-il, ne vit pas dans notre réalité. Il est arrêté dans un moment critique du déroulement de sa vie morale par une transformation de son univers désormais statique et menaçant. Il insiste sur la profonde liaison de la signification éthique et du déroulement temporel dans la conscience mélancolique, car, dit-il, les conduites éthiques ne consistent pas seulement en structures abstraitement intelligibles d'actions se déroulant dialectiquement dans une durée qui refléterait le temps abstrait de la science physique en tant que mouvements matériels structurés, elles participent jusque dans leur mode de déroulement temporel de l'organisme vivant dont elles traduisent le mouvement. Quoi qu'il en soit de cette interprétation et aussi de la confusion que par moments HESNARD semble établir entre la structure éthique et la déstructuration éthique, nous verrons plus loin, comme nous l'avons déjà noté à propos de la manie, que ses analyses et les nôtres convergent jusqu'à ce point où se saisit le déroulement du temps comme organisation de la finalité de la conscience.

Il suffit de se référer à ces analyses existentielles de la conscience mélancolique pour saisir ce qu'elles ont de commun. Toutes se recourent et, somme toute, se répètent. Nous n'échapperons pas ici à cette « monotonie » qui est comme l'écho de la mélancolie elle-même, en tentant, à notre tour, d'esquisser une phénoménologie de la crise de mélancolie.

Le mélancolique se « rétracte », c'est-à-dire que la petitesse, l'exiguïté de sa conscience et de son monde sont données comme l'expression même d'une réduction ou mieux d'une humiliation qu'il s'inflige à lui-même. La vie ne se retire pas de lui, il se retire plutôt lui-même de la vie, de sorte qu'il dispose seulement, à l'étroite périphérie du gouffre qu'il creuse en lui-même, d'une marge précaire et presque nulle d'existence. « Rempli de vide, » son être ratatiné et volatilisé est ou tend à être un néant. Son corps déjà cadavérique, pétrifié dans la minérale immobilité du marbre

1. HESNARD (A.), *L'Univers morbide de la faute*, 1949, P. U. F., Paris, pp. 194 à 215.

...HESNARD insiste sur la profonde liaison de la signification éthique et du déroulement temporel dans la conscience mélancolique...

...il dispose seulement, à l'étroite périphérie du gouffre qu'il creuse en lui-même, d'une marge précaire et presque nulle d'existence...

devient un simple objet retranché du monde des vivants. Et si l'agitation anxieuse se substitue à l'immobilité, c'est encore pour ajouter au vide une négation de plus, celle de l'existence à venir en tant que néantisation anticipée et incessamment renouvelée de toute possibilité d'existence. Concentré sur le vide de sa personne, de son corps et de sa pensée, de son être et de son destin, soit que, inhibé, il demeure paralysé et cloué sur place, soit que, angoissé, saisi de vertige, il trébuche à chaque instant dans le gouffre ouvert sous ses pas, il est entraîné dans le trou noir, dans l'abîme, que disposent en lui, devant lui et autour de lui le refus de toute existence et l'inexorable parti-pris d'un absolu renoncement. Car, dès l'abord nous l'avons bien souligné, la mélancolie est tout à la fois une *impuissance* à vivre et un *besoin* de ne plus exister. Le vide existentiel du mélancolique n'est pas un désert ou une table rase, c'est-à-dire un « état » ou un « objet », c'est une dévastation systématique, une opération de nettoyage par le vide, dans laquelle se concentrent toutes les forces de l'être acharnées à la tactique de la « terre brûlée » farouchement appliquée, par lui, à sa propre existence.

Pathétique immobilité, suspension de l'existence, syncope du temps, la mélancolie est *un arrêt*. L'entrain, la vitesse, le dépassement, la course, la poursuite, la préparation, la marche, le progrès ou le projet, *pour autant que tous ces mouvements désignent des modalités d'existence ou de coexistence dont la finalité se confond avec l'élan de l'action dans le temps* sont radicalement impossibles. Par contre, la stagnation, le piétinement, l'attente, la répétition et la rétrogradation, seules formes d'activité de cette inaction, battent « sur place » la mesure de l'inertie mélancolique. Le déroulement du temps cesse d'animer et de promouvoir la conscience stoppée dans son élan et il se réduit, comme étranger au mouvement impossible de l'être, à mesurer, comme le métronome de l'uniformité et de l'ennui, le défaut de synchronisme entre la durée qui s'écoule comme une hémorragie et la nullité du temps incorporé à l'action. Sans doute, chez nous tous, le temps est-il cette forme de l'existence qui par son irréversibilité fatale nous contraint comme une force extérieure à nous-mêmes¹. Mais chez le mélancolique, le temps étant *absolument fatal* soumet l'existence à une si absolue nécessité qu'il la rend impossible. Cette temporalité de la conscience mélancolique doit être décrite d'abord comme vouée à cette *fatalité*, dans le double sens du mot fatal : *inévitabile* et *catastrophique*.

...la mélancolie est tout à la fois une impuissance à vivre et un besoin de ne plus exister...

1. Tous les hommes, qu'ils croient ou ne croient pas en Dieu ou à la fin du monde, tous ont une opinion sur le déterminisme, la transmission de pensée, etc. ou encore ont une vague conception sur la réalité du monde extérieur, etc. Mais ces positions métaphysiques si elles constituent des secteurs lointains de l'action n'entrent pas dans l'expérience immédiate de chaque instant de leur existence. Si ces croyances sont plus virtuelles que présentes dans la conscience normale, elles se solidifient dans la conscience morbide. C'est ainsi que, dans la conscience mélancolique, « se sédimente » l'idée de fatalité, comme expérience vécue immédiate de l'illusion du déterminisme.

Le temps vécu du mélancolique est un temps qui non seulement « revient en arrière », mais qui reste soudé au passé. Ce mouvement rétroactif du déroulement du temps, ce détournement hors du présent et de l'avenir, ce reflux vers ce qui a été, cet enchaînement au passé, font de l'arrêt du temps vécu, l'aspect caractéristique de cette forme de déstructuration de la conscience. L'impossibilité même de s'adapter au présent (c'est-à-dire de le construire dans l'intérêt et avec l'efficacité d'un acte qui se saisit de l'instant pour en utiliser sinon épuiser toutes les possibilités), l'anéantissement du présent, la néantisation de l'actualité même de l'action, la rétrogradation vers le passé, l'enracinement dans l'histoire déjà vécue, lient le néant du présent à l'être du passé dans une relation dont la signification emprunte et confère à la mélancolie tout son sens, celui même de *la fatalité*. Cette fatalité ce n'est même pas celle de l'avenir, toujours conjectural, c'est la fatalité de l'enchaînement *absolu* du mélancolique à son destin passé mais jamais révolu. Il est rivé au passé comme à la loi de son existence : les dés ont été et demeurent inexorablement et catastrophiquement jetés. Le temps n'est et ne peut être qu'une sorte d'éternité du passé. Le passé ne passe pas. Il ne se dépasse pas. Il n'est jamais passé, tout au moins en tant qu'il est la forme même de ce qui a été irrémédiablement fait et subsiste. Et si un souvenir du passé a le « malheur » de paraître avoir été un bonheur, il est alors « regretté », c'est dire qu'il devient objet d'un repentir qui dissout ce bonheur, en lui assignant sa position exacte certes, mais irrémédiablement caduque dans le déroulement temporel. Par contre, que surgisse ce passé dans l'image rétrospective d'un malheur, d'un risque ou d'une faute, il est alors accueilli et vécu dans un rapport de causalité fatale avec le désarroi actuel, comme si la trame du malheur n'avait jamais été rompue entre le moment du passé auquel renvoie le souvenir pénible et le moment actuellement tragique de la conscience malheureuse et tourmentée.

La conscience mélancolique est, du fait de l'inversion temporelle de son courant d'intentionnalité, incapable de se présenter au présent, de se le représenter, de le structurer comme la seule et fugitive occasion de projeter dans le réel ses projets, c'est-à-dire en définitive de construire son existence en saisissant les possibilités offertes par la succession des instants qui, composant le déroulement temporel, se proposent à notre choix. Elle est attirée au contraire par le passé comme par une pesanteur, ou pire encore, sollicitée par le principe même d'une inertie psychique, d'une véritable « entropie » qui dégrade l'énergie de l'action et de l'existence. Mais que dire alors du cas où, dans la *mélancolie anxieuse*, le mélancolique est tout au contraire projeté dans l'attente anxieuse de l'avenir ? L'attente anxieuse de l'avenir est là encore et nécessairement une projection de la fatalité (tout à la fois réitération certaine du mal et causalité absolument néfaste) des moments successifs du temps. Être dans l'angoisse de ce qui va se produire c'est encore vivre, mais sous forme d'une anticipation, l'inéluc-

...l'arrêt du temps vécu...

...Le passé ne passe pas...

...L'attente anxieuse de l'avenir est là encore et nécessairement une projection de la fatalité...

table conséquence de l'inexorable passé. L'ordre temporel n'enferme le passé dans le présent, et l'avenir dans le présent, que lorsqu'il est purement abstrait, qu'il n'est qu'une abstraction ¹. Mais en tant que condition irréversible de l'action, le temps, ou si l'on veut la « durée », dimension et cadre de notre existence n'a pas cette « fatalité », car c'est nous qui remplissons ce cadre et qui construisons notre existence « au moyen » de cette forme « à priori » de notre sensibilité, mais sans que à chaque instant ce qui paraîtra nécessairement fait, à l'instant suivant soit déjà fait et, par avance, accompli. Cette illusion métaphysique de déterminisme et de la fatalité du temps considéré non seulement comme le véhicule mais comme l'artisan du destin, tel est précisément le vice radical de la structure temporelle de la conscience mélancolique. Et là encore, quand paraissant tournée vers l'avenir dont elle pressent qu'il est déjà fait, déjà commencé et presque déjà achevé sous forme d'une « exécution » fatale, lorsque cet avenir reflète et consacre le vide et malheureux présent ou se relie au lointain passé comme l'inéluctable antécédent dont il procède, la conscience mélancolique ne cesse pas d'obéir à la loi fondamentale de son vice radical qui, ici, où elle paraît regarder et redouter l'avenir, tout comme lorsqu'elle est lourdement infléchie par le poids du passé, consiste dans la solidification et l'enchaînement des moments d'un *temps* qui a perdu la possibilité de se régénérer, de se rajeunir et somme toute de se créer à chaque moment présent.

...la solidification et l'enchaînement des moments d'un temps qui a perdu la possibilité de se régénérer...

Naturellement, dès que nous parlons de modification structurale de la conscience et surtout de la temporalité, il vient à l'esprit qu'il s'agit d'un trouble « très profond » ². Or, il est impossible d'esquisser une phénoménologie du mélancolique qui ne le décrive pas tel qu'il est, c'est-à-dire comme un homme qui vit une catastrophe, mais qui vit cette catastrophe sur un registre de vécu, qui ne doit se confondre ni avec la conscience angoissée de niveau normal d'un homme en situation catastrophique ou problématique, ni avec les niveaux de dissolution plus profonde de la conscience que nous étudierons dans les études ultérieures. Ce qui caractérise effectivement la structure de la dépression et de l'anxiété mélancolique, c'est qu'il s'agit d'une déstructuration temporelle du niveau le plus élevé, celui de la *problématique de l'action*. C'est que la mélancolie « se situe » au point où « temporalité » et « ouverture au monde des valeurs et des fins » se confondent, autrement dit, la structure temporelle de la mélancolie

...la mélancolie « se situe » au point où « temporalité » et « ouverture au monde des valeurs et des fins » se confondent...

1. Ou une « rationalisation après coup » de l'histoire.

2. C'est ce que n'a pas manqué de nous opposer J. LACAN lorsque, dans une conférence en mars 1952 de l'*Évolution Psychiatrique*, [NdE : EY H. *Introduction à un Traité de psychopathologie*. *Evol. Psych.*, XIX, 6, 1956] nous exposions l'essentiel de ce qui est contenu dans ce troisième Tome de nos « Études ». Mais il en est de ce problème comme de beaucoup d'autres, il ne peut être appréhendé qu'en fonction d'une hiérarchie de structure. Tout de même que les troubles de la perception, la dépersonnalisation, le délire, les troubles de la mémoire et la catatonie ne peuvent pas être définis comme des phénomènes simples et toujours identiques à eux-mêmes, il en est de même de la structure temporelle qui a aussi sa hiérarchie.

...anomalie de la structure éthique de l'être...

colie nous renvoie là encore à une anomalie de la structure éthique de l'être. C'est une *déstructuration de la structure temporelle éthique de la conscience*. Nous le signalions, dès le début de cette analyse existentielle, il est évident que le mélancolique est tourné contre lui-même, qu'il agit et pense comme s'il était foncièrement mauvais, comme si sa vie et son corps étaient pourris et comme si son existence était à jamais maudite. La fatalité du malheur est vécue par lui comme prise dans son existence et comme si l'un et l'autre s'engendraient réciproquement. Le poids du passé, la responsabilité de son malheur dont il ne souffre jamais assez et l'anéantissement de son existence, tout à la fois craint et désiré, constituent son *martyre* et sa *damnation éternelle*. Car tout malheur fortuit ou fini est écarté de sa conscience qui ne peut supporter, en le rendant lui-même strictement insupportable, que le « malheur-par-soi-éternellement-provoqué ». Sans doute dans les formes les plus typiques ce sont les sentiments d'indignité et de culpabilité, le désir d'être puni et châtié, l'attente de la condamnation redoutée et sollicitée, la certitude de la damnation ou la torture du remords qui occupent la scène de cette tragédie et constituent sa thématique délirante. Mais, même quand le martyr subi est vécu comme une injuste ou incompréhensible persécution, il n'en garde pas moins le sens d'un sacrifice et d'un holocauste. C'est que par delà les contingences quasi anecdotiques du vécu mélancolique, c'est-à-dire les péripéties de la prise de conscience du tragique existentiel, demeure le bloc inébranlable de la « mauvaise conscience absolue ». Le mélancolique est livré au mal, se livre au mal et doit se livrer au mal. La structure intentionnelle de la conscience mélancolique passe par ce niveau existentiel où le trouble est vécu comme un conflit interne qui engage la maladie dans la perspective même du bien et du mal. C'est d'ailleurs souvent que le mélancolique a conscience de son anomalie, mais, pour lui, de ses tourments il est responsable ; ils sont moraux et la Médecine, les Médecins et leurs moyens thérapeutiques sont, à son égard de coupable, dérisoires. Le malheur qui est arrivé par sa faute ou le malheur qui *doit* arriver, doivent s'entendre comme des effets directs, nécessaires et, somme toute, mérités de sa propre monstruosité. Mais si la structure de la conscience mélancolique est à cet égard hautement significative et organisée en courants intentionnels qui partagent la conscience divisée contre elle-même, comme celle du pécheur qui se repent, ce serait une très grave erreur¹ de ne pas voir ce que cette structure comporte de différent à l'égard de la « mauvaise conscience » du pécheur toujours libre de ses alarmes. Que brusquement et « sans raison » un homme soit précipité dans l'absolu, l'éternité et la fatalité de l'angoisse des flammes de l'enfer et vive, au comble de la

...le trouble est vécu comme un conflit interne qui engage la maladie dans la perspective même du bien et du mal...

1. A laquelle on pourrait craindre qu'ait succombé BARUK. Le déplacement de son foyer d'intérêt scientifique depuis ses investigations expérimentales sur l'« automatisme de la volonté chez l'animal catatonique jusqu'à la nature morale de la folie » (déplacement qui lui a fait parcourir en chemin inverse la distance qui sépare KAHLBAUM de HEINROTH), peut-être ce déplacement peut-il expliquer son zèle pour défendre ce qu'il avait d'abord paru négliger.

terreur, un conflit bénin de morale sexuelle ou d'une peccadille insignifiante comme s'il s'agissait d'un crime fabuleux, pose tout de même un problème et en même temps qu'il le pose, l'engage vers sa solution. Car celui qui connaît et a tant soit peu approfondi la conscience mélancolique admet comme une évidence que, pour si humaine et morale qu'elle soit, cette conscience morbide nous présente plutôt une caricature (d'ailleurs sinistre et pitoyable) du péché, plutôt qu'elle n'est une réelle « situation » de péché. La fatalité et la facticité de la culpabilité mélancolique ¹ sont des « traits caractéristiques » de la mélancolie. La fatalité du péché, l'automatisme du sentiment de culpabilité et de la punition, jouant comme une guillotine aveugle et inconsciente, sont naturellement aux antipodes de la conscience morale libre. Quant à la « facticité », c'est-à-dire au caractère artificiel de la « morale » mélancolique, sa structure fantasmique saute aux yeux de l'observateur non seulement par l'expressivité théâtrale et parfois même tragi-comique de ce drame ou le contraste qu'il présente relativement à son infime motivation, mais encore et surtout par le flou bizarre et parfois le sentiment de dérision qu'il laisse ensuite dans la mémoire du mélancolique guéri ou bien encore par cette charge d'ineffable fantastique, avec ses images macabres et ses scènes funèbres, qui constitue la trame imaginaire du monde mélancolique. Car, en fin de compte, c'est sa production d'imaginaire qui a placé le mélancolique dans sa situation de crime, de martyr ou de catastrophe assez exactement comme il peut la projeter lui-même dans un *cauchemar*.

Ceci nous conduit maintenant à considérer l'aspect « délirant » du mélancolique. Comme nous l'avons fait remarquer pour la manie, le bouleversement structural de la conscience implique une telle distorsion de la réalité que l'on peut dire que toute structure morbide de la conscience est délirante et dans ce sens la « conscience mélancolique » est bien « délirante ». Le « délire de petitesse » du mélancolique est contenu dans la structure significative même de la mélancolie. Le misérable rétrécissement de l'être – sa détresse – le conflit moral qui le hante – la dépréciation de son existence – son désespoir – les sentiments de vide et d'étrangeté – son acharnement à se détruire, à devenir lui-même la cible de son agressivité – l'angoisse de son avenir immédiat ou lointain – l'imminence même du châtement et la certitude de son éternité – la honte de son corps avec les soucis et les tourments dont celui-ci est l'objet – son pessimisme – ses doutes et ses craintes – son ennui – ses nostalgies – ses scrupules – son goût du macabre et du néant – son désir de la mort, etc., tous ces « contenus » de la conscience mélancolique ne peuvent pas être énoncés et encore moins être vécus, sans que le thème

...La fatalité et la facticité de la culpabilité mélancolique sont des « traits caractéristiques » de la mélancolie...

...la « conscience mélancolique » est bien « délirante »...

1. Nous avons examiné le problème des formes pathologiques de la conscience morale dans le petit travail paru dans *Médecine de France*, n° 23, 1951 sous le titre « La Psychiatrie devant la Morale » en mettant en évidence ces deux aspects fondamentaux.

déliquant auquel ils correspondent ne se profile ou ne s'aperçoit in statu nascendi comme la forme même d'organisation délirante de cette conscience désorganisée. C'est parce qu'il exprime le bouleversement catastrophique de la conscience que le délire est immanent à la conscience mélancolique. Nous avons déjà fait allusion à la fameuse thèse de GRIESINGER pour qui le délire mélancolique était constitué d'idées qui justifiaient le cataclysme interne éprouvé par le mélancolique. Si par ce cataclysme on veut entendre la modification pathologique du temps vécu (au niveau où le déroulement du temps immanent à notre vie intérieure se confond avec le déroulement des fins que nous poursuivons), il est bien évident que le délire mélancolique pour autant qu'il n'est qu'expression de cette exigence interne *dépend* de ce qu'il exprime : c'est-à-dire de cette profonde modification du cours du temps vécu et de la finalité de la conscience. Le changement d'orientation, le renversement, l'arrêt de ce courant intentionnel de la conscience normalement, dirigé vers l'entreprise, l'action et le bien désiré, son reflux vers le passé, l'inertie et le mal désiré, constituent bien ce « fait primordial » dont MOREAU (de TOURS) parlait comme de la condition pathogénique même du délire.

...Le « noir » de la mélancolie [...] est si privé d'issue que la mort [...] est là, elle-même, comme un néant de néant...

Le « noir » de la mélancolie (et comme nous l'appellerons plus loin, la tragédie mélancolique) constitue un monde si affreux, si opaque et si terrible, si vide aussi et si privé d'issue que la *mort* (parfois impossible aux yeux du mélancolique, et en tout cas elle-même dépourvue de toute valeur de repos ou de solution) est là, elle-même, comme un néant de néant. Elle est bien là à la fois attirante et redoutée, enveloppant comme d'un possible arrêt de l'impossible existence, la structure mélancolique elle-même. Mais elle est aussi là dans ce « Dasein » de la désolation mélancolique, comme un mal sans fin et non pas comme une fin. On a mille fois souligné le paradoxe de la politique de Gribouille du mélancolique qui, pour échapper à la mort, se la donne. C'est que cette contradiction constitue précisément le point où la problématique de l'être et du néant est parvenue à son extrême limite et le fond de la mélancolie est (exactement symétrique relativement au fond de la manie) de porter cette dialectique à son plus haut degré d'insolubilité. Tous les mélancoliques sont des métaphysiciens ou (si l'on ne veut pas de cette formule paradoxale), tous les mélancoliques saisissent jusqu'à la racine existentielle de leurs problèmes vitaux (fussent-ils les plus simples ou les plus grossiers) le problème de la fin et des fins dernières. La modification de la structure temporelle de leur conscience ne leur permet plus de « continuer », de « marcher », d'« aller de l'avant », comme s'ils savaient (ni plus ni moins que nous tous) où ils vont. Chez eux le mouvement (qu'on le nomme insouciance, optimisme, résolution, espoir, légèreté, entraînement ou courage, etc.) s'arrête, et glacés d'effroi dans l'immense désert d'un néant qui ne peut pas cesser d'être, les mélancoliques cherchent ce « quelque chose » ou même ce « quelqu'un » que doit être encore pour eux « la Mort ». Mais elle est pour eux aussi décevante et effrayante que la vie. Car c'est le problème

de « l’au-delà », du « maintenant », le problème du changement et du devenir, qui est porté là à sa plus extrême et sa plus tragique puissance : au point où aucune solution, aucun avenir, aucun bien n’est possible, dans le sens de ce contre-sens.

L’inversion du désir est dans la mélancolie non pas seulement la négation du désir, mais le désir de la négation, et somme toute est encore désir. Seulement c’est un désir non plus ouvert dans le sens de la marche du temps, mais un désir à *contre-temps*, un désir dont l’objet n’est ni devant soi, ni en dehors de soi, c’est-à-dire un désir qui n’est pas « attirant ». Ce désir est plutôt comme une rétropulsion, une répulsion, un dégoût qui s’applique au plus profond de soi, vers et contre son objet, le moi-même tout à la fois aimé et haï. Nous avons vu le maniaque avec sa « grande gueule » ouverte et avide bondir vers le monde et dévorer l’espace et le temps. Le mélancolique, lui, retient dans ses mâchoires serrées l’objet de son « dégoût-désir », de son dévorant besoin de dévorer en se dévorant.

La structure temporelle de la mélancolie dévoile ici comme le dernier mot de son intentionnalité celle d’une poussée, d’une ruée, mais en arrière et en dedans, – d’un morne et lugubre retour vers ce qui au fond de soi a primitivement lié l’existence au désir : le premier objet aimé et maintenant perdu. C’est-à-dire en fin de compte que le mélancolique aime de toutes ses forces sa propre mort, comme si son désir ne pouvait plus jamais s’appliquer qu’à l’anéantissement de toute possibilité de désirer. La mélancolie est une passion du vide absolu et de la mort exaltée jusqu’à cette frénésie et, pourrait-on dire, cet orgasme dont seules la présence et la possession de l’objet aimé peuvent être l’équivalent. C’est une érotique du détachement, de la scission et de la mort, l’extrême contraire de l’amour, de l’accouplement et de la vie.

...L'inversion du désir est dans la mélancolie non pas seulement la négation du désir, mais le désir de la négation...

...C'est une érotique du détachement, de la scission et de la mort...

B.— PSYCHANALYSE DE LA MÉLANCOLIE.

Il est dès lors aisé de comprendre que cette forme d’existence se soit prêtée admirablement aux études de FREUD, d’ABRAHAM, de Mélanie KLEIN, etc. sur la dynamique libidinale de la mélancolie. Nous allons voir que chacune des caractéristiques phénoménologiques que nous venons de décrire à la fin de notre analyse s’applique trait pour trait aux diverses théories et interprétations psychoanalytiques¹.

En 1910, FREUD² s’aperçut que la comparaison entre deuil et mélancolie pouvait être féconde ; la même année, MAEDER³ indiquait l’importance chez un malade mélancolique

1. Nous allons dans cet exposé suivre dans ses grandes lignes, le livre : *Psicoanálisis de la Melancolía* édité par le groupe analytique de Buenos-Aires (1948, 519 pages).

2. Discussion sur le suicide à la *Société Psychanalytique de Vienne* (1910), dont on trouvera le texte dans les *Gesammelte Werke*, VIII, p. 64. Plus tard il écrivit son fameux mémoire « Trauer und Melancholie », qui parut dans le *Zeitschr. f. Psychoanalyse*, 1916, IV, et est reproduit dans les *Gesammelte Werke*, X, pp. 428-446. [NdE : *Deuil et mélancolie* trad. fr. in *Métapsychologie*, Paris : Gallimard ; 1952]

3. MAEDER, Psychoanalyse bei einer melancolischer Depression, *Zentralblatt f. Nervenheilk.*, 1910, n° 302.

...Travaux psychanalytiques...

colique d'un net conflit entre les attitudes masculines et féminines. En 1911, Karl ABRAHAM¹ étudiant les relations des états dépressifs et de la névrose obsessionnelle² remarquait que les tendances agressives refoulées provoquent le sentiment de culpabilité du mélancolique. La culpabilité réalise ici un désir complexe : le désir d'être le pire des criminels. La dépression peut être considérée comme le résultat de la régression des instances sadiques, l'inhibition est une « mort symbolique » et les idées de ruine paraissent dériver de l'incapacité foncière de posséder amoureusement un objet. L'année suivante, S. FREUD³ commença à s'intéresser à la signification de « repas totémique », c'est-à-dire à la reproduction symbolique de la mort du père et à son incorporation orale dans les rites de sacrifice totémique, ce qui le conduisit quelques années plus tard (1915) à l'étude de la phase orale du développement libidinal, c'est-à-dire aux tendances cannibaliques primaires. Voici d'après R. STERBA⁴ cette intéressante conception de FREUD : La première phase orale commence dès la naissance (et même avant, puisque l'on peut au cours d'une césarienne surprendre le fœtus un doigt dans la bouche) et déborde l'instinct d'alimentation (le plaisir de sucer, c'est-à-dire d'ériger les lèvres et la langue en organes de satisfaction libidinale). La deuxième phase orale commence avec les dents, la destruction des objets déchirés par les dents et avalés devient en soi un plaisir. Tandis que la succion était essentiellement érotique, ici le mordre et le dévorer exigent un objet extérieur et la notion d'objet s'introduit dès lors comme une expérience psychologique basale : désormais, manger un objet, s'en emparer et l'incorporer constitue une tendance qui est elle-même essentiellement ambivalente puisqu'elle va à la fois exprimer l'amour et la haine de l'objet. Dans ses travaux sur le développement de la phase prégénitale de la libido, K. ABRAHAM⁵ et seulement à la fin (paragraphe 7) revient sur la dépression mélancolique. Le mélancolique, dit-il, renie la vie et refuse de manger, c'est ce que tout le monde sait, mais le psychanalyste doit aller plus loin et peut nous l'expliquer. Pourquoi choisit-il précisément le refus d'aliments ? C'est que la libido régresse chez lui jusqu'à la phase la plus primitive que nous connaissons, la phase « orale » ou « cannibalique », autrement dit, il soumet inconsciemment l'objet sexuel au désir d'incorporation de la phase prégénitale orale,

1. K. ABRAHAM, Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung der M. D. Irreseins und Verwandtztstände, *Zeitschr. f. Psychoanal.* 1912, 2, pp. 302 à 315. (communication faite au 3^{ème} Congrès Psychanalytique de WEIMAR, 1911).

2. Les *verwandte Zustände* (états parents) de la mélancolie retiendront naturellement notre attention aussi plus loin. Soulignons simplement ici que K. ABRAHAM indiquait que dans sa première analyse d'une psychose dépressive il constata son analogie structurale avec la névrose obsessionnelle.

3. FREUD, *Totem und Tabu*, 1912, (*Gesammelte Werke*, IX). Trad. fr. JANKELEVITCH, 1932.

4. STERBA, *Nerv. and ment. Disease Monograph.*, New-York, 1942.

5. K. ABRAHAM, Untersuch. uber die früheste pregenitale Entwicklungsstufe der Libido, *International Zeitschr. f. Psychoanal.*, 1916, 4, pp. 71 à 97

car au plus profond de lui se trouve la tendance à dévorer et à détruire cet objet : les auto-accusations des mélancoliques sont des déplacements de culpabilité relativement à ces tendances cannibaliques. Et, en effet, les fantasmes cannibaliques se retrouvent souvent dans la mélancolie sous forme d'idées délirantes de zoopathie interne (le malade par exemple a dans le ventre un loup). Son refus d'aliments est donc une défense contre les tendances cannibaliques.

Le fameux mémoire de FREUD¹ sur *les rapports du deuil et de la mélancolie* devait assurer un progrès considérable à l'interprétation analytique des relations objectales du mélancolique. Celui-ci est dans un état de douleur et de vide : il a perdu l'objet libidinal. Dans le deuil, la perte de l'objet aimé n'est pas facilement acceptée et la présence de l'objet continue encore longtemps à se manifester à la conscience de celui qui le pleure. Certes dans la mélancolie l'objet n'est pas toujours réellement perdu, le mélancolique n'est pas toujours en état de deuil réel mais l'objet « disparaît », « est perdu » en tant qu'objet fantasmique. De même la relation libidinale qui lie le patient à l'objet n'est pas toujours consciente. Dès lors il faut admettre cette formule : *la mélancolie est une situation de « perte d'objet » qui échappe à la conscience*. De telle sorte que le mélancolique sans savoir qu'il a perdu quelqu'un se comporte pourtant comme s'il était en deuil et comme si le monde, de ce fait, était réduit à rien. Un autre aspect fondamental du deuil mélancolique c'est qu'il transfère sur la personne du patient toutes les accusations qu'inconsciemment il porte sur l'objet perdu. Ainsi l'identification de sa propre personne avec l'objet perdu rend compte de l'agressivité même avec laquelle le mélancolique s'acharne contre lui-même, c'est-à-dire contre l'objet incorporé. D'un côté la mélancolie est bien une conduite de deuil à l'égard de la perte de l'objet et d'autre part elle est une identification agressive à cet objet. Cette identification s'opère selon le mécanisme que FREUD appellera plus tard *l'introjection* (1921).

...D'un côté [...] perte de l'objet, d'autre part [...] identification agressive à cet objet...

Venons-en maintenant au travail le plus important, à celui de K. ABRAHAM². Il revient encore, notons-le, sur les rapports de la mélancolie et des névroses obsessionnelles. Dans la mélancolie le malade abandonne ses relations psychosexuelles avec l'objet, tandis que l'obsédé évite d'en arriver là. Ceci démontre le bien-fondé des conclusions de FREUD (dans son travail sur le rapport du deuil et de la mélancolie) dans le cas par exemple d'un malade en état de dépression mélancolique qui s'accuse d'avoir volé, alors que c'était son père qui avait volé. Il n'en reste pas moins, dit ABRAHAM, que nous sommes assez incapables de nous faire une idée claire des relations qui unissent la perte de l'objet, son introjection et la tendance à sa perte et à sa destruction. D'après FREUD il semble que le sujet après avoir perdu l'objet tente de le

1. FREUD, Trauer und Melancholie, *loc. cit.*, p. 155.

2. K. ABRAHAM, Die Entwicklung der Libido etc. *Intern. Zeitsch.f. Psychoanal.* 1924. (Selected Papers, pp. 418 à 501).

...Travaux d'ABRAHAM...

recupérer par le mécanisme de l'introjection. Pour ABRAHAM, l'objet est surtout une « cible » pour toutes les pulsions sadiques-anales et l'on pourrait considérer le processus psychoanalytique de la mélancolie de la façon suivante : la tendance à la perte de l'objet dépend de la fixation à la phase sadique-anale et, à plus forte raison, de la fixation orale, c'est-à-dire à une phase encore plus primitive du développement libidinal (tendances sadiques-orales). A l'étape cannibalique de la phase orale, l'individu incorpore l'objet en le détruisant et (comme nous l'avons signalé plus haut) une première problématique de l'objet se présente selon qu'il est investi de valeurs positives ou négatives (ambivalence pulsionnelle). Or la mélancolie en régressant à ce niveau retrouve ce conflit primitif d'ambivalence orale. Quand les investissements libidinaux sont retirés de l'objet, ils sont dirigés sur le Moi et en même temps l'objet est introjecté dans le Moi. Le Moi doit alors supporter toutes les conséquences de ce processus. Ce n'est, dit ABRAHAM, qu'à un examen superficiel que le mélancolique paraît être la proie d'une lancinante autodépréciation et un examen plus attentif peut nous faire dire tout le contraire. Quoi qu'il en soit, K. ABRAHAM admet la nécessité de plusieurs facteurs pour que se constitue une psychose mélancolique : 1° un facteur constitutionnel (sur lequel il fait d'ailleurs tellement de réserves qu'il s'agit là d'une simple clause de style), 2° une fixation spéciale de la libido au niveau oral, 3° de fortes atteintes contre le narcissisme infantile produites par des déceptions amoureuses successives, 4° l'existence d'une première déception amoureuse antérieure à l'époque où les désirs œdipiens ont été vaincus, 5° la répétition ultérieure de cette frustration primaire. Quant au mécanisme de l'introjection, il peut affecter deux formes : ou bien la mélancolie a introjecté l'objet originel sur lequel il a construit son idéal du Moi (les autoaccusations émanent de cet objet introjecté), ou bien les autoaccusations s'adressent à un objet introjecté qui est lui-même objet de l'agressivité du sujet.

...conflit primitif d'ambivalence orale...

...Travaux de S. RADO...

En 1927, SANDOR RADO¹ a insisté à son tour sur la conduite paradoxale du mélancolique. Celui-ci use de ruse, tantôt recourant à la révolte, tantôt à l'humiliation pour reconquérir l'objet perdu dont il ne consent pas à accepter la perte. L'autopunition dépend de l'espoir d'obtenir l'absolution et le pardon. C'est en quoi (leit-motiv de toutes les études analytiques comme de toutes les études cliniques) la mélancolie touche à la manie comme à son nécessaire complément structural.

...Travaux d'H. DEUTSCH...

Hélène DEUTSCH² a publié un cas où la malade s'était identifiée avec sa sœur, l'avait « internalisée », incorporée, créant ainsi une relation maternelle, substitutive, après la mort de ses parents. Cette forme de « *Sur-Moi* » adouci et indulgent que figu-

1. SANDOR RADO, Das Problem der Melancholia. *Intern. Zeitsch. f. Psychoanal.* 19271 (C. R. du 10^{ème} Congrès d'Innsbruck, sept. 1927).

2. H. DEUTSCH, Homosexuality in Women, *Inter. J. Psychoanalysis*, 1933, 14, p. 34. Zur Psychologie der m. d. Zustände, *Int. Zeitschr. f. Psychoanal.* 1933, 14, p. 358.

rait cette introjection n'a pas résisté à une situation de frustration de la part de la sœur et l'objet accusé se retirant devint l'objet d'une agressivité terrible du Sur-Moi. Les interprétations d'Hélène DEUTSCH sur ce thème constituent un des documents les plus intéressants de la dialectique analytique appliquée à la situation dramatique du mélancolique.

Quelques années après, Georg GERO¹ à propos de la psychanalyse d'une dépression névrotique et d'un malade atteint de troubles maniaco-dépressifs caractérisés, a étudié la « formation de la dépression » « mais en se plaçant plus spécialement au point de vue de la technique thérapeutique qui a pour but la solution de la fixation orale fondamentale et de frustration qu'elle entraîne ».

Dans un article sur le suicide A. GARMA² souligne que la structure psychologique de la mélancolie est la même qu'il s'agisse d'une mélancolie psychogène ou d'une mélancolie endogène. La perte de l'objet libidinal, qu'elle soit causée par des « motifs réels » ou par des « motifs constitutionnels » entraîne le mécanisme même de la mélancolie psychogène. Au bout, dans les deux cas, il y a le suicide, en tant que tentative de récupérer l'objet perdu (un diagramme plus satisfaisant du point de vue de la géométrie que de l'analyse psychologique illustre les mécanismes à la fois complexes et peut-être un peu trop schématiques de cette tragédie).

Enfin il faut naturellement nous rappeler ici les travaux de M. KLEIN³ qui ont eu tant de retentissement à propos notamment du problème qui nous occupe, puisque l'introjection des objets bons et mauvais y est donnée comme une expérience vitale absolument primordiale du nourrisson. La construction même du monde des objets dépend de ce cadre d'investissement primitif. Les objets intériorisés sont soumis à des procédés, de défense et d'attaque, qui représentent des réactions paranoïaques ou dépressives de l'enfant⁴. Les processus d'identification, d'« internalisation », d'introjection et de projection, représentent la trame du comportement de l'enfant et de ses relations avec le monde extérieur. Aux tendances paranoïaques infantiles correspond l'identification du Moi avec le bon objet totalement incorporé. Quant à l'angoisse infantile à quoi nous renvoie la psychanalyse de la mélancolie, elle est, dit M. KLEIN, de nature beaucoup plus complexe quoique voisine de cette paranoïa. Elle est faite surtout de la crainte que les bons objets intériorisés et avec eux le Moi ne soient détruits, désintégrés. Tandis que le paranoïaque lutte contre la multitude de petits objets de persécution,

...travaux de M. KLEIN...

1. G. GERO, *Der Aufbau der Depression*, *Inter. Ztschr. f. Psychoanal.*, 1936, 22, p. 379, et en anglais in *International J. of Psychoanalysis*, 1936, , 17, p. 423.

2. A. GARMA, *Psychologie der Selbstmordes*. *Imago*, 1937, 23, p. 63.

3. Congrès de Lucerne, 1934 – *International J. of Psychoanalysis*, 1935, 16, p. 145 – *Ibidem*, 1937, 23, p. 275, – *Ibidem*, 1940, 21, pp. 125 à 253 – et *Ibidem*, 1948, 29.

4. M. KLEIN, dans sa *Psychoanalyse des enfants*, signale que le jeune enfant a des accès de dépression allant parfois jusqu'à l'automutilation et les tentatives de suicide.

le mélancolique tend à réunir la totalité des objets qui lui échappent, mais tout état dépressif comporte l'un et l'autre mécanisme. Un des aspects de la mélancolie sur lequel insiste encore M. KLEIN, c'est la cruauté de ce *Sur-Moi* primitif, celui de l'introjection primitive¹, cruauté sadique primaire dirigée contre les mauvais objets, et qui, intériorisée, constituerait la première ébauche de la « persécution » de la conscience morale contre soi, conscience qui est toujours conçue comme « dévorant » sa victime, ce qui est comme un rappel de la phase orale où se lient les relations d'objets et notamment la « position dépressive » infantile si intégrée à la « position paranoïaque ». E. JACOBSON² situe par contre à un stade plus évolué du développement libidinal la structure inconsciente de la dépression (à vrai dire sa malade Peggy souffrait plutôt d'une dépression névrotique avec phobies et hypocondrie). La désillusion, la déception (« Desappointment » en anglais, « Enttäuschung » en allemand) ou plus exactement la frustration constituent le centre de l'angoisse. La phase de l'Edipe est à cet égard d'une particulière importance car la frustration à l'égard du père constitue un danger terrible pour le Moi et l'édification du Sur-moi.

Telles sont brièvement résumées les analyses dont la « régression mélancolique » au stade oral a fait l'objet de la part de l'école freudienne. Il suffit de s'y arrêter un peu et de se laisser pour ainsi dire pénétrer par l'atmosphère de deuil et l'acharnement cannibalique qui s'en dégage (c'est-à-dire par les plus fulgurantes significations de la conscience mélancolique) pour saisir ce que ces analyses contiennent de vérité puisqu'elles pénètrent effectivement jusqu'au cœur de l'expérience mélancolique. Sans doute les difficultés que chacun de ces auteurs rencontre pour « rationaliser » ces lambeaux tragiques du déchirement intérieur, ces images funèbres ou sadiques, ce vaste et profond retournement de l'amour de l'objet en haine de soi, ces difficultés sont à peu près insurmontables. Et chacun des psychanalystes qui a tenté d'orchestrer ces terribles dissonances a perdu la peine qu'il s'est donnée pour réduire la mélancolie à une « formule thématique » acceptable, entreprise aussi vaine que l'angoisse du mélancolique elle-même. C'est que tous se heurtent à une forme de vécu qui ne peut se donner que comme il est, c'est-à-dire un terrible désarroi de la conscience, un vertige rebelle à cet ordre ou à cette logique des sentiments que l'observateur et particulièrement le psychanalyste voudrait y introduire. Or, le psychanalyste est hanté (plus que le phénoménologue) par le besoin de thématiser, car c'est une exigence de son système de prétendre trouver le motif, c'est-à-dire la causalité psychique, la psychogénèse de l'état

1. On sait que l'originalité de M. KLEIN est précisément de placer à l'orée de l'existence l'édification du Sur-Moi en tant que modalité de relation avec les bons et mauvais objets primitifs.

2. E. JACOBSON, Depression. The œdipus complexe in the development of depression, (*Psychoanalytic Quart.*, 1943, 12, pp. 541 à 560), et Desappointment on ego and superego formation in normal and depressive development, *Psychoanal. Rev.*, 1946, 33, p. 129.

...Il suffit de [...] se laisser pénétrer par l'atmosphère de deuil et l'acharnement cannibalique qui s'en dégage [...] pour saisir ce que ces analyses contiennent de vérité...

morbide. Si l'on consent à renoncer à une pareille illusion, le vécu mélancolique, tel qu'il nous est livré par ces profondes analyses (un peu à la manière brutale et immédiatement saisissable dont il nous est offert, par exemple, dans le noir et terrible « Saturne » de GOYA) est, par elles, rendu infiniment plus sensible et émouvant. Elles nous font pénétrer ces tourments au plus profond de la tragédie mélancolique en nous rappelant sa signification existentielle, la plus radicale et la plus originelle. Le vide de l'existence c'est le trou, l'abîme de l'absence et de la séparation de l'objet aimé, en tant qu'il est, cet objet, le modèle même de toute objectivité. Ce vide interne, l'intériorité de ce gouffre qui « remplit » ce sujet, c'est l'avidité d'une subjectivité qu'aucun objet incorporé ne peut combler. C'est un Moi, sans fond, sans le fondement de sa relation avec autrui, le Moi seul face à face avec lui-même, c'est-à-dire face au néant. Mais ce néant d'une première rencontre avec l'objet et le monde, en se dressant devant moi, et n'étant pas moi, me laisse seul subsister comme l'image de l'objet et du monde perdu et détruit, c'est cette image spéculaire du moi que j'accable pour la conserver, etc., etc... Ainsi retrouvons-nous les formules¹ auxquelles l'analyse existentielle de la mélancolie nous avait nécessairement contraints d'aboutir. Si nous le répétons ici comme un leit-motiv, c'est pour bien faire saisir que le vertige de l'être et du néant enveloppe précisément toute la thématique, toute la mythologie psychanalytique de la mélancolie.

C.— ANALYSE STRUCTURALE.

Comme nous l'avons fait pour la manie, nous devons maintenant, pour sortir de cette pure description phénoménologique de la mélancolie, analyser la crise de mélancolie de telle sorte que cette analyse nous prépare à en saisir la *pathologie totale*. C'est faute d'avoir envisagé comme une totalité psychosomatique véritable tous les aspects de la mélancolie, que toutes ces études dont nous venons d'exposer l'essentiel demeurent incomplètes. Une « véritable totalité psychosomatique » doit s'entendre non pas comme une vague référence verbale à la notion de « Gestalt », mais comme la reconstitution d'un certain ordre naturel de la structure psychopathologique. C'est dire que la mélancolie en tant qu'objet de l'analyse structurale (que nous avons préparée tant au point de vue clinique que phénoménologique) doit être envisagée maintenant dans ses rapports avec le *processus organique* qui la conditionne et avec le *dynamisme* psychologique qui la constitue, autrement dit, nous devons nous placer dans notre pers-

...Une « véritable totalité psychosomatique » doit s'entendre [...] comme la reconstitution d'un certain ordre naturel de la structure psychopathologique...

1. Car ce ne sont ici que de simples formules, faibles échos des grandes analyses « Kierkegardiennes » de l'angoisse.

pective habituelle et lui décrire une structure *négative* et une structure *positive*¹. Nous allons pouvoir, en conclusion de cette étude psychopathologique, présenter cette analyse comme une sorte de schéma de référence synthétique à tout ce que nous avons déjà exposé dans les pages précédentes.

STRUCTURE NÉGATIVE

Elle paraît dans la mélancolie plus importante qu'elle n'est (au contraire de la manie). Ces malades effondrés et hantés par la mort nous offrent une telle image de l'anéantissement qu'ils se présentent cliniquement comme profondément atteints d'un déficit vital, d'une faiblesse de leur volonté et d'une diminution de leurs capacités intellectuelles. Et effectivement, on doit considérer la « pensée mélancolique » comme un état de trouble déficitaire² dont l'auto-dépréciation est elle-même l'expression.

a) *La perte d'activité synthétique de la pensée.* C'est dans ce cadre que doivent être rangés ici tous les aspects fondamentaux du tableau clinique que nous avons étudiés sous le nom d'aboulie, d'inhibition motrice et d'inhibition psychique. La lenteur, la monotonie, la stérilité de la pensée constituent un syndrome qui se résume somme toute en un seul mot, la « concentration ». Sans doute dit-on d'un esprit qui fait des efforts et travaille à plein rendement qu'il se concentre. Mais la concentration de l'activité mentale productrice est tout juste le contraire de la « concentration » du mélancolique qui se fixe sur un objet et ne peut s'en détacher ni s'en départir comme s'il s'y cramponnait tout ensemble par lassitude, passivité et inertie. La concentration psychique du mélancolique dépend de la réduction de son activité, sa pensée cessant d'être opératoire et réflexive. Cette viscosité, cette lenteur, cette monotonie de la concentration pénible et douloureuse du mélancolique doit être considérée elle-même comme un trouble négatif, c'est-à-dire une *impuissance*. La déstructuration de la conscience se manifeste en effet et essentiellement par l'incapacité de se détendre, de se déployer, de se mouvoir. Sa lourdeur, sa masse, son poids sont les qualités structurellement équivalentes à la volatilité de la conscience maniaque. L'une et l'autre témoi-

...la concentration pénible et douloureuse du mélancolique doit être considérée elle-même comme un trouble négatif, c'est-à-dire une impuissance...

1. Une pareille exigence s'est certainement imposée à L. BELLAK. Dans l'introduction à l'exposé de la psychose maniaco-dépressive (*Manic-depressive psychosis* New-York, 1952, pp. 1 à 13), BELLAK indique formellement (en se référant notamment aux descriptions de O. H. MOWRER, « Time as determinant of integrative learning » *Psychol. Rev.* 1945), qu'une psychopathologie de ces états est déterminée par la structure libidinale de la personnalité mais aussi par le facteur de force du moi, c'est-à-dire pour nous, respectivement, la structure positive et la structure négative de la Psychose.

2. Trouble primordial et primitif aux yeux de beaucoup d'auteurs et spécialement de G. DUMAS (*Les états intellectuels dans la mélancolie*, 1895), pour qui l'asthénie mentale et les troubles organiques se confondent pour constituer la base de la mélancolie ce qui n'exclut pas cependant une activité (nous dirions « restante ou positive ») qui organise les contenus de la conscience mélancolique en totalité d'intentionnalité.

gnent du trouble de l'activité dynamique de la conscience pour autant que celle-ci normalement s'accorde et s'adapte aux exigences des situations. Ici, renfermé et renfrogné, sa concentration manifeste que le mélancolique a perdu le pouvoir de liquider et de dépasser le vécu qui l'occupe et le préoccupe. Par là, nous saisissons la nécessité de compléter la négativité de l'*impuissance* par l'intentionnalité positive d'un *besoin*, tant il est vrai que la structure négative et la structure positive d'une forme morbide de conscience se fondent dans la même unité clinique, ici, celle de la concentration douloureuse et de la délectation morose dans l'impuissance fondamentale. Bien plus, l'impuissance étant à la fois subie et désirée est comme multipliée par le besoin d'être et de paraître impuissante.

b) *Le trouble de la lucidité de la conscience* : Nous avons déjà eu l'occasion à propos de la manie d'indiquer que par un abus (d'ailleurs traditionnel) la pathologie de la conscience se réduit dans la psychiatrie classique à mettre en évidence seulement son défaut de « clarté » ou de « lucidité ». Et, à propos justement de la pseudo-lucidité maniaque, nous avons fait remarquer que la conscience pouvait être troublée même quand elle paraissait « hyperlucide » (illusion du sujet qui entraîne l'illusion de l'observateur). Nous pouvons dire (avec KRAEPELIN et les classiques) du mélancolique qu'il reste lucide, que son esprit est encore clair, qu'il est bien orienté, qu'il est présent et vigilant, mais cela n'est qu'incomplètement vrai. Revenons en effet encore à la concentration du mélancolique, elle fixe la conscience sur un point quasi invariable où tous les rayons de sa perception et de sa pensée doivent nécessairement converger. Mais ce point n'est pas celui d'un foyer d'action, d'une « macula active », c'est « un point aveugle » où s'amortit toute action. Métaphore ? Oui, mais qui nous paraît assez bien correspondre à la structure même de la mélancolie dont nous avons souligné plus haut qu'elle est une rétraction de l'être jusqu'à son point extrême d'inertie. Ce que nous appelons une conscience claire et lucide est une conscience ordonnée jusqu'à être transparente pour autrui, c'est-à-dire entièrement communicable non seulement dans ses expressions mais dans son travail d'épuration, de classification et d'organisation. Or, la conscience mélancolique frappée de cette inertie dont la stupeur représente le plus caractéristique effet est si incapable de se déployer, de se détendre, de se mouvoir selon les exigences d'une activité opérationnelle et synthétique que l'on peut dire (avec GRIESINGER et sous une forme plus « moderne ») que le noir de son vécu reflète et suppose son obscurcissement. Et effectivement elle est aussi voilée et opaque dans la mesure même où elle ne se laisse plus pénétrer par la clarté de l'action. Car ce que l'on appelle la clarté de la conscience c'est nécessairement la lumière qu'elle introduit elle-même en elle-même. De cet obscurcissement témoignent aussi bien l'étude « objective » clinique et psychométrique des opérations psychiques au moment de la crise, que l'étude de l'organisation des perceptions ou du vécu mélancolique dans les

...[dans la conscience mélancolique] le noir de son vécu reflète et suppose son obscurcissement...

souvenirs de la crise. Ce trouble est « *accusé* » par les malades eux-mêmes, et cette formule pose à nouveau le problème que nous soulevions il y a un instant. Sans doute le mélancolique se voit-il en noir et obscurcit-il lui-même le champ, pour lui misérable, de sa conscience. Mais là encore son impuissance, pour si « *accusée* » qu'elle soit par l'auto-accusation, exprime les traits « *nettement accusés* » de sa chute forcée dans l'imaginaire ¹.

c) Structure temporelle éthique du trouble de la conscience mélancolique.

Toutes nos analyses antérieures, reprenant celles de MINKOWSKI, de STRAUS, de VON GEBSATTEL, de DIGO, ont convergé vers ce trouble fondamental de la conscience mélancolique. La lenteur, sinon « l'arrêt », la « syncope » du temps vécu, la rétroversion, le poids du passé, la tendance invincible à aller en arrière et à vivre le temps en arrière, d'attendre l'avenir comme s'il était déjà accompli, la monotonie, etc., tous ces traits fondamentaux de la mélancolie, en tant qu'elle tend à la *destruction du présent*, comme moment essentiel de *l'espoir* et de *l'action*, à l'impossibilité de le remplir et à lui substituer le gouffre paralysant et vertigineux du vide, cette coagulation de la temporalité constitue l'expérience vécue d'une destruction structurale typique de la conscience. C'est que cette qualité du temps vécu, que nous en cherchions l'exemplaire analyse dans BERGSON ou chez HEIDDEGGER, c'est le *sens de la vie*, orienté sinon dans tous ses instants tout au moins dans sa finalité dernière, sa direction en avant. Dès lors, temporalité et finalité se confondent dans notre existence comme dans le mouvement dialectique de l'histoire et c'est cette forme de temporalité éthique, de temps humain, du plus personnel des temps qui est altérée. L'insouciance et l'impatience maniaque doivent nous aider à comprendre cette forme de déstructuration temporelle de la conscience qui est la rétraction de l'angoisse et le recul de la peur. Mais c'est relativement au présent, sommet mouvant du temps, que le décharnement de la temporalité est le plus significatif. Réduit à l'heure ou à la minute qui s'inscrit sur l'horloge, ce présent est aboli non point aussi radicalement que dans le niveau de déstructuration plus profonde où si fugitif il perdra la possibilité de se construire en réalité,

...c'est cette forme de temporalité éthique, de temps humain, du plus personnel des temps qui est altérée...

1. Cet autre aspect négatif fondamental de la mélancolie nous renvoie lui aussi au problème sommeil-veille (dont la plupart des auteurs ont fait l'apanage des confusions à l'exclusion des états dits « thymiques » maniaco-dépressifs). A cet égard l'étude de A. MYERSON (*The sleeping and waking mechanism : a theory of depressions and their treatment, J. nerv. and ment. Dis.* 1947, 105, pp. 598 à 606), malgré quelques observations intéressantes nous a déçus. Un autre aspect de cet intéressant problème mériterait des études approfondies, celui des rêves des mélancoliques. Nous ne connaissons qu'un travail ancien (H. HIRSCHMANN et P. SCHILDER. *Träume des Melancholiker. Bemerkungen zur Psychopathologie der Melancholie, Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1920, 53, p. 130) ; il indique que les mélancoliques sortent de la mélancolie en entrant dans le rêve ce qui paraît montrer que le vécu même de l'expérience mélancolique exige un niveau plus élevé que celui qui caractérise le sommeil-rêve sans que cesse de se préfigurer dans la mélancolie, le cauchemar.

MÉLANCOLIE

mais comme foyer et instrument de la plénitude et de la sérénité de l'existence. Il n'y a pour la conscience mélancolique que l'actualité révolue et fatale d'un passé mort ou d'un avenir qui ne pourra lui-même jamais se constituer en présent ; car l'arrêt et la rétrogradation du courant temporel de la conscience va même si loin que non seulement le présent tombe dans le passé avant même de se constituer en présent, mais qu'à l'avenir même est refusée toute possibilité de devenir un moment réel et plein : il est par avance du temps perdu. Le temps est et *doit être* une perspective de mort.

*...Le temps est et doit être
une perspective de mort...*

Ce dernier mot nous fait revenir encore au « fond du problème ». La structure négative de la mélancolie s'impose à nous sous forme de métaphores, qui toutes empruntées au monde physique (lenteur, masse compacte, pensée coagulée, poids, inertie, opacité, obscurité, diaphragme, etc.) ne peuvent pas être prises au pied de la lettre, sans tomber dans l'illusion mécaniste. Mais la nécessité de ces métaphores ne peut pas non plus échapper à notre attention ; elles expriment une forme de réalité qui est précisément celle de la nécessité de la forme que la conscience s'impose, quand elle se déstructure, à elle-même. Cette réalité « organique » et « processuelle » du trouble formel de la conscience en quelque sorte intermédiaire entre la réalité physique et celle de notre liberté, impose effectivement à l'expérience mélancolique sa fatalité. Mais une fatalité, répétons-le, qui est vécue comme un devoir, à la forme impérative duquel correspond le sens de la mort non seulement imminente mais prescrite. Car la structure de la mélancolie serait pour ainsi dire effectivement vide et non une « *expérience délirante de l'anéantissement* » si elle n'exigeait pas d'être « complétée » par la « dynamique intentionnelle » du vécu mélancolique.

STRUCTURE POSITIVE

Cette « dynamique » c'est une problématique de l'existence. Mieux, c'est la TRAGÉDIE au sens le plus fort du mot et pour autant qu'il exprime sur la scène de la conscience mélancolique : un *drame*, une *angoisse métaphysique* et un retour sur l'origine même de toute tragédie, les *tourments de l'amour*.

a) *Le drame* : Le monde mélancolique est, au sens absolu, un monde dont s'est retirée la joie. C'est le monde entièrement vécu sous l'angle du mal, c'est-à-dire du péché et du malheur. Mais c'est un monde factice en ce sens qu'il est vécu lui-même, non pas comme une existence, mais comme une sorte d'idéale obligation et que sa réalité est entièrement constituée par la pensée magique et comminatoire d'un devoir qui, catégoriquement, prescrit que les choses doivent, pour continuer à être, être portées à l'extrême puissance du mal. Dès lors, la « scène tragique » que vit le mélancolique, soit qu'il la découvre dans l'humilité d'un souvenir futile et minime, mais grandi jusqu'aux proportions gigantesques d'un drame cornélien ou d'une tragédie d'Eschyle,

soit qu'il la construise par avance dans la fatalité de son destin, cette scène tragique, muette ou frénétique, elle est comme la satisfaction d'un besoin, besoin non pas de se donner en spectacle ni de se donner un spectacle, mais besoin de vider la réalité pour lui substituer un mythe de mort et de sang. Le mélancolique tient d'autant plus à sa fiction qu'il ne la vit pas comme une réalité, mais comme une possibilité d'autant plus absolue et sommaire qu'elle engage sa « responsabilité ». Ses obstinations, ses refus systématiques, son entêtement, sa persévération opiniâtre dans le silence, le pessimisme, la douleur morale, ne sont pas seulement des qualités immédiates de sa conscience, une impuissance à agir, à varier ou à accepter, mais un *parti-pris* de pousser tout au tragique¹. Tout devient alors tragique, c'est-à-dire poussé jusqu'à une sorte de sublime grandiose. L'héroïsme du sacrifice de l'holocauste et du martyr, par l'excès même de leur fatalité sans mérite, est plus tragique encore dans la conscience mélancolique que dans les grandes tragédies grecques. Naturellement, cette mégalomanie mélancolique (qui a été soulignée, nous l'avons vu, par l'école psychanalyste) n'est pas toujours apparente, et le mélancolique nous paraît plutôt, retranché dans sa modestie et croupissant dans la honte de ses misérables misères, vivre une tragédie sordide, un mélodrame de bas étage. Mais le sens tragique de son existence n'en reste pas moins le même. Ce que l'on appelle ses « idées délirantes » et que lui-même qualifie d'« idées noires », ce sont les ébauches thématiques de cette tragédie où se joue son destin au travers des scènes et des représentations dont la typicité témoigne même qu'elles surgissent des éternelles sources de l'angoisse humaine : tribunal, accusations, gendarmes, guillotine, incendies et guerres, enterrements, massacres, crimes et châtiements, c'est-à-dire effectivement tout le décor et l'attirail nécessaires et suffisants pour jouer toutes les tragédies. Ces horreurs sont fermement tenues pour inexorables et implacables, en vertu seulement mais fortement d'un jugement de valeur éthique qui soustrait l'univers aux lois physiques pour les placer uniquement sous l'empire des lois morales. Ce sont elles qui règlent tous les conflits qui surgissent non seulement dans la famille, la profession, le voisinage, et les rapports sociaux, mais aussi qui régissent dans le cœur et le corps et encore, au delà, dans le cosmos et la nature. Enfin cette tragédie est elle-même monotone, sans inspiration et pour ainsi dire sans talent comme si le mélancolique était un médiocre auteur. Elle se déroule dans un morne silence, avec une désespérante lenteur, entrecoupée de violences « pathétiques » qui témoignent de la force qui se cache sous cette faiblesse et de l'implacable volonté qui se dissimule sous l'apparence à la fois authentique et fausse d'une existence manifestement ruinée, vide, désespérée et anéantie.

1. Dans la symétrie manie-mélancolie, nous touchons ici à l'envers de la « comédie » maniaque.

...Tout devient alors tragique, c'est-à-dire poussé jusqu'à une sorte de sublime grandiose...

...Ces horreurs sont fermement tenues pour inexorables et implacables, [...] sous l'empire des lois morales...

b) *l'angoisse métaphysique*. C'est toujours, nous l'avons vu, aux fondements mêmes de la philosophie que nous ramènent ces malades. Le doute cartésien, l'idéalisme et le solipsisme, la dialectique de l'être et du néant, les méditations sur la mort et tant d'autres thèmes métaphysiques, s'ils ne sont pas traités – naturellement – avec beaucoup de profondeur, ne cessent cependant de troubler non seulement les mélancoliques, mais ceux qui les approchent. Ils sont là ces malades, comme de pathétiques incarnations de tous les problèmes du destin, de l'existence et de la mort. Il n'est pas nécessaire pour les comprendre (ni pour saisir ce que nous exposons ici) de connaître PLATON, PASCAL, KANT, HUSSERL, KIERKEGAARD, les Pères de l'Église, les philosophes hindous ou les écrits manichéistes de Manu ou des Catarrhes... Il suffit de pénétrer au cours d'un examen clinique, pourvu qu'il soit assez approfondi, dans l'atmosphère étrange de cette angoisse qui saisit ce commerçant robuste ou cette vieille paysanne d'une frénésie métaphysique par quoi ils s'égalent aux plus grands penseurs de l'humanité. Non point certes qu'ils soient miraculeusement pourvus d'un don dialectique prestigieux, mais tout simplement parce que de leur fulgurante expérience jaillissent ces formules : « On peut toucher le commencement mais pas la fin. Je parais être, mais je ne suis pas ce que je suis. Vivre c'est mourir... Ce qui est c'est ce qui va venir... Le passé c'est mon éternité... Comment voulez-vous que je marche puisque je ne suis pas un objet et que les objets changent sans vieillir », etc, qui, pour si banales ou ingénues qu'elles soient, éclatent comme un cri métaphysique. C'est que la conscience mélancolique si bouleversée au niveau même de la problématique éthique, engendre comme un « hégélien » génie pour souder la philosophie de la nature à celle de la conscience malheureuse ou de l'histoire. Et ce n'est pas par hasard que les mélancoliques n'ont été psychologiquement bien analysés que par des disciples d'HUSSERL et d'HEIDEGGER...

...Ils sont là ces malades, comme de pathétiques incarnations de tous les problèmes du destin, de l'existence et de la mort...

Nous donnons une telle importance ici à ce trait parce qu'il résume beaucoup de symptômes et de conduites mélancoliques. Comme nous l'avons vu à propos de *l'anxiété*¹, le vécu du vertige de la liberté constitue une expérience qui dissout, inverse ou altère les relations qui nous unissent au monde des valeurs et c'est comme une *dévalorisation* dont il est l'objet et le sujet que sont vécus par le mélancolique toute la réalité de son existence, sa fin et ses relations avec autrui, ses *sentiments de culpabilité*, son angoisse du *châtiment*, de la *ruine*, le *rapetissement de sa personne*, son *humiliation* et son humilité, son *hypocondrie*, etc. De même le *refus d'aliments*, le besoin incessant de se *suicider*, son *pessimisme*, le caractère infernal et macabre des fantasmes imaginaires de *négation*, toute sa pensée, tout son comportement témoignent de l'envahissement de sa « conscience » par les tourments de sa « conscience morale », par les soucis fondamentaux qu'exigent de lui les plus petits problèmes de son

1. Cf. notre Étude n°. 15.

existence. Car pour lui comme pour le physicien et le philosophe, il n'y a pas de petits faits, il n'y a que des faits qui font problème, et c'est à l'échelle humaine et non pas à la sienne, qu'il porte jusqu'à l'infini la petitesse de son existence.

c) *Le retour aux fantasmes de l'angoisse primitive.* Cette catastrophe vitale qui remet tout en question et jusqu'au problème devenu le seul immédiat de la fin de l'existence, cette structure d'angoisse et de dépression actualise aussi le monde fantasmatique de *l'angoisse primitive*. Ce monde, nous en avons retracé la « mythologie » d'après FREUD et ses disciples, et nous avons pu nous convaincre que les thèmes vécus dans la mélancolie nous renvoient nécessairement à des situations infantiles typiques et stéréotypées. Nous avons vu comment autour du mal et du vide intérieur (du « gouffre » dit VON GEBSATTEL) c'est à partir d'un complexe archaïque, celui de *l'oralité* et du *cannibalisme* (c'est-à-dire de valeurs primaires et secondaires à l'investissement libidinal de l'objet incorporé, avalé, mordu et détruit) que tourbillonnent les fantasmes du bon objet introjecté. Tout de même que c'est sur le thème de *deuil*, c'est-à-dire de la *perte de l'objet aimé* que le monde imaginaire du mélancolique se dévide de frustration en frustration en mettant en œuvre tous les processus de défense, d'identification, de retournement de l'agressivité, etc. qui constituent les conduites magiques de l'inconscient. Tout cela a été dit et répété et il est inutile d'y revenir.

Par contre nous voudrions préciser deux points importants à propos de la « *régression* » du mélancolique à ces phases libidinales si primitives qu'elles déjouent toute possibilité d'en retracer clairement l'histoire et la dialectique pulsionnelles. Tout d'abord quand on se contente de dire que le mélancolique a régressé dans ses fantasmes, il est bien clair qu'on ne dit pas grand chose quand on ne dit rien du « pourquoi » et du « comment » de cette régression¹ et les explications verbales sont d'autant plus faciles à donner qu'elles sont plus embrouillées et font appel à des mécanismes multiples et contradictoires, à autant de pulsions et de contre-pulsions que l'on veut, et en définitive à des « cas cliniques » à peu près indéchiffrables ou sans valeur démonstrative autre qu'arbitraire². Mais il y a plus grave encore, le mélancolique n'a pas du tout régressé à la phase infantile de son développement. Ce qui frappe tous les cliniciens (et les psychanalystes l'ont bien vu) c'est que le mélancolique vit dans un monde *artificiel* de fantasmes, que tout se passe comme s'il subissait *une exigence*

1. « Nous ne pouvons même pas affirmer que la régression de la libido soit un processus psychologique... Bien qu'elle exerce sur la vie psychique une influence profonde, il n'en reste pas moins que c'est le facteur organique qui domine chez elle. » Ce n'est pas nous qui le disons mais FREUD (*Introduction à la Psychanalyse*, p. 369).

2. Nous prions le lecteur de se rapporter à la plupart des textes dont nous donnons plus haut les références. Il se convaincra, pensons-nous, facilement de ce que nous avançons ici.

d'actualisation plutôt qu'une régression de sa conscience et de sa personnalité allant jusqu'à les réduire à cette forme si primitive d'existence qu'est la phase orale ou sadique-anale. Le concept de « régression » n'est employé au fond ici par les psychanalystes que pour nous donner le change et expliquer la mélancolie par une frustration infantile ou tel autre aspect de la pensée, du comportement et de l'histoire de l'enfant qu'a été cet adulte. Or, cela peut tromper ceux qui n'acceptent pas l'analyse de la mélancolie que nous venons de présenter, mais pour nous ce n'est pas du tout parce qu'il a traversé, comme tout le monde, une phase ambivalente ou un conflit entre les bons et les mauvais objets ou qu'il a eu des difficultés à fixer ses relations et son choix objectaux que le mélancolique vit actuellement et fictivement ce drame et, somme toute, qu'il est mélancolique, ce serait plutôt l'inverse qui nous paraîtrait vrai. Dès lors si la mélancolie n'est pas une régression si profonde qu'elle puisse se réduire effectivement à n'être qu'un jeu pulsionnel infantile, il faut bien se demander ce que signifie ce « rappel », cette « actualisation » et quelle valeur ils représentent dans la structure de la mélancolie ?

– Ceci nous conduit précisément à envisager le second point. Quel rôle joue l'inconscient dans la structure de ce trouble de la conscience de niveau supérieur qu'est la mélancolie ? Si, comme nous l'avons souvent fait remarquer, l'inconscient ne peut être considéré que dans un schéma topique, s'il n'est qu'une partie pour ainsi dire spatiale de l'appareil psychique, on comprend que le « Ça » en tant que tel et le « Sur-Moi » en tant que tel, c'est-à-dire en tant que parties constituantes de l'inconscient, une fois formés, demeurent séquestrés dans la conscience et exercent sur elle une tyrannie qui se manifeste par le symbolisme de la vie quotidienne ou les symptômes des maladies mentales. Mais déjà pour le rêve, ce schéma n'est plus guère acceptable car, en tant qu'il dépend du sommeil, le rêve oppose, en effet, à ce schématisme spatial, une difficulté un peu du même genre que celle que nous soulevons à propos de la mélancolie. Si le rêve est une régression, ce n'est qu'à la faveur et comme conséquence du sommeil, car ce qui est vécu dans le rêve c'est une forme d'organisation de la conscience imageante qui se rapproche beaucoup des fantasmes infantiles sans en dépendre dans sa structure actuelle. L'inconscient n'est donc pas toujours semblable à lui-même, comme une boîte qui contiendrait des souvenirs passés et refoulés, il est aussi et nécessairement corrélatif de l'état de la conscience. La régression doit être considérée dans le rêve comme une forme de déstructuration de la conscience qui solidifie l'inconscient. Autrement dit, et cela est capital, *la force des instances inconscientes vient de la faiblesse de la conscience*. Et ce qui vaut pour le rêve a bien des chances de valoir pour les maladies mentales en général, cela vaut en tout cas ici pour la mélancolie. Dans la mélancolie, nous observons en effet au premier plan une certaine déformation de la conscience caractérisée par les *anomalies de sa structure temporelle* (trouble qui

...Quel rôle joue l'inconscient dans la structure de ce trouble de la conscience ?...

.....Comment pouvons-nous nous représenter [...] cette remontée des couches inconscientes et oubliées de l'angoisse dans la détresse cataclysmique de la mélancolie ? ...

n'aboutit absolument pas à un retour au passé infantile ¹, à une sorte de recul effectif dans le temps) et par l'*angoisse* qui y est vécue sous une forme qui rappelle (et actualise) les formes primitives de l'angoisse. Comment pouvons-nous nous représenter cette actualisation, ou, autrement dit, cette remontée des couches inconscientes et oubliées de l'angoisse dans la détresse cataclysmique de la mélancolie ? Nous rencontrons ici une loi d'organisation des maladies mentales que nous aurons l'occasion de vérifier à propos de tous les aspects de la psychopathologie : à l'impuissance, au fléchissement de l'être psychique correspond un besoin qui gît dans le sein de cette impuissance et tend à l'investir d'une signification existentielle. La mélancolie est une *impuissance* (c'est le poids de la structure négative dont nous avons retracé plus haut l'essentiel) impuissance à s'accorder avec confiance au déroulement temporel de l'existence. Elle est vécue comme un *besoin* de reculer, d'aller vers l'anéantissement, d'« accélérer », si l'on peut dire, la rétroactivité de son « mouvement », c'est-à-dire qu'elle est vécue comme un désir d'anéantissement, d'où la tragédie factice, la thématique de l'angoisse métaphysique, d'où aussi la *référence* pour ainsi dire nécessaire aux sources primitives de l'angoisse destinées à fournir à la tragédie et à la métaphysique sa substance la plus radicale. Cette substance c'est celle du problème de l'amour et le problème de la relation fondamentale du monde des objets et de celui des désirs. Et c'est parce que la relation amoureuse (ou si l'on veut libidinale) est infantile dans son aspect le plus primitif et le plus violent (car jamais aucun amour d'adulte ne peut reproduire la violence, la nécessité des réactions de l'enfant placé au début de sa vie devant les deux problèmes joints ou plutôt le problème unique pour lui de la construction du monde des objets et des relations amoureuses avec autrui) que le mélancolique peuple la tragédie de sa mort des images de sa naissance et des premiers investissements libidinaux qui l'ont aidé à donner un sens à sa vie, là maintenant, remis en question.

Ainsi la structure positive de la mélancolie englobe tout à la fois la tragédie de l'existence, le monde des fantasmes originels, l'angoisse métaphysique et le besoin de se soumettre à l'impératif catégorique du mal. Ceci nous amène en conclusion à saisir la mélancolie une fois encore pour une forme de déstructuration de la conscience qui est vécue au niveau d'un conflit éthique. Car c'est essentiellement comme un drame de la conscience morale que se présentent la manie et la mélancolie à ce premier niveau de dissolution de la conscience. C'est la structure de ce premier déchirement de la conscience qui fait de la mélancolie une douleur morale, c'est-à-dire un *malheur* tout à la fois déterminé par la *maladie* et par le *mal*, le rapports respectifs entre ces

1. Si l'on pouvait dire que l'actualisation des tendances infantiles provient de la rétroactivité de la conscience mélancolique, elle serait impossible à expliquer chez le maniaque où pourtant l'inconscient est retourné, ou si l'on veut retrouvé également.

termes étant vécus indissolublement comme une *tragédie* ou, plus exactement encore, comme une tragédie sous son aspect premier (celui du premier drame existentiel) et dernier (celui de la fin et des fins de l'existence). Mais il s'agit d'une problématique éthique pathologique, c'est-à-dire d'un problème qui ne garde du conflit moral que la forme d'une loi caricaturale, celle d'un mytique « devoir-se-punir-de-tout ».

§ IV. – FORMES ATYPIQUES DE LA MÉLANCOLIE

Comme nous l'avons vu pour la manie, la mélancolie peut se présenter en clinique selon des modalités très diverses et il est classique de distinguer des formes atypiques *symptomatiques*, des formes atypiques *évolutives*, et des formes atypiques *étiologiques*. Ce sont ces divers aspects pathologiques de la structure de la conscience mélancolique que nous allons passer en revue non seulement pour en fixer les tableaux cliniques, mais aussi pour en tirer tous les enseignements possibles au point de vue nosographique, pathogénique et étiologique.

A. – FORMES ATYPIQUES SYMPTOMATIQUES.

Les crises mélancoliques ou les états dépressifs dont elles constituent l'aspect le plus typique ont fait l'objet d'innombrables classifications. Pourquoi ? C'est que la structure de l'état dépressif mélancolique peut varier selon qu'elle se situe à des niveaux différents de déstructuration. Et c'est dans cette perspective qu'il convient de se placer pour comprendre et discuter les diverses formes de mélancolie que depuis cent ans on a tenté d'isoler. Ouvrons par exemple le vieux livre de ROUBINOVITCH et de TOULOUSE (1897), nous y voyons décrits : 1) des types de mélancolie « *selon le degré de réaction motrice* » (mélancolie *dépressive*, mélancolie avec stupeur *délirante* ou *catatonique*, mélancolie *perplexe*, mélancolie *anxieuse*) – 2° des types de mélancolie « *selon la présence ou l'absence* » de *délire* et d'*hallucinations* (mélancolie sans délire, *mélancolie délirante*, *mélancolie hypocondriaque*, *mélancolie avec délire de négation*) – 3° des types de mélancolie « *selon le degré de cohésion du délire* » (délire mélancolique systématisé, mélancolie religieuse). Rapportons-nous encore à l'étude de MASSELON (1906), nous y voyons décrites, à côté de la « *mélancolie simple* » ou « *anxieuse* » (qui constitue à peu près la mélancolie typique que nous avons décrite) une mélancolie *délirante* et une mélancolie avec *stupeur*, classification devenue classique. Ensuite on s'est beaucoup occupé des « *degrés* » de la mélancolie et notamment des formes de dépression de type « *mélancolie réactionnelle* » (5% seulement pour KRAEPELIN, 17% pour REHM, 30% d'après BUMKE, chiffres cités par LANGE). Pour ce

...la structure de l'état dépressif mélancolique peut varier selon qu'elle se situe à des niveaux différents de déstructuration...

...les innombrables classifications...

dernier auteur (1929) d'ailleurs il y a non seulement des formes « plus légères » de mélancolie, mais des formes plus graves (Schwere Melancholie) : ce sont des mélancolies délirantes à type paranoïde ou fantastique (selon la classification de KRAEPELIN). Au cours de ces dernières années on n'a cessé de publier des travaux sur les états dépressifs plus ou moins mélancoliformes et – toujours dans les pays de langue allemande ou les écoles anglo-saxonnes – on a tenté la classification des « états dépressifs » étages selon le degré de profondeur et d'endogénéité, depuis les états dépressifs dits « névrotiques » jusqu'aux états psychotiques plus accentués. BUMKE ¹ dans le cadre du cycle psycho-thymopathique, décrit des formes typiques et graves, et hors de ce groupe, des dépressions réactionnelles, des états neurasthéniques et des dépressions hystériques. Kurt SCHNEIDER, après avoir défini la « dépression mélancolique » comme une dépression endogène à base de « tristesse vitale » enracinée et comme incarnée dans la couche corporelle biotypologique ², a admis l'existence de formes moins profondément endogènes, des états dépressifs fondés sur les situations vitales et en quelque sorte réactionnels, mais seulement en ceci qu'ils sont causés mais non exactement motivés par ces situations. De même M. BLEULER ³, tout en considérant que le noyau mélancolique est représenté par la situation vitale catastrophique endogène, admet des degrés et des formes dégradées de cette « profonde déception instinctive » qui surgit du fond de l'être quand sont bloquées toutes les « voies » qui assurent normalement sa satisfaction. GILLESPIE ⁴ distingue aussi des formes « réactionnelles » et « autonomes » (la première sensible à l'action personnelle du Médecin et la seconde résistante à cette influence). MIRA Y LOPEZ ⁵, à son tour, a décrit 7 types : la dépression physiogénique d'origine physique, la simple dépression affective, la dépression mélancolique avec angoisse et tendance au suicide, la dépression anxieuse, la dépression psychogénique, la dépression aboulique, la dépression schizophrénique. C'est cependant le travail de HUTTER ⁶ qui est à cet égard le plus intéressant car il s'est placé très exactement dans la perspective des niveaux structuraux dont il distingue 6 degrés : la dépression psychogène – la dépression hystérique – la dépression obsessionnelle – la dépression mélancolique maniaco-dépressive – la dépression schizophrénique – et la dépression démentielle. Le schéma de cette conception des niveaux de la dépression

...les innombrables classifications...

1. BUMKE, *Lehrbuch* (petit précis), 5^{ème} édition, 1941.

2. K. SCHNEIDER, Die Schichtung der emotionaler Lebens und die Aufbau der Depressionzustände, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1920, 59.

3. M. BLEULER, *Die Depression in der ärztlichen Allgemeinpraxis*, 2^{ème} édit., 1948.

4. GILLESPIE, The clinical differentiation of type of depression, *Guy's hospital Reports*, 1929, 79, p. 306.

5. MIRA Y LOPEZ, Diagnostico diferencial de los estados depresivos, *Revista Ciencias Med.*, 1941, 6, p. 199.

6. A. HUTTER, Psychopathologie der Melancholie und klinische Typen der Depression und Melancholie, *Nervenartz*, 1939, 12, pp. 281 à 289.

mélancolique (p. 285) est très intéressant. Il aurait pu nous satisfaire il y a 15 ans, car il est présenté selon la loi générale de la hiérarchie des niveaux qui exige que chaque niveau inférieur de dissolution suppose le trouble du niveau supérieur. Mais nous estimons qu'il ne répond pas assez exactement à la nature des choses car cette échelle de niveaux de la conscience dépressive et mélancolique ne peut s'appliquer qu'à la pathologie de la conscience (telle que nous l'exposons précisément dans ce volume consacré aux psychoses aiguës qui toutes se rangent naturellement dans ce schéma) et non point à ces formes structurales de désorganisation de la personnalité que constituent notamment les névroses que nous étudierons dans le prochain volume.

Quoi qu'il en soit, nous voyons que tous les auteurs sentent la nécessité de distribuer les diverses formes de dépression en une *série hiérarchisée des formes structurales* qui vont depuis les états dépressifs mineurs (légers ou réactionnels) jusqu'aux formes délirantes et confuso-stuporeuses. Pour ne pas nous perdre dans le dédale de ces formes et degrés, nous ne nous attarderons que quelque peu sur ces trois aspects ou, si l'on veut, ces trois niveaux de dépression mélancolique. Disons simplement que la crise typique que nous avons décrite représente le niveau moyen au dessus duquel nous trouvons les formes mineures et au dessous duquel nous trouvons les formes délirantes et stuporeuses. Nous examinerons justement à ce sujet dans quelle mesure on peut encore parler de « conscience mélancolique » (telle que nous l'avons décrite) dans ces diverses formes atypiques.

...tous les auteurs sentent la nécessité de distribuer les diverses formes de dépression en une série hiérarchisée des formes structurales...

I. Les formes mineures (ou de niveau supérieur.)

Nous décrirons ici les états de dépression simple et les états dépressifs réactionnels.

1° DÉPRESSION LÉGÈRE.

On désigne ainsi des cas de « dépression simple » et peu marquée qui constitue ce que les anciens auteurs appelaient la « mélancolie avec conscience ». Généralement, en effet, le trouble est vécu par ces malades comme un état pathologique de malaise et d'impuissance pénible. Dans cette forme encore appelée *dépression asthénique*, il s'agit, disait Régis, « d'un état général de tristesse de dépression, d'inaction et d'impuissance ». Ces malades, ajoutait-il, restent parfois des semaines et des mois assis ou couchés, incapables de vouloir, de décider et de faire un effort pour agir. Naturellement cette forme s'apparente par ses nuances de nostalgie, de spleen, de tourment moral, aux formes « romantiques » du « mal du siècle » et à certains traits des conduites hystériques qui manifestent la politique de la maladie, et le « refuge dans la maladie ». Souvent, aussi, elles comportent des ruminations obsédantes, un monoïdisme noir et angoissé qui les apparente à l'état initial des névroses phobiques, ou même obsession-

...formes athéniques...

...formes psychasthéniques...

nelles (on les appelle alors « psychasthéniques »). La conversion somatique et la cristallisation de l'autoréférence hypocondriaque y constituent des symptômes fonctionnels de type psychosomatique.

Ces derniers cas ont été surtout bien étudiés dans les « formes mono-symptomatiques » de la mélancolie où l'angoisse se fixe sur certains systèmes organiques, fonctionnels ou psychomoteurs ¹.

...formes neurasthéniques...

La neurasthénie mélancolique, autre forme clinique, a été bien étudiée par FRIEDMANN ² ; elle commence par une phase neurasthénique et ensuite survient un accès de mélancolie et après la période d'état, il existe une série de « poussées » dépressives récidivantes. BEARD (1869) avait entrevu ces faits dans ses études sur la neurasthénie. L'ouvrage, plus récent, de MONTASSUT ³ a rajeuni ce tableau clinique. Après un large exposé historique des idées sur la neurasthénie où se trouvent rapportées les conceptions de CHARCOT (1887), RAYMOND (1898), HARTEMBERG (1912), DEJERINE (1911), BIRNBAUM (1915), de FLEURY (1924), CURSCHMANN (1924), STERMERLING (1927), STUTZ (1928), SCHULTZ (1928), JELIFFE et WHITE (1935), MONTASSUT décrit les *signes objectifs* de la mélancolie-neurasthénie, d'abord le type morphologique (prédominance des formes longitudinales et des lignes droites et brisées, dolichocéphalie, « nez généreux », peau épaisse de teinte jaunâtre, etc...) – puis les troubles digestifs (spasmes des organes abdominaux et de la sangle musculaire, aérophagie, solarite, colites, colibacillose, cholécystite chronique) – ensuite les troubles cardio-vasculaires (hypotension, crises d'ischémie, acrocyanose) – le syndrome d'instabilité hormonale du type de la diathèse oxalémique de LOEPER – le syndrome de déséquilibre neuro-végétatif (amphotonie avec déviation habituelle dans le sens d'une vagotonie discrète) – les troubles sensoriels (rhinopharyngite, troubles auriculaires) – les troubles de la sensibilité générale (algies, surtout rachialgies, cellulite, céphalées, cénesthopathies, etc.) *Les manifestations subjectives* majeures de ces sujets à hérédité arthritique sont les sensations de *fatigue*, *l'impressionnabilité* et le sentiment *d'impuissance et d'insécurité*. A ce tableau fondamental peuvent s'ajouter des complications : obsessions, comportement névrotique, crises anxieuses, psychose d'épuisement, cénesthopathies et organopathies fonctionnelles. Certes, MONTASSUT et beaucoup d'autres auteurs soucieux de camper la neurasthénie comme une forme clinique autonome essayent d'établir une différence fondamentale entre l'habitus mélancolique et la neurasthénie. Mais les formes mineures chroniques et pour ainsi dire caracté-

1. Ces formes monosymptomatiques de la mélancolie, si voisines des troubles névrotiques et psychosomatiques, ont été étudiés par H. SCHMITZ, (*Mediz. Wochenschr.*, 1923). Notre cher et regretté ami Yves LONGUET y avait consacré sa thèse, Paris, 1937.

2. FRIEDMANN, Die neurasthenische Melancholie, *Monatschr. f. Psych.*, 1904, 15, 305.

3. MONTASSUT, *La dépression constitutionnelle*, 1938, Éd. Masson, Paris (208 pp.).

rielles de la mélancolie posent, comme le dit MONTASSUT, « une question de diagnostic malaisé ».

Plus récemment J. D. CAMPBELL a décrit un type clinique très voisin de la « neurasthénie mélancolique ». Dans son étude portant sur un groupe de 200 malades, il insiste sur les troubles végétatifs (autonomic symptoms) : tachycardie intermittente, dyspnée, asthénie, céphalée frontale, pylorospasme, diarrhée, constipation.

2° ÉTATS DÉPRESSIFS RÉACTIONNELS ¹.

Il s'agit, dans ces cas, de mélancolie « justifiée » ou « légitime », en relation avec un événement ; de telle sorte que la tristesse, le désespoir, la déception et plus généralement tous les sentiments dépressifs paraissent constituer une « réaction » à la situation vitale catastrophique. E. JUNG catégorise ainsi tous les cas où la réaction mélancolique surgit de la situation vitale en les rapportant à un certain nombre de situations

1. Cf. pour les aspects généraux du problème des « mélancolies réactionnelles » : dans le *Traité* de BUMKE, l'excellent article de BRAUN et celui de LANGE, (t. VI, pp. 96 à 102), – la Thèse, de LE MAPPIAN (Paris, 1946), et le Rapport de CHATAGNON (Congrès des Aliénistes, 1948) – Cette question des formes mineures appelées états *dépressifs psychogènes*, ou « réactionnels » a encore été étudiée par K. SCHNEIDER : *Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depression Zustände. Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1920, 55, – par M. BLEULER, *Die Depression in der ärztlichen Allgemeinpraxis*, 2^{ème} édition, Bâle, 1948, – par LOPEZ-IBOR, *La angustia vital*, 1950, (El circulo timopatico, pp. 338 à 361), – par Eugen KAHN. Eine Bermerkung zum Problem der cyclothymen Depression, *Nervenarzt*, 1950, p. 507, – par LE MAPPIAN (M.), Les états dépressifs et la notion de réaction. *Entretiens psychiatriques*, 1952 (éd. l'Arche, Paris, 1953), pp. 171 à 201 ; etc. Tous ces travaux s'inspirent pour ainsi dire nécessairement de la phénoménologie de K. JASPERS. – Pour DELAY, (*Les dérèglements de l'humeur*, pp. 18 à 22 et 44 à 46), ces mélancolies réactionnelles sont des mélancolies *émotionnelles* d'origine thymique comme les autres mélancolies.

En dehors de ces travaux fondamentaux signalons spécialement encore parmi les travaux sur ce point si controversé, ceux de WIMMER, *Psylogene sindssygdomsformer*, 1916, – de MAYER, (*Zur Frage der Behandlung der Cyclothymen, Zeitsch. Neuro.*, 1926, 101, p. 350), – de BOSTROEM, (*Zur Frage der Auslösfaktoren, etc., Münch. med. Wochensch.*, 1933, 80, p. 963), – de M. F. BREN, (*Precipitating Factors in M. D. Psychiatrie Quarterly*, 1933, 7, p. 411), – de E. JUNG, (*Psychogenese der reaktiv Depression, Archives suisses de Neuro et Psych.*, 1934, 34, pp. 267 à 279), – de GIANELLI, (*Nuclei costituzionale atipice e idiosincrasia ambientale in alcuni casi di p. m. d. Rassegna di Studi Psich.*, 1938, 27, p. 193), – de R. C. HUNT, (*Relations between precipitating Situation and Outcome in M. D. Psychosis, Amer. J. of Psych.*, 1938, 95, p. 65), – de J. WYRSCH, (*Die Bedeutung der endogen Faktoren für die Entstehung und der Verlauf des M. D. Irreseins, Archives suisses de Neuro.*, 1939, 43, p. 187), – de H. J. MYERS et S. VON KOCH, (*Reaction depressions, a study of two consecutive cases, War Med.* 1948, 8, pp. 358 à 364), – L. A. GOTTSCHALK, (*Systematik Psychotherapy of the Psychoses, Psychiatrie Quarterly*, 1947, 21, p. 554), – de R. DIGO, (Thèse, Paris, 1947), – de Vagn ZAHLE, (*On manic-depressive, Psychosis and Neurosis, Acta Psychiatrica scandinavia*, 1951, p. 95), et enfin le chapitre que BELLAK, (1951), dans sa Monographie bibliographique sur les états maniaco-dépressifs, (*Manic depressiv psychosis*, 1952), consacra à ce problème, (pp. 230 à 235).

typiques : 1) dépression survenant à l'occasion du mariage ou du départ de son enfant, 2) dépression résultant de la rupture du ménage ou de la perte de l'être aimé, 3) dépression survenant d'un changement d'existence, 4) dépression survenant à l'occasion d'une amélioration de la situation professionnelle et sociale, 5) dépression relevant d'une tension morale, 6) dépression survenant devant des situations menaçant la vie ou la santé. A vrai dire les situations et les circonstances qui paraissent déclencher la réaction mélancolique sont innombrables. (MYERS et VON KOCH ont spécialement étudié celles que la situation de guerre ont produites et qui naturellement ont donné lieu à d'innombrables publications surtout au cours du dernier conflit mondial ¹ avec son cortège d'actions militaires terrifiantes, de combats terrestres, navals et aériens, de bombardement, d'exode, de persécution, de camp de concentration, etc.).

Pour y voir un peu clair il faut certainement trier les cas comme le fait LE MAPPAN qui distingue deux formes. D'abord ces états dépressifs où prédomine l'angoisse vitale (selon la terminologie de WESTERMANN, de MAX SCHELER, de K. SCHNEIDER et de LOPEZ IBOR), le vécu de la tristesse passive, de l'inhibition, du *taedium vitae* y est pour ainsi dire incommensurable avec la situation vitale et la compréhension d'autrui : il s'agit d'une vague de fond d'angoisse qui colore, ou plutôt décolore, toute l'existence. Les autres cas sont plus près de ce que l'on appelle les « vraies dépressions réactionnelles », la tonalité mélancolique de la « réaction » affective y est pour ainsi dire centrée sur un événement fondamental (deuil, infidélité, déception et plus généralement situation et frustration). Mais, comme le dit K. SCHNEIDER à propos de ces cas, il s'agit essentiellement d'une « *Untergrunddepression* », d'une dépression « *causée* » par l'événement, mais non « *motivée* » par lui, c'est-à-dire qu'en dernière analyse la dépression ne soutient pas avec la situation des relations de compréhension, telles qu'elle exprime, dans ses qualités et son « intensité », la forme exacte et adaptée à la situation malheureuse. C'est en ce sens que les situations heureuses peuvent être également « pathogènes ». Nous avons déjà précédemment mentionné le fait à propos de faits correspondant à la quatrième catégorie des dépressions psychogènes de MYERS et VON KOCH. Nous pouvons à ce sujet renvoyer spécialement à une étude très intéressante, celle des situations qui ont « débordé » pendant la dernière guerre les capacités

...les situations et les circonstances qui paraissent déclencher la réaction mélancolique sont innombrables...

...Mais, comme le dit K. SCHNEIDER à propos de ces cas, il s'agit essentiellement d'une « Untergrunddepression », d'une dépression « causée » par l'événement, mais non « motivée » par lui...

1. Pour notre part nous avons été frappé de deux faits : le premier c'est que les dépressions sont dans ce cas phénoménologiquement compréhensibles et qu'il faudrait effectivement être fou pour ne pas être déprimé, ou « terrorisé » ou « angoissé » dans les conditions effroyables du danger, de menace ou de catastrophe individuelle et collective. Le second c'est que ces états dépressifs pathologiques comportent une structure pathologique qui les éloigne de l'angoisse normale pour si vive qu'elle soit et pour si intenses que soient les réactions paniques qu'elle engendre. Nous ne voulons pour preuve de ce dernier trait que le fait que, par exemple, dans les camps de concentration les malheureux ne cherchaient pas la mort qui était pourtant à leur portée. CZITROM. *Le suicide dans les camps de concentration*. Thèse, Paris, 1948.

d'équilibre de certains militaires promus à un rang supérieur ¹...

De pareilles dépressions si voisines des modulations affectives de la vie normale (si « voisines » qu'elles font précisément problème) ne sont évidemment que l'expression de l'équilibre instable de la vie affective, équilibre qui est perturbé en tant que « forme supérieure de la déstructuration de l'activité de la conscience » au niveau même de la structure maniaco-dépressive qui fait l'objet de cette étude et a fait l'objet de la précédente. Que ces formes pathologiques soient d'autant plus près des variations de la tonalité affective que tout individu vit à longueur de journée et au fur et à mesure du déroulement de son existence à propos de chaque événement et qu'elles soient précisément du niveau « supérieur », cela nous paraît aller de soi. Cela ne peut signifier rien d'autre que ces « dépressions réactionnelles » tout en étant rythmées, et si l'on veut même, provoquées par les situations sont et demeurent irréductibles à des variations psycho- ou sociogénétiques, car elles supposent toujours et nécessairement un abaissement du « *seuil de réaction* ».

II. *Les formes graves (ou de niveau inférieur).*

Ces « schweren Depressionen » des auteurs allemands nous renvoient maintenant à des formes de dissolution de la conscience qui feront plus naturellement l'objet des études suivantes (Études 23 et 24). Nous devons cependant ici en dire un mot. Il s'agit des *mélancolies délirantes* et des *mélancolies confuses*.

1° MÉLANCOLIE DÉLIRANTES :

Tous les psychiatres ont toujours considéré que la mélancolie a un aspect délirant ou qu'il existe une forme clinique spéciale appelée délirante et l'on peut dire que les « *idées délirantes* » font partie intégrante de la mélancolie.

Ces délires et idées délirantes des mélancoliques ont été magistralement étudiés par SEGLAS ² qui avait noté les caractères suivants: a) ils sont de *tonalité affective pénible* mêlée à tous les sentiments dépressifs ; – b) *ils sont monotones*, les malades répètent toujours les mêmes craintes, les mêmes scrupules, les mêmes idées délirantes ; – c) *ils sont pauvres*, c'est-à-dire que l'idée délirante ne se développe pas à travers un ensemble de souvenirs, d'images, de raisonnements nombreux. L'esprit, dans le délire mélancolique, reste assez inactif. Mais s'ils sont pauvres quant à leur structure intellectuelle, les délires mélancoliques sont *riches d'émotion*. Ce sont, comme le faisait remarquer MASSELON, des *délires affectifs plus qu'idéatifs* ; – d) ils expriment

...Ce sont, comme le faisait remarquer MASSELON, des délires affectifs plus qu'idéatifs...

1. W. M. CESHMANN, Suicide du to promotion depression, *Nav. Med. Bulletin*, 1943, 41. p. 1412.

2. SÉGLAS, *Leçons cliniques*, 1895. Onzième Leçon.

la *passivité* des malades à l'égard de leurs malheurs : ils ont peur, ils sont repentants, craintifs, timorés, inquiets, mais rarement ils manifestent une attitude de révolte ou d'agressivité ; – e) ils sont « *divergents* » ou « *centrifuges* », c'est-à-dire qu'ils s'étendent progressivement à l'entourage et à l'ambiance : la souffrance, la crainte, la douleur du malade se projettent au fur et à mesure sur les gens et sur les choses autour de lui ; – f) enfin, ce sont des délires du *passé* (regrets, remords) ou de *l'avenir* (anxiété, craintes, scrupules) mais le moment présent (c'est-à-dire la phase de l'action) ne les intéresse pas ¹, au contraire des délires de persécution (SÉGLAS).

...Les Thèmes Délirants de la mélancolie [...] expriment tous le « délire de petitesse »...

Les *Thèmes Délirants* de la mélancolie peuvent être classés en plusieurs groupes qui tous expriment le « *délire de petitesse* » du mélancolique : idées d'*indignité*, de *culpabilité*, d'*expiation*, de *damnation* (complexe de dépréciation morale).

...Idées de faute...

a) *Le complexe d'autodépréciation morale (idées de culpabilité)*. Ce qui est essentiel dans ce groupe de délires, c'est le sentiment éprouvé par les malades de ne pas avoir le droit à la vie, au bonheur, à l'estime. C'est l'idée de faute, de péché, de souillure, de tare, qui s'exprime, soit par un sentiment d'*humilité* (idées d'*indignité*), soit par un sentiment de *remords* (idées de *culpabilité*, d'*autoaccusation*). La contre-partie de ces idées et de ces sentiments, c'est l'idée délirante du *châtiment* (idées d'*expiation*, de *damnation*) ; ces supplices, cette damnation, que le malade croit justes, sont en même temps pour lui terrifiants, il appelle le châtiment et le redoute par le même paradoxe affectif que nous avons déjà souligné. Les malades en proie à ces idées délirantes ne cessent de s'accuser, de se dénoncer, de se punir même de leurs prétendus crimes. Souvent ces fautes ne sont que peccadilles insignifiantes, mais la conscience mélancolique les exhausse et les grandit jusqu'à en faire des « crimes horribles », car ce que les mélancoliques visent avant tout c'est à affirmer la seule chose au monde qu'ils ne nient pas et ne renient pas, leur propre monstruosité morale : ils sont des criminels, des êtres abjects, immondes et malfaisants.

...Idées de perte...

b) *Le complexe de frustration (idées de ruine et de deuil)*. Ici c'est moins une faute qu'un malheur qui est tragiquement vécu. Ce malheur, c'est souvent la perte des biens, de la fortune, d'un être cher, d'un enfant. Les malades se sentent seuls, nus, dépossédés. La forme thymique de ce malheur, c'est un manque, un vide, ce que l'on appelle, avec les psychanalystes, comme nous le verrons ailleurs, la *perte de l'objet*. La disparition de la famille, du foyer, des moyens d'existence est à cet égard tout à fait caractéristique de la thématique du délire mélancolique.

c) *Le complexe de dépréciation somatique (Idées hypocondriaques de transfor-*

1. Trait structural que nous avons placé au centre de notre propre analyse de la mélancolie.

mation et de négation corporelles). Les mélancoliques se plaignent de ne pas avoir un corps comme tout le monde. Leur corps est dégradé, vide, vicié. C'est l'intérieur du corps qui est atteint, les intestins sont bouchés, l'estomac noué, le cœur glacé, les entrailles sont en caoutchouc, les organes génitaux infectés et infectés, pourris et ignobles, etc... Les organes sont démantelés, décrépits, desséchés, parfois volatilisés, inertes, parfois ont disparu. La mélancolie réalise l'expérience délirante de la catastrophe somatique. La dépréciation du corps en tant que pouvoir de rassembler et de signifier l'unité de la personne est vécue comme une dépersonnalisation, une déréalisation du support corporel, végétatif et cérébral de l'existence. Ce thème se continue tout naturellement dans le suivant.

...déréalisation du support corporel...

d) *Le complexe de dépréciation psychique et de dépersonnalisation. (Idées d'influence, de domination et de possession.)* La perte des attributs de la puissance psychique se confond plus ou moins avec le sentiment d'altération et de dégradation corporelles dont nous venons de rappeler la thématique hypocondriaque. Faibles, tremblants, réduits à rien, les mélancoliques se sentent vides et vidés ; leur pensée, évanescence et décolorée, est sans vigueur et presque sans existence. Incapables de vouloir, d'agir, en proie à un désarroi intérieur vertigineux, ils se croient parfois influencés, soumis aux pires tortures. Mais l'agent de cette action néfaste et maléfique habite le plus souvent leur propre corps, c'est le diable (démonomanie), c'est parfois un animal (zoopathie), de toute façon c'est un être abject qui inspire le dégoût et se confond plus ou moins, dans l'intimité de leur personne, avec eux-mêmes, pour autant qu'ils se sentent être un démon, un cochon ou un monstre ¹.

...démonomanie...

e) *Le complexe d'auto et d'hétéroagressivité (Idées de persécution).* Le malheur du mélancolique a effectivement son centre dans sa propre personne. Il est immanent à son corps, à son esprit, à son personnage social, mais il se projette comme un mal qui, parti de soi, se tourne contre soi et n'est même, parfois, vécu que comme une agression issue du monde extérieur. Ce sont alors les autres qui sont mauvais, qui s'acharnent à le persécuter. L'anxiété et l'insécurité peuplent le milieu de fantômes menaçants, la police le poursuit, la justice le recherche pour le condamner et le châtier. Tout, autour de lui, est rumeur sinistre et malveillante et l'étau d'une hostilité implacable se resserre sur lui. Il est le centre, l'objectif, la cible des lourdes et lancinantes machinations qui préparent sa mort, son déshonneur et sa honte.

...Il est le centre,[...] des lourdes et lancinantes machinations qui préparent sa mort, son déshonneur et sa honte...

f) *Thème du néant (Idées de dénégation).* L'amoindrissement de l'existence, la réduction concentrique de la personne physique, morale et psychique du mélancolique se résumant et se concentrent dans le thème impliqué dans tous les autres et qui éclaire

1. Cet aspect séméiologique est naturellement à la base des études des psychanalystes sur l'injection.

...monstrueux anéantissement de la personne physique et morale du malade...

te parfois : la négation du monde et du corps, de la vie et de la mort (cf. notre Étude n°16, où nous avons étudié longuement ce délire de négation). Selon que ce délire mélancolique s'exprime en thème de persécution ou de monstrueux anéantissement de la personne physique et morale du malade, KRAEPELIN distinguait parmi les formes délirantes de la mélancolie, *la mélancolie paranoïde* et *la mélancolie fantastique*. Dans la première, selon lui, prédominent les hallucinations de l'ouïe, et la conscience et l'orientation sont peu altérées. Dans la seconde, les idées de culpabilité et le thème hypocondriaque sont noyés dans une atmosphère délirante et hallucinatoire étrange qui ressemble à la catatonie avec ses paradoxes psychomoteurs et affectifs.

...Les hallucinations dans la mélancolie...

Ceci nous conduit justement à parler des « *hallucinations* » dans la mélancolie et de la « forme hallucinatoire » de la mélancolie. GRIESINGER avait souligné ¹ leur fréquence surtout dans les mélancolies avec stupeur, observation faite également par BAILLARGER ². MICHEA ³ signalait des hallucinations dans plus de 60 % des cas. REVERTIGAT ⁴ indiquait le pourcentage de 37 %. Évidemment cette précision mathématique fait un peu sourire aujourd'hui où l'on ne considère plus l'hallucination comme un phénomène simple et si aisément dénombrable. Il est remarquable que MASSELON en 1906 ne souffle pas mot des hallucinations dans la mélancolie ⁵ et que LANGE (1928) se contente d'indiquer que les troubles psychosensoriels (*Trugwahrnehmungen*) sont rares ⁶. (Il mentionne les injures et les menaces, les hallucinations hypnagogiques et certaines visions diaboliques.) C'est probablement parce que la « projection » hallucinatoire est aux yeux de ces auteurs si directement prise dans la structure même de la conscience mélancolique, que ne pouvant plus considérer l'hallucination comme un « phénomène isolé » celle-ci disparaît... tout au moins de leur observation. C'est, croyons-nous, pour la même raison que l'on a tendance à refuser le caractère « hallucinatoire » en clinique (on le désigne alors comme illusionnel, interprétatif, etc.) à ces rumeurs, ces « voix de la conscience », ces « sensations » et « sentiments » de transformation corporelle, de possession et d'influence qui entrent dans le vécu mélancolique comme des projections, dans le champ du vécu, de l'angoisse, de la crainte et de la peur, c'est-à-dire de la mélancolie. Quoi qu'il en soit, les hallucinations psychosensorielles, acoustico-verbales, les hallucinations visuelles, les

1. GRIESINGER, *Traité*, (Trad. fr., 1865, p. 270).

2. BAILLARGER, *Recherches sur les maladies mentales*, I, p. 72.

3. MICHEA, *Délire des sensations*, 1851.

4. REVERTIGAT, *Contribution clinique à l'étude clinique des hallucinations dans la mélancolie*, Thèse, Paris, 1893.

5. Cela est d'autant plus remarquable qu'il consacre un paragraphe (pp. 107 à 112) aux troubles de la perception.

6. LANGE, *Traité de BUMKE*. t. VI, p. 82-83.

pseudo-hallucinations cenesthésiques, psychiques ou psychomotrices¹ selon les classiques distinctions de la fin du XIX^e siècle, s'observent incontestablement et même fréquemment d'après SEGLAS, SCHULE, COTARD, etc.

Beaucoup d'auteurs ont d'ailleurs décrit une forme spéciale *délirante et hallucinatoire* de mélancolie pour souligner précisément que, dans certains cas, l'activité hallucinatoire est au premier plan du tableau clinique. C'est ainsi que TOULOUSE et ROUBINOVITCH écrivaient à propos de cette forme (p. 187) : « Ici le trouble est plus profond et ailleurs : Les impressions du monde extérieur arrivent dans la conscience du malade profondément altérées ; cette dysesthésie psychique, comme disent les auteurs allemands, donne à toutes les impressions un contour sombre, pénible » (p. 188). Autant dire que si l'hallucination est comme le délire à l'état naissant dans la mélancolie typique elle ne se constitue comme forme typique d'expérience hallucinatoire qu'à un degré plus profond de déstructuration de la conscience.

Si ce problème des « hallucinations » de la mélancolie a été assez curieusement laissé de côté depuis 20 à 30 ans, c'est peut-être parce qu'il a été repris sous une autre forme. Beaucoup d'auteurs ont en effet étudié la *dépersonnalisation* dans la mélancolie. Nous avons déjà eu l'occasion d'en parler à propos des travaux de VON GEBSATTEL. Comme le remarquait MASSELON, les mélancoliques ne perçoivent plus le monde extérieur comme autrefois (c'est là un fait que tous les auteurs ont décrit), et il insistait spécialement sur ces troubles de la perception extérieure dont le malade se rend compte et qu'il n'interprète pas encore d'une façon délirante (p. 107). Il cite alors des expressions que l'on retrouve en effet souvent dans la bouche de ses malades : « La réalité n'est plus aussi réelle » – « Je vois tout comme dans une image », disait un malade de G. DUMAS ; « les choses ne sont plus comme elles l'étaient » – « il y a comme un voile dans les yeux », etc. Mais ces sentiments d'étrangeté du monde extérieur s'accompagnent de sentiments d'étrangeté du monde intérieur somatopsychique. Et c'est ce trouble qui a été spécialement étudié sous le nom de *dépersonnalisation*. E. STÖRRING² a consacré une monographie à ce trouble dans les états maniaco-dépressifs et insiste justement sur le fait que c'est en quelque sorte à un niveau moyen de dissolution de la conscience et souvent au moment où celle-ci revient à son niveau normal. C'est en effet sous forme, pour ainsi dire abortive et réflexive (*reflexive bedingte, abortive Form*) que la dépersonnalisation est la plus fréquente. Elle est caractérisée par le sen-

...s'observent incontestablement et même fréquemment...

...Si le problème des hallucinations a été laissé de côté [c'est au profit de] l'étude de la dépersonnalisation... (STÖRRING, 1938)

1. SEGLAS a spécialement étudié la séméiologie des hallucinations de la mélancolie et notamment leur forme *psychomotrice*, (*hallucinations kinesthésiques verbales, impulsions, pseudo hallucinations motrices verbales*, etc.). c'est-à-dire ce type d'hallucinations parlées et vécues comme phénomènes d'influence ou de possession (démonomanie, zoopathie, etc.). Cf. notamment son travail « Les hallucinations psychomotrices dans la mélancolie » (*Arch. de Neuro.*, 1892, 23), et ses *Leçons cliniques* (notamment p. 327).

2. E. STÖRRING, *Die Störungen der Persönlichkeitbewusstsein bei Mon. Depres.*, Leipzig, 1938.

timent d'étrangeté. Mais il distingue à ce niveau de dépersonnalisation un niveau plus profond qui constitue des modifications profondes de la masse constitutive de la base de l'existence (Seins modification) qui réalisent des expériences délirantes plus près du rêve (Träumhaft).

Pour bien saisir la place qu'occupent les états de dépersonnalisation en tant qu'expériences délirantes et hallucinatoires dans le processus de déstructuration de la conscience, nous allons ici donner l'observation d'une malade qui était capable d'une introspection très riche. Cette malade touchait à un niveau plus profond que celui de la mélancolie au cours de ces crises et la mescalinisation a permis chez elle d'accroître le mouvement spontané de la dissolution de son champ de conscience.

...Observation d'un état de dépersonnalisation en tant qu'expérience délirante et hallucinatoire...

Observation de Mme B. B. C'est à 42 ans à la suite de la mort d'une amie que Mme B. B. tomba malade (1922). Son grand-père maternel avait présenté des hallucinations visuelles et son frère a été soigné pour « neurasthénie ». Toujours préoccupée de questions philosophiques et religieuses, très cultivée, peintre et musicienne, vivant en plein accord avec son mari, sans enfant, elle tomba alors brusquement dans un état d'étrangeté, de vide, et de dépersonnalisation. Tout lui paraissant changé, souffrant de se sentir changée et différente, elle dut être internée de ce moment-là et le resta pratiquement jusqu'à sa mort en 1945. Durant cette longue période elle a présenté des oscillations considérables de son équilibre mental, sous forme de crises maniaco-dépressives, tantôt typiques tantôt atypiques. C'est-à-dire que sa psychose intermittente a été rythmée par une suite de crises aiguës ou subaiguës, variant de quelques semaines à quelques mois, avec, de temps en temps, un retour (d'ailleurs imparfait) à l'équilibre. Dans ces phases intercalaires elle se montrait exaltée et versatile, tantôt tourmentée, tantôt exagérément confiante dans sa guérison. Voici une de ses crises, selon l'observation qui a été prise dans notre service en 1935-1936, alors qu'elle avait depuis peu quitté la Maison de Santé de VILLE-EVRARD et avait pu revenir provisoirement chez elle. Peu après son retour auprès de son mari elle s'était sentie à nouveau fatiguée et retomba dans la crise qui la fit placer dans notre service. Elle était très anxieuse et agitée. Elle exigeait d'être camisolée et alimentée à la sonde et, somme toute, présentait un « fond de mélancolie anxieuse » mais avec des troubles plus profonds de la conscience :

« Je n'existe pas, le monde n'existe pas, mon esprit a quitté mon corps, et il existe comme étranger à tout ce que fait ce corps, parce que je ne suis plus; je n'ai rien pour agir et cependant j'agis. Je pense et pourtant je ne suis pas. Je tuerai quelqu'un, c'est plus fort que moi ! Je ne comprends plus le milieu extérieur. Je ne sais plus ce que c'est que de vivre, mourir, souffrir ou aimer ; Je ne sais pas si je suis morte ou vivante. Je ne puis rien comprendre. Je suis disparue et tout le monde est disparu. Je répète ce que j'ai pensé, parce que je ne peux plus penser. On peut me couper en morceaux, on m'étouffera. J'ai peur que l'on m'étouffe. Lorsque j'étais vivante, j'avais toujours peur que l'on m'étouffe et pourtant je ne crois pas à la mort. Il n'y a ni vie, ni mort ; c'est l'éternité. Il y a quelque chose en moi qui sait que j'ai été morte, la subconscience peut-être ? Il y a une partie du cerveau qui divise l'avenir sans qu'on le sache. Je ne crois à rien. Je parle automatiquement sans aucune représentation. Je ne sais plus rien. Je répète tout ce que je pense. Mais je ne pense plus ; Il y a quelques temps de petites bêtes me parlaient, des grillons, des guêpes, elles me disaient qu'il fallait que la bête soit écrasée. C'est condamner une créature qui n'est pas une créature à

vivre dans les souffrances ! On devrait permettre de tuer. Il y a des créatures qui ne devraient plus exister... etc. »

Elle resta longtemps muette. « Les mots avaient disparu, disait-elle, et sa tête était vide. » Toujours désordonnée et faisant un véritable vacarme, hurlant souvent, son anxiété était d'ailleurs entrecoupée de chants. Elle déambulait comme « une âme en peine ».

Quelques jours après son entrée elle reçut une injection de 0,25 de mescaline. Après une courte phase de troubles neuro-végétatifs (nausées, hypotension, forte sympathicotonie), elle parle plus aisément, et toujours sur un ton pathétique : « Je me sens faible mais le corps est fort. Ça me serre à l'estomac, à la gorge, aux joues ; j'ai chaud à la tête. Il me semble que je vais mourir. C'est la mort qui vient. On a l'impression qu'il manque quelque chose dans le cœur. Tout a disparu et quand même on peut faire du mal. On travaille sur mon cœur. Il doit y avoir de la force dans les bras et de la faiblesse dans le cœur. Je sens partout de la force et de la faiblesse en même temps... Tout est sec, il n'y a plus de muqueuse. Ça ne doit être que des membranes. La vie est éternelle, cette vie que j'ai là, ce corps sans être un corps. Ce sont mes paroles qui disent quelque chose, ce n'est pas moi. Je m'en vais dans un autre monde. C'est comme une personne qu'on aurait magnétisée. Je suis évanouie sans être évanouie. Quand on est mort, le corps devient des vers, alors c'est soi qui vit encore. Les vers sont mangés par des oiseaux, ceux-ci par des chats, on vit toujours parce qu'on est mangé. On est dans la personne qui vous mange, alors c'est l'éternité. Donner naissance à un être, c'est faire de la mort. Je n'ai pas voulu avoir d'enfant. Il y a quelque chose dans le corps qui manque, je suis assaillie par un fond de souvenirs d'enfance. Si on me tuait, je ne mourrais pas ; je ne sais pas où je suis, peut-être chez nous, mais non, ce n'est pas comme ça. Cela me fait froid dans le crâne. Ça me fait mal dans le corps. Il n'y a pas de temps, l'Antiquité n'existe pas ! Le moyen âge s'étant passé vers 1.000 ans, ils avaient pensé que tout serait fini vers l'an 2.000. Et pourtant, je viens de vomir. C'est quand on a vécu sur la terre qu'on se rend compte que l'on est privé de centre récepteur. Quand on est vivant, il y a des rayons qui partent et qui viennent frapper quelque chose en vous. Les hommes ont un poste de TSF, ce qui leur permet d'appeler au secours à distance. Je ne veux pas être ici. Tout est reculé... Je vois la Sœur. C'est drôle puisqu'elle n'existe pas... Mais c'est une vision, ce n'est pas des êtres... Je suis comme si j'étais évanouie... C'est comme les plaques sensibles qui ont vu le jour... ce que je suis actuellement, c'est un moyen âge... etc. »

Ainsi l'action de la mescaline s'est manifestée en actualisant le délire mélancolique de négation, en le faisant *vivre*, non pas seulement comme une rêverie métaphysique sur le thème de l'angoisse, mais comme une expérience pour ainsi dire positive du néant et de l'anéantissement.

Au cours d'une nouvelle crise¹ nous la soumîmes à nouveau à l'action de la mescaline et cette fois une dose plus forte (0,40). Les troubles neuro-végétatifs, les illusions de mouvement, les impressions vertigineuses furent très marqués. Cette fois (comme pour nous montrer à quel point est peu « spécifique » cette drogue...) ce fut un état d'exaltation presque euphorique et avec fuite des idées que nous avons noté :

« Je me sens comme si je n'étais pas un corps. C'est nébuleux. C'est comme quand vous m'avez fait la première piqûre (allusion aux troubles neuro-végétatifs). Je crois maintenant à la réalité... c'est-à-dire que je suis démente... Nous autres les fous (san-

...l'action de la mescaline s'est manifestée en actualisant le délire mélancolique de négation...

1. La malade en effet est sortie de sa « mort » à plusieurs reprises, elle en parlait alors avec esprit et une sorte de macabre jovialité.

...états de dépersonnalisation...

glots...) je suis tellement peu M^{me} B. B. Ce n'est pas moi... La folie défigure... Rien de moi n'en reste... (Brusquement elle se met à rire) Aujourd'hui je suis sans corps. J'ai l'impression de flotter, je suis dans l'espace. Je n'existe plus. Je suis une nébuleuse... Mon corps a disparu, il n'y a pas d'agréable... C'est comme si je pensais en rêve... (Elle tient des propos tour à tour angoissés et pleins d'espoir...). Je suis dans l'espace sans corps. Je ne fais pas corps avec la matière... C'est ouaté... Je n'ai pas conscience d'une pesanteur... Je suis toujours dans l'espace sans mouvement... je suis une richesse intérieure. Il me semble que l'on ne pourra jamais m'enlever cette richesse... »

De fait, cette malade jusqu'à sa mort, a présenté des états de ce genre entrecoupés de phases d'états mixtes et parfois nettement hypomaniaques. L'atypicité de cette forme de mélancolie (atypicité accrue par la mescaline) réside justement dans le fait que l'expérience délirante par vagues – et surtout sous l'action mescalinique – touchait au niveau de la conscience « hallucinante » dont nous parlerons dans l'Étude suivante. La structure de la conscience ne comportait pas seulement une excursion désespérée vers le passé et le néant, mais un bouleversement de l'espace vital du corps dans ses relations avec la réalité, un « évanouissement » du monde « géographique » de sa personne, une déstructuration de la conscience en tant que celle-ci est constituante d'un certain ordre spatial qui garantit l'objectivité de la réalité.

Aussi ces états de dépersonnalisation de la mélancolie, dans la mesure où ils sont « vrais », comme le dit VON GEBSATTEL, appartiennent déjà à une forme de déstructuration plus profonde, celle des expériences hallucinatoires.

...délire et hallucinations dans la mélancolie...

Si nous essayons maintenant de saisir dans sa totalité ce problème du délire et des hallucinations dans la mélancolie, nous pouvons y voir plus clair. Il est bien évident que – comme nous l'avons dit pour la manie – la conscience mélancolique contient le délire et l'hallucination. Cela est si évident que depuis GRIESINGER et G. DUMAS jusqu'à JANET, VON GEBSATTEL, MINKOWSKI et DIGO, la relation du délire avec la structure même de la conscience mélancolique a été considérée comme un phénomène central pour toute clinique et toute psychopathologie de la mélancolie ¹. Il faut bien dire par conséquent que le vécu de la mélancolie typique est délirant et hallucinatoire, qu'il implique déjà les sentiments d'étrangeté et les expériences de l'angoisse hypochondriaque, d'influence, de persécution, etc. Mais ceci dit, il n'en reste pas moins que la mélancolie typique est vécue sur le registre du passé et de l'avenir plus que dans le présent. Par contre la mélancolie en s'approfondissant s'actualise parfois dans des expériences délirantes et hallucinatoires qui témoignent d'une déstructuration plus profonde de la conscience (expériences hallucinatoires oniroïdes, ou de dépersonnalisation), d'une forme plus profonde de la « dépression », et c'est alors que nous avons affaire à ces formes « plus graves » ou, en tout cas, plus délirantes et hallucinatoires de mélancolie.

1. Nous rappelons encore ce que nous avons déjà noté plus haut, les discussions sur la genèse du délire mélancolique, son origine idéative ou affective, etc. (Cf. MASSELO, pp. 143 à 161, ce sont les pages les plus intéressantes de cet ouvrage).

colie. Elles feront l'objet d'une grande partie de nos analyses dans l'Étude n° 23 et trouveront leur place naturelle dans la pathologie de ce niveau de conscience où précisément, comme nous le verrons, l'imaginaire est vécu comme un bouleversement des rapports temporo-spatiaux de la conscience, du Moi et du Monde.

2° MÉLANCOLIES CONFUSO-STUPEUSES

Nous pouvons être ici beaucoup plus brefs sur cette forme qui pour autant qu'elle ne se confond pas avec l'inhibition mélancolique ¹, représente, elle aussi, une forme de confusion de niveau encore plus profond, dont l'étude trouvera sa place naturelle ultérieurement. Il suffit de se rapporter aux descriptions classiques ou anciennes pour saisir que la « *mélancolie confuse* » est une « *confusion mélancolique* », ce qui ne doit pas s'entendre comme un simple jeu de mots, mais comme l'expression de ce fait que, lorsque la mélancolie devient confuse, elle cesse d'être purement mélancolique. Tous les auteurs en effet parlent à propos de cette forme de mélancolie, de troubles profonds de la conscience, de désorientation temporo-spatiale, d'amnésie consécutive, de catalepsie, d'onirisme, etc. ². Ces formes sévères de mélancolie sont généralement considérées comme « compliquées » de confusion, c'est-à-dire (selon un synonyme traditionnel) de facteurs toxiques ³. Il semble plus naturel de les considérer pour ce qu'elles sont : des niveaux de dissolution plus profonds qui, à ce titre, impliquent la symptomatologie mélancolique des niveaux moins profonds. Car, comme nous le verrons à propos des états confuso-stupeux, ceux-ci, comme les états maniaco-dépressifs de niveau qui nous occupent, sont, eux aussi, « expansifs » ou « dépressifs ». Mais nous aurons l'occasion d'insister ailleurs sur les relations du niveau maniaco-dépressif qui nous occupe ici avec les formes de déstructuration plus profonde.

...lorsque la mélancolie devient confuse, elle cesse d'être purement mélancolique...

B.— FORMES ATYPIQUES ÉVOLUTIVES (LES MÉLANCOLIES CHRONIQUES).

Nous venons de voir que la mélancolie typique représente un niveau de troubles relativement auquel il existe des formes atypiques de profondeur plus ou moins grande. C'est dans une toute autre perspective que nous devons nous placer maintenant. La

1. Et c'est pourquoi, depuis DELASIAUVE, CHASLIN, SEGLAS et RÉGIS l'école française a détaché du groupe des « Lypémanies », les états oniro-stupeux.

2. Par exemple TOULOUSE et ROUBINOVITCH (pp. 152 à 174), ou E. ILLING, *Monatschr. f. Psych. und Neuro.*, 1953, 85, pp. 366 à 390.

3. CHATAGNON et SOULAIRAC, Épisodes confusionnels au cours de l'évolution des psychoses maniaco-dépressives. *Encéphale*, 1939. — LANGE dans le *Traité de BUMKE* (t. VI, p. 103), parle de *deliriösen Formen*, de la mélancolie — concept qui dans la nosographie étrangère correspond à notre notion de confusion (*delirium*).

...il y a des *Mélancolies chroniques*. Or, celles-ci s'organisent [...] en forme d'existence de la personnalité selon des modalités structurales diverses : *déméntielles, schizo-phréniques, délirantes chroniques, névrotiques*...

mélancolie typique est une « crise » d'une durée de quelques semaines ou de quelques mois. Mais il y a des *Mélancolies chroniques*. Or, celles-ci s'organisent en système durable, en forme d'existence de la personnalité selon des modalités structurales diverses. Tantôt la mélancolie chronique s'installe comme un *état démentiel*, tantôt elle peut évoluer comme une *psychose schizo-phrénique*, comme un *délire chronique*, ou comme une *névrose*. Ce sont ces diverses éventualités que nous devons envisager.

I. *Évolution démentielle*

Il est bien connu que les phases initiales des grands processus destructeurs comportent souvent des états dépressifs. C'est que la paralysie générale ou la démence sénile ou toute autre forme de dégradation progressive, passent effectivement et souvent par le niveau de la mélancolie. Mais même quand le tableau clinique emprunte à cette forme de début une sorte de ton fondamental de dépression, d'angoisse et de perplexité, on ne peut pas parler dans ce cas de « mélancolie chronique démentielle » puisque la structure de la psychose cesse alors plus ou moins d'être mélancolique pour affecter la forme d'une démence.

Par contre, certaines formes de mélancolie s'installent dans un *habitus mélancolique chronique* lequel constitue secondairement une démence. C'est le cas notamment de certaines formes de « mélancolie d'involution » (comme nous le verrons plus loin). Ces formes appelées anciennement « démences vésaniques » (démences secondaires à une affection mentale : ici la mélancolie) sont caractérisées : 1) par la dépression (aboulie, inhibition, douleur morale ou anxiété), 2) par la réduction progressive de toute activité d'adaptation, la détérioration intellectuelle et l'affaiblissement global de toutes les capacités. Les deux « parties » du tableau clinique de cette « *démence mélancolique* » (KRAEPELIN) sont intimement liées, ce qui confère justement à la mélancolie son aspect démentiel. Tout se passe en effet comme si la déstructuration de la totalité de l'activité psychique s'opérait sans que varie beaucoup le tableau clinique fondamental.

II. *Évolution schizo-phrénique*.

Nous pouvons à ce sujet répéter les mêmes réflexions faites au début du précédent paragraphe. Il y a en effet des formes dépressives « atypiques » au début des psychoses schizo-phréniques qui se transforment ensuite en formes typiques de schizo-phrénie¹. Mais il y a des états dépressifs qui demeurent comme suspendus entre la mélancolie et la schizo-phrénie et posent aux cliniciens des problèmes difficiles de pronostic et de

1. COEN GIORDANA, Stati depressivi netola la perioda iniziale della schizofrenia, *Rassegna di Neuropsichiatria*, 1951, 5, p. 175. Cf. aussi l'excellente étude de DUPOUY et PICHARD. L'anxiété dans la démence précoce, *Ann. Médico-Psycho.*, 1931, II. Le fait que sur 5-799 .../...

diagnostic par leur « atypicité ». Que l'on se rapporte aux travaux les plus importants qui traitent ce problème, ceux de URSTEIN ¹, HOFFMANN ², MAUZ ³, LANGE ⁴, A. DELMAS ⁵, CLAUDE et LEVY-VALENSI ⁶, J. ROUART ⁷, J. WYRSCH ⁸, etc. et on se rendra compte de son extrême difficulté, et quelle que soit la solution envisagée par les auteurs (psychoses génétiquement associées, biotypologie kretschmerienne, schizo-asthéo-dysplasique de ces mélancoliques, etc.) le fait demeure d'une *possibilité d'organisation* schizophrénique d'un état mélancolique. Il s'agit soit de comportement stéréotypé avec inertie psychomotrice et négativisme, rappelant certaine forme de catatonie, soit d'hypocondrie ou d'un complexe délirant de dépersonnalisation et de transformation corporelle avec perplexité, ambivalence, « rappelant » certaines formes paranoïdes. L'organisation autistique de ces formes dépressives est caractérisée généralement par la monotonie, le vide, l'introversion et l'étrangeté de l'angoisse vécue comme un monde inextricable, hostile et lointain ⁹. Mais nous retrouverons ce problème comme tous ceux d'ailleurs que posent ces formes chroniques dans l'étude que nous consacrerons plus loin aux psychoses maniaque-dépressives.

III. *Évolution vers un délire chronique.*

Nous touchons ici à une autre éventualité classique, celle de l'organisation d'un « *délire secondaire* » à la mélancolie. Il suffit peut-être de nous rappeler que c'est à partir de la nébuleuse primitive de la mélancolie (considérée comme un délire partiel au début du XIX^e siècle) que s'est développée toute l'histoire des délires chroniques (délires systématisés, paranoïa, délire chronique à évolution systématique, etc.) pour être assurés de toucher là à un point d'articulation extrêmement important entre les psychoses aiguës et les psychoses chroniques. Tous les cliniciens, et les plus grands, ont observé comme un fait de première grandeur ce « passage » d'un « état de mélancolie... »

...Tous les cliniciens, et les plus grands, ont observé comme un fait de première grandeur ce « passage » d'un « état de mélancolie » à l'organisation d'un délire chronique...

.../... cas de schizophrénie, 417 (7%) avaient été considérés comme des états maniaque-dépressifs (Statistique rapportée par HOCH et RACHLIN, *Amer. J. of Psych.*, 1941, 97, pp. 831 à 843), donne assez exactement la mesure de ces difficultés cliniques...

1. URSTEIN, *Die D. P. und ihre Stellung zu M. D. Irresein*, 1909, – *M. D. und Periodische Irresein bei Erscheinungsform der Katatonie*, 1912.

2. HOFFMANN, *Erblichkeitforschung... der M. D. Irresein und D. P.* *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1919, et *Schizothym und Zykllothym*, *Même Revue*, 1923, 82, p. 93.

3. MAUZ, *Schizophrener mit pyknischen Körperbau*, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1923, 86, p. 96.

4. LANGE, *Traité de BUMKE*, t. VI, pp. 160 à 178.

5. A. DELMAS, *Psychose périodique et D. P.*, *Ann. Médico-Psycho.*, 1934, II.

6. CLAUDE et LEVY-VALENSI, *Psychose périodique et D. P.* *Encéphale*, mars, 1931.

7. J. ROUART, *Psychose maniaque dépressive et folie discordante*, Thèse, Paris, 1935.

8. WYRSCH, *Ueber Mischpsychosen*. *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1937, 159, pp. 668 à 693.

9. MINKOWSKI, *Le temps vécu*, 1933. Les dépressions ambivalentes, pp. 304 à 327. Dans ce chapitre on trouvera une excellente étude de deux cas.

colie » à l'organisation d'un délire chronique. Nous avons vu que la mélancolie représente *une expérience délirante fondamentale* (même lorsqu'elle ne se présente pas sous la « forme délirante et hallucinatoire » d'une forme atypique d'une expérience qui bouleverse profondément les rapports temporo-spatiaux du Moi et du Monde). C'est de cette expérience que peut jaillir et s'organiser sur le plan de la personnalité le thème et le style existentiels de type délirant chronique. *Ces délires secondaires de la mélancolie* sont bien connus depuis GRIESINGER. Ils ont fait notamment l'objet chez nous d'un rapport classique, celui de D. ANGLADE ¹. Cliniquement nous pouvons en distinguer quatre principales variétés :

...Quatre principales variétés des délires secondaires à la mélancolie...

1° LE DÉLIRE DE PERSÉCUTION POSTMÉLANCOLIQUE ². Le délire de persécution depuis le fameux mémoire de LASÈGUE (1852) et après les travaux de MOREL, FOVILLE, LEGRAND du SAULLE et FALRET, s'est détaché du cadre de la mélancolie. Mais il ne s'en est jamais détaché complètement pour la bonne raison qu'une liaison profonde apparaît évidente dans la clinique entre l'expérience mélancolique et les premières phases de la systématisation du délire. Cependant on a décrit plus spécialement (ANGLADE) le persécuté mélancolique comme un malade moins « persécuteur » que le paranoïaque, plus enclin à l'autoagression qu'à l'hétéroagression. Sans doute pour échapper à l'angoisse construit-il un système de projection, mais celui-ci reste le plus souvent complexe et plaintif, comme tremblant d'émotion et de terreur.

2° LE DÉLIRE D'AUTOACCUSATION A FORME SYSTÉMATIQUE a été décrit par SEGLAS. Quoique cet illustre clinicien ait tenté de l'isoler de la mélancolie, le thème délirant est si « grossièrement » mélancolique qu'il apparaît très difficile de ne pas en suivre le développement à partir du « délire de petitesse » qui épouse la forme même de l'exiguïté de la conscience mélancolique.

3° LE DÉLIRE HYPOCONDRIQUE POST-MÉLANCOLIQUE. Cette hypocondrie délirante survit parfois aux crises de mélancolie et la prolonge comme une forme d'existence où

1. ANGLADE (D.), *Délires secondaires*, Congrès des Aliénistes, Marseille, 1899.

2. Cf. spécialement SÉGLAS, (Leçons cliniques, 11^e Leçon), – G. BALLET, Congrès de Blois, 1892, – la thèse de LALANNE, (1897), – celle de DUBOURDIEU, (1909), – celle de BESSIERES, (1913), – l'article de CAPGRAS, (*Sent. Hôp.*, Paris, 1933) – Dans la littérature étrangère : KRAEPELIN, (*Traité*), et surtout SPECHT, *Zentralblatt f. Nervenheilk.*, et EWALD, Paranoïa und maniaco-depressive Irresein, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1919, 41. Nous renvoyons également aux travaux plus récents de FRANKHAUSEN, Gefühl, Stimmung, Paranoïa, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1931,- 132. A. PETREN, Persécution in M. D. *Acta Psychiatria*, 7, pp. 461 à 479. – de C. BAUMANN, Zusammenhang zwischen M. D. Psychosen und Paranoïa, *Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1934, 151. (Compléter par les indications de la note 3 de la p. 452).

les préoccupations obsédantes et sans cesse renouvelées, les inquiétudes et les autoréférences somatiques expriment par les gémissements, la pusillanimité et l'insécurité de la vie affective.

4° LE DÉLIRE DE NÉGATION, que nous avons étudié (Étude n° 16) sous toutes ses formes et dont les rapports avec la conscience mélancolique sont si évidents (SEGLAS et COTARD).

Tous ces délires peuvent s'organiser en systèmes interprétatifs ou hallucinatoires ou en fantasmagories fantastiques comme dans certains délires de négation. Ils peuvent se constituer d'emblée ou se reconstituer au cours de crises mélancoliques successives ; ils peuvent aussi s'effacer ou se cristalliser, étalant pour ainsi dire la charge mélancolique primitive à travers le développement historique de la personnalité, de ses circonstances et de ses problèmes, variant les thèmes ou modifiant leur mode de projection. Mais ils portent, indélébiles, les traces des expériences mélancoliques fondamentales. Encore une fois ce serait une assez grosse erreur de croire que nous faisons allusion à des cas exceptionnels; il s'agit au contraire d'une éventualité que la clinique nous offre presque tous les jours ¹.

...Délire et mélancolie : il s'agit d'une éventualité que la clinique nous offre presque tous les jours...

IV. *Évolution névrotique.*

Nous voici maintenant en présence d'un autre problème très important ². Nous avons décrit comme une forme typique de psychose aiguë « la mélancolie », et nous avons analysé dans tous les sens sa structure. Nous avons à ce propos montré que cette structure est essentiellement constituée par une modification du temps vécu ou, si l'on veut, de « l'élan vital » pour autant qu'il est intégration des moments qui composent et organisent l'actualité de la conscience. Cet arrêt et ce renversement des perspectives vitales qui cessent de regarder à travers le présent de l'action l'avenir qui en dépend, nous renvoient presque nécessairement à ces troubles de l'existence qui empêchent le libre déploiement de la personnalité et que l'on appelle les névroses. Dans les névroses aussi nous observons le dégoût de la vie, les inhibitions, l'aboulie, l'angoisse, la dépression et, terriblement accru, le poids du passé inconscient. BELLAK a exposé en termes excellents (p. 122 et 123) les difficultés que l'on peut rencontrer dans la déli-

1. Éventualité d'ailleurs considérablement et heureusement réduite par les thérapeutiques dont nous disposons depuis quelques années.

2. Aux lecteurs qui pourront s'étonner qu'à presque chaque ligne nous rencontrions ainsi des problèmes « très importants », nous rappellerons que c'est précisément à propos de la mélancolie que tous les grands problèmes sont nés. Exigence de fait qui nous a fait placer cette forme de conscience morbide en tête de toutes les Études que nous consacrons à l'étude structurale des psychoses et des névroses.

mitation stricte de la dépression névrotique et de la dépression des états maniaco-dépressifs. Mais si la plupart des auteurs se placent au point de vue « diagnostic »¹ bien peu prennent le parti de voir la continuité (admise par BELLAK) entre ces diverses formes de troubles mentaux.

...opinions récentes
(exposées par BELLAK,
1952) des auteurs anglo-
saxons sur le problème
des relations et distinc-
tions de la mélancolie
avec la dépression névro-
tique...

1. Ainsi D. CURRAN, (The differentiation of neuroses and manic-depressiv Psychoses, *J. Ment. Sc.*, 1937, 83, pp. 156 à 174), modifiant un peu le schéma de GILLESPIE, propose les critères suivants ; pour la *psychose* sont caractéristiques : la dépression foncière, peu de plaintes somatiques, autoaccusation, pas d'accusation contre les autres, la perte de poids est invariable, les malades sont constipés, ils sont dépersonnalisés, primitivement il n'y a pas de motif déclenchant, l'évolution est indépendante des événements, l'état physique est altéré, il y a des antécédents familiaux. Pour la *névrose* sont caractéristiques les facteurs « symétriques » suivants : inquiétude et fatigue, plaintes somatiques prédominantes, autoaccusation sans sincérité, plaintes contre autrui, la perte de poids n'est pas invariable, la constipation est inconstante, il n'y a pas de dépersonnalisation, il y a des événements déclenchants, l'évolution est influencée par le milieu, intégrité de l'état physique, il n'y a pas d'antécédents familiaux. Malgré le côté hétéroclite et un peu comique de ce tableau il résume assez bien tout ce que l'on dit généralement sur ce point. Suivons d'ailleurs l'exposé que BELLAK fait à ce sujet des opinions récentes des auteurs anglo-saxons. MYERSON (Neuroses and Neuropsychoses. *Amer. J. of Psychiatry*, 1938, 94, pp. 961 à 983) conseille d'étudier la totalité de l'inadaptation des individus pour trancher le diagnostic. PARFITT (The psychoneurotic spectrum and dual diagnosis, *J. mental. Sc.*, 1945, 91, pp. 477 à 480) se borne à énumérer les divers types de personnalité et des réactions correspondantes (réactions anxieuses, hystériques, etc.), qui rendent si difficile la solution du problème dont il donne un exposé dans la littérature. K. E. APPEL (The differentiation of psychosis and psychoneurosis, *Clinics*, 1943, 1, pp. 807 à 841), étudiant le problème général des relations entre névroses et psychoses passe en revue sept critères. Le premier est la description même des symptômes de la mélancolie. Le second est le *pronostic*. Le troisième (social) dépeint la psychose comme un danger social. Le quatrième (dit objectif) est la conscience de la maladie. Le cinquième (quantitatif) établit une différence de degré seulement entre les traits névrotiques et psychotiques. Le sixième (qualitatif) est celui du contraire d'une différence radicale. Le septième (dynamique) se réfère à la différence établie par FREUD entre deuil et mélancolie, celle-ci exigeant non seulement la frustration libidinale avant la perte de l'objet aimé, mais l'investissement narcissique l'incorporation de l'objet aimé. — G. T. T. STOCKINGS (A study of depression in military psychiatry and its differential diagnosis from the depressive psychoses, *J. Ment. Sc.*, 1944, 90, pp. 772 à 776), a étudié des réactions névrotiques chez des militaires caractérisées par un mélange d'anxiété et de traits hystériques et psychopathiques de l'affectivité et du caractère. Il insiste sur l'apathie, l'augmentation de la tension émotionnelle et la motivation comme « precipitating cause ». Pour lui la dépression névrotique n'est pas due à un ralentissement cérébral (cerebral retardation), comme c'est le cas dans la psychose. L'absence de projection et de troubles associatifs de la pensée est caractéristique de la dépression névrotique qui n'est pas favorablement influencée par l'électrochoc. Peut-être peut-on comprendre qu'un peu découragé par l'incertitude et le vague de ces critères, L. B. HOHMAN (A reclassification of affective disorders, *J. Amer. Neur.*, 1941, 67, pp. 225 à 228) arrive à la conclusion que « beaucoup de névroses d'angoisse » sont en réalité des dépressions anxieuses à tendance vers la guérison spontanée. L'article de BROSIN (*Dynamic Psychiatry d'Alexander et collaborateurs*, 1952), qui tente de distinguer les structures névrotiques et psychotiques est très intéressant à ce sujet. Bien d'autres travaux encore ont été consacrés à ce problème si controversé. Citons WEXBERG, *Zur Klinik und Patho. der leichten Depressionzustände*, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1928, 112, 49, — GILLESPIE (R. O.), The clinical differentiation of types of depression — *Guy's Hosp. Reports*, 1929, 79, 306, — HARROWES (W. Me E.), The depressive reaction type, *J. Ment. Sc.*, 1933, 79, 23. — ROGERSON (C. H.), The reference to states of depression and anxiety, *J. Med. Se*, 1940, 86, 632. Récemment ASCHE (Ed.) a consacré un excellent travail critique à l'exposé de tous ces travaux (A criticism of the concept of neurotic .../...

Pour nous, il s'agit, selon de ROBERTSON¹ d'envisager le « spectre » des maladies mentales qui implique tout à la fois des formes distinctes (couleurs élémentaires) et une insensible gradation dans leur continuité. C'est-à-dire que tout en ne négligeant pas la nécessité de séparer des formes structurales (ici mélancolie et névroses), nous devons prendre conscience du mouvement évolutif qui les lie les unes aux autres.

Il nous paraît évident que la « névrose d'angoisse » et la « dépression endogène » – et même les formes de dépression réactionnelles dites psychogènes – se présentent en clinique intimement liées dans la constitution des maladies plus ou moins « cyclothymiques » ou des « psychopathies » anxieuses et hypocondriaques. La tristesse vitale est dans les deux cas fondamentale. Mais le névropathe anxieux de type de la « *thymopathie anxieuse* » de LOPEZ IBOR ajoute à ses troubles basaux des réactions psychiques qui en font précisément un état névrotique, c'est-à-dire une organisation de la personnalité où l'angoisse est non seulement vécue comme une structure douloureuse de la conscience désorganisée mais comme une forme d'existence où elle entre dans un programme vital et constitue pour ainsi dire une loi et un idéal éthique intégrés dans la personnalité. D'où l'enracinement de la dépression névrotique, d'où sa constance comme mode d'organisation de l'existence du névrosé, c'est-à-dire comme système de valeurs et de réactions propres à son système de défenses. Nous plaçant dans cette perspective, il est clair que le malade qui souffre d'une crise de dépression, surtout quand celle-ci est d'un niveau élevé, c'est-à-dire quand celle-ci n'altère pas profondément la structure actuelle de sa conscience, ressemble beaucoup au « névrosé déprimé ». On trouve dans les deux cas, l'angoisse, l'aboulie, la perplexité, le *taedium vitae*, le cafard, le remords, le pessimisme, les plaintes, les soucis. Mais il est clair que nous sommes en mesure d'en établir le diagnostic et le pronostic à la condition de nous placer dans une perspective plus structurale et d'abandonner le simple inventaire statique de symptômes. Dans la *crise dépressive*, il y a submersion par la structure négative mélancolique, il y a efflorescence de l'imaginaire dans l'actualité de la situation vécue, il y a enchaînement fatal et passif du vécu incoercible de la conscience mélancolique, d'où les caractères cliniques de vertige, de délire et d'autonomie au moins relative, du vécu mélancolique à l'égard des circonstances de la vie. Dans la *névrose*, il y a un parti-pris, une « politique » de la maladie vécue comme telle ; d'où le comportement du malade qui joue de la maladie avec lui-même, avec sa famille et son médecin comme s'il lui était possible de se détacher d'elle et de l'instituer en une sorte d'hygiène mentale à rebours, en une manière de diététique et d'éthique. Mais l'éthique

...nous sommes en mesure d'en établir le diagnostic et le pronostic à la condition de nous placer dans une perspective plus structurale et d'abandonner le simple inventaire statique de symptômes...

.../... depression, *Amer. J. of Psych.*, 901 à 908). Nous avons nous-mêmes fait une étude récente (*Acta psychotherapeutica*, 1954) sur les concepts de névrose et de psychose pour montrer qu'il est impossible de les séparer radicalement.

1. ROBERTSON, *Introduction à l'œuvre de Kraepelin*, 1921, (cité par BELLAK, p. 122).

névrotique n'est pas la déstructuration temporelle-éthique de la mélancolie. Elle en est pour ainsi dire l'inverse car le névrosé déprimé ou anxieux n'est pas stoppé dans son mouvement, il n'est pas incapable de construire le présent, il l'échafaude en systématique et stéréotypée application d'un programme vital. Ce n'est que par des « idées » et des sentiments complexes, par des symboles et des simulacres qu'il est séparé de la réalité et non point par l'expérience vécue d'un bouleversement total. Mais ceci dit, nous verrons ultérieurement que malgré cette différence de structure il y a une profonde anastomose entre le vécu mélancolique et le travail névrotique. Pour le moment, contentons-nous d'indiquer deux relations fondamentales entre la « dépression mélancolique » et la « névrose dépressive » : tout d'abord, il est évident que les « névrosés » ont un seuil de réaction abaissé par rapport aux crises dépressives ensuite il nous semble que les « crises dépressives » ont une tendance à se survivre sous la forme d'organisation névrotique de la personnalité.

Ce que nous venons de préciser pour les relations réciproques des crises psychotiques dépressives et des névroses dépressives vaut naturellement pour les rapports des états dépressifs et des dépressions hystériques ou hystéroides, des états dépressifs et des phobies, des états dépressifs et des névroses obsessionnelles ¹. Nous retrouvons tous ces problèmes quand sera venu le moment de les envisager dans la totalité de la perspective de la pathologie de la Personnalité (dans notre Tome IV).

Les observations qui posent ces problèmes sont innombrables. La clinique chaque jour nous montre des cas d'*hypomélancolie*, ou des états dépressifs plus ou moins intermittents ou cyclothymiques, « franchement » en rapport avec des crises de dépression mélancolique typiques ou seulement avec des formes mineures, larvées ou abortives. Sans doute, nous le répétons, il n'est pas question de réduire « purement et simplement » c'est-à-dire naïvement, les névroses à la dépression mélancolique, mais il

1. Tous problèmes qui encore une fois sont d'une extrême importance classique, historique ou clinique pour la pathologie des obsessions et des phobies particulièrement comme chacun sait (fameuses discussions sur la genèse secondaire de ces troubles relativement aux états manico-dépressifs). Faut-il rappeler par exemple quels courants d'opinion se sont affrontés à la fin du XIX^e siècle à propos des obsessions et des phobies. Si pour WESTPHAL (1877), ces phénomènes étaient « intellectuels », pour MOREL (1866), Ch. FERE (1892), PITRES et REGIS (1902), REISS (1910), BONHOEFFER (1913), ils étaient basés sur l'anxiété, sur des états d'émotivité et d'angoisse qui peuvent poser la question de leurs relations avec la mélancolie. Le travail de VURPAS et CORMAN (*Arm. Médico-Psycho.*, 1930), comme celui de LANGE (*Traité de BUMKE*, t. VI, pp. 161 à 163), rejette expressément la parenté des obsessions et de la maniaque-dépressive, tandis qu'ARMENISE (*Il Cervello*, 1934), étudiant 213 cas cliniques, les admet. Problème par conséquent toujours ouvert et qui ne peut être résolu qu'en considérant la mélancolie et la névrose obsessionnelle comme des maladies mentales, certes distinctes sous leur forme la plus pure et typique, mais admettant entre elles une large communication. L'ouvrage d'ALEXANDER et de ses collaborateurs (*Dynamic Psychiatry*, 1952), auquel nous avons fait allusion plus haut, ou celui de FENICHEL sur les névroses sont à cet égard très importants. S'ils ne convainquent pas que les psychoses soient des névroses psychogènes, ils montrent en tout cas que l'on ne peut plus, même aux yeux des psychanalystes, séparer radicalement Psychoses et Névroses.

faut envisager comme une éventualité assez fréquente, les cas où la dépression mélancolique rythme l'évolution de certaines névroses et fournit à l'aspect multidimensionnel de la personnalité névrotique, l'occasion ou la condition de sa cristallisation.

...éventualité assez fréquente, les cas où la dépression mélancolique rythme l'évolution de certaines névroses...

C.— FORMES ATYPIQUES ÉTIOLOGIQUES.

A peine les grands cliniciens avaient-ils mis la dernière main (FALRET, BAILLARGER, KRAEPELIN) à la description des accès maniaques et mélancoliques dans le cadre des « Psychoses périodiques, cyclothymiques ou intermittentes », que face au groupe des mélancolies pures, franches et endogènes de ce groupe, la clinique montrait que certaines formes de mélancolie n'y entraient pas. Ce fut notamment le cas pour la fameuse *mélancolie d'involution*. De plus, le caractère « endogène » des crises de « vraie » mélancolie ne s'accommodant pas non plus de l'existence de mélancolies qui ressortissent de processus somato-nerveux divers (*mélancolies symptomatiques*), celles-ci ont été considérées aussi comme atypiques. Ce sont ces deux formes atypiques que nous devons envisager maintenant.

...face au groupe des mélancolies pures, franches et endogènes de ce groupe, la clinique montrait que certaines formes de mélancolie n'y entraient pas...

I. *Les mélancolies d'involution.*

KRAEPELIN (dans sa 6^{ème} édition) isole la mélancolie d'involution comme une entité séparée du groupe maniaco-dépressif. En France, CAPGRAS défendit dans sa thèse ¹ la même position. Pour lui la mélancolie pure en tant qu'entité distincte était précisément cette forme de mélancolie qui n'entre pas dans le groupe des « Psychoses périodiques ». Vers la même époque, GAUSSEN ² a soutenu la même opinion qui est restée classique ³, tout au moins sous forme d'une autonomie reconnue de la Mélancolie d'involution. Ce point de vue a été soutenu aussi dans les pays anglo-saxons (HENDERSON et GILLESPIE). Cependant en Allemagne, KRAEPELIN à l'instigation de son élève DREYFUS ⁴ affirma, puis abandonna l'idée de l'autonomie de la psychose mélancolique d'involution. Depuis lors la plupart des auteurs allemands, comme KEHRER ⁵, sont du même avis ; RUNGE cependant dans le traité BUMKE en reste à l'opinion première de KRAEPELIN. Dans tous les pays, dans toutes les Sociétés, dans toutes les Revues, dans tous les Congrès, on a discuté de la chose. Nous reviendrons dans notre Étude n° 25 sur ce problème. (On y trouvera notamment la bibliographie des travaux que nous mentionnons simplement ici).

1. CAPGRAS, *Essai de réduction de la mélancolie à une psychose d'involution*, Thèse, Paris, 1910.

2. GAUSSEN, Thèse, Bordeaux, 1911.

3. Cf. DIDE et GUIRAUD, (Psychiatrie du Médecin praticien) – les travaux d'HALBERSTADT, *Ann. Med. Psych.*, 1923, et *Encéphale*, 1934 – la Thèse de COULÉON, Paris, 1935.

4. G. DREYFUS, *Die Melancholie in Zustandsbild der M. D. Psychose*, Iena, 1908.

5. KEHRER, *Zentralblatt*, 1921, et *Die krankhaften psych. Störungen der Rückwandlungsforme*, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1939, 167, 34, 78 (cf. pp. 65 à 70).

La discussion porte généralement sur un certain nombre de points : 1) Les antécédents des malades atteints de mélancolie d'involution. 2) La symptomatologie de la mélancolie d'involution. 3) Le pronostic et le traitement.

a) Pour ce qui est du premier point, tandis que MAUZ admet des *antécédents cyclothymiques* chez ces malades, par contre PALMER, LEONHARDT, MALAMUD et SANDS ont mis en évidence des dispositions caractérielles et constitutionnelles de la personnalité d'un autre type (rigidité). PALMER et SHERMAN ont insisté sur les tendances à l'introversion et aux obsessions et la fréquence des difficultés de la vie sexuelle.

Les antécédents héréditaires ont été recherchés dans ce groupe de mélancolies d'involution par ALBRECHT, GAUSSEN, Hélène SCHNITZENBERGER, BROCKHAUSEN, PALMER et JORDAN, etc. ALBRECHT, GAUSSEN, DIDE et GUIRAUD, HALBERSTADT tiennent l'hérédité psychopathologique et notamment maniaco-dépressive pour rare ; PALMER et JORDAN la trouvent aussi plus rare que dans le groupe maniaco-dépressif (40% dans le groupe maniaco-dépressif et 27 % dans le groupe mélancolie d'involution) ; BROCKHAUSEN a noté également le taux d'hérédité plus faible dans son groupe de 32 mélancoliques d'involution. Cependant H. SCHNITZENBERGER conclut qu'il n'est pas possible au point de vue hérédopathologique de trancher la question. En comparant un groupe de 21 cas de mélancolies d'involution dans notre service, avec le groupe maniaco-dépressif, nous trouvons à peu près le même pourcentage d'antécédents héréditaires (33% dans le groupe d'involution et 34% dans le groupe maniacodépressif).

b) Quant à la *spécificité du tableau clinique* de la mélancolie d'involution elle n'est elle-même que relative. On a fait grand état notamment des formes dépressives à la ménopause, (ces formes d'involution sont en effet plus fréquentes chez les femmes à la phase « climaterique ») où les « *éléments hystériques* », l'*anxiété panique* (fear psychosis du climaterium des auteurs anglo-saxons, DRIESS, T. BENEDEK, etc.) et les formes atypiques *confuso-oniriques* d'après notre propre expérience sont en effet plus fréquentes. On a beaucoup discuté à l'époque, sur la présence ou l'absence d'*inhibition*. DREYFUS avait en effet insisté sur l'excitation de ces malades et GAUSSEN donnait l'absence d'inhibition comme caractéristique. D'après les travaux d'O. KANT et RUNGE il semble bien qu'il s'agisse en effet le plus souvent d'un état mixte. Plus récemment, l'intérêt s'est déplacé au point de vue du contenu significatif et symbolique de la conscience mélancolique d'involution. Tandis que le deuil serait caractéristique de la mélancolie endogène, la frustration, le désappointement seraient caractéristiques de la mélancolie d'involution d'après FESSLER. Généralement on décrit à côté des formes dépressives qui ont une allure à peu près identique à celle de la crise mélancolique typique des formes spéciales qui presque toutes ont une évolution fâcheuse : la « *mélancolie figée* », de MEDOW, le *délire mélancolique fantastique*

(ALBRECHT, RUNGE) – les formes démentielles (TOULOUSE, HALBERSTADT, ALBRECHT, VAN DER SCHEER, etc.).

c) Le pronostic est considéré comme bénin par quelques auteurs (GAUSSEN, EWALD, HOCH et MAC CURDY). Par contre, comme nous venons de l'indiquer, beaucoup d'auteurs le tiennent pour mauvais. Telle est notamment l'opinion de JACOBI (1935), de COULÉON (1935), de HAYNES et JACOBS (1945). Pour ce qui regarde le traitement, il ne semble pas que la convulsivothérapie soit plus ou moins indiquée dans ces cas que dans la mélancolie endogène (HUSTON, 1948, FISCHER 1949, H. EY et BURGNET 1952, DENIS 1954). Nous exposerons tous ces travaux dans notre Étude sur les Psychoses périodiques (pp. 463 à 468).

Ainsi le bilan est assez négatif en faveur d'une discrimination nette entre la mélancolie d'involution et la mélancolie « typique », réputée « pure » quand elle est franchement « endogène » et « cyclothymique ». Il vaut mieux envisager le problème sous son aspect le plus simple et le plus naturel. Si sous l'influence de facteurs étiopathogéniques encore inconnus, la mélancolie se situe dans le cadre « maniaco-dépressif », la mélancolie peut apparaître dans d'autres conditions bio-psychotiques et notamment à la phase d'involution de la vie, au moment où la vie sexuelle s'éteint et provoque une crise qui peut sombrer dans une « catastrophe vitale » (OKSALA). NOUS reviendrons sur ce problème dans l'Étude n° 25 où il trouve plus naturellement sa place.

...Ainsi le bilan est assez négatif en faveur d'une discrimination nette entre la mélancolie d'involution et la mélancolie « typique »...

II. Les mélancolies symptomatiques d'affections du système nerveux ¹.

De temps à autre la clinique offre des cas d'interprétation délicate pour ceux qui entendent creuser un fossé entre les mélancolies typiques « endogènes » et les mélancolies « exogènes ». Naturellement les auteurs admettent en général dans ces cas, une « prédisposition » et peu se risquent à penser que le processus exogène est exclusivement déterminant. Ce problème des facteurs exogènes dans les états maniaco-dépressifs a été très bien étudié par WYRSCH ².

Voyons rapidement quel genre de faits sont le plus souvent observés et publiés. Nous nous contentons d'ailleurs ici de brèves indications simplement pour « situer » le problème.

Tout d'abord ce sont les relations avec la *syphilis* qui ont retenu l'attention des

1. Nous retrouverons dans l'Étude N° 25 l'occasion d'un exposé plus complet sur les aspects neurologiques des problèmes des états maniaco-dépressifs.

2. WYRSCH (J.), Exogenen Faktoren zum Entwicklung und Aetiologie des M. D. Psychosen, *Archives Suisses de Neuro et de Psycho.*, 1939, 43, pp. 187 à 203.

auteurs. WESTPHAL ¹ a, un des premiers, étudié ces cas. Ils ne sont pas pour étonner quand on se rappelle que la méningo-encéphalite débute assez souvent par une crise de dépression, fait commun et reconnu par tous les classiques ². KUSTERS ³ a discuté à ce sujet la question de savoir si la syphilis déclenche ou manifeste les dispositions endogènes aux états maniaco-dépressifs.

La pathologie des *tumeurs cérébrales* donne au début du siècle (SCHUCHTER 1902) l'occasion d'observer des crises de mélancolie en rapport avec certains désordres cérébraux. Des travaux comme ceux de BARUK (1926), de KEHRER (1931), de JAMEISON et HENRY (1933) et de WALTHER-BÜEL (1951) contiennent des faits intéressants à cet égard. Le cas rapporté par MARCHAND et DUPOUY ⁴ (mélancolie en relation avec une tumeur temporale) peut constituer un bon exemple (cf. plus loin, p. 457).

La pathologie de l'*encéphalite épidémique* a donné l'occasion d'observer aussi certains cas du plus grand intérêt. On sait en effet combien les « troubles de l'humeur », les « crises d'anxiété paroxystique », les idées de suicide, etc. sont fréquents dans le tableau clinique. Aussi les « réactions mélancoliques », les « états mélancoliformes » (désignation qui témoigne toujours dans l'esprit des psychiatres de leur répugnance à rompre avec le concept de mélancolie pure et endogène) ont été souvent notés (BRIAND, PETIT, STECK, etc.). DICKMEISS ⁶ a signalé les états mélancoliques notamment dans la phase de recrudescence de la contracture extrapyramidale. E. STENDEL ⁶ a été un des premiers à ce propos à soulever le problème de la localisation cérébrale du conditionnement de la crise de mélancolie. O. PÖTZL ⁷ également à Vienne a esquissé une première conception neurologique qui s'appuyait sur des expériences sur le diencéphale et sur des cas d'encéphalite épidémique.

Au cours de la *sclérose en plaques*, certains auteurs ont noté des accès dépressifs et anxieux dont les observations ont été rassemblées dans la thèse d'OMBREDANE ⁸. TARGOWLA ⁹ a observé certains états dépressifs avec troubles neurologiques qu'il a considérés comme symptomatiques d'une véritable « *psycho-encéphalite* ».

1. WESTPHAL, M. D. und Lues cerebri, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1908.

2. ANGLADE, ROUGEAN et FRETET, P. G. et Psychose M. D. *Ann. Médico-Psycho.*, 1937.

3. KUSTERS, *Manifestation de la M. D. par la syphilis*, Thèse de Bonn, 1933.

4. MARCHAND et DUPOUY, Tumeur secondaire du lobe temporal droit : syndrome mélancolique, *Ann. Méd. Psycho.*, 1940,1, 48-51 et 251-252 (Discussion avec LHERMITTE).

5. DICKMEISS, Facteurs exogènes en rapport avec l'encéphalite épidémique, *Ann. Médico-Psycho.*, 1936.

6. E. STENDEL, *Wiener Med. Wochenschr.*, 1937, 87, pp. 283 à 285 et *Arch. f. Psycho.*, 1937, 106, pp. 726 à 743.

7. O. PÖTZL, Diencephale und periodische Irresein, *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1938, 51, p. 845.

8. OMBREDANE, Thèse, Paris, 1929.

9. TARGOWLA (R.) et SERIN (S.), Sur une névrauxite infectieuse épidémique : la névrauxite disséminée à forme anxieuse, *Prat. Méd.*, juillet 1927.

Un cas d'encéphalite de l'enfance a été publié il y a quelques années par FORSTER KENNEDY ¹. Il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans qui à l'âge de 9 ans avait présenté une encéphalite. Elle présenta dans la suite des accès d'excitation suivis d'un accès dépressif que l'électro-choc transforma en état d'excitation. Ce cas a été très discuté. (JAMEISON, STRAUS, BUCKNER, GOODHEARD, OBERNHOF).

Tous ces faits et notamment ceux étudiés par l'école de Vienne (PÖTZL et STENGEL) ont naturellement orienté la physiopathologie de la mélancolie (comme de la manie, nous l'avons vu) vers le *diencephale*. Les CAHANE ² ont insisté il y a longtemps déjà sur cette nouvelle orientation de la pathologie des états dépressifs. L'ouvrage de J. DELAY ³ présente une très claire synthèse de tous les travaux que nous devons spécialement aux neuro-chirurgiens (FOERSTER, GAGEL, CUSHING, BAILEY, FOSTER KENNEDY, etc.) et à l'école physiologiste américaine (CANNON, BARD, etc.) Mais à vrai dire justement sur ce problème particulier de la mélancolie, les observations et faits expérimentaux sont rares ⁴. Sans doute rapproche-t-on les états de fureur, de peur et d'égarement de la « sham rage » obtenue chez les animaux par l'excitation de l'hypothalamus et J. DELAY écrit (p. 118) : « les états d'anxiété douloureuse, d'hyperthymie douloureuse déclenchée par les interventions diencephaliques sont de constatation fréquente ». Mais généralement c'est toujours aux seules observations de R. GRINKER ⁵ que l'on renvoie.

La pathologie nerveuse si elle ne peut être directement et primitivement considérée comme le facteur primordial, intervient naturellement au « second degré » dans les affections somatiques générales qui paraissent en rapport avec la crise de mélancolie.

Tout d'abord les *affections hormonales* ⁶ ont toujours occupé une grande place dans l'esprit de tous les médecins qui se sont penchés sur ce problème. KRAEPELIN considérait que le trouble hormonal ou les facteurs « endotoxiques » étaient fondamentaux. Depuis, d'innombrables travaux ont tenté avec plus ou moins de bonheur d'établir un lien entre la crise de mélancolie et la pathologie endocrinienne. Nous ne pouvons songer à donner même un simple exposé de ces recherches sur les relations des états dépressifs avec la thyroïde ⁷, avec la patho-

...L'ouvrage de J. DELAY présente une très claire synthèse de tous les travaux que nous devons spécialement aux neuro-chirurgiens [...] et à l'école physiologiste américaine...

1. FOSTER KENNEDY, A cas of postencephalitic cyclothymic, *Journal of nerv. and Ment. Disease*, 1944, 100, pp. 192 à 197.

2. CAHANE (M. et T.), *Ann. Médico-Psycho.*, 1935 et 1936.

3. J. DELAY, *Les dérèglements de l'humeur*, Paris, 1946.

4. Cf. ce que nous avons déjà dit à ce sujet de l'anxiété dans notre Étude N° 15 et notamment pp. 400 à 405.

5. R. GRINKER, *Psychomatic Medecine*, 1939.

6. Consulter M. BLEULER, Endokrinologie in Beziehung zur Psychiatrie, *Zentralblatt. f. Neuro-Psych.*, 1950, 110, 225-237, l'ouvrage de BELLAK (pp. 67-70 et 92-93) et le rapport de REISS (M.), Untersuchungen über Psycho-Endocrinologie, *Archiv. Suisses N. et P.*, 1953, 71, (355-358).

7. Cf. les vieilles observations de DELASIAUVE, de SEGLAS, de FAUVEL et celles plus .../...

logie diencéphalohypophysaire ¹, avec la pathologie hormonale sexuelle ², avec l'activité de la cortico-surrénale ³, puisqu'aussi bien nous examinerons plus loin tous ces faits. Il s'agit là d'un domaine en pleine prospection et dont pour le moment il est bien difficile de tirer autre chose que l'impression confuse de son importance, sans que l'on puisse se faire une idée claire de la pathogénie de ces nombreux cas où le « facteur hormonal » paraît être déterminant dans toute mélancolie qui se produit soit après une castration, soit après un accouchement, soit après une thyroïdectomie, etc.

...ces nombreux cas où le « facteur hormonal » paraît être déterminant dans toute mélancolie...

– Pour conduire notre Étude sur la mélancolie dans le souci d'une parfaite symétrie avec celle que nous avons consacrée à la Manie, il nous reste enfin à rappeler que les « formes mixtes » (déjà indiquées dans notre précédente Étude) mêlent « inextricablement » les symptômes de la Manie et de la Mélancolie, mélange que l'on retrouve souvent dans les cas de « mélancolies pures » ou typiques. Il nous paraît important (plutôt que d'exposer encore les divers « états mixtes ») de faire, en conclusion même de cette étude, quelques réflexions sur le niveau où s'organisent et sont vécues les crises de manie et de mélancolie. Nous avons parlé à plusieurs reprises, et comme un aspect fondamental de la crise de mélancolie (comme de la crise de manie), de la déstructuration temporelle éthique de la conscience. Nous avons à ce propos indiqué que nous serions nous-mêmes victimes de cette formule si nous lui attribuions la signification d'une désorganisation « basale » de l'être psychique, ainsi que se le figurent généralement ceux qui voient dans la mélancolie (et la manie) un trouble élémentaire de l'humeur. La structure temporelle de la conscience au niveau de la manie comme de la mélancolie, c'est essentiellement la forme même de l'espoir ou du désespoir. D'un espoir et d'un désespoir « insensés » qui tantôt précipitent l'être dans un bondissement hors des contraintes du présent en tant qu'il implique une problématique de

...quelques réflexions sur le niveau où s'organisent et sont vécues les crises de manie et de mélancolie...

.../... récentes de SAINTON, DELAY, HOWARD et ZIEGLER, etc. Le problème des relations de ces états avec les thyroïdes a été notamment exposé par DELAY, CORTEEL et BOITELLE, *Ann. Méd. Psych.*, 1945, et *Sem. des Hôp.*, 1948. Cf. aussi DURAND (Ch.) et BOFILL, Rapport à la Société suisse de Psychiatrie, *Arch. Suisses de N. et P.*, 1953, 71, p. 389.

1. ZONDEK, X. et P. ABÉLY, CAHANE et CAHANE, etc.

2. Les états dépressifs de la ménopause, de la castration, du post-partum, les syndromes d'hyper et d'hypofolliculinie, les modifications pathologiques du cycle hormonal féminin vérifiées par les biopsies de l'endomètre ou le cyclodiagnostic vaginal, constituent une masse de faits qui mettent en relation le déséquilibre hormonal sexuel et la mélancolie sans que les mécanismes physiopathologiques aient été clairement définis (cf. notamment les travaux de l'école de DELAY, de P. ABÉLY, d'ALLEN, etc.).

3. Les travaux sur la Cortisone, l'ACTH et plus généralement les relations hypophyso-cortiso-surrénales, notamment dans le syndrome d'alarme de SELYE (cf. rapport de J. DELAY, *Ann. Médico-Psycho.*, juin 1952), n'ont pas apporté jusqu'ici de faits très probants sur le mécanisme hormonal de la mélancolie. Cf. plus loin *Étude* n° 25.

MÉLANCOLIE

l'action, et tantôt le fait reculer et le paralyse dans le passé ou devant l'avenir. Ici en parlant de temporalité, nous parlons du temps comme de la perspective vitale qui s'ouvre ou se ferme selon que nous projetons dans l'actualité de notre conscience, l'avenir avec ses promesses ou bien que nous sentons la marche du temps comme une menace qui abolit et détruit l'œuvre même de l'action personnelle, notre existence. C'est donc que la structure temporelle de la manie comme de la mélancolie est vécue essentiellement dans une atmosphère *éthico-affective* caractéristique, celle que nous avons justement tenté de décrire et d'approfondir dans notre analyse de la manie et de la mélancolie, en confirmant ce qui a été écrit, à notre sens, de plus profond jusqu'ici.

*
* * *

Ainsi ce premier niveau de déstructuration de la conscience nous apparaît comme un vertige où l'individu se trouve emporté dans le tourbillon d'une liberté sans fin ni frein ou d'une désespérante fatalité. Si, comme nous l'avons vu pour les deux formes antinomiques de ce niveau, il arrive que le trouble de la conscience s'approfondit (cas des manies et des mélancolies délirantes, hallucinatoires, confuses, etc.), c'est que quelque chose de plus s'ajoute à ces troubles (ou que quelque chose de moins se retranche encore de l'organisation de la conscience). Ce « quelque chose », c'est en effet une altération plus accentuée de la structure de la conscience qui, comme nous allons le voir maintenant à propos des niveaux de dissolution plus profonds, peut être atteinte non plus seulement dans sa structure temporelle éthique, mais dans ses relations existentielles temporo-spatiales plus profondes, celles du « monde des objets », et de l'« ordre du sujet ».

...ce premier niveau de déstructuration de la conscience nous apparaît comme un vertige où l'individu se trouve emporté dans le tourbillon d'une liberté sans fin ni frein ou d'une désespérante fatalité...

Bibliographie des principaux ouvrages

- FOVILLE (A.), Article, « *Lypémanie* », *Dictionnaire DECHAMBRE*, 1875.
- GRIESINGER, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, Braunschweig, 1845, (Trad. fr. Doumic, 1865).
- SCHULE, *Handbuch der Geisteskrankheiten*, trad. fr., 1888.
- DUMAS (G.), *Les états intellectuels dans la mélancolie*, Thèse, Paris, 1894.
- MAGNAN, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1893.
- SEGLAS, *Leçons cliniques*, Paris, 1895.
- ROUBINOVITCH et TOULOUSE, *La Mélancolie*, Paris, 1897.
- KRAEPELIN, *Psychiatrie*, 8 Éditions de 1893-1915.
- MASSELON (R.), *La Mélancolie*, Paris, 1906.
- STRANSKI, *Das manisch depressive Irresein*, « Handbuch » d'Aschaffenburg, 1911.
- FREUD (S.), Trauer und Melancholie, *Zeitschr. Psychanal.*, 1916, IV (*Gesam. Werke*, X, 428-446).
- ABRAHAM (K.). Cf. bibliographie, *loc. cit.*, p. 116.
- JANET (P.), *De l'angoisse à l'extase*, 2 vol., Paris, 1926-1928.
- LANGE (J.), *Die endogenen und reaktiven Gemütskrankungen und die manisch depressive Konstitution*, Traité de BUMKE, t. VI, 1928.
- STRAUS (E.), Die Zeitserlebnis in der endogene Depression und in die psychopatische Verstimmung, *Monatschr. f. Psych. und Neuro.*, 1928, 68.
- MINKOWSKI (E.), *Le temps vécu*, Paris, 1923.
- GEBSATTEL (V. E. Freiherr von), Zeitbezogenes Zwangsdenken in der Melancholie. Versuch einer konstruktiv genetischen Betrachtung der Melancholie, *Der Nervenarzt*, 1928, 3.
Zur Frage der Depersonalisation. Eine Beitrage zur Theorie der Melancholie, *Der Nervenarzt*, 1937, pp. 171 à 178, et pp. 284 à 257.
- LEWIS (A.), Mélancolie. Prognostic study and case material, *J. Ment. Sc.*, 1936, 82, pp. 488 à 588.
- DIGO (R.), *La Mélancolie et l'Électro-choc*, Thèse, Paris, 1947. (Prix LEFEVRE – Académie de Médecine, 1947).
De l'ennui à la Mélancolie. Esquisse d'une structure temporelle des états dépressifs. Prix MOREAU de TOURS, 1942. Travail inédit déposé à la bibliothèque de Ste ANNE.
- DELAY (J.), *Les dérèglements de l'humeur*, Paris, 1946.
- GARMA et RASCOWSKY, (et autres membres de la Société de Psychanalyse de Buenos-Aires), *Psicoanalisis de la Melancolia*, Buenos-Aires, 1948. On trouvera dans cet ouvrage une bibliographie complète des travaux des psychanalystes.
- BLEULER (M.), *Die Depression in der ärztliche allgemeine Praxis*, 2^{me} édition, Bâle, 1948.
- LOPEZ IBOR (J. J.), *La agustia vital*, Madrid, 1950.
- BELLAK (L.), *Manic depressive psychosis and allied conditions*, New-York, 1952.
- WEITBRECHT (H.), Zur Typologie depressiver Psychosen, *Fortschr. Neuro und Psych.*, 1952, pp. 247 à 262.

Étude n° 23

« BOUFFÉES DÉLIRANTES » ET PSYCHOSES HALLUCINATOIRES AIGUËS

20. La classification des M. mentales.
21. Manie.
22. Mélancolie.
23. *Bouffées délirantes*.
24. Confusion.
25. Psychoses périodiques
maniaco-dépressives.
26. Épilepsie.
27. Structure et destruction
de la conscience.

Les « crises », les « états », les « bouffées » de délire qui manifestent dans leur tableau clinique les modifications structurales aiguës ou subaiguës de la conscience morbide sont-elles toutes réductibles soit aux accès maniaco-dépressifs que nous venons d'étudier (Études n° 21 et 22) soit aux états de « délire confuso-onirique » que nous étudierons ultérieurement (Étude n° 24) ? Si l'on répond affirmativement, la présente étude n'a pas d'objet et, dans ce cas, nous ne pourrions que nous réjouir de cette « simplification ». Mais pouvons-nous vraiment dire que les formes pathologiques de la conscience qui en clinique se présentent le plus généralement sous forme de « psychoses hallucinatoires aiguës » sont toutes, soit des crises de manie ou de mélancolie, soit des confusions ? N'y a-t-il pas une masse énorme de faits cliniques qui se situent pour ainsi dire entre ces deux formes typiques, entre ces deux niveaux ?

§ I. — DÉGAGEMENT HISTORIQUE ET NOSOGRAPHIQUE DE CE NIVEAU DE DÉSTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE

Nous avons vu, du point de vue historique, que les notions de « *Paranoïa aiguë* », de « *Bouffées délirantes* », de « *halluzinatorische Wahnsinn* » se sont imposées aux cliniciens avec une telle force que (même quand c'est sous le concept de « *Schizophrenie aiguë* » qu'elles reparaissent dans les écoles modernes) elles témoignent de la nécessité d'interposer entre les crises maniaco-dépressives et les psychoses confusionnelles encore un niveau structural, celui des « psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës ».

Sans doute avons-nous eu l'occasion de remarquer que les psychoses aiguës que nous avons déjà étudiées, sont « peu ou prou » *délirantes* et « *hallucinatoires* » et que

la structure même de la manie comme celle de la mélancolie comporte le délire « statu nascendi »; sans doute reconnâitrons-nous dans l'état confuso-onirique, classiquement appelé précisément « delirium ¹ », une typique « expérience délirante ». Mais si le délire de la crise maniaco-dépressive est pour ainsi dire absorbé par l'exaltation ou la dépression et si le délire onirique disparaît sous la confusion, pour autant, justement, que ces formes intermédiaires de troubles de la conscience ne sont pas classiquement rattachées à un trouble fondamental bien défini, elles restent assez « flottantes » et, somme toute, assez disponibles pour être ici définies comme délirantes et hallucinatoires sans avoir naturellement dans la série des psychoses aiguës l'exclusivité de ces caractères. C'est pourquoi on les a désignées — quand on les a discernées — sous le nom de « Paranoïa aiguë », de « Psychoses hallucinatoires aiguës », de « Bouffées délirantes », car en effet elles représentent non pas les seules, mais les plus typiques « expériences délirantes primaires ».

Sous le nom de « Paranoïa aiguë » ou de « Psychose hallucinoïre aiguë » on a effectivement rangé ² les formes aiguës des délires de persécution, d'influence, de grandeur, etc. dont la structure n'a jamais été, à notre connaissance, bien précisée. De telle sorte que, se contentant de décrire des thèmes délirants, des interprétations, des illusions, des hallucinations, etc. les psychiatres n'ont jamais pu sortir de l'embarras dans lequel les mettait une juxtaposition chaotique des symptômes, faute de ne point apercevoir la structure originale de cette forme de déstructuration de la conscience.

A. — MAGNAN ET SON ÉCOLE.

Cette forme de troubles de la « conscience délirante et hallucinoïre », celle que nous avons en vue ici, nous paraît répondre assez exactement à la notion même de « BOUFFÉES DÉLIRANTES POLYMORPHES » dont le besoin s'est fait sentir dans l'esprit de MAGNAN et de toute l'École psychiatrique française qui y demeure, très justement, attachée. Sous ce nom en effet, MAGNAN avait tenté de dégager une « affection » (en quoi il avait tort) qui doit être plutôt considérée comme une forme structurale typique de niveau de conscience morbide, caractérisée par une *crise de délire* distincte des crises de manie, de mélancolie ou de confusion. « De tels délires dégénératifs avaient, dit HALBERSTADT ³, une parenté avec la confusion mentale et la psychose hallucinoï-

...la notion même de « Bouffées délirantes polymorphes » (MAGNAN, 1889) est caractérisée par une crise de délire distincte des crises de manie, de mélancolie ou de confusion...

1. Pour nous, psychiatres de langue française, ou encore pour ceux de langue espagnole ou italienne, il est facile de saisir la continuité des divers degrés des états « délirants », car nous n'avons qu'un mot (« délire » ou « delirio ») pour désigner l'idée *délirante*, le thème *délirant*, le *délire* aigu ou le *délire* alcoolique. Par contre, dans les pays de langue allemande (Wahn et Delirium) ou de langue anglaise (Delusion et Delirium) la tradition (plus que la science) a introduit une sorte de séparation « contre nature » qui a faussé complètement le problème.

2. Cf. notre Étude n° 20.

3. HALBERSTADT, La Psychose délirante dégénérative aiguë. Une question de doctrine psychiatrique, *Ann. Médico-Psycho.*, 1922, II, p. 102

re aiguë et bien plus encore avec la paranoïa aiguë ». Mais il est bien évident que même si SÉGLAS pouvait écrire à leur sujet : « MAGNAN englobe tous ces cas aigus dans sa folie des dégénérés sous le nom de délires d'emblée et polymorphes », même s'il y a entre toutes ces crises quelque chose de commun qui est une forme univoque de déstructuration de l'activité de la conscience, il est légitime de réserver une place particulière à ces « Bouffées délirantes » entre la manie et la mélancolie et la confusion.

C'est de l'étude strictement clinique que le merveilleux esprit concret de MAGNAN a tiré une conception qui est restée comme un traditionnel modèle d'observation dans la psychiatrie française. Les descriptions, d'ailleurs éparses, de MAGNAN et de ses élèves ont frappé l'imagination de toute une génération d'aliénistes, mais il est peut-être permis de remarquer que nulle part, hors la tradition orale, on ne trouve un exposé systématique et complet de ces fameuses « bouffées délirantes » que la clinique, il est vrai, se charge de nous présenter et rappeler fréquemment. C'est ainsi que pour donner un aperçu aussi fidèle que possible des études de l'« École de l'Admission » sur un des points fondamentaux de son enseignement, nous n'avons guère pu trouver que dans la thèse de LEGRAIN ¹ un exposé clinique assez complet. C'est de lui que nous nous inspirerons (presque textuellement) pour tracer le tableau clinique des bouffées délirantes. Nous y ajouterons quelques traits ou formules puisés dans MAGNAN ², SAURY ³, et SÉRIEUX ⁴.

I. Les dégénérés.

Ce sont des êtres héréditairement tarés entrant soit dans le groupe des arriérés (idiots, imbéciles, débilés) soit des dégénérés supérieurs, ou simples « prédisposés », chez lesquels, à côté de facultés parfois brillantes, se montrent des lacunes de l'intelligence, du sens moral, ou des troubles émotifs. Chez tous, le *déséquilibre mental* est la règle et reconnaît pour cause l'arrêt du développement de telle ou telle faculté, l'hypertrophie de tel ou tel penchant, les imprécisions des sentiments de moralité ainsi que les éclipses de la volonté sans cesse tenue en échec par les impulsions instinctives. Chez eux, la déséquilibration fonctionnelle des divers centres de l'axe cérébro-spinal se manifeste par des caractères communs : l'irrésistibilité des impulsions. De tels êtres sont le produit d'un processus de dégénérescence que (à l'inverse de MOREL) MAGNAN se représentait non comme un état régressif, une « anomalie réversible », mais comme une véritable création d'un type morbide. La dégénérescence est pour MAGNAN l'état pathologique de l'être qui comparativement à ses générations les plus immédiates, est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psycho-physique et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte héréditaire pour la vie. Cet amoindrissement se traduit par des stigmates physiques et psychiques. De tels sujets présentent une pathologie mentale spéciale. C'est une des idées maîtresses et bien connues de MAGNAN que d'opposer à la grande psychose à évolution systématique, à cette sorte de processus évolutif accidentel que représentait, à ses yeux, le « délire chronique » — les psychoses des dégénérés, toujours marquées du sceau de l'intermittence et d'un caractère de « faiblesse congénitale » qui « ne leur permet pas un développement sys-

...MAGNAN englobe tous ces cas aigus [...] sous le nom de délires d'emblée et polymorphes...

...la thèse de LEGRAIN [comporte] un exposé clinique assez complet. C'est de lui que nous nous inspirerons...

1. LEGRAIN, [NdE : Du Délire chez les Dégénérés. Observations prises à l'hôpital Sainte-Anne 1885-1886 (Service de M.Magnan). Paris : Le progrès médical] Thèse, Paris, 1886, pp. 130 à 152.

2. MAGNAN, *Leçons cliniques*, 1887-1889.

3. SAURY, *Étude Clinique sur la Folie Héréditaire*, Paris, 1886.

4. SÉRIEUX, *Bulletin de la Soc. Ment. de Belgique*, 1890-1891.

tématique et progressif ». Par là est mis l'accent sur l'abaissement pathologique du seuil de réactions délirantes chez ces sujets déséquilibrés et tarés. Sans doute les dégénérés peuvent-ils faire un délire systématisé mais ces délires demeurent toujours entravés dans leur développement, stéréotypés, maladroits, non hallucinatoires et peu évolutifs. Par contre, les délires les plus typiques des dégénérés sont les « *Bouffées délirantes* ».

II. Les « *Bouffées délirantes* » ou « *Délires d'emblée* ».

Les dégénérés n'attendent qu'un prétexte pour délirer (établissement des règles, leur suppression, grossesse, accouchement, allaitement, maladies infectieuses, coryza même et le moindre choc moral d'après SÉRIEUX). C'est ainsi que se constitue d'emblée un délire qui a des caractères typiques parfaitement reconnaissables, façon spéciale pour les dégénérés de délirer et « qui n'appartient qu'à eux ». Bien mieux que personne le dégénéré peut échafauder un délire. Ses prédispositions héréditaires le rendent plus accessible aux idées délirantes : le terrain est tout préparé.

La clinique enseigne qu'un nombre considérable de ces délires ont comme caractère essentiel d'apparaître avec une étonnante *brusquerie*, sans préparation. En quelques jours ou quelques heures, des idées délirantes se font jour sans qu'il soit possible quelquefois de les rattacher à quoi que ce soit. Au milieu du calme le plus complet se produit d'emblée une bouffée d'idées délirantes. Dans certains cas il n'est guère que le délire épileptique dont la brusque apparition puisse être comparée à cette explosion de troubles intellectuels. Les idées délirantes jaillissent violemment avec l'instantanéité d'une inspiration, armées pour ainsi dire de toutes pièces. Il n'y a pas de préface au délire. C'est un véritable coup de tonnerre dans un ciel serein.

Toutes les idées délirantes peuvent s'observer dans ces cas. Parfois c'est une idée de persécution, les malades se croient tout à coup l'objet d'une surveillance spéciale, d'un espionnage de la part d'ennemis imaginaires ou de gens qui les environnent. Ils sont encore persécutés par les prêtres, les jésuites, et sont l'objet d'une sourde machination. Très fréquemment, c'est une bouffée de délire ambitieux ; ils ont une mission divine. Ils se croient Dieu ou Jésus-Christ. Ils ont une haute destinée. Ils seront Roi, Empereur ; ils ont une immense fortune. Tous ces délires, tantôt sont exprimés avec un calme et un sang-froid qui témoignent nettement de la conviction des malades, tantôt avec une exaltation enthousiaste quand il s'agit d'idées ambitieuses. D'autres fois, au milieu des occupations journalières, éclate un accès de manie avec un désordre complet dans les paroles, les actes, et des hallucinations multiples. D'autres fois, c'est un délire à forme mystique. D'autres fois encore ce sont des délires impossibles à qualifier et qui sont spéciaux aux dégénérés : ils ne reconnaissent plus leur entourage ; ils s'étonnent quand on les appelle et soutiennent qu'ils n'existent plus. Complet dès le début, ce délire n'évolue pas, il piétine sur place, ne progresse et ne s'accroît pas. Ce délire est toujours peu consistant, sans systématisation, c'est un mélange incohérent et enchevêtré d'idées sans attaches profondes.

Ces délires sont essentiellement passagers. Ils ne tiennent pas la scène pendant bien longtemps. Survenus brusquement, ils disparaissent de même en quelques jours. L'internement produit une réaction bienfaisante. Ce sont, dit encore MAGNAN, des délires sans conséquence, sinon sans lendemain...

Telle est la forme typique de la bouffée délirante, mais il en existe d'autres formes cliniques :

...Les idées délirantes jaillissent violemment [...] C'est un véritable coup de tonnerre dans un ciel serein...

...Ce sont, dit encore MAGNAN, des délires sans conséquence, sinon sans lendemain...

BOUFFÉES DÉLIRANTES

1° LES DÉLIRES EN SÉRIES POLYMORPHES. Le « Délire d'émblée » dit LEGRAIN¹, n'a pas toujours une forme aussi élémentaire. Un aspect clinique souvent observé peut être décrit de la manière suivante :

Un malade entre à l'Asile avec une idée délirante ; quelques jours après une autre apparaît qui efface la première, puis une troisième idée délirante, une quatrième lui succède et ainsi de suite pendant un temps indéterminé. Il se produit donc ici une *série de bouffées délirantes*, autant de délires d'émblée bien différents les uns des autres, sans aucune cohésion. Ces variations que subissent les idées délirantes à très bref délai sont encore un caractère des délires chez les dégénérés. Ce délire est essentiellement protéiforme. C'est une preuve du peu de fondement sur lequel reposent les troubles intellectuels. Profondément déséquilibrés, les dégénérés apportent dans leur manière de délirer ce caractère de leur état mental. Ils sont déséquilibrés, illogiques dans leur délire comme ils le sont normalement. Un malade faible d'esprit présente successivement des idées de persécution, de grandeur, mélancoliques, hypocondriaques, troubles intellectuels qui se succèdent à des intervalles inégaux, qui s'enchevêtrent parfois et qui, dans leur ensemble, constituent un délire polymorphe inextricable.

2° LES BOUFFÉES DÉLIRANTES À TYPE INTERMITTENT. Parfois les délires d'émblée, au lieu de se succéder sans retour à la santé, reparaissent dans la vie de l'individu après des périodes de calme. Le malade délire plusieurs fois dans sa vie, chaque fois son délire fera la même irruption subite au milieu du calme de la vie intellectuelle. Il n'y aura qu'une différence à noter, c'est que le contenu du délire variera dans chaque accès. Cette dissociation est très commune dans la vie des dégénérés. Tel malade interné une première fois pour une manie qui guérira, sera interné plus tard pour un accès de mélancolie. Tel autre interné pour un délire de persécution, présentera quelques années après une bouffée délirante à forme ambitieuse. Quand le médecin se trouve en présence d'un deuxième ou troisième accès de délire survenant chez le même malade, surtout si ces accès présentent une forme différente chaque fois, il pourra conclure qu'une prédisposition héréditaire existe, mais il fera ses réserves en ce qui concerne d'autres accès, surtout si, bien renseigné sur les antécédents héréditaires, il trouve une prédisposition accentuée.

3° DÉLIRE D'EMBLÉE SURVENANT DANS LE COURS D'ÉVOLUTION D'UN DÉLIRE CHRONIQUE. On voit parfois le délire d'émblée éclater comme « syndrome supplémentaire » au cours d'un délire à évolution chronique². Un malade, par exemple, délire depuis plusieurs mois, son délire a une évolution chronique, lorsque, tout à coup, rompant la monotonie de ce dernier, survient une bouffée délirante. Cette bouffée n'a que la valeur d'un incident fugitif qui disparaît comme il est venu et le délire primitif reprend son cours comme si rien n'était arrivé. Plusieurs bouffées successives peuvent ainsi se produire et changer de forme chaque fois durant toute la maladie; elles ne laissent aucune trace derrière elles. En aucune façon il ne faudrait penser à la coexistence multiple de plusieurs délires. Toutes ces effervescences délirantes sont comme autant de bourgeolements éphémères appartenant au même tronc.

— La conception des délires épisodiques de l'école parisienne ne s'est guère développée depuis MAGNAN et ses élèves directs. On trouvera cependant, de 1910 à 1930³,

...Le « Délire d'émblée » dit LEGRAIN, n'a pas toujours une forme aussi élémentaire...

1. LEGRAIN, p. 146.

2. LEGRAIN, p. 138, Ce fait nous le retrouverons plus loin et surtout dans le prochain Tome consacré aux *Psychoses chroniques*.

3. Notamment dans la collection du *Bulletin de la Société de Médecine Mentale*.

quelques observations ou discussions sur ce thème (VIGOUROUX, TRUELLE, COLIN, TRENEL, CAPGRAS, BRIAND). Plus près de nous, TARGOWLA ¹, s'est intéressé à la question et définit le « syndrome psycho-somatique » connu sous le nom de bouffée délirante par la triade suivante : 1° un délire quelconque débutant d'emblée et lié au fond mental, 2° l'intrication et la succession sans ordre de symptômes maniaques, mélancoliques, confuso-oniriques, 3° un état physique précaire et des troubles des fonctions organiques traduisant un état d'intoxication. DUBLINEAU ² a présenté une revue générale et schématique de la question. BENON ³ est revenu, il y a quelques années, sur ce point. Mais il convient de souligner que l'enseignement de MAGNAN étant resté dans cette matière presque uniquement oral, s'est perpétué surtout dans l'école parisienne, les écoles de province sont demeurées longtemps sinon réfractaires, tout au moins plus indifférentes aux idées du Maître de Sainte-Anne. C'est ainsi que le Traité de RÉGIS (de Bordeaux), malgré l'importance qu'il attribue aux « psychoses dégénératives », ne souffle pas un mot des « bouffées délirantes » ⁴.

LEGRAIN a étudié le mécanisme de constitution de ces délires : « Le délire, écrit-il, tout à fait à son origine est représenté par de simples interprétations absurdes, illogiques de faits réels auxquelles les malades attachent leur esprit ; peu à peu le fait primordial ⁵, base de la première interprétation délirante, s'efface de leur souvenir ; reste l'idée délirante qui continue à évoluer seule d'autant plus facilement que le degré d'intelligence du malade est plus inférieur (p. 174)... De l'interprétation délirante au délire vrai il n'y a plus qu'un pas. Peu à peu, dégageant son idée de ses attaches réelles, le malade n'hésite plus, il ne se pose plus de questions, il commence à être convaincu, il s'incorpore littéralement à son délire... Le délire n'est qu'une déviation des facultés déductives et inductives qui poursuivent une fausse piste, un mauvais raisonnement... La genèse du délire, telle que nous venons de l'exposer, explique l'absence si fréquente des hallucinations » (p. 175). C'est en quoi, pour l'École de MAGNAN, le « Délire d'emblée » se distingue du « Délire chronique ». Mais nous allons voir en nous rapportant encore à LEGRAIN, que les choses ne sont pas très claires : « Dans le délire chronique les hallucinations sont essentiellement primitives, tout le délire est bâti sur elles... Chez le dégénéré délirant, lorsque les hallucinations existent, elles se forment tout autrement. Ce sont des symptômes contingents de la maladie mais ils n'en constituent pas la base immuable ; nombre, en effet, de délires chez les dégénérés évoluent sans hallucinations. Lorsqu'on les voit compliquer la scène morbide, elles sont le plus souvent provoquées par le délire lui-même en vertu du mécanisme suivant : tous les centres cérébraux sont dans un état complet d'éréthisme ; le cerveau antérieur élabore des idées délirantes et évoque des images dans le cerveau postérieur. Ainsi l'hallucination trouve sa cause directe dans une série d'idées délirantes qui la

...La genèse du délire, [...] explique l'absence si fréquente des hallucinations »...

...premier projet de thèse d'H. Ey...

1. TARGOWLA (R.), *Encéphale*, 1926. C'est auprès de lui que nous fîmes nos « premiers pas » en psychiatrie et nous nous rappelons encore la malade « Canoine » qui avait fait, un moment l'objet de notre projet de thèse de doctorat et dont l'observation figure dans cet article.

2. J. DUBLINEAU, *Semaine des Hôpitaux*, 1932.

3. BENON, *Journal des Praticiens*, 1936.

4. RÉGIS, *Précis*, (6^{me} Édition 1923, « Dégénérescences avec Psychoses, pp. 503 à 543).

5. Il est curieux de constater combien ce « fait primordial » est dans l'école « mécaniciste » de MAGNAN loin du « fait primordial » de MOREAU (de Tours). Pour LEGRAIN, le fait primordial c'est l'erreur commise comme effet d'une interprétation délirante. Pour MOREAU (de Tours), c'est la condition même de l'erreur de l'interprétation et du délire, la modification structurale de la conscience. La conception intellectualiste et atomistique de l'École de MAGNAN est évidente dans tous les passages que nous allons citer.

font naître et elle se produit comme un véritable réflexe... Prenons un exemple. Une débile très dévote, très affaiblie par un jeûne volontaire dans un but de pénitence, s'est absorbée depuis quelque temps dans des pratiques religieuses exagérées. Tout à coup son esprit s'exalte et elle bâtit un délire à forme mystique avec hallucinations. Elle se rappelle les passages des livres saints où Dieu a parlé aux prophètes, les évoque insensiblement et elle entend Dieu qui lui parle : son attitude est celle de l'hallucinée ; dans sa surexcitation délirante, Dieu lui apparaît comme elle l'a vu représenté sur les images de sainteté, etc... « Voilà, conclut LEGRAIN (p. 142), un exemple de délire d'emblée avec hallucinations comme on en observe souvent. » Ainsi (et c'est la raison pour laquelle nous citons ce passage) si pour l'École de MAGNAN la bouffée délirante n'était pas « hallucinatoire » essentiellement, c'est parce que l'hallucination ne dépendait pas, à ses yeux, du délire... Mais dans ses propres exemples et ses descriptions, le délire est constamment hallucinatoire. Si la présence d'hallucinations a été considérée comme une contingence par l'école de MAGNAN, elle n'en est pas moins signalée à tout bout de champ. C'est ce que nous dit encore HALBERSTADT pour qui la psychose délirante dégénérative aiguë est caractérisée « par le développement rapide d'un délire plus ou moins cohérent, souvent instable, variable et superficiel... En dehors des interprétations morbides et des *hallucinations*, on peut trouver à la base de ce délire un élément imaginaire » (p. 115). Autrement dit, malgré les artifices de la description de l'école de MAGNAN, la « bouffée délirante » est au centre même de l'ensemble des psychoses hallucinatoires aiguës, elle est une « bouffée délirante et hallucinatoire ».

...malgré les artifices de la description de l'école de Magnan, la « bouffée délirante » est au centre même de l'ensemble des psychoses hallucinatoires aiguës...

B.— LES « EXPÉRIENCES DÉLIRANTES PRIMAIRES » DE JASPERS.

Si le « niveau de troubles » qui fait l'objet de la présente étude paraît donc correspondre à l'esprit sinon à la lettre de l'École française classique et notamment à la fameuse « bouffée délirante » (tout à la fois *délirante et hallucinatoire*, répétons-le, essentiellement polymorphe dans ses thèmes et ses mécanismes), nous devons maintenant nous demander si la notion même d'« EXPÉRIENCE DÉLIRANTE PRIMAIRE » telle que nous la rencontrons dans l'œuvre de K. JASPERS ne s'applique pas — non point certes exclusivement, mais plutôt comme à son objet privilégié — à cette forme de la déstructuration de la conscience.

Sans doute pourrions-nous ici renvoyer encore ¹ aux magnifiques analyses de MOREAU (de TOURS) sur le « *fait primordial* » considéré par lui comme une forme de « conscience imageante » dont le vécu, tout à la fois incoercible, intense et énigmatique, constitue l'expérience originale et originelle du délire. Mais c'est à la psychopathologie de K. JASPERS ² plus proche de nous, que nous allons nous adresser pour montrer comment la notion d'« *expérience délirante primaire* » et celle de « *conscience délirante et hallucinatoire aiguë* » se recoupent presque nécessairement.

Ce sont, dit JASPERS, les données vécues (Erlebnisse) du délire, c'est-à-dire les phénomènes premiers, les expériences proprement dites du délire qui constituent la base originelle de ces « *Wahnideen* ». Elles sont donc tout près de ces autres « faits premiers »

1. Cf. Étude, n° 8.

2. Nous citons ici d'après la traduction française de la 3^{me} Édition allemande (Paris, 1928). [NdE : Trad Rééd. in Karl JASPERS : *Psychopathologie générale*, 2000 : Paris : Claude Tchou.]

... « Il y a quelque chose, dis-moi ce qu'il y a. Je ne sais pas quoi, mais il y a quelque chose » [...] *Tout prend une signification nouvelle [...] le vivant est changé là, maintenant...* (JASPERS)

que sont les expériences hallucinatoires (p. 83). Elles ont la même actualité, la même vivacité, le même caractère de contrainte et de corporéité¹. Elles sont aussi pour nous foncièrement impénétrables (pp. 86-87) en tant que formes du vécu irréductibles à nos expériences normales de la vie psychique. « Il y a quelque chose, dis-moi ce qu'il y a. Je ne sais pas quoi, mais il y a *quelque chose* ». Telle en est la formule la plus vague, la plus générale et la plus intense. Tout prend une signification nouvelle, le vivant est changé et non point comme projeté dans l'avenir ou le passé (comme nous l'avons vu pour la conscience maniaque ou mélancolique) mais il est changé *là, maintenant*. Ces expériences délirantes primaires, JASPERS les classe en *perceptions délirantes, représentations délirantes et intuitions délirantes* (Bewusstheiten), ce qui est loin de constituer un progrès par rapport aux analyses symptomatiques des écoles classiques ! Mais l'intérêt de la description n'est pas dans cette classification plus ou moins artificielle. En parlant de perception délirante (pp. 88 à 91) il souligne l'importance absolument primordiale du « significatif pathologique » qui « colle » aux choses et les enduit de leurs qualités dramatiques intenses. (Ici naturellement les propos de malades que rapporte JASPERS renvoient — peut-être comme à leur écho — à la Nausée de SARTRE). A propos des fabulations soudaines, des idées subites, il souligne (comme de CLÉRAMBAULT) leur caractère irruptif, massif et incoercible. C'est surtout l'analyse des « Bewusstheiten » délirantes qui est intéressante. Il signale lui-même à leur propos (p. 92) qu'elles « apparaissent souvent dans les psychoses aiguës, riches en événements ». « A côté, ajoute-t-il, de l'expérience sensible des contenus illusoirs, hallucinatoires ou pseudo-hallucinatoires, il y a une sorte d'expérience où la plénitude des sensations n'est pas essentiellement modifiée. A l'idée comme à la perception se lie une signification spéciale ». Il pense encore que ces expériences délirantes primaires, quand elles ne sont pas systématisées, ou élaborées en états chroniques « sous forme non systématique et confuse », se trouvent dans les états aigus (p. 93). Si JASPERS indique (p. 144) que les « vraies » hallucinations et les « vrais » délires exigent une conscience claire, la plupart de ses descriptions et surtout les exemples cliniques dont il émaille son ouvrage montrent que pour lui, comme pour MOREAU (de TOURS), l'expérience délirante primaire est, sous son aspect le plus authentique, représentée par le vécu des psychoses délirantes aiguës et à propos des troubles de la conscience de Soi (pp. 100 à 107) comme pour la dépersonnalisation, le dédoublement de la personnalité et le sentiment de métamorphose, il renvoie, comme MOREAU (de TOURS), au hachisch.

La notion d' « *expérience délirante primaire* » nous paraît donc là encore impossible à séparer de l'*expérience délirante hallucinatoire*. Il nous paraît évident que, entre les expériences délirantes et hallucinatoires « virtuelles » de la Manie et de la Mélancolie² et la submersion par le monde chaotique des images des états confusoiriques³, il y a précisément un niveau intermédiaire essentiellement *hallucinatoire*

1. Nous touchons ici et pour la première fois dans cette *Étude* à ce qui va en être le leit-motiv. Entre le monde indéfiniment ouvert ou fermé des crises de manie et de mélancolie et le déroulement tumultueux et chaotique en vase clos du délire confusoirique, la conscience morbide étudiée ici est celle d'un monde encore monde, mais hallucinatoire et artificiel.

2. Niveau où la conscience altérée seulement dans sa structure temporelle éthique est trop vigilante pour être hallucinée.

3. Niveau où la conscience a tellement chaviré dans l'imaginaire que les contrastes réel-imaginaire et sujet-objet ne sont plus possibles et où la conscience est trop troublée pour être hallucinée.

de la déstructuration de la conscience. C'est celui dont nous nous proposons de dégager la structure, jusqu'ici confondue avec les crises de manie et de mélancolie ou absorbée purement et simplement dans le delirium confuso-onirique.

Enfin, si les troubles que nous nous proposons d'étudier nous paraissent avoir déjà fait l'objet des observations et analyses de l'École de MAGNAN, de MOREAU (de Tours) et de JASPERS, nous devons ajouter qu'ils ont été admirablement étudiés au degré inférieur de ce niveau par MAYER-GROSS sous le nom de *formes oniroïdes de vécu* et nous exposerons longuement plus loin son ouvrage (1922). Cette notion recoupe jusqu'à un certain point la notion française d'onirisme, mais jusqu'à un certain point seulement car le fond de l'état oniroïde n'est pas la confusion, c'est seulement un état crépusculaire de la conscience.

Ainsi, du point de vue historique, nous voyons clairement posé le problème : beaucoup de psychiatres ont cherché à interposer entre la manie et la mélancolie, d'une part, et les états confusionnels, d'autre part, une couche de troubles appelés parfois hyponoïdes (KRETSCHMER) et que nous pouvons étudier sous le nom de « *Bouffées délirantes et hallucinatoires* », caractérisés essentiellement par des expériences de dépersonnalisation — de dédoublement hallucinatoire — et de vécu oniroïde.

§ II. — ÉTUDE CLINIQUE DES BOUFFÉES DÉLIRANTES ET HALLUCINATOIRES

(Dépersonnalisation — Conscience hallucinante — Conscience oniroïde)

Comme les crises de manie et de mélancolie, ce type de « crise » ou ce « syndrome épisodique » survient généralement chez des « prédisposés » dont les antécédents héréditaires familiaux sont souvent « chargés ». Le niveau intellectuel des malades ne joue pas un grand rôle et on peut voir la psychose éclater chez des arriérés aussi bien que chez des personnes d'intelligence supérieure. Il semble toutefois que ce soit plutôt chez des personnalités délicates et même parfois de culture raffinée que l'on observe non seulement la plus grande richesse d'intuitions et de vécus délirants ou de nuances hallucinatoires (comme en témoignent généralement les auto-observations, les « pathographies » de ces patients), mais aussi la plus grande fréquence de ces « bouffées » ; on trouve dans les antécédents de ces malades assez souvent des tendances névropathiques, hystériques, un tempérament sensitif, des dispositions schizoïdes de caractère, une forte arriération affective, des tendances imaginatives qui semblent constituer des conditions très favorables à l'éclosion de ces expériences délirantes et hallucinatoires. De même, au point de vue biotypologique, les types asthéo-longilignes ou dyspla-

... Le niveau intellectuel des malades ne joue pas un grand rôle...

siques prédominant ¹. Somme toute on comprend que d'une part MAGNAN ait décrit ses « bouffées délirantes » chez les « dégénérés » et que d'autre part on ait souvent tendance à faire entrer ces troubles dans le cadre des « schizophrénies aiguës... » car, comme nous le verrons, elles ont souvent, en effet, tendance à s'organiser en forme d'existence schizophrénique (formes épisodiques ou cycliques sur fond schizoïde).

Nous allons d'abord exposer très brièvement quelques observations choisies presque pour leur banalité. Nous nous imprénerons mieux ainsi de la substance clinique qui doit passer dans nos descriptions et dans nos analyses. Disons de suite que ces observations sont caractérisées par leur début *d'emblée*, le *polymorphisme* de la symptomatologie et les caractères typiques de la *conscience délirante et hallucinante* en tant qu'elle projette et actualise dans les champs perceptifs l'imaginaire immédiatement vécu comme un événement du monde mais d'un monde dont s'effacent les limites entre l'univers externe et la réalité somatopsychique subjective jusqu'à les confondre dans l'état crépusculaire de la conscience.

On comprend qu'au regard d'une Psychiatrie classique qui considérait l'hallucination comme un phénomène sensoriel isolé, cette structure de conscience soit passée presque inaperçue ou ait été dispersée aux quatre coins de la nosographie (en partie dans les psychoses hallucinatoires ou délires chroniques, dans la schizophrénie, parfois dans la paranoïa et la psychose maniaco-dépressive, le plus souvent dans les formes délirantes et hallucinatoires « atypiques », etc...). On comprend aussi que l'étude des psychoses aiguës ou épisodiques ait presque toujours adopté précisément une classification des phénomènes en fonction du symptôme réputé fondamental, celui de l'hallucination : d'où les « formes hallucinatoires » opposées (ou apparentées) aux formes « interprétatives », « imaginatives », « pseudo hallucinatoires », etc. — d'où aussi les formes isolées selon le champ perceptif intéressé (hallucinations psychosensorielles, auditives, visuelles — hallucinations psychiques et psychomotrices — syndrome d'influence et d'automatisme mental — hallucinations et illusions cénesthésiques — dépersonnalisation, etc.).

A.— OBSERVATIONS.

Le coup d'œil que nous allons d'abord jeter sur quelques observations suffira pour nous faire sentir la nécessité d'engager l'étude clinique dans des perspectives moins artificielles. Nous allons donc exposer quelques cas destinés à nous montrer : — 1° que certaines crises délirantes et hallucinatoires existent en clinique qui ne se confondent ni avec les états maniaco-dépressifs typiques, ni avec les états confuso-oniriques

1. Sans doute les « psychoses épisodiques » ont-elles souvent des affinités avec le tempérament « cycloïde », mais ces « dispositions cyclothymiques » ont été souvent un peu exagérées par les auteurs qui ont le souci de séparer radicalement ces troubles de l'évolution schizophrénique.

...ces observations sont caractérisées par leur début d'emblée, le polymorphisme de la symptomatologie et les caractères typiques de la conscience délirante et hallucinante...

typiques¹ – 2° que ces crises sont d'un niveau inférieur aux états maniaco-dépressifs en ce sens qu'elles impliquent la structure maniaco-dépressive dans le tableau clinique, mais que cette structure est noyée dans un ensemble de troubles plus profonds de la déstructuration de la conscience².

Le choix de telles observations de « psychoses aiguës » est difficile pour la raison que nous allons exposer. En effet comme nous avons en vue ici un niveau de dissolution typique par lequel passent les psychoses aiguës, mais que les psychoses chroniques (comme nous le verrons ultérieurement) traversent non seulement *aussi* mais *souvent*, il nous faut chercher des exemples qui permettent un recul de plusieurs années. Les observations cliniques datant d'une dizaine d'années sont généralement à exclure aussi parce que les traitements de choc en bouleversent, depuis lors, l'évolution spontanée. Force est donc de recourir à de vieilles observations et chacun sait qu'il n'est pas facile non pas de s'y rapporter certes, mais de pouvoir les compléter par des renseignements catamnétiques qui, pour être significatifs, doivent couvrir précisément 5 ou 10 ans.

Les trois exemples que nous avons ainsi choisis parmi notre matériel clinique pour avoir été l'objet de nos propres et personnelles observations, vont donc illustrer la possibilité pour certaines psychoses aiguës de se constituer en type de « *bouffées délirantes et hallucinatoires* », à mi-chemin de la manie-mélancolie et de la confusion. Les accès que nous allons décrire ont été vraiment des *accès*, des psychoses aiguës, quelle qu'ait été, on va le voir, l'évolution ultérieure assez diverse de ces crises.

...observations personnelles... H.E.

I. *Bouffée délirante sur fond d'excitation maniaque.* M^{lle} Andrée R.

Née en 1905. Pas d'antécédents familiaux connus. Biotype pycnique. Caractère exalté. Développement intellectuel très au-dessus de la moyenne. Sociabilité. Esprit d'initiative et d'entreprise. A séjourné en Angleterre. Secrétaire active, enjouée, sérieuse, vivant avec sa mère. A l'âge de 26 ans (février 1932) est placée à l'hôpital Henri Rousselle où elle fut internée avec le diagnostic de « *démence précoce* » probablement à cause du délire hallucinatoire et du syndrome d'influence qui occupaient le premier plan du tableau clinique. Le certificat note en effet : Inactivité progressive, idées de persécution. Elle est envoûtée, une volonté essaie de lui suggérer des idées et des actes. On veut la filmer, il y a des tuyaux de « *gaz émanatoires* ». C'est une sorcellerie, une magie noire. On veut la faire devenir folle, lui imposer une folie sexuelle, on veut faire d'elle une espionne chimérique. Elle est tuée moralement, elle a un corps sans âme. Impulsions, violences. Tentative de suicide. Refus d'aliments par crainte d'empoisonnement... Elle fut placée à la Clinique du Pr. CLAUDE OÙ nous la soignâmes avec le Dr. MIGAULT. Un autre certificat mentionne à son entrée également : *Psychose paranoïde avec énonciation et commentaire des actes. Prise de la pensée. Sorcellerie, etc...*

1. Fait qu'exprime la loi de l'originalité structurale des niveaux de dissolution.

2. Fait qu'exprime la loi de la hiérarchie structurale des niveaux de dissolution : tout niveau (b) est dit inférieur par rapport à un autre (a) quand son tableau clinique comporte celui-ci (a) mais y ajoute ses troubles propres (b).

Les troubles avaient éclaté en février, quelques jours avant l'internement. Elle avait eu quelques ennuis professionnels (ne se plaisant pas dans ses places en raison « de la légèreté de mœurs des patrons et des employés ») et elle avait eu une liaison sentimentale avec un officier anglais. La veille du jour où elle tomba malade, elle avait reçu un télégramme où il était question de « surprise party » (la matérialité du fait a été établie). Elle s'est emportée, a eu une crise d'excitation au cours de laquelle elle se demandait si elle devait se marier ou prendre un amant. D'où altercation avec sa mère et crise d'agitation.

Pendant toute la durée de son hospitalisation, elle se montra agitée, logorrhéique, avec une grande fuite des idées. Mais cet aspect maniaque était submergé par une activité délirante et hallucinatoire qui la séparait du monde extérieur. Le contact avec elle ne fut pas possible pendant les premiers temps de l'observation. Son état mental n'était pas celui d'une manie franche et typique, mais d'une « manie confuse et hallucinatoire ». Ce qui frappait le plus, c'est qu'il s'agissait d'une sorte d'onirisme qui touchait par moments, rarement d'ailleurs, à la confusion, mais qui, le plus souvent, était plus intuitif et « représenté » que perceptivement vécu. Toute la psychose dans la majeure partie de son évolution est restée dans une demi-teinte « oniroïde », avec une forte dramatisation de l'ambiance et des situations internes ou externes. Elle se complaisait d'ailleurs (elle l'a dit) dans un état qui l'éloignait de la réalité désagréable. Un autre caractère de la psychose était représenté par sa forte structure affective : elle baignait littéralement dans un monde de fantasmes sexuels où il est facile de reconnaître comme composante fondamentale un complexe d'homosexualité.

Après une période de trois mois durant lesquels le tableau clinique était très polymorphe et sans cesse oscillant, elle s'est calmée et elle est sortie complètement guérie en juin 1932.

Voici le récit qu'elle a fait, soit oralement, soit par écrit de cette expérience délirante et hallucinatoire :

« Je n'ai jamais été absolument normale, j'ai toujours été très nerveuse. Je me sentais très déprimée depuis onze mois. J'étais allée à Madrid (février 1931) comme secrétaire d'un banquier. Je suis devenue la secrétaire de ce monsieur qui était très grincheux. Certains excès de nourriture et de boisson (dîners au Champagne). J'étais très contente, j'y suis restée huit jours. Rentrée le 1^{er} mars 1931, j'étais très déprimée, découragée, j'avais eu des ennuis... Il y avait un triste individu avec nous, c'était un avocat conseil qui occupait un appartement au Ritz. Je suis entrée dans son bureau, la porte de sa chambre s'est ouverte, il est entré nu comme un ver et je me suis sauvée. Une fois avant déjà il m'avait fait le coup. J'étais dégoûtée. J'étais tellement révoltée que je n'ai pas voulu travailler pour lui. Cet incident a eu comme résultat la rupture de pourparlers commerciaux. J'ai refusé de partir à Paris en même temps que cet individu. Rentrée à Paris, nouveaux ennuis avec mon patron qui m'avait remplacée pendant mon absence. Crise de foie (Restée alitée pendant plusieurs jours). On m'a proposé une nouvelle situation Avenue Georges V, où j'ai travaillé jusqu'en février 32. J'étais dans un entourage extrêmement antipathique. C'étaient des Américains. Il y avait des Américaines impossibles. J'étais littéralement surmenée. Elles avaient, paraît-il, des mœurs spéciales. Toutes les femmes étaient les maîtresses du patron. Le mien me faisait écrire ses lettres d'amour en français. Je crois bien que c'était à moi qu'il s'adressait. Vers le mois d'août, j'ai fait la connaissance d'une autre secrétaire, M^{lle} L. qui m'a amenée dans des milieux de Montmartre. Elle était amoureuse du directeur et elle n'osait pas lui résister. Elle en avait peur... comme moi. Il prenait des poses de Don Juan. Ça devait être un

... le tableau clinique était très polymorphe et sans cesse oscillant...

homme dangereux à bien des égards. Il me reprochait mon allure un peu masculine... J'ai eu tous ces temps derniers une seule aventure. J'avais fait la connaissance d'un officier anglais très épris de moi. J'étais également éprise de lui. Je me suis demandé s'il n'émargeait pas aux Affaires Étrangères. Des raisons sociales interdisaient de nous marier. Il m'a demandé de vivre maritalement avec lui ; je lui ai répondu que je ne pouvais pas le faire à cause de ma mère. Il était dans une situation de fortune trouble... Entre temps j'ai revu le baron de C, secrétaire également de la maison où j'étais. Il a 37 ans également. Il me poursuivait de ses assiduités et j'ai fini par lui promettre de devenir sa femme dans six mois. Il m'a fait signer un papier dans lequel je l'autorisais à me servir de « frère aîné ». Il estimait que je vivais dans un milieu louche. C'était en février 1932... Je n'avais plus de nouvelles de Londres, de l'officier anglais que je connaissais, jusqu'au jour où je suis tombée malade. Ce jour-là j'ai reçu un télégramme « Ne vous inquiétez pas. Surprise Party. Jeudi 8, signé : Maurice ». Le baron de C. était un personnage assez étrange, je me suis demandé si ce n'était pas lui qui m'avait fait envoyer ce télégramme. Ma mère a tenu à s'en assurer, il a répondu catégoriquement qu'il n'en était rien. Lors de cette entrevue, il aurait également dit à ma mère qu'il ne voulait pas de moi, ni de la main droite, ni de la main gauche.

Ce jour-là, je m'étais emportée avec ma mère comme jamais encore. Je me demandais si je devais me marier ou prendre un amant. Ma mère a été révoltée. Entre temps ma mère a eu une crise de nerfs, elle me suppliait d'être raisonnable. Avec le Docteur qui me soignait, on a décidé de m'amener chez le Dr. TOULOUSE. A partir de ce moment-là, j'ai passé une journée horrible (avant mon arrivée à Henri Rousselle).

La nuit après j'ai cru entendre dans l'appartement en dessous des airs russes « les Bateliers de la Volga », « le Coq d'or... ». J'ai entendu des bruits de cailloux contre la fenêtre de ma chambre. « Allo ! Andrée, nous sommes là ! ». J'ai cru que c'était la surprise party annoncée dans le télégramme... mon cerveau très fatigué travaillait à toute vitesse...

...« mon cerveau très fatigué travaillait à toute vitesse »...

Quand je suis arrivée chez le Dr. TOULOUSE, le chauffeur m'a dit que le Dr. TOULOUSE était chef de l'espionnage (Récit de tous les détails de son entrée : détails infimes, très circonstanciés).

J'ai eu l'impression qu'on se servait de moi, « Oh ! la bonne prise ! la belle prise !. » Je me demandais si c'était une raflé... Moi je déteste les milieux de Montparnasse, mais le soir de Noël une amie a insisté, nous sommes allées à la Coupole, à l'Atlantide... Je me suis laissé inviter. J'avais l'impression que mes danseurs s'incrustaient absolument en moi. J'en ai repoussé un au milieu de la danse. Je fréquentais quelques gens de Montparnasse. Durant ce mois fatidique de décembre, j'y allais souvent. Je prenais des apéritifs ; un « teddy » s'était amouraché de moi et il me tutoyait en dansant, me donnait des rendez-vous. Alors quand je vins ainsi chez le Dr. TOULOUSE, je me suis demandé si ce « teddy » ne voulait pas m'enrôler dans une bande. A Henri Rousselle j'ai ruminé que le général C, ami de mon père, était un espion. J'ai même cru le voir dans mes hallucinations.

Pendant 3 jours chez le Dr. TOULOUSE je n'ai pas eu l'impression de perdre conscience. J'ai eu l'impression de parler tout un jour l'anglais. Quand on m'a fait la P. L. j'avais l'impression qu'on m'inoculait la syphilis. J'avais l'impression que je voyais des taches de sang, du sang d'un autre malade. J'avais peur d'attraper une maladie contagieuse. Je ne dormais pas. Je croyais entendre des prières en hébreu. J'ai cru qu'on voulait m'associer à ces prières. Alors j'ai chanté des bribes de cantiques qui me revenaient. Je suis restée longtemps les bras en croix... Il me semblait que ça me soulageait. J'entendais une rumeur... Par les bouches de chaleur je sentais comme des

souffles... Je souffrais beaucoup de la tête... Je me suis mise entièrement nue. J'ai remarqué que le drap avait l'air propre et je me suis enveloppée dedans. Tous les gens qui m'approchaient je les trouvais d'une laideur épouvantable. Je croyais reconnaître tout le monde. Était-ce le jour ou la nuit, je n'en sais rien. J'avais l'impression qu'on voulait me rendre folle. Un jour, une anglaise m'avait traitée d'hystérique au troisième degré, ça m'avait frappée. Un étudiant en médecine a dit à ma mère : « Je veux bien épouser Andrée si ça doit la guérir ! »

Quand je suis arrivée ici (à la clinique) on m'a mise « à l'isolement ¹ ». J'ai cru que vous étiez M. André Witchy, le père d'une de mes meilleures amies. Vous ressemblez à mon père.

Impression d'être dans un milieu de prostituées. Naturellement j'avais lu certains livres d'Anquetil, etc... Là, j'ai entendu en rêve (je n'en sais rien) des précisions. Est-ce qu'elles étaient anormales ? Plusieurs m'ont demandé de coucher avec elles ? Elles me tendaient les bras et m'appelaient. Ensuite ça s'est précisé. Il me semblait qu'un lit était occupé par un jeune docteur qui avait le regard magnétique. Il faisait comme des signaux avec le bras. Elles sont venues auprès de moi, auprès de mon lit. Elles parlaient en plusieurs langues. Des infirmières prenaient des notes et me faisaient signe de ne pas avoir peur. Tous les gens qui passaient disaient « quelle bonne prise ». J'avais lu un article sur les kleptomanes. Il me semblait qu'on voulait me faire participer à cette opération. Des femmes me paraissaient tatouées sur leurs seins. Le volume de leurs seins me paraissait varier. Quand je ferme les yeux, je vois souvent comme des cercles jaunes et j'avais cela devant les yeux. J'ai pu faire d'étranges associations d'idées. Ponction lombaire — nitrate d'argent — bouton — manger — boire. Tout cela avait une signification érotique. Je pensais qu'on allait inoculer soit une maladie soit une substance pour savoir si par exemple je n'avais pas de relations avec les femmes. Toutes parlaient de leur chien avec des termes ignobles... J'ai été longtemps poursuivie par des femmes anormales.

Franc-maçonnerie. Espionnage. Je sentais que je servais d'instrument dans un but que je n'arrivais pas à comprendre. J'avais pensé que le baron de C. était un agent plus ou moins direct d'une organisation, peut-être de la Franc-maçonnerie. En Angleterre j'avais entendu beaucoup parler de la Franc-maçonnerie. J'ai pensé qu'on voulait se débarrasser de moi pour me soustraire à l'influence directe de ma mère. Le baron de C. voulait me faire entrer comme lui-même dans le cabinet de M. Tardieu. Les gens qui occupaient des lits dans la salle me paraissaient faire des signes suspects. Je me suis aperçue depuis que vous faisiez souvent ces signes-là vous autres médecins...

J'avais l'impression que l'on faisait le jour et la nuit comme on voulait. J'ai cru qu'on voulait me faire dire des secrets que j'avais pu surprendre dans mon métier. Il me semblait qu'on voulait me les faire divulguer.

Hallucinations visuelles et auditives. Il me semblait qu'ils défilaient devant le mur. C'étaient tous les membres de ma famille. Je trouvais tout cela très naturel. Je me sentais très affaiblie. J'entendais mon père me parler très distinctement « triple buse ! » comme s'il était dans la chambre à côté. En même temps je voyais sa photographie très floue. Je me voyais toute petite en train de prendre une répétition de mathématiques. Ça m'était agréable. Il me semblait que je vivais cette scène. Ça m'était très agréable de pouvoir m'extérioriser à côté des déments qui faisaient tant de bruit. Je croyais voir

1. A ce moment-là elle déclarait qu'elle ne savait pas où elle était « Tantôt je crois être à Agadir, tantôt à Trafalgar, tantôt à Rabat. D'autres jours, j'ai l'impression d'être à Paris, à Fontainebleau, à Nevers ». Son orientation dans le temps était, par contre, assez correcte.

aussi mon docteur ordinaire. Je l'ai vu *en fasciste*... je l'avais vu en effet avec un foulard noir. Je voyais une série de scènes, des photographies. C'était bien plus flou qu'au cinéma. C'était comme un livre d'images... C'était un peu grisaille... Je ne voyais qu'un buste, mon père, le Dr. X. D'autres avaient l'air très mystérieux. Elles ne se liaient pas à des paroles... Moi je leur parlais... Il me semblait que je devais leur parler... Je préférais leur parler et voir tout ça que les voix des autres malades. Un journaliste que je connais assez mal me disait « je suis avec toi, mon ange, pense à moi ». Cette voix avait quelque chose d'artificiel. Elle était affaiblie, j'étais persuadée que la personne n'était pas là. Je m'amusais à parler toute seule. Je faisais les demandes et les réponses. Depuis longtemps je pense plus facilement en anglais, j'arrive plus facilement à m'exprimer en anglais qu'en français. Je trouvais que tout le monde avait l'air pédant, qu'ils parlaient bizarrement. Il me semblait que tout cela était une sorte de reconstitution judiciaire. Je m'amusais... J'avais envie qu'on me rafraîchisse avec un tonique, un produit de beauté... et j'ai éprouvé immédiatement cette sensation. Je rêve très peu, mais quand je rêve, je rêve de serpents ou de corps gras, de tout ce qui est répugnant. Ça me fait frissonner. Je le sens sur ma peau. Je voyais des images de serpents. Je voyais que ce n'était pas vrai, ils étaient seulement en images.

*Impressions « bizarres »*¹. Au bout de 2 ou 3 heures, je trouvais que mes fesses étaient brûlées. J'avais l'impression que j'étais assise sur une toile cirée collée à ma peau. Ça me faisait comme un cataplasme. J'avais l'impression que c'était une expérience. Je n'y comprenais absolument rien. Je pensais qu'on voulait se servir de moi comme médium. J'avais l'impression que peut-être on m'avait influencée de façon à ne dire que des choses agréables à celui qui m'influçait. Je sentais que mon cerveau se troublait. Je m'amusais parfois à me dire des choses agréables ou que je pensais devoir être agréables aux docteurs qui m'étaient sympathiques. Je pensais qu'on voulait faire des expériences sur moi. J'avais comme la tête serrée. La veine de la tempe se gonflait. J'ai senti une douleur violente dans la nuque. Je voulais réagir. Ma tête était bouillante.

Étrangeté et dramatisation du Monde extérieur. J'avais l'impression que mon lit était sale... Je me suis aperçue qu'il y avait une bouche de chaleur. Il me semblait qu'on me faisait monter des odeurs... Je trouvais tout étrange. Je m'imaginai que les gestes ordinaires avaient une signification. Ensuite je croyais reconnaître (mais au bout de deux ou trois jours, quand j'étais très affaiblie) des gens que je connais dans la personne des infirmières et des docteurs. Il me semblait qu'on m'accordait une dernière grâce de revoir tout le monde. J'ai pensé que c'était là la véritable « surprise party ». Je croyais que tout était artificiel. Tout me paraissait très long. Il me semble que j'ai vécu pendant trois jours plus intensément que pendant six mois. C'était comme des sketches, des scènes de revue. Je trouvais cela extrêmement pénible. J'avais une mémoire formidable. Mon corps me paraissait très affaibli et mes facultés me paraissaient décuplées. »

A la fin de son séjour, quand l'effervescence délirante est tombée, quand cette « expérience délirante » vécue dans la terreur et la satisfaction de ses propres fantasmes (de ses besoins libidinaux tout à la fois projetés dans un monde menaçant et assouvis dans l'exaltation érotique de son « rêve ») a fait place à la réalité ordonnée

1. Elle avait, au cours de la psychose, accusé des impressions bizarres et de dépersonnalisation : « Mes mains ont allongé. Il me semble que je suis plusieurs. J'ai l'impression d'être une femme en couches. »

du monde des objets et des personnes, quand tout est revenu « à sa place », Andrée écrit : « Je peux vous affirmer que j'ai atrocement souffert moralement pendant ces trois journées » (elle parle des trois jours du début de la psychose). « Ces trois journées que je n'appellerai jamais les « trois glorieuses » ...Après tout j'aime trop la vie pour finir ainsi. Je n'oublie pas que je suis la fille d'un soldat de carrière, un héros, je peux le dire, et d'une maman tendre à l'excès dont je suis malheureusement la joie et le désespoir tout à la fois. Maintenant je me sens beaucoup mieux mais je ne vous dissimule pas que je suis sous le coup d'un terrible ébranlement nerveux. C'est presque contre tous mes principes que je me résigne à une pénible inaction pendant plusieurs mois encore afin de tâcher de devenir une femme raisonnable et pondérée et non pas le garçon manqué que j'ai toujours été... » (11 mai, 1932).

Nous l'avons revue récemment (1953), après avoir eu de temps en temps de ses nouvelles après sa sortie. Son existence a été celle d'une célibataire en conflit presque constant avec sa vieille mère avec qui elle vit en continuelles disputes. Elle est depuis plusieurs années secrétaire dans une grande maison de parfumerie. En 1952, 20 ans après l'accès dont nous venons de rapporter l'observation, elle a été à nouveau hospitalisée à la Clinique pour un « accès maniaque » franc d'une durée d'un mois. Elle même distingue très nettement ces deux « crises » en disant qu'elle a été beaucoup plus troublée lors de la première et en expliquant que la seconde n'a été qu'une « crise d'exaspération » contre sa mère. Elle a gardé un souvenir extrêmement précis de l'événement délirant qu'elle a vécu *il y a plus de vingt ans*.

II. *Bouffée délirante sur fond de mélancolie anxieuse. Mme G. M.*

Née en 1907. Grand-mère paternelle internée à deux reprises (une première fois en 1919 à 54 ans puis en 1920 jusqu'en 1933 pour « alcoolisme chronique » avec délire de persécution et méconnaissance systématique à la mort de ses deux fils. Le délire s'est estompé au bout de quelques années et la malade est sortie à 67 ans pour être placée dans un hospice). Elle-même, de type à prédominance pycnique, de caractère peu équilibré, était employée des P.T.T. Elle s'est mariée en 1928, a eu une petite fille et a accouché en juin 1934 à nouveau.

Brusquement *pendant la lactation*, elle présenta, en décembre 1934, une crise de mélancolie anxieuse avec idées et tentatives de suicide. Elle se montra dès l'entrée très angoissée (brusquement elle demanda un revolver puis une boulette pour empoisonner son chien). Elle refusait de s'alimenter, se montrait impulsive et agressive. Nous notons dans le certificat de quinzaine : « État oniroïde anxieux. Subconfusion. Construction délirante avec transformation de l'ambiance. Impression de mort imminente (on va la tuer, elle est environnée de feu, on prépare des supplices). Automatismes. Semi-mutisme. Idéation brusque. Contradictions et étrangeté ». Elle fut soumise à une pyréthérapie soufrée. La menstruation se rétablit régulièrement.

Voici quel était l'essentiel du tableau clinique entre le 20 et le 25 janvier 1935 :

20 janvier 35. Pendant la visite, elle s'écrie « Regardez la jambe du Christ. Il a une jambe toute noire. C'est une faute » (Elle dessine le Christ sur notre demande). Effectivement de sa place les deux jambes croisées d'un Christ cloué au mur « font illusion ». Cette « Gestaltisation » dramatique de la perception est la teinte dominante de ses expériences psychiques. La conscience est « prise » aux illusions d'un drame mystico-cosmique dont elle se sent responsable.

Le 22 janvier 55 on note ses propos au cours d'un long examen : « Je m'appelle

Andrée. Mon saint Patron qu'est-ce qu'il a eu comme supplice ? Attendez ! As-tu vu la Croix de saint André... Maintenant je n'y ai plus droit. Non je ne crois pas y avoir droit... Saint Christophe ? Où est mon mari ? Les heures pour moi sont brouillées... d'ailleurs la pendule est arrêtée... Il est moins vingt... Les arbres ne veulent pas reverdir, ils sont tout noirs... Tout est brûlé, non pas tout, pas mon mari!... Non !... Je voulais demander de qui je suis la fille... J'avais une fille. Je ne veux pas qu'ils meurent en enfer. Je ne veux pas que coule le sang innocent... Ma sœur c'est Marthe Hanau (une voleuse célèbre à l'époque). Non, j'entends des voix, mais non... Le tapis... Il y en a qui cuisent. Je ne dois pas encore avoir assez suivi Dieu... C'est l'histoire de ma grand'mère (sortie de l'hôpital psychiatrique en 1933 et décédée peu après)... Le docteur la droguait, pour aller plus vite... J'étais enceinte à ce moment-là... Mon mari pensait à nous trois... Nous sommes venus le 20 janvier. Mon mari est venu un soir avant hier, c'était dimanche, donc c'est mardi aujourd'hui. Pour moi aujourd'hui je suis, je serai dans l'enfer. C'est la chaux, la chaux, avec un x. Je ne suis pas la vertu, la voie, la victuaille. Je ne suis pas née. Je suis la chaux vive. Il y a Henriette (une autre malade). C'est une avare. C'est elle qui met du charbon, du charbon, du charbon... J'ai eu mes périodes sur terre... Quand je suis arrivée, c'était l'infirmerie... J'ai cru que ma fille était dans Henriette. On a dit Henriette a 6 ans. Il aurait mieux valu qu'elle se mette la tête du père Robin... Celui-là il a voulu m'embrasser sur la bouche une fois. C'était un vieux... On a cru que j'étais une espionne. On m'a vidé ma tête. On me l'a remplie je n'oserais pas dire où. Je ne sais pas qui a raison de ma famille à moi ou de celle de mon mari... Ma mère est morte d'un cancer... Il y avait une femme qui lui ressemblait beaucoup. Il y avait des étoiles quand je suis arrivée. Elle avait confiance. Elle priait. J'ai prié aussi. J'ai revu des étoiles. La personne qui avait pris la place que j'occupais, représentait la mère C. qui a eu un cancer de la langue... Elle aimait beaucoup le fromage de gruyère. J'avais une montre que Maman m'a donnée. Je l'ai cassée, puis elle a marché... Ça c'est les gothas pendant la guerre... J'ai demandé la Paix. Il y en a qui sont en train de chauffer dans l'éternité. Je suis une sale sainte, une sainte sale... J'ai été fille suivie, une filature formidable... A Paris l'autobus allait toujours de travers. J'ai vu des lettres de feu Pouthar. C'était une maison close. C'était le pont arrière. J'y suis allée avec mon mari... je n'ai pas besoin de détailler. Il y a 7 ans, j'étais partie de chez nous. Je me suis toujours dit, je suis une imbécile, une oie, une dinde, une poule, une mouche, qu'on me tue. Toujours il y avait le thermomètre. Je me suis trop laissé salir... Des voix ? C'est le dualisme entre l'église et l'état parce qu'il y a eu la révolution de 1889. Je suis l'église. Oui dans la mort il avait fallu m'asseoir, non sur le dos parce que quand je suis arrivée on ne travaillait que pour les tombes. On ne faisait que des marbres et des croix. C'était la préparation de la guerre. J'étais coupée en deux, non en plus que cela, en huit. Je suis partagée entre deux extrêmes, Dieu et le diable. La pendule est arrêtée. C'est une personne supérieure. On ne peut pas nier l'existence de Dieu. Il ne doit rien rester de moi. Vous avez vu en bas l'entonnoir, il fallait me brûler. Je me demande qui a été brûlée. »

Ces propos monotones défilent avec leur cortège semi-onirique (ou de rêve éveillé) de scènes et images macabres... Par moments elle paraît hallucinée, répondre à des voix, tandis que le plus souvent la fabulation submerge l'hallucination. Le comportement demeure calme mais étrange, un peu théâtral, le regard est lointain. Elle est comme « captée » et « captive » de son imagerie scénique (souvenirs faux et réels télescopés en une série kaléidoscopique de fragments concrets à forte charge dramatique). Malgré sa « distraction » ou son « détachement » elle est capable d'opérations intellectuelles compliquées. Étant comptable, on lui propose un problème qu'elle résout rapidement (notamment le calcul du plus grand commun diviseur entre deux

nombres de 4 chiffres). Elle dessine des animaux, des motifs décoratifs. Mais aussi elle fait des séries de chiffres ou écrit des formules bizarres. « Erreur n'est pas compte... Dois-je rester ? Dois-je mourir ? A mon mari, en Dieu, en l'Église, nôtre, vôtre, leur ! A mon mari qu'on accuse à tort... ». Elle aime à écrire et à griffonner. Elle écrit au crayon une longue lettre, assez incohérente où se mêlent les images de la Bible, les Saints et sa famille et elle écrit au verso de la dernière page : On ne doit jamais renier ce qu'on a aimé, puis elle ajoute « le po, je n'ai pas peur du pompier » puis elle biffe « le po... » et « peur du pompier » mais très légèrement.

Pendant tout le mois de janvier et de février elle est impulsive avec des idées très actives de suicide. L'état crépusculaire de la conscience persiste. Elle n'est ni inhibée, ni en état de fuite des idées mais dans une sorte d'extase à rebours comme « ravie » par la représentation sinon la vision de catastrophes et de cataclysmes.

Le 23 mars, après quelques oscillations du tableau clinique, celui-ci se transforme. L'atmosphère délirante est moins opaque et globale, mais par contre, le sentiment d'étrangeté, les impressions de dépersonnalisation prédominent : « A l'atelier (où elle peut travailler depuis quelques jours) tout le monde sait ce que je pense. On chuchote... Je comprends qu'il s'agit de moi. Hier je pensais que je viendrais dans ce bureau et que vous aviez un pistolet. Ce sont des idées bien noires (elle rit). Je ne sais pas lequel aurait tué l'autre le premier. Cette nuit on a encore appelé le diable. On connaît ce que je pense, c'est à cause des pansements qu'on m'a fait. On me vide la tête, comme à ma grand'mère qui est restée douze ans ici ».

Vers la fin du mois presque aussi soudainement « le voile se déchire » tout à fait et, après quelques jours de perplexité avec vagues successives d'angoisse et de délire, elle « reprend conscience de la réalité ». Le 1^{er} avril, elle écrit à son mari une lettre tout à fait normale dans laquelle elle dit notamment : « J'espère que tu vas bientôt venir me chercher car je m'ennuie énormément, ce serait préférable que je sois auprès de toi et nos chers petits. Voilà les beaux jours et je vais encore m'ennuyer ». Elle est sortie le 23 avril 1935, en excellent état.

De fait, malgré le pronostic de schizophrénie qui nous était naturellement venu à l'esprit (comme à tout le monde) en présence de ce tableau si « discordant », l'étrangeté des expériences délirantes et le comportement catatonique (impulsions, négativisme, pathétisme, etc..) elle *guérit complètement et reprit sa vie familiale et sa profession pendant plusieurs années*.

Mais... huit ans après (1942), elle présenta à nouveau une crise analogue et depuis lors, internée, elle est devenue sans rémission une schizophrène¹ en même temps qu'elle présentait une évolution tuberculeuse, qui l'emporta en 1951.

1. Ceci — ainsi que MAYER-GROSS en fait pertinemment la réflexion (comme nous le verrons) dans sa description des états oniroïdes — ne modifie pas le sens de notre étude. Pour nous il s'agit de décrire une forme de troubles de la conscience, un niveau typique de dissolution qui se situe entre la conscience maniaco-dépressive et la conscience confuso-onirique.

Le problème si important du passage de ces états à la récurrence ou à la chronicité n'est pas ici en question, il fera au contraire l'objet de nos investigations quand nous aborderons l'analyse structurale des psychoses chroniques et notamment des schizophrénies. Nous nous contenterons d'indiquer simplement qu'avec un recul de 10 ou 20 années, on observe souvent, chez ces malades, des crises analogues et assez souvent des évolutions schizophréniques. Ceci dit, nous pouvons à ce sujet ajouter que les hasards de l'observation clinique ont fait grouper dans notre esprit trois cas qui nous paraissaient cliniquement si identiques que pendant des années nous n'avons cessé d'y penser, d'y réfléchir et de nous en informer. D'abord celui de M^{me} G. M. que .../...

III. *Bouffée délirante et hallucinatoire sur fond d'anxiété.*

Nous pouvons joindre à cette observation le cas d'une jeune fille, M^{lle} Suzanne M., de type asthéo-longiligne et de caractère schizoïde, sténo-dactylo, dont le père est mort paralytique général. Elle a brusquement présenté ¹ une psychose hallucinatoire aiguë de courte durée, véritable bouffée de « délire d'emblée » à thèmes multiples de persécution, d'empoisonnement et d'influence. L'obnubilation de la conscience n'était pas très marquée et elle présentait au contraire au maximum un état crépusculaire oniroïde et un syndrome de dépersonnalisation. Le tableau clinique comportait des idées de suicide et une forte charge de mélancolie anxieuse mais ne se réduisait pas à un accès « pur et simple » de mélancolie.

Sombre, en état de rêvasserie, morose mais « présente » à l'ambiance, elle était comme hypnotisée, fascinée par l'étrange expérience qu'elle vivait.

10 Mai 46 : J'ai des idées embrouillées... je ne me rappelle pas très bien... C'est ce mystère... Il y avait de la strychnine et de l'arsenic... On m'a retiré du sang... On a voulu prendre mon nom... Un jour il y avait une sœur près de moi et je lui ai dit que je préférais les protestants... J'entendais un peu toutes les chansons... quand je me suis réveillée dans le cercueil où j'étais, ma tête était fendue. Le four crématoire quand on y entre on n'en sort pas. Maman m'a dit d'être grande fille... que voulait-elle dire ? J'avais l'impression que je ne pouvais plus aller aux cabinets... Et pourquoi ? Je suis dans l'état de mon vrai nom (jeu de mot sur son nom et la mort). Mon nom sera porté sur d'autres personnes.

Le comportement était correct mais inadapté. L'angoisse très vive s'exprimait,

.../...nous venons d'exposer et qui pendant 7 ou 8 ans nous a mise au courant de sa parfaite, et hélas ! non définitive, guérison. Ensuite celui d'une jeune femme, V. Cl., à hérédité chargée également, qui fit aussi son premier accès d'état délirant et hallucinatoire aiguë à forte teinte de mélancolie anxieuse avec une dramatisation oniroïde de la conscience en tous points semblable aux troubles de M^{me} G. M. et aussi à l'occasion d'un accouchement. Lors de deux accouchements ultérieurs elle présenta exactement les mêmes troubles, toujours aussi inquiétants et « atypiques ». Elle a eu depuis lors plusieurs enfants sans jamais présenter de troubles. Mais ceux-ci reviennent de temps en temps sous forme de vagues d'angoisse de type cyclothymique, absolument sans aucune organisation schizophrénique. Quant à la troisième, M^{me} F. F., jeune femme à antécédents héréditaires chargés, elle fit à l'âge de 23 ans (toujours à l'occasion d'un accouchement), une psychose délirante anxieuse avec état crépusculaire de la conscience et délire hallucinatoire polymorphe de courte durée. (Traitée sur notre conseil et guérie, d'ailleurs, par une seule injection de folliculine). Elle a fait plusieurs crises depuis (1940 et 1949) et toutes ces crises rappelaient étrangement le tableau clinique des deux autres malades et ont fait craindre une évolution schizophrénique qui ne s'est pas non plus confirmée. Nous ne donnons pas ces faits comme exceptionnels, mais au contraire comme des faits que nous rencontrons constamment dans la pratique et c'est précisément pourquoi nous les plaçons en tête de cette étude. Ils montrent en tous cas que, quelle que soit l'étiologie et l'évolution ultérieure des psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës (formes « atypiques » de manie ou de mélancolie, bouffées délirantes, etc.) celles-ci se situent dans la série des états de déstructuration de la conscience entre la manie et la mélancolie d'une part et la confusion au point de vue *symptomatique*, seul point de vue que peut adopter une simple « classification » de « syndromes » distribués ici en niveaux de déstructuration de la conscience.

1. Début : au début de mai 1946. Nous donnons ici cette observation qui n'a qu'un recul de 8 ans parce que dans sa simplicité elle est très démonstrative. (La malade n'a été traitée que par un abcès de fixation). Les troubles ont coïncidé avec une suspension de la menstruation.

sans éclat, comme purement « intérieure ». La conscience était très relâchée, obnubilée et dramatisée.

Pendant plusieurs jours, elle resta inquiète, tourmentée, craignant que sa famille n'aille au four crématoire. Par instants elle se trouvait environnée d'ennemis et de menaces. D'autres fois elle se plaignait que tout le monde se moquait d'elle.

Un abcès de fixation pratiqué le 12 mai fut incisé le 22 mai. Malgré une certaine amélioration, le « fond » délirant subsista sous forme d'expériences dont le vécu et la thématique, tout en gravitant autour des mêmes sentiments d'anxiété, variaient sans cesse.

2 Juin 1946 : « J'ai l'impression que je suis empoisonnée. Il y a une chose bizarre, je ne peux pas définir exactement ce qu'il y a... (elle est parfaitement orientée comme en témoignent ses réponses précises et réfléchies)... Je pense que je suis tuberculeuse... Je me le suis imaginé avant Pâques. J'avais peur de mourir. J'entendais des voix à la maison. J'avais l'impression que l'on m'avait gratté dans la tête. Je me suis réveillée et je croyais que tout le monde était mort. J'avais rêvé une fois que j'étais devenue squelette et que je marchais... J'entendais des craquements. Ma tête revient à moi... Il me le semble. On a dû m'opérer, je ne peux pas comprendre. »

De fait, à partir de cette date, l'expérience délirante a tendance à être « racontée » au passé. Le déchantage est en train de s'opérer entre le rêve et le réel. Malgré le flou, l'imprécision de la pensée et la perplexité, une nette amélioration se dessine. Une dizaine de jours après elle était guérie.

Elle a repris ses occupations et aux dernières nouvelles (1954), c'est-à-dire 8 ans après cette « crise » délirante et hallucinatoire, elle mène une vie normale et gagne sa vie. C'est une personne un peu délicate et timide mais qui n'a jamais présenté à nouveau de troubles mentaux caractérisés depuis sa sortie.

B.— ANALYSE CLINIQUE DANS L'ÉCOLE FRANÇAISE.

Ainsi, il suffit de jeter un coup d'œil sur ces observations pour constater que dans ces formes de « psychoses délirantes aiguës », ce qui est important ce n'est pas tellement la thématique et ses caractères plus ou moins variables, ce n'est pas non plus la forme de projection plus ou moins hallucinatoire du vécu délirant, c'est une structure d'ensemble qui confère une valeur tout à la fois fantastique et présente à l'imaginaire, structure dans laquelle s'« objective » le subjectif.

Naturellement l'infinité de « symptômes » que l'on peut identifier et dont on peut soit exagérer, soit amoindrir l'importance au regard des théories que l'on professe, se prête aisément à un travail de découpage un peu superficiel de ces troubles. On comprend donc, comme nous le soulignons plus haut, que certains aspects sémiologiques de ces psychoses délirantes aient retenu l'attention des psychiatres (surtout en France) soucieux de décrire des types de délires selon « leur mécanisme » (interprétation, intuition, imagination, etc.).

Pour DUPRÉ il y a des « PSYCHOSES IMAGINATIVES AIGUËS » caractérisées par la soudaineté et « parfois l'instantanéité de l'édification du thème vésanique », le fond d'excitation et les désordres psychiques, l'absurdité souvent extrême des conceptions mor-

... ce qui est important [...] c'est une structure d'ensemble [...] dans laquelle s'« objective » le subjectif...

bides. Cet état délirant imaginatif présente, ajoute-t-il (p. 184) « un état d'éréthisme et de désarroi intellectuel analogue à celui de certains maniaques et de certains confus. » Ceci situe bien ces formes de délire au niveau qui fait l'objet de notre étude, niveau intermédiaire auquel, pour reprendre ce qu'écrit DUPRÉ¹ dans le même passage, « il est difficile de fixer la part qui revient à l'élément maniaque ou confusionnel dans le complexus morbide »... C'est relativement à l'onirisme que DUPRÉ a essayé sans tout à fait y parvenir de poser des règles de diagnostic. « Il n'y a pas, disait-il, dans le délire imaginatif, de fond confusionnel, il ne comporte pas en général d'hallucinations. Les troubles psycho-sensoriels, lorsqu'ils existent, sont accessoires, épisodiques et ne présentent pas comme les états oniriques le caractère des hallucinations toxiques » (p. 185). Mais voici une des observations qu'il donne comme caractéristique d'un état imaginatif aigu. Il est aisé de voir que le diagnostic avec un état hallucinatoire est assez « subtil ». Il s'agit d'une observation de Ch. FÉRÉ :

Ce malade M. M., bâtissait des « châteaux en Espagne ». Ce fut d'abord un pavillon entouré d'un jardin. Par des agrandissements successifs, le pavillon était devenu château, le jardin, parc ; les écuries, les chevaux, les pièces d'eau, étaient venus orner le domaine. L'ameublement intérieur s'était modifié parallèlement. Une femme était venue animer ce tableau, deux enfants étaient nés. Un grand nombre d'actes de sa vie journalière étaient accomplis d'une manière inconsciente ; il n'en conservait aucun souvenir, tandis que ses aventures imaginaires restaient beaucoup plus présentes à sa mémoire. Le jour où il fit au client qui l'interpellait la singulière réponse, en parlant de lui-même : « M. M... est à Chaville », il était, en effet, disait-il, dans son salon de Chaville, occupé à surveiller un tapissier qui modifiait l'arrangement d'une tenture, cette réponse, faite en public, provoqua chez lui une véritable terreur : « J'ai compris que j'étais fou », dit-il. Plus tard, après amélioration, il arrivait à M. M..., lorsqu'il passait devant les boutiques du boulevard, de voir les objets d'ameublement qu'il avait sans doute inconsciemment choisis pour orner son château en Espagne ; aussitôt qu'un de ces objets frappait ses yeux, la partie de l'appartement où il l'avait imaginativement placé, apparaissait immédiatement. Les images visuelles semblent d'ailleurs avoir joué le principal rôle dans le délire de M. M... Son imagination visuelle était très vive. »

On comprend dès lors que DUPRÉ, découragé par le caractère artificiel de ce diagnostic entre délire imaginatif et délire hallucinatoire, écrive (p. 186) : « Mais il existe entre délire onirique et le délire imaginatif des faits d'association et de transition aussi nombreux que ceux qui relient le sommeil et la veille, le rêve, la rêverie et l'improvisation romanesque. » Ce qui nous paraît en effet essentiel ce n'est pas le caractère hallucinatoire ou non (car ces délires dits imaginatifs sont aussi et, pourrait-on dire, essentiellement hallucinatoires) c'est la *présentation* (dans le double sens de « se présenter à la conscience » et d'« actualiser », de présentifier) de l'imaginaire. — Peut-

...Dans les « psychoses imaginatives aiguës » de DUPRÉ, ce qui paraît essentiel [...] c'est la présentation (se présenter à la conscience et s'actualiser) de l'imaginaire...

1. DUPRÉ, Les Psychoses Imaginatives Aiguës, *Pathologie de l'Imagination et de l'Émotivité*, (Chap. VI, pp. 165 à 188), Paris, 1925.

être le tableau clinique décrit par Bussow et BACH¹ sous le nom de « *syndrome expansivo-confabulatoire* » serait-il à rapprocher de ces états de rêverie, de ces flambées d'imagination. Cependant la description de ces auteurs se rapproche davantage du syndrome de Korsakoff que nous étudierons plus loin. En tout état de cause, il faut considérer cet état « expansivo-confabulatoire » comme une nuance de plus dans l'analyse spectrale des psychoses aiguës.

L'École française a mis encore l'accent sur une autre forme de « délires subaigus » ou « transitoires », la FORME INTERPRÉTATIVE. Opposant au grand délire chronique d'interprétation de SÉRIEUX et CAPGRAS les « états interprétatifs aigus » VALENCE (élève de SÉRIEUX) a, dans sa thèse², isolé une forme d'« états interprétatifs essentiels » caractérisés par une atmosphère d'inquiétude et un début généralement dépressif et survenant le plus souvent après une émotion ou en réaction à une situation vitale difficile. Les malades interprètent alors les paroles, les moindres faits et les plus insignifiantes coïncidences dans le sens de leur thématique délirante. Son observation VII³ est assez typique. Cette malade de 47 ans s'était brusquement imaginée être en but à une poursuite. On la suivait dans le cimetière où elle allait porter des fleurs sur la tombe de son mari. Or, elle avait lu sur un programme de concert ce titre « Du sang sur les fleurs ». On voulait dire, *par conséquent*, que les fleurs qu'elle portait à son mari étaient pleines de sang. C'était faire comprendre qu'elle avait voulu tuer son mari. Si on parlait d'indigents, c'était *donc* pour faire allusion à ce qu'elle avait demandé l'Assistance pour les obsèques de son mari, etc... » Ce qui échappe dans ces descriptions et observations un peu trop superficielles, c'est précisément une analyse qui restitue à l'interprétation le *fond* dont elle se détache et ce fond c'est toujours le trouble de la *projection* d'imaginaire dont les degrés et les modalités d'objectivation restent contingents. Car nous pouvons dire de cette « forme interprétative » ce que nous avons dit de la « forme imaginative », elle est inséparable de la forme hallucinatoire, pour autant que l'imaginaire (qu'il soit vécu comme une « révélation », une « signification évidente » ou une « perception ») s'impose intensément et actuellement comme une forme de réel.

Nous pourrions en dire autant des « DÉLIRES D'INTUITION » qui ont été étudiés par TARGOWLA et DUBLINEAU⁴. Chose curieuse dans leur livre, ces auteurs ne font pour ainsi dire pas état d'observations d'« états délirants intuitifs aigus ». C'est pourtant dans ces formes que l'on s'attendrait à saisir l'intuition délirante sous son aspect le plus authentique de « *donnée immédiate* » (c'est au fond ce qu'exprime le mot alle-

1. BUSSOW (H.) et BACH (W), *Nervenarzt*, 1947.

2. VALENCE, *Les États interprétatifs*, Thèse, Paris, 1927.

3. A vrai dire les observations qui illustrent ce travail sont sommaires et sans recul suffisant.

4. TARGOWLA et DUBLINEAU, *L'intuition délirante*, Paris, 1931.

...l'imaginaire [vécu comme] une « signification évidente » [...] s'impose intensément et actuellement comme une forme de réel...

mand de « Bewusstheit » en tant qu'il vise le contenu de conscience en forme d'écllosion spontanée et intense du vécu).

Quant aux catégorisations de cette conscience hallucinatoire selon les « *champs perceptifs* » intéressés, il est bien évident que ce n'est pas le champ perceptivo-sensoriel où se projette l'imaginaire qui importe, car ce n'est pas l'appareil sensoriel et ses « qualités spécifiques » qui constituent le phénomène primitif et central de telle ou telle « expérience délirante ». Les divers « sens » sont plus ou moins intéressés dans chacune d'elles, et même si le « tact », la « vue », l'« odorat » ou l'« ouïe » constituent les foyers hallucinatoires du vécu délirant, ce n'est pas comme forme particulière de « sensorialité », d'« esthésie sensorielle », mais comme forme d'existence dont les « données sensibles » propres à tel ou tel sens constituent la modalité privilégiée. Ainsi « voir » ce n'est pas seulement avoir des sensations visuelles de couleur, de mouvement, etc. c'est prendre possession du monde par le regard, c'est opérer une saisie sur le monde tout à la fois tenu éloigné de soi comme objet et lié à soi comme spectacle retenu sous le regard. La vision hallucinatoire doit être prise comme une modalité de conscience qui se constitue pour soi un monde présent et représenté, captif et captivant. De même, l'hallucination auditive n'est pas un phénomène sensoriel de sonorité ou d'esthésie acoustique, de timbre de tonalité, c'est une modalité de coexistence avec autrui qui implique une altération des rapports de la pensée et du langage (en tant qu'existence et action personnelles) avec la pensée et le langage des autres (en tant que foyers ou vecteurs intentionnels de leur existence propre). Ceci a été dit et répété tant de fois depuis 50 ans ¹ par les psychiatres qui ont approfondi l'étude de la projection hallucinatoire ² qu'il doit paraître à peu près impossible de faire ici une distinction entre les « psychoses délirantes et hallucinatoires » selon qu'elles sont « à base » d'hallucinations cénesthésiques, visuelles, tactiles ou auditives, etc.. Mais le sens des « sens » ³ s'il n'est pas rigoureusement déterminé comme stricte fonction de l'appareil sensoriel, n'en rend pas moins possible de distinguer les expériences hallucinatoires acoustico-verbales, les expériences hallucinatoires cénesthosomatiques et les expériences hallucinatoires visuelles, non point, répétons-le, comme des phénomènes de « sensorialité » distincte, mais comme des couches, des niveaux différents d'expérience délirante.

Si nous voulons précisément opérer, dans la couche des troubles de déstructuration

...La vision hallucinatoire doit être prise comme une modalité de conscience qui se constitue pour soi un monde présent et représenté, captif et captivant...

1. C'est le sens notamment de tous nos travaux sur l'activité hallucinatoire (cf. *Hallucinations et Délire*, I vol., Paris, 1934), et de ceux qui, en France, ont soutenu à peu près le même point de vue : P. JANET, MINKOWSKI, LAGACHE, CEILLIER, etc... ou encore de P. SCHRODER et C. SCHNEIDER, etc.. en Allemagne.

2. Naturellement cette « projection a été également très étudiée par FREUD et son école ». Pour eux, en tant que « bourgeon de l'instinct », l'hallucination n'est pas non plus un phénomène sensoriel primitif.

3. E. STRAUS, *Von Sinn der Sinne*, Berlin, 1935. [NDE : rééd. : *Du sens des sens. Contribution à l'étude des fondements de la psychologie*, J. Millon éd., 2000.]

de la conscience propres à ce niveau, une discrimination conforme à sa stratification naturelle, nous devons jeter un coup d'œil sur l'ensemble de cette déstructuration. La structure des états maniaco dépressifs est, nous l'avons vu, essentiellement une structure temporelle éthique en ce sens que l'activité de la conscience est altérée dans son élan soit qu'elle bondisse dans la conquête effrénée d'un temps infiniment ouvert à son désir, soit qu'elle se « tasse » dans l'immobilité d'une syncope du temps et la fatalité d'un passé sans dépassement possible. Maintenant nous pénétrons, à ce niveau plus inférieur de déstructuration, dans une forme pathologique de conscience caractérisée par une altération de la structure temporo-spatiale des relations du Moi et du Monde. Nous verrons dans l'Étude suivante, à propos de la confusion qui est le niveau le plus inférieur des « troubles de la conscience », que la désorientation temporo-spatiale y atteint les relations constitutives du temps et de l'espace comme fondement du monde objectif.

Mais ici, à ce niveau, tout de même que nous avons parlé de la structure temporelle-éthique de la manie et de la mélancolie, c'est-à-dire d'une forme de « temps » qui est le « mouvement » même de l'être, nous avons en vue ici, non point l'espace objectif (celui du monde géographique ou géométrique) mais cet espace qui est vécu comme le « lieu » et le « lien » de la rencontre et de l'articulation du Moi et du Monde. Cette limite vague, flottante, mais toujours assurée par la structure normale de la conscience, devient ici problématique en même temps que la conscience perd sa transparence et se coagule « en se prenant à ses propres filets ¹ ». Tout ce qui passe « en moi » est moi et mon corps lui-même est par son appartenance à moi comme retranché de l'étendue pour participer à une réalité ambiguë qui est à la fois du Moi et du Monde. Ma pensée, elle, est bien plus irréductible à toute détermination spatiale. Rien de la pensée n'est normalement étendu mais voici que la pensée va se transformer en étendue, se disposer et se diviser dans l'hétérogénéité des points d'un espace physique, ou tout au moins être vécue sur le registre de l'extranéité du Moi. Et à mesure que la qualité spécifique du vécu de la vie psychique va s'effacer, que l'invasion de la pensée par l'espace va la rendre *étrangère* à elle-même en introduisant dans son mouvement et son unité une multiplicité de contiguïtés et de divisions statiques, elle va se dérouler en péripéties discontinues d'événements extérieurs à elle-même qui manifesteront la perte de son silence, de son secret et de son unité.

Cette déstructuration de la conscience atteint naturellement d'abord le niveau le plus élevé et le plus fragile de l'organisation de la vie psychique en tant que domaine propre du sujet.

C'est évidemment le « point » où le Moi est corporel qui est le plus vulnérable ; et

1. De telles « métaphores » indiquent précisément le sens de cette « solidification » de la conscience dont nous allons voir maintenant qu'elle s'englué de plus en plus dans l'objectivité et la spatialité paradoxales et fantastiques du subjectif.

...Maintenant nous pénétrons, [...] dans une forme pathologique de conscience caractérisée par une altération de la structure temporo-spatiale des relations du Moi et du Monde...

le processus d'étrangeté débute naturellement par les troubles de la conscience du corps et de l'unité et de l'identité de la personne psychosomatique : ce sont les *états de dépersonnalisation* ¹.

C'est ensuite l'altération (au sens fort) de la couche existentielle où la pensée est vécue normalement comme une activité qui n'admet aucune objectivité spatiale étant identifiée avec la spontanéité du Moi « lui-même » : ce sont « *les états hallucinatoires de dédoublement et d'automatisme mental* ».

Enfin, si jusque-là l'expérience pathologique laissait pour ainsi dire intact le monde des objets, celui-ci va devenir non seulement étrange et étranger, mais se gonfler d'imaginaire et devenir un monde d'images : ce sont les *états oniroïdes*. Nous sommes alors tout près, on le comprend, du niveau le plus inférieur de la déstructuration de la conscience au point où l'imaginaire deviendra, comme dans le rêve, une imagerie sans monde.

Ceci, encore une fois, sera repris plus loin, mais cette brève et préalable incursion dans la phénoménologie de ces structures de conscience nous a paru indispensable pour présenter ici l'ordre naturel de déstructuration que nous allons maintenant suivre dans cette étude clinique des « *Psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës* ». Nous allons donner un certain nombre d'observations cliniques de ces diverses variétés de « *Psychoses aiguës* ». MAYER GROSS, comme nous le verrons, a recouru à des « *pathographies* » très riches. Il est rare dans la littérature psychiatrique française de trouver des auto-observations aussi circonstanciées. Peut-être pourrait-on recourir aux auto-observations de littérateurs mais on craint toujours de ne plus pouvoir apprécier dans ces cas ce qui revient au vécu pathologique ou à son enrichissement (pour autant que ces deux « *facteurs* » soient isolables dans l'expérience vécue comme dans l'expérience racontée). Bornons-nous à signaler à ce propos le récit (Aurélia) que Gérard DE NERVAL ² fit au Dr BLANCHE de ses expériences hallucinatoires, de ses visions, de ses rêves, dont il disait qu'un « *siècle d'actions* » était concentré dans une de leur minute. Naturellement, on pourrait encore rapprocher ces expériences du fantastique hallucinatoire et des fantasmagories de William BLACKE ou des inspirations automatiques des Surréalistes. Les niveaux de déstructuration de la conscience dont nous allons maintenant parler sont en effet spécifiquement vécus comme les expériences supra-naturelles, esthétiques et féeriques dans la mesure même où ils correspondent à un amalgame de réel et d'imaginaire, au crépuscule de la réalité.

...signalons à ce propos le récit (Aurélia) que Gérard de NERVAL fit au Dr BLANCHE...

1. On remarquera que tout de même nous nous sommes refusés à voir dans la manie et la mélancolie une forme de dissolution profonde et pour ainsi dire basale, nous nous refusons à considérer la dépersonnalisation, si « *cénesthésique* » qu'elle soit dans son vécu, comme un phénomène d'altération des couches les plus profondes du Moi...

2. Gérard DE NERVAL, *Aurélia*. — Cf. l'étude de SEBILLOTTE (I. H.), *Le secret de Gérard de Nerval*, Corti, Paris, 1948.

I. Expériences délirantes de dépersonnalisation.

...les symptômes de dépersonnalisation [...] témoignent au contraire d'une altération globale des « intuitions » par lesquelles nous percevons notre personne comme objet de notre connaissance sensible...

Souvent décrits comme des « phénomènes isolés », les symptômes de dépersonnalisation (c'est-à-dire les modalités d'étrangeté des expériences vécues sur le registre de la personne psychosomatique) témoignent au contraire d'une altération globale des « intuitions » par lesquelles nous percevons notre personne comme objet de notre connaissance sensible. C'est pourquoi on a tant parlé à ce sujet de troubles de la « cénesthésie » et pourquoi aussi cette symptomatologie est fréquemment décrite en termes « sentiments », « impressions », « Erlebnisse » d'étrangeté, de déréalisation, de métamorphose, etc... Nous rangeons tous ces états de malaise « dysesthésiques ¹ » sous le vocable plus classique de « dépersonnalisation ».

Le terme de « dépersonnalisation » a été proposé par DUGAS ², en 1898. Depuis il

1. Nous avons, avec CLAUDE et MIGAULT (*Ann. Médico-Psycho.*, 1934, I, p. 257), proposé ce terme auquel nous ne tenons pas d'ailleurs spécialement.

2. DUGAS, *Revue Philosophique*, 1898. Il réunit plus tard ses études dans un petit volume : DUGAS et MOUTIER, *La Dépersonnalisation*, Paris, 1911. — Voici les principaux travaux à consulter sur ce sujet : D'abord le vieux livre de M. KRISHABER, *La Cénesthopathie cérébrocardiaque*, Paris, 1873, auquel on se réfère généralement dans toutes les études sur la dépersonnalisation. Ensuite les belles analyses cliniques de P. JANET, notamment dans *Les obsessions et la Psychasthénie*. Le travail le plus complet paru ces dernières années est l'étude de K. HAUG, *Depersonnalisation und verwandte Erscheinungen*, *Traité* de BUMKE, t. XII, pp. 134 à 204, 1939. Parmi les travaux les plus importants et les plus souvent cités, mentionnons le volume de HESNARD, *Les troubles de la personnalité dans l'asthénie psychique*, Paris, 1909, les livres de K. OESTERREICH, *Phenomenologie des Ich*, Leipzig, 1910, et *Les Possédés*, (trad. fr., 1929), celui de P. SCHILDER, *Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein*, Berlin, 1914 ; l'article de H. HARTMANN, *Ein Fall von Depersonnalisation*, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1922, 74, p. 593, celui de R. KLEIN, *Ueber die Empfindung der Körperlichkeit*, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1930, 126, p. 453 ; celui de G. E. STORRING, *Die Depersonnalisation*, *Arch. f. Psych.*, 1933, 98, pp. 462 à 545 ; celui de MAYER-GROSS, *On Depersonalization*, *British J. of Med. Psychol.*, 1935, 15, pp. 103 à 126, le livre de A. WEBER, *Ueber nihilischen Wahn und Depersonnalisation*, Leipzig, 1938 ; le travail de H. J. SHORVON, *Proced. Royal Soc. Med.*, 1945, 39 p. 779, etc.. Un colloque du I^{er} Congrès Mondial de Psychiatrie (1950), a été consacré à ce problème (Rapports de FOLLIN et de KRAPP). Depuis ont paru un excellent article de MORSELLI (*Il problema della depersonalizzazione*, *Sistema nervoso*, 1951, pp. 243 à 251) un travail de SCHMIDT (P.), *La dépersonnalisation et les limites du Moi*, *Ann. Méd. Psycho*, 1951, II, 408, et un nouveau travail de Paul GUIRAUD, *Les états d'étrangeté*, *J. de Psycho*, 1952, 449-463.

Ce problème a été envisagé dans deux perspectives différentes. Du côté de la neuropathologie du schéma corporel, cf. spécialement EHRENWALD, *Monatschr. f. Psychiatrie*, 1931, pp. 75 à 79, et *Nervenarzt*, 1931, 4, p. 681 ; A. VON ANGYAL, *Arch. Neuro. Psych.*, 1934, 1935 et 1936, etc.. L'ensemble du problème (avec les références bibliographiques) se trouve très bien exposé dans le livre récent de HECAEN et AJURIAGUERRA, *Méconnaissances et hallucinations corporelles*, Paris, 1952, (pp. 256 à 343, notamment). L'intoxication par la Mescaline étant une expérience fondamentale pour ce problème, on consultera également K. BERINGER, *Der Mescalindrausch*, Berlin, 1927, l'auto-observation de SERKO, *Jahrbuch f. Psych.*, 1913, 34, p. 355, et celle de E. MORSELLI, *Journal de Psychologie*, 1936, pp. 368 à 392, etc... L'action de certaines drogues sur l'affectivité et l'humeur, notamment dans ses relations avec l'expérience de dépersonnalisation, a été plus récemment étudiée par WIKLER, *Mechanism of action of drugs that modifies personal function*, *Amer. J. Psych.*, 1951, 52, 590-599) — Du côté psychanalytique, d'autre part, signalons les travaux de H. NEUNBERG, *Depersonnalisation Zustände im Lichte der Libido-theorie, .../...*

a fait fortune. Naturellement aux yeux de la plupart des auteurs (JANET, MAYER-GROSS, HAUG) il s'agit d'un syndrome qui se retrouve sous de multiples aspects dans la plupart des névroses et des psychoses. Mais MAYER-GROSS indique fort bien (comme DUGAS) qu'on le rencontre surtout dans les états de dissolution incomplète de la conscience, c'est-à-dire quand l'altération du Moi *laisse encore intacte une grande activité de la conscience*. Ce sentiment de dépersonnalisation comporte tout à la fois celui d'étrangeté de la personne physique ou psychique et d'étrangeté du monde extérieur, fait dont toutes les nuances peuvent être observées « soit dans la qualité, soit dans la quantité » de ce sentiment. Mais la « somatopsyché » et l'« allopsyché », comme disait WERNICKE, sont généralement altérées ensemble. Tous les sentiments de jamais-vu, de déjà-vu, l'atmosphère des fausses reconnaissances, des illusions de la mémoire (paramnésies, reduplication, etc..) constituent une sorte d'auréole au sentiment majeur d'étrangeté et de modification du Moi.

Nous n'avons pas ici à rappeler la symptomatologie de la dépersonnalisation schizophrénique et psychasthénique, car alors les sentiments qui la composent font partie d'une structure pathologique de la personnalité que nous envisagerons dans le prochain volume. Nous avons déjà parlé aussi des états de dépersonnalisation dans les crises maniaco-dépressives (STÖRRING). NOUS n'avons ici en vue que la dépersonnalisation pour autant qu'elle est une forme typique de vécu d'un état de dissolution aigu ou subaigu de la conscience.

A cet égard rappelons que HAUG ¹ met l'accent sur l'état de *demi-rêve de la conscience* (traumhafte Bewusstsein) au cours duquel les données subjectives et objectives de la perception se confondent ce qui naturellement définit la « conscience hallucinante » (dans sa forme la plus dégradée mais déjà typique). Il rappelle que dans l'ictus apoplectique, D. B. FRANK ² a pu observer au cours de « l'hypofonction de l'énergie vitale » des phénomènes de dépersonnalisation. De même G. STERTZ ³ a observé ces symptômes dans les accidents de circulation cérébrale (artério-sclérose). SOLLIER, FLATAU, ROSENFELD ⁴ les ont signalés dans la migraine. Sven HEDENBERG (cité par HAUG) les a notés dans un état d'épuisement. Mais c'est naturellement au cours des accidents comitiaux qu'on les a le plus souvent notés (P. JANET, HESNARD, P. SCHILDER, ISSERLIN). Le dédoublement de la conscience va parfois si loin dans ces cas qu'à la dépersonnalisation s'ajoute la présence hallucinatoire du double héautoscopique ou de profondes altérations du schéma corporel ⁵.

.../...Intern. Z. Psychoanalyse, 1924, 10, p. 17 ; de I. SADGER, dans la même Revue, Intern. Z. Psychoanalyse, 1928, 14, p. 344 ; de E. GUTHEIL, (Psychoanal. Rev., 1930, pp. 17 à 26), de A. HESNARD, Revue française de Psychanalyse, 1927, 1, p. 87 ; de S. MORGENSTERN, J. Nerv. and Ment. Disease, 1932, 73, p. 164 ; d'OBERDROF, Intern., J. Psychoanal., 1934, 15, p. 271, et même Revue, 1950, 31, p. 1. — Enfin, il est classique de rappeler que, du point de vue de l'analyse littéraire, AMIEL est considéré, dit FOLLIN, comme un « professionnel de la dépersonnalisation », celle-ci exigeant pour être vécue dans toutes ces nuances une grande pénétration et une grande finesse d'auto-analyse, ce qui laisse souvent en suspens la question de savoir si la dépersonnalisation se propose à l'analyse ou est conditionnée par « l'introspection » (DUGAS et MOUTIER).

1. Traité de BUMKE, XII, pp. 165 à 171.

2. D. B. FRANK, Depersonnalisationserscheinungen bei Himerkrankungen, Zeitschr. f. d. g. Neuro., 149, 563.

3. G. STERTZ, Arch. f. Psych., 1911, 48, p. 199, (cas 103).

4. P. SOLLIER, L'Encéphale, 1927, — FLATAU, Die Migräne, 1913. — ROSENFELD, Die Störungen des Bewusstseins, Leipzig, 1929.

5. L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA, Épilepsies, pp. 506 à 513. — Cf. plus loin notre Étude n° 26.

...[la dépersonnalisation suppose pour MAYER-GROSS] que l'altération du Moi laisse encore intacte une grande activité de la conscience...

Sans entrer dans les graves problèmes de pathologie cérébrale que posent ces faits, nous devons en exposer ici l'essentiel. Naturellement la perturbation de la dynamique de la conscience qu'ils impliquent, puisqu'ils représentent une déstructuration de l'orientation du Moi dans l'espace et de l'orientation à l'intérieur même du Moi, a fait penser à beaucoup d'auteurs qu'il s'agit d'une lésion altérant le *processus vital* de l'identification et de l'unification de la conscience de soi qui implique (selon les conceptions de PALAGYI, si importantes aux yeux de l'école allemande de 1925 à 1940) une répression des fantasmes impliqués dans la perception. Or le « siège » de cette activité synthétique de la perception du Moi (au travers de la diversité des expériences temporo-spatiales et des images qui risquent d'en altérer la clarté et la précision) a pu être recherché soit dans le soma et la cénesthésie périphérique, soit dans le tronc cérébral et le diencephale, soit encore dans l'écorce. On sait comment depuis KRISHABER la théorie sensationniste a perdu beaucoup de terrain, mais elle n'a peut-être fait que se déplacer en remontant dans le mésodiencephale ou même dans l'écorce ! Quoi qu'il en soit pour KUPPERS, REICHARDT, KLEIST il s'agit de lésions portant électivement sur les formations végétatives du tronc cérébral et on sait que plus récemment (nous y reviendrons plus loin) c'est dans l'hypothalamus que l'on a tenté de localiser, avec la « fonction vigile », cette activité de la conscience qui naturellement comporte l'intégration des données de l'expérience autoperceptive. La corrélation des centres végétatifs profonds mésodiencephaliques avec les formations végétatives enfermées dans l'épaisseur du lobe temporal et l'enroulement de la corne d'Ammon paraissent, nous le verrons, ériger ce dispositif de régulation de la conscience en un vaste système cortico-sous-cortical. Quant aux théories localisatrices proprement corticales, elles sont représentées dans ce domaine par l'assimilation des phénomènes de dépersonnalisation à un trouble du schéma corporel, à une désintégration somatognosique et dès lors c'est à une lésion pariétale ou pariéto-thalamique de l'hémisphère mineur qu'elles sont attribuées.

Quelle que soit d'ailleurs l'interprétation pathologique cérébrale que l'on donne de ces troubles, ils apparaissent à tous les auteurs (psychiatres, psychanalystes, neurologistes) comme inséparables de la vie instinctive-affective en ce sens que l'étrangeté du corps et plus généralement du Moi est nécessairement vécue en fonction de la vie émotionnelle affective et fantasmatique profonde qui, constituant une des instances antagonistes de la conscience de soi, participe nécessairement aux sentiments d'étrangeté, d'extranéité et d'irréalité.

Ces états de dépersonnalisation, répétons-le avec DUGAS, HAUG, MAYER-GROSS, etc. s'observent dans la plupart des maladies mentales. Nous dirions plus volontiers à tous les niveaux et dans toutes les structures de maladies mentales, dans la mesure même où celles-ci passent par cette forme typique de déstructuration de la conscience ou l'impliquent. Mais ici nous avons en vue les cas privilégiés et typiques, ceux où la dépersonnalisation (déjà naissante, nous l'avons vu, dans la manie et la mélancolie) constitue l'expérience immédiate d'une étrangeté primaire intensément et actuellement vécue dans et par le bouleversement de la conscience. Nous allons donner un exemple de ces « crises » où la dépersonnalisation se détache sur un fond d'anxiété et d'exaltation, c'est-à-dire sur un fond de troubles qui impliquent les troubles du niveau supérieur (maniaco-dépressif). Ceci ne nous étonnera pas si nous nous rappelons ce

...la dépersonnalisation (déjà naissante, nous l'avons vu, dans la manie et la mélancolie) constitue l'expérience immédiate d'une étrangeté primaire intensément et actuellement vécue...

que après VON GEBSATTEL et E. STÖRRING nous avons dit à propos des formes de dépersonnalisation et de négation dans la mélancolie (notamment à propos de l'observation de M^{me} B. B.).

Crises de dépersonnalisation paroxystiques. Nous avons publié cette observation en 1934, avec H. CLAUDE, et MIGAULT¹. Cette malade, Georgette L., née en 1884, présentait des « bouffées délirantes polymorphes » à forme nettement paroxystique. Voici comment elle décrivait ses crises, véritables états hypnoïdes de quelques heures et parfois de quelques jours dont elle gardait un souvenir assez précis pour les raconter (certaines crises d'impulsivité coléreuse étaient amnésiques).

...Elle dit elle-même : « *Il y a des périodes de 3 ou 4 jours pendant lesquelles je me transforme, je prends en moi différentes personnes. J'ai envie de sauter. Je retourne à de nombreuses années en arrière.* » Par exemple, le 3 août 1931, elle dit : « *Les années ont passé comme si c'était l'espace de quelques heures... Je répète des conversations d'autres personnes, je ne sais lesquelles... Je ne sais plus où je suis. Me voilà encore repartie ! Je voudrais vous dire mon ennui, je ne peux pas... On dirait que j'ai du dégoût de tout... Je vais rester une journée entière comme si j'étais dégoûtée de la vie... J'avais beaucoup de choses à vous demander... Il m'est impossible de suivre une conversation... J'ai l'impression que je vais intercaler des phrases qui n'ont rien à voir avec la question... C'est comme si j'occupais la place d'une autre... Je ne dis pas que j'ai la personnalité d'une autre personne, mais presque par moments... J'ai fait des réflexions avec une voix dure qui n'était pas la mienne... Je ne retrouve plus ce que j'étais. On dirait que tout mon être est dominé par une volonté... L'atmosphère change brusquement... C'est comme un souvenir. Je suis comme sous la sensation d'une personne, d'une foule qui serait près de moi.* »

...Observation (AMP, 1934)
CLAUDE, EY, MIGNOT...

Nous pouvons grouper schématiquement l'ensemble des troubles tels qu'ils se présentent dans ces états qui durent, répétons-le, 2 ou 3 jours.

a) *Impression d'asthénie, sentiment d'incomplétude et d'irréalité.* Elle se sent vidée de sa spontanéité, inerte. « *Je vis le cerveau terne... Je n'ai aucune pensée, je suis fatiguée. La pensée m'échappe. Je suis fatiguée, lasse, faible, fébrile. Je me sens engourdie. Je ne peux pas arriver à faire un effort. Je ne puis pas arriver à finir ce que je faisais. Il me semble que je n'arriverai pas au bout.* » Sentiment de *rêve éveillé*. Je ne puis pas me rendre compte si je rêve ou non. (Elle a acheté d'ailleurs des livres sur les rêves pour chercher à s'expliquer ces états).

b) *Impression de mort — Mort imminente.* Rêveries macabres. « *Je vois un squelette... Je meurs peut-être... Je ne vis pas, on a enlevé la vie à mon cerveau... J'ai la sensation d'être morte comme si mon corps était réduit au squelette... Je me sens morte.* » Elle offre de véritables paroxysmes pantophobiques. Elle tombe dans des gouffres d'anxiété, avec sentiment du néant, de vide vertigineux.

c) *Impression à caractère cénesthésique pénible.* « *Je me sens changée... Je suis mal à l'aise... Mon corps me gêne... C'est comme un marteau qui frappe mon cerveau... Mon cerveau bouillonne* » et autres métaphores de ce genre.

1. H. CLAUDE, HENRI EY et MIGAULT, États dysesthésiques de structure comitiale, *Ann. Médico-Psycho.*, 1934, 1, pp. 257 à 270, (Discussion à laquelle ont pris part MM. HEUYER, COURBON, PICARD, GUIRAUD). Cette malade dont les troubles étaient si nettement paroxystiques qu'ils faisaient penser à l'épilepsie a fini par mourir il y a quelques années en état de « démence paranoïde ».

d) *Altérations de la réalité.* L'étrangeté du monde extérieur est rare. L'attention est polarisée sur la personne et le corps propre. Cependant elle signale des « éclipses » de l'ambiance. Signalons certaines « scotomisations » de personnes. Par exemple parlant à sa fille, brusquement elle ne la voit plus « comme si elle avait disparu ou si elle avait été transportée dans un autre lieu. J'avais l'impression de parler dans le vide. »

e) *Altérations du sentiment du présent.* Le présent se vide de ses caractères concrets et vivants. Il lui paraît pur souvenir (déjà vu). Elle s'évade de l'instant présent pour glisser dans l'avenir qu'elle a l'impression de vivre (prémonitions).

f) *Impression de « décalage » dans le temps et de retour dans le passé.* « Ma vie a été décalée... C'est très difficile à expliquer... J'ai l'impression d'être reportée en arrière... Je ne vis pas dans le passé mais dans le souvenir du passé... Le présent s'abolit, c'est comme un rêve dans le passé... Tout va très vite... Je ne peux pas bien expliquer... en l'espace d'une seconde, j'ai compris tellement de choses... Je reprends dans ma jeunesse le fil de la vie... Je retourne de nombreuses années en arrière. »

g) *Sentiment de dépersonnalisation.* Ce sentiment fondamental plus ou moins impliqué dans les impressions que nous venons de décrire apparaît comme leur résultante complexe. « Je suis vieille, vieille. Je me sens grande, grande avec d'autres personnes en moi. J'ai voulu mettre des robes courtes. C'était une autre personne en moi qui le voulait. J'étais dans la peau d'une autre. Quand je crie ce n'est pas moi. On me fait revivre des existences passées. Je n'étais plus moi-même... On me faisait croire que j'avais une double vie. On me faisait adopter d'autres personnalités que la mienne. Il me semblait que j'étais ma concierge, par exemple : j'ai vu dans la rue une robe qui aurait pu, par sa laideur, être une robe de concierge, j'ai dû l'acheter. Je marchais, malgré moi, je me tenais comme ma concierge. C'était absurde. Un autre jour, en descendant l'escalier, j'avais l'impression qu'une femme avait pris ma vie, ma gaîté, je marchais comme elle en me déhanchant ».

Durant ces expériences délirantes et hallucinatoires, la malade était dans un état d'anxiété considérable et véritablement vertigineuse.

Nous pouvons compléter la description de ces états spontanés par celle des troubles présentés chez la même malade sous l'influence de la mescaline. Cette intoxication a eu pour effet une production fantastique onirique exceptionnelle comme on va le voir.

Le 2 avril 1933, elle fut soumise en effet à l'épreuve de la *mescaline*¹. A 14h55 on injecte 0,30cc de sulfate de mescaline. La malade était d'abord en état d'opposition et de mutisme, puis après la phase habituelle de troubles neuro-végétatifs, elle présente une grande crise d'angoisse. Elle se frappait la poitrine avec une expression de dégoût. La mimique et l'attitude deviennent « théâtrales » (sanglots, mouvements pathétiques). Facilement suggestible à cette période des troubles, on la rassure en lui affirmant qu'elle n'a rien à craindre, que les personnages qu'elle redoute sont partis. Quelques instants après, elle s'écria : « Un homme vient m'emmener, un noir... des hommes de guerre. Ils prient... ». On lui suggère qu'elle est au contraire entourée de fleurs, d'arbres, que le ciel est bleu, etc... Elle se calme. A la demande « Que voyez-

1. Nous avons été amenés à tenter cette « mescalination » car nous avons obtenu chez une malade dont l'observation a été publiée par R. MAIXET et Ch. BERLIOZ (Obsession de dépersonnalisation, *Ann. Médico-Psycho.*) — malade à laquelle nous avons déjà fait allusion et qui a fait le tour pendant 20 ans de tous les psychiatres parisiens... — une rémission spectaculaire mais hélas furtive.

...Le 2 avril 1933, elle fut soumise en effet à l'épreuve de la mescaline...

vous ? » elle répond alors « des oiseaux de paradis... » puis « des chinois... le Japon... » Elle tient des propos où elle fait allusion à « des yeux dans le cerveau » et à « sa pensée répétée ». Expressions tragiques de dégoût. Elle mime une scène de viol. « Je le tuerais avec un revolver. » Elle parle ensuite de têtes, de coquilles, d'hommes. Elle chante, puis fait la petite fille boudeuse, son intonation devient puérole, elle « zézaie ». La désorientation devient très prononcée et elle entre en plein délire onirique avec déclamations grandiloquentes : « Ah ! Cette femme, elle tenait un bordel. Elle a enfermé ses enfants dans ce bordel avec des hommes dessus, on a souillé leur chair pendant qu'elle gardait la sienne. Des hommes, des hommes ! J'aimerais mieux le noir à poil qu'habillé, puisqu'on se montre toute nue, exhibant ce qui vous reste de charme. Oh ! Guillaume cache ton nu ! Souillure. Enfants pleins de sang, tête de veau... ». Puis viennent des thèmes guerriers. « Les Prussiens ont envahi la France. Je les empêcherai de passer. Les Prussiens ont violé ma mère pendant la guerre. Si tu tiens ma famille, je te tiens, Guillaume par ceci... Regarde. Je te dirai le secret de la souffrance... Pendant la guerre le viol que j'ai revécu. Je voudrais voir ma mère. Toujours l'épée, l'épine dorsale. Prusse maudite qui fit couler tant de sang français... Cette femme je ne peux pas la voir, elle se croit belle ou devant un homme. Les glandes, la thyroïdienne pour se les greffer, pour rester toujours jeune... Qui la protège contre les piqûres souvent mortelles, mord-elle avec ses dents ? Qu'est-ce que tout cela ? Il y a des feuilles partout. C'est comme de la poussière. Ma mère — elle en parle constamment — ne doit pas rester ici... Mais ce n'est pas elle, qui est-ce alors qui me parle ? On a branché trois conversations l'une sur l'autre ? Voici mon mari, une figure rouge avec un bouc, mais je ne suis pas mariée. Je veux l'enfiler moi l'automatisme. Il veut se servir de ma bouche... Qu'est-ce que c'est que cette tête-là ? Je suis un garçon, j'ai cru que c'était moi. Un aigle avec ses serres et ses griffes. Je suis un cheval cochon, un homme nichon. Je vois toujours des hommes, je raisonne comme un homme. Il a une redingote marine, des cheveux crépus. Ces hommes qui défendent la terre de France dégradent leurs vieilles couilles usées. Je ne peux pas voir cette femme... Achète-moi un revolver... la comédie, la comédie du monde. J'ai le délire... Quand on a commis une faute... On ne commet pas une faute toute seule. Il a surpris le secret de ma naissance. Mon père qui avait une peau de satin... ils ont sali tout cela. Je vois encore ma mère avec ses cheveux blonds cendrés, avec son corps livré aux Prussiens. Je l'entends dans le ventre de ma mère... ». Cette rêverie oniroïde à forte charge d'exaltation et d'angoisse et qui touchait parfois au niveau de la confusion onirique, s'est prolongée pendant plusieurs heures.

Le lendemain, après avoir passé une nuit agitée, elle ne se rappelle presque rien de son délire mescalitique.

Le surlendemain (11 août) par contre, reviennent les souvenirs (ou l'élaboration secondaire des scènes oniriques¹ et voici le récit qu'elle nous fait de ce qui a été vécu sous l'influence de la mescaline : « Hier j'étais très troublée et je ne savais plus si c'était moi qui parlais ou des hommes à côté de moi. Avant-hier, après la piqûre, je me rappelle maintenant que j'avais vu la guerre, des hommes qui cherchaient à m'enlever. Il me semblait qu'on voulait s'emparer de secrets. Les hommes avaient un caleçon blanc, une odeur d'alcool. C'était tout ce que je craignais en général, mais là je le ressentais et le voyais davantage. C'était comme un rêve qui suivait, c'était un beau rêve comme si j'avais lu un beau livre. Je voyais des objets de toutes sortes qui formaient une gorge de pigeons, des plumes d'oiseaux, des sculptures dans la pierre, des feuilles,

...rêverie oniroïde à forte charge d'exaltation et d'angoisse...

1. Nous retrouverons les mêmes faits dans l'état crépusculaire de J. P. (*Étude* n° 26).

beaucoup de lumière, beaucoup de vie, des feuilles comme on voit dans les sculptures d'églises ou de cathédrales. Des angles, des triangles, toujours avec de la lumière comme s'il y avait du soleil dessus. Tout cela était tout petit, petit. Puis comme des demi-cercles qui s'échappaient et formaient ensuite la voûte des églises. J'avais l'impression de comprendre comment la pensée fonctionnait, se matérialisait. Je voyais de petits chapeaux de lumière les uns sur les autres, puis la lumière, non du soleil, mais la lumière d'un cerveau. Ces petits chapeaux devenaient des toits de pagodes, des ronds, des cercles qui se transformaient en maisons, mais rien ne durait. De fines ciselures dans l'or, on aurait dit des oiseaux de paradis qui remuaient leur gorge. C'était comme des bijoux... comme des défenses d'éléphants, comme du bois de rose, des branches de bois des îles. C'était ciselé, mais d'une finesse ! Des palais multicolores et turques, des palais arabes avec de l'or, des mosaïques. Tout un dôme d'or. (Dans ce récit peut-être reflété dans l'euphorie du moment elle dit constamment c'était joli, joli !). J'ai vu le soleil par ses rayons, mais pris tout à fait au début, comme à leur source. J'ai vu encore un feu qui s'échappe de la terre, du bleu, de jolies teintes bleues... J'ai revécu toute ma vie comme dans un rêve. J'ai vécu, un couteau au-dessus de ma tête. Mon corps était là-bas où se passaient les choses. J'avais l'impression d'être enlevée et que des femmes habillées en hommes cherchaient à me violer. Dans ce sommeil, je ne savais pas où j'étais, j'entendais une voix d'homme. Je voyais une figure d'homme. Quelque chose s'est abattu. J'ai rêvé des choses de mon enfance. Tout un trinquage de gens qui cherchaient à capter ma pensée. Hier j'étais très drôle. Il me semblait que ce n'était pas moi qui parlais, je ne pouvais pas arriver à me retrouver. A cause de ma figure desséchée, je me disais que je n'étais pas une femme, mais un homme... ».

Si nous avons donné ici ce protocole de mescalisation, c'est pour faire saisir en quelque sorte expérimentalement ce que les états spontanés de dépersonnalisation, si fréquents chez la malade, et revenus au premier plan après l'épreuve de mescaline (le lendemain) contenaient en puissance et quelle masse de fantasmes a été ainsi libérée. L'intérêt de cette observation est justement de nous montrer comment une dose faible de mescaline ¹ qui généralement ne produit chez un sujet normal que peu de troubles

...Dans sa fameuse expérience personnelle, E. MORSELLI [...] avait ingéré 0,75 de mescaline...

1. Cette dose est en effet assez faible. Dans sa fameuse expérience personnelle, E. MORSELLI (*J. de Psychologie*, 1936, pp. 368 à 392) avait ingéré 0,75 de mescaline. L'ensemble des troubles éprouvés par lui ont atteint leur maximum 5 ou 6 heures après l'ingestion. Dans cette magnifique narration, ou mieux, dans la méthodique analyse de ses troubles, MORSELLI a insisté notamment sur deux points. Le premier c'est que pendant longtemps il a eu l'impression de diriger lui-même le cours, ou tout au moins l'orientation du vécu délirant fantastique (un peu comme quand on commence à être ivre, on « fait » celui qui l'est). Le second c'est que malgré les assauts de l'invasion délirante, en fin de compte, il n'a pas déliré... C'est dire que chez lui par conséquent les troubles n'ont pas été très profonds, qu'ils se sont situés au niveau de la dépersonnalisation tandis que chez notre malade dépersonnalisée, ou plus exactement dont la destruction de la conscience était telle que le seuil de dépersonnalisation était anormalement abaissé, ils ont atteint rapidement le niveau onirique. Voici d'ailleurs quelques passages caractéristiques de l'observation de MORSELLI :

« Je m'aperçois que je vais glisser dans l'expérience hallucinatoire et délirante et je renonce à m'y livrer, cherchant à me distraire par des idées futiles. Jusqu'à ce moment je sens que je suis parfaitement en état de m'inhiber et de me conduire ; mon exigence introspective demeure vigilante.

Ma critique est alerte, mais j'assiste avec une certaine angoisse, puisque je me sens sans défense, à l'évolution rapide de ce trouble. Je dois faire un effort pour « croire que je suis effectivement seul » en cet endroit, à l'abri d'influences étrangères dont, par instants, j'ai l'obscur intuition.

Pendant que je me promène avec excitation et que ma main gauche, d'un mouvement...

a ici *approfondi* le niveau de dissolution de la conscience, *découvert* le sens de l'étrangeté et *actualisé* le monde des images ¹.

On saisit donc, par cet exemple, que l'expérience de dépersonnalisation est comme un premier degré de l'expérience onirique. Sans doute, comme le fait remarquer E. MORSELLI, est-elle vécue bien différemment que le rêve, mais c'est le même mouvement que l'un et l'autre manifestent sur le registre du vécu comme sur le plan « clinique ». La dépersonnalisation nous apparaît ainsi tout à la fois comme la « frange » d'un trouble plus étendu qui se situe d'ailleurs à un niveau assez élevé, dans une structure de conscience sans doute assez altérée pour s'éprouver elle-même étrange et étrangère, mais pas assez pour abolir l'étrangeté de cette étrangeté.

...l'expérience de dépersonnalisation est comme un premier degré de l'expérience onirique...

.../... automatique incessant, passe dans mes cheveux (ce que je ne fais jamais normalement), je m'arrête dans mon cabinet de toilette. Il m'arrive tout naturellement de me regarder dans la glace : j'aperçois mes traits déformés, oscillants, et j'éprouve du dégoût. Ma figure est toute pâle, défigurée, défaite par le toxique et par l'angoisse ; tout à coup je ressens l'impulsion très forte à m'élançer contre mon image et à briser la glace.

Je me ressaisis avec énergie, je réfléchis. Je n'ai plus de doute, désormais : je me suis engagé, sans prendre les précautions préalables, dans une situation grave et qui va d'un instant à l'autre empirer. Est-ce que mon « selfcontrol » et ma connaissance de la psychopathologie auront le dessus ?

D'un moment à l'autre, je sens que mon « selfcontrol » perd du terrain, — j'éprouve des impressions extraordinaires pour lesquelles je ne trouve pas de termes correspondants : au premier plan j'ai l'impression de m'égarer moi-même, comme si « ma » personnalité s'éloignait et s'obscurcissait toujours plus ; le monde extérieur des objets et des personnes que je vois dans la rue prend à mon regard un aspect hostile, monstrueusement animé.

Il me semble qu'un cyclone peut m'anéantir d'un instant à l'autre, et qu'un gouffre s'ouvre à l'intérieur de moi. L'émotion, toutefois, que ces sensations me donnent, ne me fait pas perdre entièrement mon sang-froid : pas même alors qu'une rafale extrêmement violente paraît m'envelopper et m'enlever toute conscience. Mon psychisme suggère à mon introspection l'image d'un paysage bouleversé par un tremblement de terre et dont le ravage extrême est imminent.

.....
 Mon inconscience d'être MORSELLI coexistait avec une parfaite lucidité sensorielle et introspective et avec la faculté d'apprécier la gravité de mon trouble, puisque mon état psychique était caractérisé par une suite incessamment alternée de conscience normale et de conscience altérée. C'est pourquoi je suis à même, maintenant, d'évoquer avec précision et netteté les phénomènes ; mon moi percevait sans cesse dans le courant morbide, barrant, ou pour mieux dire, ralentissant son cours, et y faisant en même temps autant de sondages. C'est justement au moment où je reviens de ces interventions de ma conscience que j'ai la notion foudroyante, immédiate de glisser vers la catastrophe, d'être en proie au désordre le plus subversif qui m'enveloppe de ses rafales toujours plus fréquentes. Au moment où j'allais m'exclamer « MORSELLI, qui est-ce ? » mon moi remontait à la surface, enregistrait cette expression délirante, saisissait l'écho du trouble dont il prenait acte et auquel il s'opposait désespérément ».

1. Naturellement avec le pentothal et autres substances analogues, le fait que nous venons de rapporter est devenu monnaie courante ; mais au travers de l'« aspécificité » de ces drogues, c'est toujours le même fait que l'on observe : elles *actualisent* et *approfondissent* les « psychoses aiguës », cf. p. 693 (*Étude* n° 27).

II. *Expériences de dédoublement hallucinatoire. (Les états aigus d'automatisme mental).*

Nous allons maintenant envisager des cas où la déstructuration de la conscience étant plus profonde, elle est vécue comme un événement d'intrusion, d'effraction, un parasitisme dans la pensée du sujet. L'unité psychosomatique de la personne est ici brisée dans sa plus profonde intimité et, la dépersonnalisation atteignant jusqu'au cœur de l'être pensant et vivant, le vide de sa substance, c'est-à-dire de son essentielle « propriété ». Ce sont les thèmes d'influence, de possession, d'envoûtement, d'emprise, de mécanisation, de vol et de devinement de la pensée qui constituent la trame significative du délire et c'est au travers des innombrables « symptômes psychosensoriels », des phénomènes d'influence ou d'automatisme mental, comme dit l'École française depuis de CLÉRAMBAULT, que le psychiatre saisit le vécu fondamental de ces expériences de dédoublement, de multiplication et de redoublement de la conscience.

Souvent le diagnostic de « Psychose hallucinatoire chronique » chez nous, ou de « Schizophrénie » dans la plupart des autres pays, absorbe ces « états » comme si tous étaient effectivement chroniques ¹ et comme si leur structure propre devait être négligée (même dans le cas où ils s'organisent ou se survivent sous une forme chronique secondaire). Cette manie de considérer comme toujours chroniques et nécessairement permanentes les expériences délirantes « hallucinatoires » — même si elle se justifie en partie par le fait que beaucoup de psychoses délirantes chroniques sont hallucinatoires et que beaucoup d'états hallucinatoires tendent à la chronicité — cache trop souvent au clinicien la réalité et la possibilité de « Bouffées délirantes hallucinatoires » qui certes se reproduisent souvent chez le même malade, mais dont chaque crise ou épisode constitue une « *psychose aiguë* ». De telle sorte qu'il n'y a pas moins de raison d'appeler « psychoses aiguës » ces crises que les crises de type maniaco-dépressif... Quoi qu'il en soit, voici quelques observations d'intérêt assez divers. Nous les donnons ici dans un ordre d'intérêt croissant pour bien montrer que nous visons une fois encore dans cette description non pas seulement des observations exceptionnelles, mais des cas qui font partie de la clinique la plus courante et la plus simple.

1. Nous devons renvoyer encore à la thèse de M^{lle} P. PETIT, *Les Délires de persécution curables* (1937). Dans la première partie consacrée aux « Délires curables à structure oniroïde » on trouvera des observations bien intéressantes (et notamment l'observation IX) et de nature à nous rappeler la vieille notion de *Psychose hallucinatoire aiguë*, (Thèse de FAKNARIER, Paris, 1899), qu'il est, à nos yeux, indispensable de restaurer. Ceci dit, il n'en reste pas moins vrai que la clinique nous apprend que les délires chroniques et les schizophrénies passent par ce niveau avec une grande fréquence et c'est avec une grande fréquence que l'on voit les psychoses de ce type passer à ces formes de chronicité.

...Souvent le diagnostic de « Psychose hallucinatoire chronique » chez nous, ou de « Schizophrénie » [...] cache trop souvent au clinicien la réalité et la possibilité de « Bouffées délirantes hallucinatoires »

BOUFFÉES DÉLIRANTES

Observation de Marcelle G. T. Voici l'observation *la plus banale* que l'on puisse rencontrer, mais pourtant sa banalité ne doit pas nous en faire oublier l'importance. Si nous avons choisi ce cas, c'est que nous avons pu le suivre (ou tout au moins avoir des nouvelles de la malade) de 1936 à 1953.

Cette malade entra à l'âge de 30 ans, le 1^{er} octobre 1936, dans notre service. Peu après un accouchement, en 1935, elle avait présenté un « *état dépressif* » avec sentiments d'insécurité et de dépersonnalisation. Tous ces troubles, après quelques oscillations du tableau clinique, subirent une recrudescence par « *crises* », et c'est pour une de ces crises qu'elle a été hospitalisée. Pendant plusieurs jours en effet elle a vécu une *expérience délirante et hallucinatoire* d'une grande intensité sinon d'une grande richesse. Voici comment se manifestait et s'exprimait cette expérience hallucinatoire :

« Je me sens toute drôle. J'ai des troubles dans la tête. Il me vient de drôles d'idées. Je pense malgré moi. Je crois parfois que je vais mourir. Ça fait drôle, c'est comme si j'avais une voix dans la tête. Ce n'est pas possible d'expliquer ça. J'ai des cauchemars, des peurs... Je suis comme hypnotisée. Ça me pousse malgré moi... Ça répète ce que je pense... Tout me semble triste et lugubre et mon cerveau marche tout seul. On répète ce que je pense et on sait bien ce que je pense ».

Ces « *crises hallucinatoires* » la laissent perplexe. L'anxiété constitue le fond permanent sur lequel se détachent, par périodes de 5 ou 6 jours, ces crises hallucinatoires où se retrouve l'essentiel du syndrome d'automatisme mental : écho et commentaire des actes, hallucinations psychiques, dépersonnalisation, sentiment d'emprise et d'intrusion dans la pensée. Les crises s'accompagnent d'un syndrome neuro-végétatif intense : dermatoglyphisme, bouffées de chaleur, troubles vasomoteurs périphériques à prédominance cervico-faciale.

Elle ne gardait pas le souvenir de ces crises hallucinatoires et ne conservait l'impression que d'un malaise désagréable au cours duquel elle avait perdu le contrôle de ses pensées. « Comme si, dit-elle, tout était trop fort dans ma tête et que j'étais envahie par des pensées étranges, comme si on me parlait et me prenait ma pensée ».

L'ensemble des troubles a évolué pendant plusieurs mois avec ces « bouffées hallucinatoires » et des tendances dépressives très marquées. Tous ces phénomènes paraissent tantôt devoir s'organiser comme une névrose avec tendances phobiques et obsédantes, tantôt comme une psychose hallucinatoire. Mais il n'en a rien été et malgré l'intermittence de ces crises d'automatisme mental... elle a repris son équilibre. En dépit de quelques tendances à l'anxiété, elle mène depuis 17 ans une vie calme et paisible.

Nous le répétons, le seul intérêt de cette observation est son manque total d'originalité. Il ne s'agit pas en effet ici de rechercher des cas exceptionnels, mais de nous référer à ceux que la clinique nous offre sous son aspect le plus habituel. Ce qui est moins fréquent c'est, comme pour ce cas, de pouvoir s'assurer que 17 ans après, les crises hallucinatoires ne se sont pas renouvelées...

Avec un recul bien moindre, M^{lle} PETIT a rapporté dans sa thèse une observation que nous reproduisons ici pour son aspect également typique et banal.

Observation résumée de M^{me} Deff (Thèse de M^{lle} PETIT, observation IV). Cette malade de 25 ans a été l'objet (novembre 1935) des certificats suivants :

...observation de « crises hallucinatoires » avec automatisme mental sans organisation vers la chronicité...H.Ex.

...Observation de M^{lle}
 PETIT (Thèse, 1937)...

1^{er} certificat : « *Psychose hallucinatoire d'allure paranoïde*. Hallucinations auditives et visuelles : entend parler d'Hitler, du Prince de Galles, voit le Christ, un Archange dans le ciel. Idées d'influence et de persécution incohérentes. On agit sur elle et un médium. On installe très haut dans le ciel des doubles miroirs qui reflètent par le magnétisme, la télévision, le téléphone. On veut faire d'elle une espionne, la personne qu'on veut lui montrer. A tenté au dehors de s'enfoncer des aiguilles dans la tête, se jette par terre. Excitation psychique. Agitation et violences dans le service. A dû être maintenue. »

2^{me} certificat : « *Psychose paranoïde*. Idées de persécution et d'influence. Hallucinations multiples. Troubles cénesthésiques. Entend des voix ; c'est du spiritisme, du magnétisme, de l'hypnotisme. On imite certaines personnes, on lui commande de se disputer, on l'insulte, on lui parle d'espionnage, d'Hitler, de l'Allemagne, du Roi d'Angleterre, du Prince de Galles, de Jeanne d'Arc. On veut lui faire assassiner quelqu'un comme Gorguloff. C'est un fakir qui doit la poursuivre. Sentait des boules naviguer dans sa tête, se piquait avec une aiguille pour les faire disparaître. A vu dans le ciel le Christ, un tigre, du feu. On a dû se servir d'un miroir concave et convexe, de magie noire, de télévision. Coups dans le cœur, déformation de la matrice. Excitation. Frappe le personnel. Lacération. »

.....

Le début des troubles, en 1934, fut vraisemblablement marqué par un épisode onirique fugace. Une « grippe l'avait laissée tout énervée, elle ne dormait plus, rêvait beaucoup, parlait toute seule. Elle crut avoir la folie de la persécution », mais bientôt elle comprit « qu'il s'agissait de spiritisme ». La malade exprimait en souriant des idées confuses d'influence et de persécution, liées à un syndrome hallucinatoire et xénopathique d'agression physique et mentale. Hallucinations auditives multiples, insultantes, menaçantes, un crocodile devait la dévorer ; hallucinations impératives : on lui a ordonné d'aller tuer le Président de la République. Conversations lointaines ; on parlait de sa famille. On lui faisait faire des « pantomimes ». On lui disait qu'elle « était Eve, puis Henri IV, Notre-Dame-de-Lourdes » ; elle « se mettait alors dans la peau du personnage, mais n'y croyait pas », dit-elle. Elle entend de multiples voix d'hommes et de femmes. Son principal persécuteur est un spirite, un fakir qui la poursuit partout, nuit et jour mais qu'elle n'a jamais pu apercevoir. *Hallucinations psychiques* : « cet homme pénètre dans sa tête, lui envoie des pensées et la met en communication avec toutes sortes de personnes ». Elle répond mentalement aux questions que le spirite lui pose. Elle soliloque en elle-même. Prise, devinement et écho de la pensée : « on me prenait ma pensée à l'aide d'un miroir », dit-elle ; « dès que je pense quelque chose je l'entends répéter, je l'exprime après ». *Troubles cénesthésiques multiples* : ses yeux se voilent, on lui a également voilé le cœur et changé les entrailles. Elle sent des boules qui lui courent dans la tête. Elle les a piquées avec une aiguille « ce qui a effrayé son mari ». Elle a le corps tout déformé. Hallucinations ou pseudo-hallucinations visuelles. On lui fait voir le Christ dans le ciel, des artistes connus. Au début, elle a vu « des avions tomber en flammes ». Sentait par moments « des parfums de roses ». Systématisation délirante très pauvre : Ce fakir gagne sa vie à ses dépens ; il veut faire d'elle un médium et l'instrument d'un crime. « Tu arriveras à commettre un crime », lui a-t-il répété.

A partir du 7 décembre, tout à fait calme, elle s'occupait régulièrement dans le service. Le 12, on notait la disparition complète des phénomènes hallucinatoires depuis une semaine. La malade n'exprimait plus aucune idée délirante et les rectifiait partiel-

lement. « Elle ne sait pas tout ce que cela veut dire, c'est peut-être un effet de son imagination, elle va tâcher d'oublier tout cela. Elle s'est suggestionnée elle-même. Elle n'est pas folle du tout... peut-être l'a-t-elle été, mais elle ne l'est plus ». Exprimeait quelques idées de jalousie à l'égard de son mari. Croyait encore à la possibilité du magnétisme « puisque c'est une science ».

Les jours suivants la malade se montra très calme, s'occupa et n'exprima pas d'idées délirantes. Le 27 décembre elle rectifiait complètement les troubles antérieurs. Elle ne croyait plus à ces phénomènes qui avaient si complètement disparu à l'asile. « J'ai cru que c'était du magnétisme, je ne me rendais pas compte que j'avais le cerveau fatigué », dit-elle.

La sortie a été accordée le 12 janvier 1936 ¹.

Voici maintenant l'observation d'une malade que nous suivons depuis 5 ans. Elle a présenté depuis 1948 une série de « crises hallucinatoires » toutes très intenses et dramatiques avec une rémission d'abord complète puis moins complète en ce sens que, entre ces grandes phases de troubles, tend à s'organiser, sans toutefois se cristalliser, une conviction délirante où s'installe nettement dans le sens d'une systématisation la croyance à une action extérieure qui, comme nous le verrons, reflète au moins autant la naïveté de ses conceptions que ses expériences délirantes et hallucinatoires.

...Observation personnelle : « crises hallucinatoires » avec organisation sans cristallisation d'une conviction délirante... H.Ex.

Observation de M^{me} Q. T. Née en 1911, cette femme vit dans un milieu rural et aucun événement important n'a agité son existence. Il n'y a pas d'antécédents psychopathiques familiaux. Instruction primaire. Elle est d'un caractère assez sociable et de type asthéo-longiligne. Elle a eu deux enfants. Bonne entente conjugale. En 1946 elle a subi un traumatisme crânien (perte de la conscience de plusieurs heures).

En 1948, première crise à type d'anxiété avec syndrome d'influence. Elle se plaignait d'avoir la tête engourdie, d'être comme hypnotisée. Mais rapidement la crise cessa, sans séquelles.

En 1950, elle est hospitalisée pour une psychose délirante aiguë à thèmes multiples de persécution et d'influence. Jusqu'à ce moment (janvier 1950) elle n'avait présenté aucun trouble. Cette nouvelle crise a débuté par de l'angoisse nocturne et une activité délirante fabulatoire et hallucinatoire. Elle entendait les Allemands qui voulaient l'emmener avec eux. Après une période d'accalmie en juin 1950, nouvelle crise. Au cours de cet épisode, elle exprimait son délire sous cette forme : « J'ai peur. Je ne puis plus dormir la nuit. Les Allemands veulent m'emmener... Quand je pense quelque chose, les Allemands le savent. Ils connaissent tout ce que je pense. Ils m'obligent à penser. Nous avons eu un officier allemand chez nous, c'est lui qui doit penser tout ça... Ils voient tout ce que je fais chez moi et ensuite on me met à la télévision... J'ai peur qu'on scie les barreaux de ma chambre pour m'enlever, etc. ». Tout ce délire tombe rapidement après trois électro-chocs.

Rentrée chez elle le 2 septembre 1950, elle est de nouveau normale selon son mari et ses propres confidences, avec cependant, de temps en temps, l'impression qu'un guérisseur qu'elle avait consulté agit sur ses pensées.

1. Nous avons essayé de retrouver cette malade mais nous n'avons pas pu y parvenir, toutes les correspondances adressées à sa famille n'ayant pas pu toucher leurs destinataires.

Puis en juillet 1951 éclate à nouveau une grande crise. « Ils m'envoient des pensées que je ne reconnais pas comme miennes et j'ai peur que ces pensées ne fassent du mal à mon entourage... Ils sont au courant de tout ce que je fais... Ils m'espionnent et me surveillent. Je suis poussée, c'est comme s'il y avait deux forces en moi ». Ce dédoublement hallucinatoire est vécu dans un débordement extrême d'angoisse qui l'a conduite au bord du suicide. Dans le premier choc, elle déclare : « J'ai ressenti une amélioration immédiate, je n'ai plus l'impression d'être divisée en deux. Je vais reprendre le dessus. Tous ces temps je ne voulais plus sortir et j'avais mauvais moral, mais je vais reprendre le dessus ». Elle sort le 18 juillet 1951.

Pendant 8 mois elle a été à nouveau normale avec tout de même des préoccupations obsédantes et quelques convictions délirantes, mais intermittentes, au sujet de l'action du guérisseur sur sa pensée et son existence. Elle présenta en février 1952 une nouvelle crise avec pantophobie, idées d'influence et de persécution, guérie en 17 jours dans une maison de santé privée. Nouvelle rémission complète (d'après le mari) ou à peu près complète (d'après elle-même qui demeure effectivement dans l'intervalle des crises assez préoccupée) jusqu'en mai 1953. A cette date, elle rentre dans notre service. On note qu'elle est très obnubilée, dans un état d'agitation extrême et en plein délire presque onirique : « Depuis un mois je demande la paix. J'ai tous les partis politiques qui m'envoient des radiesthésies dans la tête. L'autre nuit on est venu chercher mon fils pour l'emmenner dans les soviets de la politique. J'avais plein de réaction politique dans la tête. Avec la radiesthésie les gens connaissent mes pensées. Tout le monde sait ce que je pense. Ça me travaille, dans la tête. Je ne suis plus maîtresse de moi... Par la radiesthésie toutes ces idées viennent malgré moi. Des phrases me viennent dans la bouche ou dans la pensée ». Elle est sombre et angoissée, tressaille au moindre bruit. Elle craint toujours que l'on vienne enlever son fils. « C'est toujours la même chose, s'exclame-t-elle, ils veulent que je dise que mon fils est un Allemand et ce n'est pas vrai, je l'ai eu avec mon mari quand il est revenu de captivité ». Elle a peur d'être responsable de la guerre et veut établir la paix. Son agitation pantophobique devient considérable, elle pousse des hurlements, se tord sur son lit. « Allez-vous-en ! Salauds ! Non je ne veux pas me remarier... Non ! Jamais, Je ne veux pas ! Je ne veux pas ! Mon fils, ils l'envoient au four crématoire... Faites m'y passer ! ». Ces déclamations sont théâtrales avec des crises de rage et de désespoir. Elle se roule à terre et fait des contorsions pathétiques.

Nous réussissons cependant à lui injecter du Privénal. L'agitation cesse et brusquement elle dort d'un sommeil profond pendant une demi-heure. Au réveil, en même temps que la pensée vigile revient, elle reprend sa gesticulation tragi-comique. (Voix de polichinelle, dialogues hallucinatoires mimés). Pendant cette phase du réveil, le délire s'intensifie encore : « Je veux être exécutée... Je veux mourir de faim et de soif ». La narcose avec le Privénal a mis en évidence son extrême sensibilité au toxique et le fait que les phases parahypniques (tout au moins celle du réveil, la seule qui ait pu être explorée) approfondissent et actualisent le délire et l'activité hallucinatoire, fait qui se retrouve dans toutes les expériences délirantes de ce genre.

Le traitement par électro-choc qui avait toujours bien réussi est alors entrepris et effectivement, dès le premier choc, le délire disparaît. *Tout le délire est recouvert par l'amnésie.* Elle rit quand on lui parle de ses propos et de son angoisse au moment de son entrée.

Cependant, quelques jours après, elle se plaint de sa période de *réveil*. « C'est toujours, dit-elle, au moment du réveil que les choses bizarres se passent. Ce matin j'avais

...dès le premier choc, le délire disparaît. Tout le délire est recouvert par l'amnésie...

l'impression comme si on me cassait des pierres dans la tête. Je ne puis pas comprendre ça, ni ce que c'est, ni ce qu'on veut dire ». Effectivement après quelques jours elle se plaint de cette invasion de pensées et d'imagerie fantastiques, elle retombe de nouveau en plein délire d'influence et d'automatisme mental. Enfin, après deux ou trois électro-chocs tout rentre à nouveau dans l'ordre. Il persiste seulement une conviction délirante d'ailleurs chancelante : il se peut, dit-elle, que le guérisseur soit pour quelque chose dans ce qui lui arrive et ait une influence sur sa pensée. Quant à ce qu'elle-même appelle son délire, elle en rit et il lui paraît extraordinaire qu'elle ait pu se laisser prendre à des « idées si bêtes ».

Après quelques oscillations dans les convictions délirantes, elle est rentrée chez elle à nouveau depuis 10 mois et parle de son délire comme d'une crise de maladie.

Telle est, réduite à sa plus simple expression clinique, cette observation remarquable en plus d'un point. Soulignons les plus importants : tout d'abord les *crises hallucinatoires* sont ici intermittentes et assez rapprochées ; elles cèdent avec une remarquable facilité dès le premier choc qui agit en faisant cesser l'expérience délirante comme le réveil dissipe le rêve et ses souvenirs ; elles laissent entre elles un intervalle lucide qui, sans équivaloir peut-être à une guérison totale, contraste vivement avec les « bouffées délirantes et hallucinatoires ». La continuité de la conscience hallucinante et du rêve est manifeste dans les phénomènes de retour offensif du délire, dans les phases de réveil qui constituent de véritables « moments féconds » du délire ; elle est également mise en évidence par la narcose qui va « dans le sens du délire ». Enfin, nous saisissons ici à travers toutes ces expériences délirantes, comme un « fil » de délire qui les relie et peut être l'ébauche d'une organisation chronique. Ce « fil » qui est déjà comme le lien existentiel qui sous-tend ces expériences et leur survit représente une forme de *croissance* dans le pouvoir magique d'autrui, c'est-à-dire une exigence interne d'être aimée (par le guérisseur ou l'Allemand) sans avoir la responsabilité de ce crime. C'est par là et aussi peut-être par la naïveté de ses conceptions et de ses superstitions paysannes que cette malade est vulnérable dans la trajectoire de sa personnalité. C'est par là que le délire d'un instant peut menacer de devenir le délire d'une existence. Quoi qu'il en soit de cette possibilité, ce cas nous présente le cortège habituel des troubles « rappelant » la mélancolie anxieuse et la dépersonnalisation des niveaux structuraux supérieurs et aussi la possibilité de passer par instants au niveau inférieur à celui de la confusion (lorsqu'à son entrée elle était désorientée et présentait une obnubilation vraiment « confusionnelle » de la conscience). L'aspect oscillant et chaotique de ces expériences hallucinatoires aiguës est ici très typique.

...nous saisissons ici à travers toutes ces expériences délirantes, comme un « fil » de délire qui les relie et peut être l'ébauche d'une organisation chronique...

Nous allons maintenant (pour aller des cas d'observation clinique simple à un cas plus approfondi dans sa structure) exposer une observation d'une malade que nous connaissons depuis 17 ans.

Mlle Marguerite L., employée de banque, née en 1901. Pas d'antécédents psychopathologiques familiaux. De caractère plutôt gai, syntone sans oscillations cyclothymiques. Existence paisible. Projet de mariage en 1931 dont l'échec l'a contrariée. Personne cultivée d'intelligence vive.

En janvier 1935, pendant quelques semaines, a présenté des troubles. Devenue taciturne et sombre, elle s'imaginait qu'à son bureau on la calomniait, on faisait des allusions indiscrettes à sa conduite, on l'accusait d'avoir un amant. Puis tout est rentré dans l'ordre. En septembre 1936, reprise des troubles. Brusque crise d'agitation, pendant plusieurs mois, excitation, idées délirantes multiples.

...*Observation personnelle suivie pendant 17 ans... H.Ey.*

En septembre 1936, recrudescence de l'excitation délirante elle déclare un jour : « La France est en danger et une seule personne peut me comprendre, le Dr. M. ».

Placée à Henri Rousselle, puis dans une maison de santé. Après une brève tentative de réadaptation dans la vie familiale, elle entre dans le service à cause d'une tentative de suicide le 3 novembre 1936.

Le certificat d'internement fait mention de « délire polymorphe avec réactions mélancoliques mal systématisées, d'influence à thème érotomaniaque. Syndrome d'automatisme mental fruste. Hallucinations auditives différenciées. (On lui donne des ordres, elle reconnaît la voix d'un médecin dont elle est amoureuse, on lui dit qu'elle a la syphilis, qu'elle a contaminé un grand nombre de gens, etc...) ». Le certificat de 24 heures note un état d'excitation maniaque alternant avec des phases d'anxiété. Activité délirante et hallucinatoire. Expériences oniroïdes avec sentiments d'influence et d'étrangeté.

...*état d'excitation maniaque alternant avec des phases d'anxiété. Activité délirante et hallucinatoire [...] qui domine le tableau clinique...*

Pendant les premiers jours de son hospitalisation, elle se montre très excitée, turbulente. Pleurs et gémissements fréquents. Préoccupations hypocondriaques. L'insomnie, la fuite des idées, la logorrhée, la gesticulation, l'énervement complètent ce tableau d'état mixte. Mais ce qui domine le tableau clinique, c'est le *délire hallucinatoire*. Celui-ci s'exprime dans ses attitudes, ses conversations avec des interlocuteurs imaginaires. Elle est en communication constante avec les médecins qui lui parlent par transmission de pensée. Ce sont, dit-elle, des conversations incessantes tout à la fois amoureuses, politiques et religieuses. C'est un échange, un « commerce » continu. Ces communications ne sont pas seulement verbales, elles constituent des contacts affectifs et parfois de véritables relations sexuelles. Voici ce qu'elle nous disait le 14 janvier 1937 (in extenso) :

« Je suis en communication avec tout le monde ici... Toutes mes pensées sont en communication... Je suis en communication avec ma mère, avec mon neveu et d'autres personnes de Bordeaux... Tout ça n'est pas clair. Est-ce seulement une impression ? Est-ce vrai ? J'ai la certitude. Mon cerveau fonctionne d'une façon anormale, alors j'entends des bruits. Ce ne sont que malédictions, imprécations, accusations. J'ai fini par contaminer par la syphilis tous mes parents en donnant seulement une poignée de main. C'est peut-être possible. Je ne puis rien faire ni penser sans être en communication. Lisait-on dans un cerveau autrefois ? Je l'ignore. Moi je ne connais pas les pensées des autres, mais j'ai l'impression que l'on sait les miennes. Ces communications ne sont pas des voix, ou plutôt oui, ce sont des voix. Pour certaines je reconnais les voix, pour d'autres non. C'est très embrouillé. Pour l'instant j'entends le Dr. M. de Bordeaux qui me dit : « Oui, vous êtes en communication avec moi ». Quand je pense personnellement, je dis, je viens quand cette pensée vient avec « nous ».

Après une cure pyrétotherapique (huile soufrée, 8 accès fébriles) l'activité hallucinatoire s'efface un peu ; elle dit entendre moins de voix et ajoute : « Ce sont des voix intérieures, ce sont peut-être des pensées de personnes et peut-être de personnes ne parlant pas, ce sont leurs pensées qui se succèdent dans mon esprit ».

Après une nouvelle cure de somnifène per os avec de petites doses d'insuline (15 à 20 unités par jour), genre de traitement que nous employons beaucoup alors dans le service, l'ensemble de l'excitation et de l'activité délirante hallucinatoire a cessé au bout de 3 ou 4 mois. Voici comment elle a alors raconté cette « expérience vécue » du 11 septembre 1936 au 20 juin 1937 :

« La première fois, c'était le 11 septembre, j'ai entendu des paroles d'amour. C'était le Dr. M.. Je perdais la mémoire. Je ne peux pas vous dire tout ce que me

disaient toutes ces communications (rit énormément). C'était jour et nuit, d'ailleurs je ne dormais pas. Je m'étais occupée en 1935 de spiritisme et de l'influence de la volonté car, mon père étant malade, on m'avait conseillé le magnétisme pour le guérir... Il me semblait encore que je devais voir apparaître Jésus Christ. Vers le 18 septembre, les communications devinrent « patriotiques » et aussi « érotiques ». Il s'agissait d'une fécondation à grande distance, de masturbation. On ne m'accusait pas. On me disait : « Je vous aime, je t'aime ». On parlait de syphilis provoquée. Il était question de différents noms. Je n'arrive pas à comprendre comment j'ai pu penser moi toute seule par exemple à la fécondation artificielle. Je ne cessai pas ensuite de communiquer, sauf la nuit. C'était la pensée des autres qui était en moi. C'était une espèce de conversation, on me parlait et je répondais. J'avais l'impression que ce n'était pas moi. J'étais certainement suggérée. Il était question d'hypnose. Petit à petit tout ce que j'avais vu dans mon enfance me revenait. J'approuvais et je désapprouvais tout ce qu'on disait. Quand j'arrivais à Henri Rousselle, j'ai eu des visions : je voyais le Dr. F., c'était une tête très imprécise, puis Jésus Christ dont la tête était très précise. J'ai vu aussi des têtes de fakirs, d'Hindous, des têtes avec des turbans. Elles apparaissaient quand les yeux se fermaient. Mais, les yeux ouverts, j'ai vu une sorte de cristal dans la salle où j'étais ali-tée. C'était une sorte de corps qu'on voyait au travers du verre. J'ai vu aussi une femme. Il me semblait que c'était une expérience scientifique. J'ai vu aussi le Dr. F., avec sa femme, ce n'était pas un rêve. C'était une chose que l'on fait apparaître. Certaines personnes ont du pouvoir sur les autres et leur font voir. Ce n'était pas très net. J'avais l'impression de voir une lumière qui représentait un corps qu'on voit au travers du verre. La femme était de dos, c'était une infirmière, mais les infirmières étaient dans la salle à côté et non pas là. C'était une conversation amoureuse et aussi une expérience scientifique ».

(Elle revient alors au récit de la phase initiale vers le 11 septembre).

« Les communications ont commencé par des paroles d'amour du Dr. M. C'était précis, pas platonique du tout. C'était le soir vers 10 heures, j'étais couchée. J'étais sous l'impression d'une sorte de domination. J'étais dans un état spécial. J'ai très peu dormi et en me réveillant le dialogue a repris. C'était un dialogue forcé. Je répondais moi-même. J'étais consentante à parler avec le Dr. M., ce n'est pas moi qui parlais pour lui tout au moins en partie. J'ai l'impression que ce n'est pas moi qui parlais complètement (je t'aime, ma divine chérie). Vers le 18 septembre ça a changé, il y a eu plusieurs personnes. Il était question que j'aurais un enfant et que je mourrais entre 36 et 37 ans. Cela ne m'empêchait pas d'aller et de venir, c'est ainsi que j'allais aux Galeries Lafayette. J'avais une grande envie de chanter et je chantonnais un air qui n'était pas de moi. L'extérieur était normal, mais c'est en moi que tout était changé. J'entendais une voix dans ma tête comme Jeanne d'Arc, mais je continuais à faire mon travail. »

A la fin de son séjour au service, elle a gardé quelque temps (comme en témoigne encore le récit ci-dessus) des convictions délirantes et continuait à éprouver l'impression que « tout le monde lisait dans son cerveau ». Ce reliquat délirant et hallucinatoire disparut et la malade est sortie complètement guérie le 2 août 1937. Elle nous donna de ses nouvelles de temps en temps et le 14 octobre 1940 son père nous confirmait que « depuis sa sortie de l'établissement elle n'avait jamais eu besoin d'avoir recours à un médecin ». Elle avait repris son travail interrompu en juin 1940 par l'exode.

Au bout de quelques années elle dut à nouveau abandonner ses fonctions (1945) et elle a même été réinternée depuis. Elle se trouvait, quand nous l'avons vue il y a quelques mois, à peu près dans le même délire « sur fond d'excitation maniaque ».

...Observation personnelle suivie pendant 17 ans... H.Ey.

Nous pouvons à propos de cette dernière observation insister sur quelques points. D'abord, le fond maniaco-dépressif est pour ainsi dire constamment présent mais demeure à l'arrière-plan du tableau clinique : ce ne sont en effet ni l'angoisse, ni la joie, ni le conflit moral ou la festivité, ni la fatalité du passé, ni l'ouverture infinie vers l'avenir qui constituent l'essentiel du vécu délirant. C'est plutôt une « expérience » profondément étrange et, de même que nous nous servons de ce mot expérience dans le sens d'« Erlebniss » pour désigner ce qu'elle-même a vécu dans l'intimité et dans la profondeur de sa personne, c'est de ce même mot expérience qu'elle se sert pour désigner la pénétration de son être par autrui. Cette « pénétration » est tout à la fois érotique et scientifique. La communication qui la lie à la présence réelle du « partenaire » qui entre en contact intime avec elle, est une relation amoureuse de possession et de don ; mais ce don lui-même, comme tel, n'émane pas d'elle-même, ne vient pas d'elle-même, et s'il lui arrive de se livrer à ce commerce lascif, c'est comme si son propre désir était lui-même violenté. Par là justement cette communication des corps (ou de ses substituts les plus subtils, la pensée, le langage, le pouvoir d'attraction ou de domination, les sentiments) cette cohabitation charnelle et sentimentale est vécue par elle comme une expérience radicalement étrangère à elle-même, c'est-à-dire artificielle (et le thème de la fécondation à distance et de l'épreuve scientifique expriment typiquement le noyau même de ce vécu). Tout le reste, peut-on dire, dérive de ce *point crucial* : c'est au centre même de la personne, dans ce qui ne peut jamais être atteint que par l'amour, ou qui ne peut être jamais que le réceptacle d'une magique ou surnaturelle puissance, c'est dans la profondeur même de l'espace vital, à la fois infini et fermé de l'être, que se situe le lieu, le sens, la puissance et l'exclusivité de l'action maléfique. Ce n'est pas le monde extérieur, dit-elle, qui est modifié, c'est moi, et c'est moi qui ne m'appartiens plus, c'est moi pénétrée et saisie comme objet libidinal et cela à la fois comme objet de désir et comme objet de connaissance. Le devinement de la pensée et le dévoilement de la pensée, c'est la dénudation¹ comme expérience fondamentale de la destruction même de la corporéité en tant que celle-ci est la limite tégumentaire et la protection du moi. Le corps transparent est, comme le corps transpercé, un corps livré à la puissance d'autrui, et cette puissance se définit comme phallique par le sens centripète de sa pénétration, par sa force dominatrice et percutante, par son rôle de défloration majeure de « l'espace » le plus intime que le moi puisse occuper dans le monde. La cloison qui sépare et protège la pensée (comme espace virtuel de la puis-

...[Elle vit] une « expérience » profondément étrange [...] la pénétration de son être par autrui...

...Le devinement de la pensée et le dévoilement de la pensée, c'est la dénudation comme expérience fondamentale de la destruction même de la corporéité...

1. On ne peut s'empêcher ici de penser à l'étrange légende et surtout à l'étrange construction mécanico-sexuelle de M. DUCHAMP « *La Mariée mise à nu par ses célibataires même* » marionnette morcelée et transpercée par une fantasmagorie de machines (cf. notre travail, sur « La Psychiatrie devant le Surréalisme », *Évolution Psychiatrique*, 1948), — Un des meilleurs travaux sur la psychanalyse des délires, celui de TAUSK a admirablement démonté la « psychologie » de ces mécaniques et de ces machines hallucinatoires.

sance du Moi), de l'étendue du Monde-non-Moi s'affaiblit et s'effondre. Et c'est l'irruption d'autrui qui préfigure l'objectivation totale du sujet, objectivation déjà ici en marche. Car « ce-qui-n'est-pas-Moi », c'est sans doute et d'abord le monde des choses et de la matière qui est seulement comme l'horizon excentrique de mon existence, mais c'est aussi cette réalité plus près de moi qui est autour de moi, qui sans cesse se mêle à moi et à qui je suis mêlé, celle d'autrui. Dans certaines autres « expériences » de ce genre, comme nous le verrons plus loin (sans être obligé, pensons-nous, d'en donner encore d'autres exemples) la fusion du monde périphérique des objets et du monde central du sujet va si loin que le monde de la pensée devient un monde de l'étendue soumis à des lois purement physiques (les malades se disent et se sentent électrisés, photographiés, répétés, multipliés, etc.) Mais ici nous pouvons déjà saisir le caractère factice et inéluctable d'un dédoublement qui sans aller jusqu'à substituer un objet physique, dans l'intérieur de l'être, à sa volonté, lui impose cependant l'exigence d'un accouplement avec un autre. La monstruosité de cette cohabitation dans l'unité et la solitude de la personne, tel est le radical irréductible de l'expérience de Marguerite L. Monstruosité aussi mystérieuse pour elle-même (hors le recours à la magie d'une action extérieure) qu'à nous-mêmes si nous ne nous estimions fondé à chercher, à notre tour, dans la déstructuration même de sa conscience — en tant que gardienne et ordonnatrice des formes temporo-spatiales du vécu — l'explication de cette effraction de l'intimité, du silence, de l'unité et du secret qui, au « Milieu » même du Moi, sont normalement inviolables mais garantis seulement par la relation exacte (et ici perdue) avec le « milieu » ambiant de son monde.

...cette effraction de l'intimité, du silence, de l'unité et du secret...

Dans toutes les observations semblables à celles que nous venons d'exposer les expériences plus ou moins intriquées d'emprise passionnelle, de cohabitation érotique, de possession démoniaque, de transe spirite, d'expérimentation, de suggestion hypnotique ou de vivisection psychique, de médiumnité, de sorcellerie, d'inspiration surnaturelle, de magnétisme, etc. constituent une trame dramatique et mystérieuse qui passe dans les récits des événements bouleversants que les malades éprouvent ou viennent de subir. Mais à ce polymorphisme de thèmes correspond aussi une grande variété et variabilité des vécus perceptifs hallucinatoires.

Tantôt c'est comme dans un *espace diffus et artificiel* que se déroule l'événement délirant et celui-ci se partage entre son point de départ « causal » dans le monde géographique (les machines derrière les murs, les rayons à distance, les appareils émetteurs, la toute-puissance divine, le regard et les sortilèges d'un magicien) et son point d'application vécu dans le monde clos de la personne (à la surface du corps, dans ses profondeurs, dans la tête, dans la pensée, etc...).

Tantôt c'est *dans un champ perceptif électif* que l'expérience délirante se visualise comme un spectacle ou se verbalise comme une conversation, une transmission de

pensées ou une communication télépathique...

Dérouté, « tournant en bourrique », « jouet » ou « marionnette », le sujet est soumis aux mille facéties d'un jeu de cache-cache, de prestidigitation ou d'absurde et perfide malveillance. Pris dans les perspectives brouillées des limites du subjectif et de l'objectif (dans les mirages, les illusions, les télescopages et les embrouillaminis du désordre qui en résulte et qui s'y répercute) abasourdi, il est tout à la fois vaguement conscient d'avoir l'esprit dérangé et persuadé qu'on tente de lui déranger l'esprit...

On conçoit que des expériences si riches de perspectives ineffables s'accommodent mal des classifications psychiatriques des symptômes isolés et notamment des fameuses catégories de phénomènes hallucinatoires et pseudo-hallucinatoires classiques qui s'y trouvent souvent réunies en un inextricable imbroglio.

C'est pourtant à quoi s'est employée l'énergie de toutes les écoles psychiatriques du siècle dernier. Depuis BAILLARGER jusqu'à SEGLAS et G. DE CLÉRAMBAULT, de GRIESINGER à WERNICKE, des milliers d'articles, de mémoires et d'ouvrages ont tenté de classer les « hallucinations » en troubles psycho-sensoriels et hallucinations psychiques, en « hallucinations vraies » et « pseudo-hallucinations » etc... Personne mieux que G. DE CLÉRAMBAULT ¹ n'a décrit les variétés de l'automatisme mental avec ses nuances, ses phénomènes subtils (émancipation des abstraits, mots jaculatoires fortuits, jeux verbaux psittaciques et parcellaires, scies verbales, écho de la pensée, de la lecture et de l'écriture, écho anticipé, « ombre anticipée d'une pensée indiscernable et transitoire », énonciation et commentaire des actes, vol et devinement de la pensée, etc...) Ses descriptions venant après les études de SEGLAS sur les hallucinations psychomotrices verbales ² et leurs multiples variétés, ont élargi le champ des symptômes hallucinatoires au point de le faire coïncider en effet avec l'émancipation des automatismes de la pensée, vécus comme phénomènes étrangers ou xénopathiques. Il ne pouvait en être autrement si l'essence de l'hallucination est non pas la « sensorialité » mais l'illusion d'objectivité dont la sensorialité ou l'esthésie vécue n'est, somme toute, qu'un cas particulier. Les analyses très détaillées de Carl SCHNEIDER ³, tout en étant conduites dans un esprit très différent de celui de l'École française, ont abouti également à une pulvérisation incroyable de « phénomènes hallucinatoires » de « Trugwahrnehmungen » pour autant que leur structure, leur signification et leur vécu spécifique constituent des expériences originales et particulières.

Mais beaucoup plus importante que ces distinctions et cette désintégration véritablement atomique de l'activité hallucinatoire nous paraît être la question de savoir ce qui distingue l'activité hallucinatoire des expériences primaires aiguës, que nous visons ici, de l'activité hallucinatoire des psychoses chroniques organisées en forme d'existence. Le caractère immédiatement vécu, actuellement vécu, l'ineffabilité de l'expérience, ses oscillations, surtout sa dépendance d'une déstructuration de la conscience vécue par les malades comme un vertige et analysable par le médecin comme un trouble dont l'hallucination n'est qu'un aspect et plus généralement leur

1. G. DE CLÉRAMBAULT, *Œuvre*, t. II, pp. 455 à 654.

2. Cf. H. EY, *Hallucinations et Délire*, 1934.

3. C. SCHNEIDER, *Die Sinnentzug*, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1930, 131, 719-813 et 1931, 137, 458-251.

...[Beaucoup plus importante est] la question de savoir ce qui distingue l'activité hallucinatoire des expériences primaires aiguës, de l'activité hallucinatoire des psychoses chroniques organisées en forme d'existence...

intégration à un des tableaux cliniques des psychoses aiguës qui font précisément l'objet de ce volume, sont les caractères qui doivent permettre de faire le diagnostic.

C'est ainsi que l'hallucination verbale que nous retrouverons dans les psychoses chroniques, si élaborée et si abstraite est ici constamment noyée dans l'atmosphère de drame, de mystère où se déroulent les scènes concrètes et mouvantes : l'écho de la pensée se répercute là, maintenant dans la cuisine, terriblement illuminée, la « transmission » perce les murailles et brûle les cheveux, les communications à distance se font à l'aide d'une lanterne verte, elles émanent d'un puits de pétrole dont l'incendie brûle, etc... Sous l'expérience de la pluralité de la multiplicité et du viol de l'espace clos de la parole intérieure, c'est l'histoire, le déroulement kaléidoscopique de l'imaginaire onirique qui est pressenti et déjà déclenché.

En tout état de cause, et même si nous ne sommes pas toujours en mesure d'établir correctement ce diagnostic, il se pose et il se pose justement dès que l'on cesse de considérer l'hallucination (ou le symptôme d'automatisme mental) comme un phénomène « pur et simple » toujours identique à lui-même, ce qui, on le conçoit, est plus « simple » mais engage le diagnostic et le pronostic des états hallucinatoires dans une impasse.

Ces divers aspects hallucinatoires de la vie psychique, c'est-à-dire les formes de projection imaginaire dans les divers « champs perceptifs » se présentent dans la clinique des états hallucinatoires aigus avec les caractères cliniques suivants : *soudaineté, incoercibilité, incompréhensibilité et facticité*. L'irruption de l'expérience délirante, même quand elle est progressive et s'installe en quelques heures ou même quelques jours, est vécue par le sujet comme un « événement foudroyant » qui est brutalement détaché du déroulement habituel de l'existence. Les voix, la transmission de pensée, les impressions xénopathiques, les ordres, la suggestion, la captation de la pensée, etc... s'imposent à la conscience « automatiquement » comme des phénomènes forcés ou parasites qui se constituent en dehors et contre le courant intentionnel personnel. Les modalités de présentation, de formation et de développement du vécu hallucinatoire ont quelque chose d'étrangement « original » et irréductible à l'expérience psychique habituelle et même quand ces formes du fantastique perceptif sont accueillies comme une « éblouissante clarté », une « révélation sensationnelle », une « illumination », elles gardent toujours un fond de « mystère » bouleversant et un caractère inflexible, rebelle à toute expression ou formulation. Enfin, l'événement hallucinatoire et délirant est vécu sur le registre d'une « réalité artificielle », forme même de l'ambiguïté de l'altération de la conscience, laquelle inflige une telle distorsion temporo-spatiale au vécu représenté qu'il est bien vécu et saisi « comme une » réalité objective mais séparé de « la réalité objective. »

Outre ces caractères typiques sinon spécifiques il est essentiel de noter que « l'expérience délirante hallucinatoire primaire » se donne à l'observateur comme prise dans une structure de déstructuration de la conscience. C'est-à-dire dans une atmosphère dont nous devons préciser les caractères cliniques propres à ce niveau. C'est

...L'irruption de l'expérience délirante, [...] est vécue par le sujet comme un « événement foudroyant » qui est brutalement détaché du déroulement habituel de l'existence...

faute d'avoir assez mis l'accent sur ce « substratum » clinique fondamental de l'hallucination en ne s'attardant qu'à sa « frange » ou au tranchant que l'halluciné nous présente (plus émerveillé ou bouleversé de l'éclosion et du sens des figures qu'attentif au fond sur lequel elles se forment) que tant de cliniciens (et spécialement G. DE CLÉRAMBAULT) ont décrit ces troubles comme des phénomènes « isolés ». Pourtant, ils s'intègrent manifestement à un « ensemble significatif et formel », à une structure propre à ce niveau de déstructuration dont nous allons donner quelques exemples. Sans doute, si on n'accepte la notion de « trouble de la conscience » que pour désigner l'obnubilation profonde, la confusion et la désorientation, on ne saurait ici les discerner, mais si les « troubles de la conscience » sont considérés non pas comme une simple propriété extrinsèque de la conscience morbide mais comme la série des niveaux de la déstructuration de son organisation interne allant depuis celui de l'altération de sa structure temporelle dans la manie-mélancolie jusqu'à l'abolition des perspectives temporo-spatiales de la « confusion », on est beaucoup plus à l'aise pour saisir le trouble de la conscience du niveau que nous étudions pour ce qu'il est réellement, c'est-à-dire *une désorganisation des espaces vécus dans le champ phénoménal que compose la totalité des perceptions internes et externes de l'expérience actuelle*. Ce qu'expriment les expériences hallucinatoires « actuellement » et « spatialement » (c'est-à-dire « intensément ») vécues, dont nous étudions les modalités cliniques, c'est leur solidarité avec une structure négative générale propre à ce niveau et que nous approfondirons plus loin. Contentons-nous d'indiquer ici que c'est parce qu'ils ont perdu leurs caractères d'unité, d'intériorité et de subjectivité que les péripéties du vécu de la « conscience hallucinante » se dévoilent à elle comme « hallucinées ». Peut-être saisira-t-on mieux ce « *fait primordial* » si nous tentons de le décrire avec un peu plus de détails. Nous avons pénétré par exemple dans la structure de la « *conscience hallucinante* » de la malade M. L. et nous avons pu la décrire comme une sorte d'effraction de l'intimité de la personne, c'est-à-dire une exposition radicale de l'être au regard d'autrui, une possession par le regard et la voix d'autrui. Cette expérience suppose une modification structurale de l'organisation de l'espace fermé, secret et privé de la personne. Cette modification structurale n'est pas une abstraction et sa réalité résulte de la forme même du vécu tel qu'il passe dans les récits des malades tout à la fois irréductibles à une expérience normale et à la compréhension d'autrui. Dans d'autres cas, le dédoublement hallucinatoire, c'est-à-dire l'invasion et l'occupation du propre espace vital par une autre personne, prend la forme et le sens d'une présence incluse soit dans telle ou telle partie de l'espace corporel (présence d'un polichinelle dans la poitrine) soit dans l'espace virtuel de l'activité psychique (voix d'un voisin dans la pensée), et cette coexistence interne « double » le sujet d'un objet qui est lui aussi un sujet, un « autre sujet » mais un sujet irrévocablement spéculaire ou symétrique du Moi,

...désorganisation des
espaces vécus...

reflet et écho de lui-même. Une pareille structure hallucinatoire se répète sur le modèle d'une galerie des glaces ou se répercute en cascades infinies de doubles, d'échos et de ricochets, de « photographies de photographies » de pensées. Le courant intentionnel et centripète de la conscience ¹ est intercepté par les sortilèges fantastiques qui s'intercalent dans et par son mouvement interne. Ce fantastique « hétérogène » et « parasite » — si bien mis en évidence par DE CLÉRAMBAULT sous l'aspect de la « mécanique » du syndrome d'automatisme mental — s'introduit comme pour doter l'expérience hallucinatoire des attributs d'une étrangeté foncière dont aucune métaphore n'est capable de restituer le sens. C'est quand sont déjouées toutes les impossibilités spatiales dans ces sortes d'acrobaties, facéties et jongleries qui défient l'ordre de l'espace interne et subjectif et qui en solidifient le dynamisme et le jeu en vécus hétéroclites — c'est quand ce champ perceptif élastique et sans cesse labile se réfracte, se disperse ou se réfléchit en une infinité de ces formes et déformations monstrueuses, étranges et baroques comme des illusions d'optique, — c'est quand se monte un spectacle doublement cinématographique par le défilé kaléidoscopique des images et par la transformation de la pensée en appareil de projection — c'est alors que s'opère la mutation de la conscience la plus caractéristique, sa métamorphose en machine. Elle volatilise en effet sa structure au point qu'elle cesse d'être « sujet » pour n'être, pour elle-même, qu'un objet « en soi » et « contre soi » et pour nous apparaître ², à nous observateur, non point comme un objet certes, mais comme ce bouleversement manifeste du sujet qui a perdu, avec l'exacte conscience de lui-même, la possibilité de résister à l'invasion de sa pensée par l'espace.

Nous devons insister, à ce sujet, sur deux points particuliers.

Tout d'abord cette machinerie hallucinatoire avec ses illusions, ses métaphores réalisées, ses « images » soumises aux modalités du monde physique, nous contraint nécessairement nous-mêmes à l'usage des notions de relations spatiales d'optique, d'acoustique, de mécanique, etc. comme pour nous montrer, jusqu'à l'évidence en nous entraînant dans son propre vertige, que les « expériences délirantes et hallucinatoires » ne sont rendues possibles que par cette *spatialisation vertigineuse et absurde du monde des images*.

1. Cette démultiplication de la conscience a été bien analysée par P. SCHMIDT (*Évolution Psychiatrique*, 1951, *L'Encéphale*, 1951, et *Ann. Médico-Psycho.*, 1951, et sa thèse, *Conscience et convulsions psychiques dans quelques états épileptiques*, Paris, 1950). Il est très clair que beaucoup de ces descriptions cliniques de l'aura ou de l'état crépusculaire épileptique valent aussi pour ces tranches de vie psychique déréglée que sont les expériences délirantes et hallucinatoires que nous décrivons, mais ce qui est contracté dans le paroxysme comitial est ici plus diffus et étalé dans le temps et l'espace démultipliés de la « conscience hallucinante ».

2. Seulement apparemment, insistons-y, car cette régression de la conscience n'est que phénoménologiquement vécue *comme mécanique*, sans pouvoir être réduite à la causalité pure et simple d'une machine.

...ce bouleversement manifeste du sujet qui a perdu, avec l'exacte conscience de lui-même, la possibilité de résister à l'invasion de sa pensée par l'espace...

...c'est dans l'ordre du langage intérieur que se produisent électivement ces déraillements, ces métastases et ces télescopes...

Ensuite, nous devons souligner que c'est dans l'ordre du *langage intérieur* que se produisent électivement ces déraillements, ces métastases et ces télescopes. Ceci mérite de nous arrêter un instant, ne fût-ce que pour compléter notre description. Le monde de la personne est un monde verbal. Même s'il existe une imagerie sans formulation verbale et comme on l'a dit une « pensée sans images », ce qui caractérise vraiment la vie psychique c'est qu'elle se constitue elle-même en « monde » dont les mots préfigurent les objets. Le système symbolique de l'esprit, cette masse sémantique qui nous permet de déchiffrer le monde et nous-mêmes, de nous interpénétrer, de nous survivre, de nous dévoiler et de nous dissimuler, de feindre et de calculer, de nous exprimer, constitue en effet le monde des « objets » internes, de ces faux « objets » plus exactement, qui sont les seuls « objets » que peut admettre mais qu'exige la pensée en tant qu'elle se déroule, s'exprime et « s'objective » en nous-même. Penser c'est constamment se parler à soi-même, et c'est, en l'exprimant, dresser la pensée en cette architecture intérieure qui est comme le reflet ou un double du Monde extérieur, c'est introduire dans l'ordre de l'action la dimension indispensable à toute construction d'un monde, celle d'un espace intérieur où se déploie cette action. Cette pensée qui est « derrière la tête », « dans le cerveau », mais aussi au bout de la langue, dans les yeux et les oreilles, « se situe » en fin de compte dans cet espace vécu dont nous ne cessons de parler et qui n'est au fond « nulle part ». Mais le langage est aussi et essentiellement conversation et commerce avec autrui, c'est-à-dire relation entre le noyau le plus profond, le plus caché et le moins géométrique de soi et le noyau le plus profond, le plus caché et le moins géométrique d'autrui, relation qui est, elle aussi, extra-spatiale par excellence ¹, qui reste transparente et virtuelle dans les formes de conscience claires et nettes, mais qui se fige et se prend en même temps que se désorganisent les forces constitutives de la conscience ². Virtuel jusque-là, cet espace vécu et représenté se concrétise, les liens symboliques se matérialisent et les mots s'y congèlent et deviennent des phénomènes physiques. Ce monde verbal tardivement créé dans le développement de la vie psychique infantile, ce monde qui a eu tant de mal à se détacher des figures phonétiques sensori-motrices et à rompre ses adhérences avec les liens affectifs qui l'ont rendu nécessaire et possible, ce monde abstrait, ce monde où le Moi s'exerce acrobatiquement à la conjugaison pronominale (je me dis, je me décide, je me représente, je me lève, etc...), ce monde de la multiplicité des inspirations et de l'entrecroisement des conduites verbales, ce monde si fragile se disperse et retourne à l'image du monde extérieur traversé comme lui de vibrations, de sons et d'ondes — tout de même que le sujet, cessant d'être seul parlant et pensant, occupe deux points

1. Comme le regard qui pénètre au fond de l'être sans s'arrêter à ses déterminations spatiales ou celui du lecteur qui « traverse » les signes.

2. Ainsi que chacun en peut faire l'expérience dans l'endormissement.

de cet espace et s'y divise en locuteur et auditeur. La mimique pathétique ou enjouée actualise par son animation cette étrange invasion de la pensée par l'étendue de cette intrusion de l'Autre en « soi »¹ et le regard et l'oreille, sans cesse distraits du monde réel, se posent non seulement sur ce point de l'espace d'où semble venir « la voix » mais, comme rêveurs, semblent attentifs seulement à ce qu'ils ne peuvent précisément jamais saisir, le développement interne d'un événement qu'aucun sens ne peut percevoir : l'étrangeté du langage et son insolite et ineffable spatialisation prise dans le cours d'un événement à la fois interne et externe en train de se dérouler dans un espace mystérieux et une irréalité. Tel est le contenu significatif qui correspond aux notions de « déstructuration de l'espace vécu » et de « spatialisation hallucinatoire du monde subjectif ».

Les deux premiers niveaux de troubles de la conscience délirante et hallucinante que nous venons de décrire (dépersonnalisation et dédoublement hallucinatoire) se trouvent rarement isolés et chevauchent presque constamment dans les tableaux cliniques des psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës. Cette distinction en niveaux voisins mais discontinus est pourtant d'une grande importance parce qu'elle permet, en les envisageant séparés, de poser correctement les problèmes de la dépersonnalisation et de l'activité hallucinatoire et en les envisageant unis, de rapporter à un même trouble (la déstructuration de la conscience) ces deux aspects du vécu délirant. Ils représentent ensemble la structure « la plus élevée des psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës ». Nous disons bien la plus élevée car ils impliquent, dans leur forme typique, le fond maniaco-dépressif de niveau supérieur sans que soit encore atteint le niveau plus profond de la conscience oniroïde. Les « sentiments » d'unité de la personne étant, pour ainsi dire électivement altérés, les expériences délirantes sont essentiellement hallucinatoires dans une conscience déjà assez « prise » dans l'imaginaire pour que le monde des images y fasse irruption, s'objective dans les diverses sphères perceptives (de la perception externe et de la perception interne), mais dans une conscience assez intacte encore pour que l'hallucination y puisse se détacher du réel perçu. D'où le caractère métaphorique du vécu délirant et de son récit circonstancié, métaphores qui témoignent justement que la conscience n'est pas encore englobée dans l'imaginaire puisqu'elle en est encore séparée par leur « épaisseur ». Le caractère relativement élevé de ce niveau de conscience morbide est encore bien indiqué dans le fait que c'est au début et à la fin des psychoses atteignant un niveau plus profond (confusion et états oniroïdes) que les phénomènes de dépersonnalisation d'abord et « l'éclosion » des hallucinations ensuite s'observent. Ceci est particulièrement typique

...dépersonnalisation et dédoublement hallucinatoire [...] représentent ensemble la structure « la plus élevée des psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës »...

1. Le « pour soi » devenant en effet un « en soi » diraient les phénoménologistes. Le *Je* pense devenant *ça* pense... j'entends ça ».

par exemple pour les confusions oniriques alcooliques (les accidents subaigus de l'alcoolisme chronique ou le delirium tremens) qui laissent assez souvent après elles des états que depuis WERNICKE on appelle « l'hallucinoïse alcoolique ». C'est un fait d'une grande importance et à notre connaissance jamais signalé qu'au début ou à la fin des confusions le vécu proprement hallucinatoire fait la transition avec l'état normal. On le verra plus loin très nettement dans l'observation de Martha Schmieder^a et dans plusieurs autres. Mais nous allons maintenant assister à une transformation plus « imagée » de la conscience qui va « se prendre » au point que l'imaginaire ne va plus faire seulement hernie hallucinatoire dans le monde réel, mais va y pénétrer en masse, l'envahir et l'embraser pour constituer un *monde imaginaire*.

III. *Expériences délirantes oniroïdes. [Études et observations de MAYER-GROSS]*

En entrant ici plus profondément dans le domaine des formes pathologiques du rêve délirant, nous ne répéterons pas ce que nous avons déjà exposé ailleurs¹. Rappelons simplement que depuis cent ans les formes oniriques de la vie mentale pathologique ont été sans cesse l'objet d'études plus nombreuses et plus approfondies. Mais le terme et la notion même d'*onirisme* après les magnifiques analyses cliniques de RÉGIS et de l'École française (DELASIAUVE – KLIPPEL – TRENAUNAY – ACHILLE-DELMAS, etc...) se sont pour ainsi dire spécialisés. Et comme effectivement la confusion mentale est très onirique (la confusion alcoolique en est le type) on a fini par considérer que « onirisme et confusion » sont synonymes. Cela est vrai en un certain sens car, si l'on veut parler des états psychopathologiques qui ressemblent le plus à l'état de sommeil-rêve, c'est bien à la confusion pleine de « cauchemars », de « visions » et de « spectacles kaléidoscopiques » que l'on doit identifier l'onirisme. Mais cet état maximum d'analogie n'est pas le seul qui s'impose à l'observation du clinicien. Celui-ci n'a cessé (MOREAU de TOURS, BAILLARGER, SANTE DE SANCTIS, BLEULER, FREUD, etc.) de comparer d'autres états de troubles au rêve et notamment certains « états aigus » qui, sans se confondre avec la confusion « proprement dite » (c'est-à-dire la plus profonde), sont vécus comme des rêves intenses et vagues par une conscience en « *état crépusculaire* » laquelle, sans être engloutie dans la confusion ou le sommeil, admet cependant une charge inusitée d'imaginaire et de rêve. On peut même tenir ces états de rêve porté à l'extrême puissance de sa pensée magique comme des états plus « purement oniriques » que les états confuso-oniriques, où le rêve est moins organisé. Ces « *stati sognanti* » ces « états crépusculaires » ont fait l'objet de l'étude excellente de MAYER-GROSS dans son ouvrage célèbre mais si

...ces « états crépusculaires » ont fait l'objet de l'étude excellente de MAYER-GROSS dans son ouvrage célèbre (1924)...

1. Cf. Notre Étude n° 8.

a. [NDE] : voir p.264.

peu connu chez nous que nous allons le présenter ici avec beaucoup de détails et notamment en concentrant en « digests » aussi vivants et concrets que possible, quelques-unes des auto-observations qui font l'intérêt majeur de l'ouvrage ¹.

Entrant dans le vif du sujet, MAYER-GROSS expose d'abord (p. 1 à 10) le cas publié par ENGELKEN en 1849. Il s'agit d'une auto-observation qui peut servir d'exemple pour illustrer la *forme onirique du vécu* (Die oneiroïde Erlebnisform) dont l'étude fait l'objet de l'ouvrage. La malade y dépeint avec beaucoup de précision et de richesse l'unité du vécu de sa psychose, unité qui s'exprime dans une exaltation passionnelle érotique et une merveilleuse atmosphère de ronde magique. A ce sujet l'auteur relève que le premier caractère (négatif) du vécu de la conscience oniroïde est son *inachèvement*, c'est-à-dire que tout ce qui y figure reste flottant et inconsistant ; le deuxième (positif) c'est la tendance à la *formation d'ensembles scéniques*. Une telle structure de la conscience ne se confond ni avec la manie ou la mélancolie ni avec la confusion (ou amentia). Nous sommes avertis que la description de cette forme de vécu va se heurter évidemment aux limites de l'hystérie, de la confusion, et de la schizophrénie, mais il s'agit avant tout d'approfondir une structure psychopathologique sans entrer dans les discussions nosographiques (p. 10 à 22).

...auto-observation [...] d'une forme onirique du vécu...

Ensuite l'auteur expose le cas d'*Antonie Wolf*².

Cette malade dont la mère avait été internée à plusieurs reprises pour accès à type maniaco-dépressif et dont plusieurs frères eurent des troubles mentaux était née en 1865. Elle a présenté des troubles à type maniaco-dépressif, qui se sont déroulés depuis 1888, jusqu'en 1922 (tableau d'évolution des accès p. 22). Les troubles ont été presque continus ou en tout cas rémittents de 1888 à 1893, plus rares (et laissant parfois une année de répit de 1894 à 1907). De 1907 à 1922 par contre les troubles ont été à peu près constants. L'état de « Verwirrtheit » (c'est-à-dire cet état qui est le degré de confusion auquel correspond la conscience oniroïde) a tranché avec l'état pathologique habituellement maniaco dépressif et notamment de février à mars 1889, et de novembre 1889 à mars 1890, puis à plusieurs reprises en 1891. C'est la série de ces « *expériences oniroïdes* » qui est rapportée dans les auto-observations de la malade que nous allons maintenant « concentrer » sans rien leur enlever, espérons-nous, de leur caractère dramatique ni trop défigurer leurs qualités stylistiques propres à l'époque et au pays ³.

1. W. MAYER-GROSS, *Selbstdarstellungen der Verrücktheit. Die oneiroide Erlebnisform*, 1 vol., 296 p., Éd., Springer-Berlin, 1924. Nous remercions notre collègue et ami W. MAYER-GROSS et la maison d'édition Springer d'avoir bien voulu nous autoriser à emprunter largement à ce bel ouvrage si riche et si documenté. Je remercie mon interne, C. JEANGIRARD, du soin qu'il a apporté à concentrer les observations à partir des textes traduits.

2. Ce cas a été brièvement rapporté par KILL (Beiträge zur Verlaufs bei Man. Dep. Irresein, *Archiv. f. Psych.* 1922, 63, 815).

3. Peut-être cette étrangeté historique et géographique ajoute-t-elle encore pour le lecteur français à l'originalité de l'expérience délirante. Juste assez, pensons-nous, pour rétablir précisément l'authenticité du fantastique, que notre « digest » risque de leur ôter.

... *auto-observations*
d'une « *expérience oniroïde* »... *MAYER-GROSS*.

Au milieu de janvier 1889. Antonie Wolf dut aller soigner ses neveux, et supporter un surcroît de fatigue. Son neveu l'empêchait de dormir, elle lui racontait alors des histoires : « Et voilà que dans la nuit il se met à crier que j'étais le loup et que je voulais le dévorer. J'eus peur, et je sentis la maladie m'envahir de plus en plus... Il me vint l'idée que je pourrais faire du mal à l'enfant. Je craignais de dormir, car la garde-malade aurait pu, par transmission de pensées, m'inciter à l'égorger. Durant toute la nuit, je suis restée sur le bord du lit, secouée de fièvre, et presque incapable de saisir une pensée, j'étais malheureuse parce que je ne pourrais peut-être pas préparer la choucroute et mon père n'aurait rien à manger le lendemain ».

Sa lassitude et sa frayeur augmentaient ; elle devait s'arrêter pour reprendre son souffle. Elle ne pouvait se déterminer à en parler au médecin, qui venait souvent à la maison.

Au début de février : « Une nuit je me suis réveillée brusquement et je croyais qu'il y avait un homme sous mon lit. Mon père était assis près de moi. J'ai crié qu'une potence avait été dressée pour me pendre. Il devait faire clair de lune, car je me crus en plein jour. Une voix venant d'en-haut prononça : « Maintenant, le chemin franchit sept cadavres ». Je vis des formes suspectes couvertes de draps blancs et je reconnus les voix de mes cousins. Ils étaient de la branche paternelle. La vengeance du sang devait donc s'accomplir et je les vis alignés côte à côte sur le lit. Quand nous serons sept, le destin de la famille sera accompli et tout rentrera dans l'ordre. Une voix, comme au Tribunal, demanda à l'assistance si j'étais digne de rester en vie. Je fis mon examen de conscience. Puis je me trouvai dans une société secrète où l'on me montrait du doigt. Je survolais des foules compactes, et les gens se moquaient de moi. Il m'était très pénible d'être ainsi regardée par tout le monde. Il y avait des officiers et des dames de la société, dont plusieurs que je connaissais, et je pensais qu'on m'avait invitée pour me distraire. Nous allâmes ensuite par de sombres coupe-gorge, mais je puis affirmer qu'il ne s'y passa rien d'inconvenant. Je faisais de vifs efforts pour garder ma clairvoyance et examiner toutes les circonstances, mais ma conscience sombrait par moments, et j'en venais, comme le disait Goethe, à perdre tout ce dont l'éducation et les lectures m'ont rempli l'esprit. J'étais prodigue de mes forces et ne connaissais pas le repos. Les voix se faisaient plus pressantes à mes oreilles. Me croyant chanteuse dans un cabaret je rimais sans arrêt :

« Où nous reverrons-nous ?
Dans une salle de tatoués
Au bal masqué
Non, partout, partout. »

Elle remarque, à ce propos, que, depuis longtemps, des rimes lui venaient irrésistiblement, dont le sens ne se déclarait qu'après. Lorsqu'elle se plongeait dans sa baignoire, elle croyait y voir un homme, un de ses voisins d'immeuble. A d'autres moments elle croyait voir, comme dans un kaléidoscope, tel ami qu'elle avait reçu quelques jours auparavant, et elle sentait avec angoisse tout son esprit chavirer. Elle pouvait seulement tenter de réunir des bribes éparses échappées de ce « royaume d'imbécillité ». Mais, dit-elle, « puisqu'il faut entreprendre ce récit, allons-y rondement ». Suit alors le récit des 14 jours du début de sa maladie :

« Tout autour de moi s'éclipsait, et je restai seule au monde. Ma chambre rétrécissait, et au loin, des hommes en perdition criaient dans un monde en flammes. Le cristal tintait. Tout se prenait comme dans un bloc de glace. Les grands espaces vides où passaient les corbillards... Je vis le Dieu du ciel et le Kaiser Guillaume I à son côté, mais

je ne pouvais les rejoindre. Mon frère couvert de sang et d'éclats de verre remontait du centre de la terre. Il se dressait près de mon lit comme un avertissement muet. Les domestiques murmuraient des prières pour conjurer le sort. J'étais à leurs yeux possédée du diable. Les cercles m'enserraient toujours de plus près, et il me fallait sauver le monde. Je ne possédais toujours pas le mot magique. Je pensais que j'étais « Gea » et je me retournais sans cesse sur mon oreiller, cherchant le mot : « Qu'elle dise, qu'elle se rappelle ! ». Mais le mot sauveur manquait toujours. Alors la nouvelle race apparut : les Géants. Je les entendis s'approcher, ils me cherchaient comme leur mère, mais j'étais si petite qu'ils ne pouvaient pas me trouver. Au loin, ils se lamentaient ».

Dans son rêve, disait-elle, ses pupilles élargies lui découvraient des espaces immenses, les formes atteignaient le ciel. Au réveil tout était rétréci.

« J'étais profondément malheureuse et voulais me jeter par la fenêtre. Tout brûlait, on m'accusait, et je n'y étais pour rien. Une fois, et cela est véridique, je me suis levée, et j'ai vu un couteau de cuisine posé sur la table la pointe vers moi : la cuisinière voulait me tuer, ainsi que mon père. Les domestiques étaient de connivence. Je ressentis l'affreuse angoisse de ne plus savoir distinguer le vrai du faux. Dans la chambre voisine, on se battait, c'est notre cuisinière qui venait d'avoir des jumeaux ; ils pleuraient. Il y avait un prêtre, un diable et un médecin, trio qui m'était familial. Mon père vint, ce qui est exact, me montrer une lettre Professeur Richter von Paukow. Elle était écrite à l'encre bleue sur papier réglé. J'eus la lumineuse certitude que mon père voulait me nuire et je ne voulus plus le voir par la suite. En 1870, il avait été fournisseur aux armées, et je le soupçonnais de malversations à l'égard du Grand Duc. Je l'avais soupçonné de faire de la fausse monnaie. Voilà pourquoi il nous donnait tant d'argent en rouleaux. D'ailleurs, j'avais cessé de le prendre pour mon père. J'étais née du Grand Duc, et cela n'avait rien de déshonorant pour ma mère. Maintenant, j'ai peine à imaginer avoir eu des idées aussi absurdes, mais j'en conclus que j'avais honte de mon père. Dans mon enfance, je rêvais de connaître le Grand Duc, et cette pensée me berçait en m'endormant. Samedi dernier, j'ai vu pour la première fois le conseiller Furstner. Il était debout près de mon lit. J'ai craint qu'il ne m'entraîne dans des endroits inconvenants. Nous étions avec la voiture à 6 heures. J'étais emmitouflée, car il faisait un froid glacial ; en route on m'a passé à boire dans un bidon, je craignais que ce soit du bromure ou un narcotique pour me maintenir calme pendant le voyage. Quand mon cousin mit pied à terre, je lui dis : Max, veux-tu m'aider ? Je reconnaissais très bien les gens, mais je méconnaissais la situation. Je croyais qu'on voulait me livrer à quelque hideux personnage haut-placé, pour racheter mon frère qui n'avait pas fait son service militaire. Cette pensée m'apaisait, car éviter une punition à mon frère que j'aimais bien, me rendait douce l'idée d'être une victime expiatoire. J'ai été dans un cimetière, cadavre décomposé et putréfié.

Tous les cercueils s'ouvraient, mon frère en sortait, avec ceux qui lui avaient fait du tort, et ils étaient nombreux. Il fallait autant d'années qu'il y a de grains de sable dans le désert, pour le sauver, et il fallait que je reste encore après pour les sauver, eux, et gagner le paradis en étant en repos avec ma conscience. Devant le « Pfälzer Hof », à M., un ami de mon frère s'est couché près de moi dans mon lit, et si près que je sentis sa barbe. J'étais remplie de honte. On me suspendit à la porte de mon frère, et quand il parut, ayant bu de l'éther, il était rayonnant de lumière. Je restai abasourdie et sans force. On voulut m'obliger à me coucher auprès de lui, en plein jour, puis de joyeux compagnons assez éméchés firent irruption et nous forcèrent à boire. Je me sentis grossir et je devins un tonneau qu'on roula dans la cave, et l'on voulait me mettre en perce, histoire de rire. Je me suis retrouvée dans la rue, sans vêtements, complètement per-

... *auto-observations*
d'une « expérience oni-
roïde »... *MAYER-GROSS.*

due et encore plus honteuse qu'effrayée. Je songeais au voyage de retour à M., où j'habitais depuis longtemps, et aux douze amis de mon cousin avec qui j'allais devoir coucher. J'étais devant la porte d'un de mes amis avec qui j'avais passé la nuit, et je pensais à toutes les choses honteuses que j'avais dites et faites, je me figurais en voyage à travers les neiges. Nous allions vers la Sibérie. Il y avait l'Empereur de Russie, il n'y jouait pas un rôle toujours très louable. A ce moment-là, la surveillante Ida m'a portée dans la baignoire. Je l'ai prise pour un homme déguisé. Après le bain, je me suis mise au lit, et je me crus enfermée dans la Tour de Londres. J'eus tout à coup la révélation que ma voisine de lit était M^{me} Tusseaud, la propriétaire du musée de figures de Londres, et que les hommes de haute taille mutilés et réduits au silence, étaient des mannequins de cire. On cherchait ensuite à assassiner Richard III. Je voulus demander aussi une échelle de corde pour m'enfuir avec Julia, mais j'avais si peu d'énergie que je me bornai à contempler les lumières de Tower Bridge et de la Tamise. Je me vis à la morgue à Paris, exposée publiquement pour le plaisir de quelques amateurs. Le Dr. Sch. jouait le rôle de marchand d'esclaves ou de diable, peut-être à cause de sa chevelure qui profilait des cornes sur le mur, ou de sa difformité ». (Quand il empochait sa clef, elle croyait qu'il cachait une clef de l'enfer). « Dans la nuit, je le sentais couché dans mon lit, et je me débattais et me sauvais continuellement. Puis je devins une bobine de fils téléphoniques de la poste de M. et je me mis à réciter les communiqués militaires qui m'étaient dictés ». (Elle avait l'habitude de s'enrouler plusieurs fois dans la couverture). « Sur le pont du Rhin ; les Français avançaient. Je vis toute la France étalée comme une vaste carte géographique et j'avais le pouvoir de sauver l'Allemagne. Un mot de moi, et les Allemands survolaient le Rhin en ballon pour faire décamper les Français. Puis les drapeaux de la victoire emplirent le ciel. Les bateaux étaient couverts de guirlandes. Les anciens dieux soutenaient mon bras. Je me portai alors à la hâte vers les champs de bataille d'Amérique. Nous cheminions sous terre, dans un sombre cloaque. Un bloc de glace nous barrait le chemin. Nous progressions et pourtant nous restions sur place. Sur la mer, agitée par les vagues, j'étais dans un tonneau, poursuivie par une lumière rouge. Une voix me répétait sans cesse : « Tu ne veux point combattre le Dr Katz ? » – « Non, je ne le veux pas », répondis-je, et le tonneau éclata. Je me retrouvai dans l'eau glacée, cramponnée à un iceberg. Des tonneaux chargés de chaînes passaient, un pigeon-voyageur qui était Dieu me survola, parmi les animaux sauvages et d'inoffensifs ours blancs. Je rompis la glace et voguai, voguai, récitant des vers :

« Lui, le crâne rasé, sur la place du marché
Avec elle, sa voilette à demi relevée. »

Les animaux fantastiques apparaissaient dans les veinosités du bois de lit et ce crâne rasé était sans doute la tête chauve du Grand Duc. Après quelques autres péripiéties, sautant d'escalier en escalier, je parvins à d'autres caves. J'ai vu des râteliers, des chevaux, un maître d'hôtel ivre dont le fils voulait m'assassiner. Dans la fosse aux ours de Berne, les ours voulaient nous manger et les gens s'enfuyaient. Je me trouvai dans une salle dont les murs s'étiraient. J'eus peur d'un grand tableau noir et je restai près de la Grande Duchesse pour porter sa traîne. Mais en passant je tombai dans la prison. Les lits de fer étaient des lits orthopédiques ou des lits de torture qui m'étaient réservés. Je tombai dans un abîme. J'étais Napoléon III enfermé dans sa garde-robe. Mes dents tombaient et disparaissaient dans la profondeur de la glace ». (Elle rêve encore maintenant que ses dents tombent et produisent des craquements dans la bouche). Elle vit ensuite des glaciers en Suisse, suscités par des reflets du parquet

brillant de la salle de la clinique à travers ses yeux mi-clos. Elle avait la sensation d'être prise dans un glacier, tout en sachant être dans son lit). « Partout des soldats suisses patrouillaient. Les yeux d'un prisonnier luisaient comme des diamants. Puis, j'étais dans un harem, et l'on riait à de plates plaisanteries. Nous étions nourries par un tuyau qui nous traversait toutes successivement, et cela ressemblait à une ménagerie de singes ; un avocat célèbre nous souriait par la fenêtre. Il pleuvait sur le toit des dents de cheval, nous étions assises les jambes croisées, et j'étais lasse de voir cette assemblée de visages bleus qui ressemblaient à des mandrilles. Je pris place sur un navire commandé par le Sultan Soliman, et je barrais adroitement en coupant les cordages avec une épée ». (Elle se rappelle qu'elle était assise à la tête de son lit en train de nouer les draps). « Les grandes malades étaient couchées dans les cabines. Sous une pluie de gravier et de charbon, on ne pouvait plus s'y reconnaître et nous espérions grâce à cela pouvoir nous évader en trompant la surveillance du Sultan et des esclaves aveugles. Mais les cabines étaient construites en barres métalliques, et avaient toutes la forme de canots à moteur à la proue desquels une surveillante était assise et tricoteait, si bien que je les pris pour des chattes-tricoteuses. La porte sauta, et les grands nègres entrèrent pour nous dévorer. Ensuite nous étions dans un oratoire. Les rideaux étaient marqués de signes sacrés. Je sus que ce lieu s'appelait Gethsémanie. Je ne savais pas bien ce que c'était, mais une malade invoquait constamment les noms des saints. Je voyais de grands signes sur les murs, la tête du sauveur couronné d'épines, et des larmes de sang, distinctes et colorées comme dans une vision. Quelques prélats étaient là en capes rouges, sous les traits de Léon XIII. Je me rappelai alors une hallucination antérieure. J'étais venue dans le clocher d'une église jésuite avec des gens qui avaient le projet de se faire baptiser, et le mien était de les en empêcher. Du haut de la nef, je voyais les robinets d'argent qu'on avait installés comme des machines hydrauliques. Je descendis à la hâte pour les ouvrir, le vin coula à flots et l'on disposa à l'entour des plats délicieux. Les gens s'enfuirent, je me retirai sur l'autel, mais les géants fermèrent les robinets et maîtrisèrent les flots. Je me sauvai par un souterrain, et je vis l'Assomption de la Vierge, le Baptême de Jésus et le Portement de la Croix. Dans une autre hallucination, je vis Bismarck aux bains assis dans sa baignoire. Nous parlions de politique, et il était émerveillé de ma sagesse. Les trous de serrure étaient des téléphones et les bouches de chaleur des gueules de canons. Des bruits suspects annonçaient une attaque imprévue. Des diables passaient. Les chaises percées étaient des encriers et j'avais peur d'y tomber. Je dis des incorrections à l'audience. J'allais être condamnée ; j'étais couchée sur la table du Tribunal. Puis ce fut la guerre. J'étais directrice de crèche et je parlais en français : « Oh ! M^{lle}, c'est pas fin, j'ai cru que vous ne soyez plus fine ¹ ». J'apprenais aux enfants à tricoter. Ensuite j'étais Blanche Neige. J'avais pris une tricoteuse pour une méchante fée et je devais dormir constamment. Près de moi, sur sa chaise d'enfant, Louis-Napoléon mangeait sa bouillie. Ensuite j'étais en Suisse, au temps des cités lacustres. Les hommes étaient en guerre pour 100 ans. Rentrés dans leurs foyers, ils ne pouvaient se comprendre. »

Elle dit qu'elle crut voir des nains parce que les gens devant elle ne surpassaient que de la tête les hauts bois de lits. Elle ne comprenait plus rien. Le conseiller à la cour de F. ne différait en rien du Comte. Elle ne sut rien répondre quand on lui demanda de se reconnaître sur un tableau où elle figurait en compagnie d'une amie, tant la question lui parut obscure.

*... auto-observations
d'une « expérience oniroïde »... MAYER-GROSS.*

1. En français dans le texte.

... *auto-observations*
d'une « expérience oni-
roïde »... *MAYER-GROSS.*

« J'appris que mon père avait été condamné à passer trois nuits au cimetière pour racheter l'âme de ma sœur, transformée en corbeau. Je voyais au ciel le buste du Kaiser Guillaume. Je m'élançai vers lui par des chemins sinueux et aperçus, assise près d'un chaudron de fer, une de mes amies pleurant son fiancé tombé à la guerre. J'entrai dans le palais des fées pour le sauver. Je fus enterrée vive, et, assis sur mon lit, se tenaient d'un côté le diable, de l'autre le Dr. B. et M^{lle} Sp., que je prenais depuis longtemps pour un chapelain déguisé qui me faisait des avances ».

Elle savait bien que M^{lle} Sp. était une femme, mais elle s'en défiait de crainte de se méprendre. Elle s'efforçait de contrôler son angoisse et son excitation et de garder le contact avec les événements, mais rejetée perpétuellement d'une sensation à une autre, elle ne cessait de s'égarer. La présence de son médecin la rendait plus lucide et sans lui, elle se perdait à nouveau. On la forçait à s'alimenter, sans utiliser la sonde, mais elle craignait perpétuellement d'être empoisonnée. Elle a gardé de tous ces faits un souvenir très précis et sans lacunes. Elle se souvient que pendant 14 jours elle avait pris l'habitude de tourner constamment la tête de droite à gauche sur l'oreiller dans les moments de lassitude, ou après les périodes d'excitation. Puis, cela se calmait, et elle essayait encore une fois « pour voir si cela allait toujours ». Elle raconte ensuite un épisode où elle s'identifiait volontairement au cheval préféré du Kaiser, sans cesser, dit-elle, d'être au moins en partie elle-même quand elle se voyait transformée en cheval.

« Lorsqu'on voulut me prendre la température, je crus d'abord qu'on voulait me tuer, puis qu'on voulait m'appliquer une marque déshonorante, enfin je pensai que le thermomètre était un instrument très précieux qu'il fallait protéger ; j'en conçus le désir de sacrifier ma vie à la science. Je me conformais volontiers à la discipline ; je me levais et me peignais seule, réclamaï ma brosse à dents et de l'eau. L'image des canons me revenait souvent. Je m'adossais aux bouches de chaleur en demandant : « Attachez-moi donc à ces bouches de canon, pour que je m'envole comme une balle à la tête de l'empereur de Russie. » J'avais vu à Berlin des tableaux de peinture russe Weretschagrin, tableaux lourds et surchargés représentant des Indiens attachés aux bouches de canon par les Anglais ou bien des officiers russes pendus à une potence au milieu d'un tourbillon de neige. Cela m'avait fait une grosse impression. La cheminée de la cour me suggérait que j'étais à Berne ou l'on brûlait des Juifs. A Schmalkalden, on me tirait cruellement par les oreilles, et du suif me collait la langue au palais ».

Après quelques autres hallucinations semblables à celles déjà racontées, elle aborda une période où, dit-elle, « elle s'éveillait et reprenait conscience ». « Quand le Pr. FURSTNER m'a demandé : « que pensez-vous de ce que vous aviez, je lui ai répondu qu'il me semblait être restée alitée 14 jours, malade du tétanos, consciente de tout mais incapable de bouger ou de prononcer un mot. Cela l'a beaucoup fait rire. » Elle se rappelle qu'elle savait appeler les gens par leur vrai nom quand elle avait besoin de quelque chose, et qu'elle reconnaissait ceux dont elle avait fait connaissance entre temps, mais qu'elle n'avait aucune notion du lieu véritable où elle se trouvait.

« J'eus encore des hallucinations. Les nuits d'insomnies je faisais le compte des bonnes et mauvaises actions humaines. Pour moi, les mauvaises prédominaient, et c'est pourquoi saint Pierre me fermait continuellement la Porte du Ciel. Les malades en camisoles étaient Adam et Eve. Mon ombre en chemise de nuit était le Juif Errant, et je pensais qu'au moins je ne risquais pas de la perdre. Son grandissement et son rapetissement m'effrayaient. Je voyais encore des sphères célestes en section, comme les anneaux de Saturne. Je croyais voir alors des crinolines. Les cercles étaient lumineux. Sur le plus haut était perché le coq de la Liberté ; il projetait de petites ombres sur le clocher ; des œufs volaient en éclats et il me semblait que quand le dernier aurait

éclaté, le monde cesserait d'exister. Sur le cercle le plus haut du ciel étaient rangés mes amis, mais je ne pouvais parvenir jusqu'à eux ; un œuf tomba du premier rang et roula jusqu'au bas. Je vis dans un nuage un esprit et un ange, j'entendis une musique enchanteresse, mais il me fallait encore vivre seule. Un cercle de neige et de glace me séparait du ciel, et soudain je voulus me cacher, car j'avais reconnu dans un rang supérieur une amie décédée qui m'avait demandé de recueillir ses fillettes. Elle était morte à Illenau et déjà elle était au ciel. Ensuite, je me vis dans un château couvert de glace. Au dehors volaient des oiseaux, âmes des enfants naturels. Je ne pouvais les faire entrer, car une sorcière apparut à la fenêtre. Tels sont les phénomènes qui ont marqué mes 14 jours de maladie. Je me suis trouvée dans la chambre du haut. Le 28 mars, j'ai pu me lever pour la première fois. Je crus avoir encore une hallucination : une énorme étoile filante. J'avais encore du mal à lutter contre la peur. Ayant vu des diables à travers une porte entr'ouverte, je suis revenue pour une journée à la clinique. J'eus encore un dernier cauchemar et ma période de dépression prit fin. Je me fis apporter des livres, et traduisis en Italien un roman allemand, avec beaucoup de fautes au début, mais je remarquai qu'à la fin je n'en faisais presque plus. Je chantais souvent, et surtout le poème de Byron « Fare the well », ou « T'amio per sempre » avec toutes ses variations, ou des plaintes, comme un orgue de barbarie. J'étais alors très gaie, mais je voulais voir peu de monde, et certains médecins me faisaient encore peur, sauf le Dr. Sch., à qui je suis éternellement reconnaissante. Je regrette vraiment de n'être pas un homme pour devenir médecin aliéniste. »

Telle est résumée la première autobiographie d'Antonie Wolf. Les deux autres récits de la malade sont, nous semble-t-il, moins intéressants et typiques. (L'ensemble de cette auto-description occupe 25 grandes pages d'un texte très serré).

Après avoir étudié en détail la famille (p. 54 à 73) d'Antonie Wolf qui, à la génération de la malade, a compté plusieurs cousins maniaco dépressifs, un frère et une sœur maniaco-dépressifs et une sœur schizophrène, MAYER-GROSS étudie les relations de la psychose avec la personnalité de la malade (p. 73 à 83). La forme de vécu oniroïde est caractérisée « d'un côté » par la dispersion, l'instabilité, l'*incomplétude* de ce vécu (c'est, dirions-nous, le côté négatif) et « d'un autre côté » (nous dirions du côté positif) par la poussée de l'organisation *scénique* du monde objectif. C'est ce dernier point qui est important car la fiction kaléidoscopique se déroule liée et comme personnifiée aux événements et perceptions du monde extérieur. Les souvenirs et images qui entrent dans la composition fantastique sont eux-mêmes dotés d'un fort coefficient de « réalité », de telle sorte que l'ensemble est empreint d'un vif caractère de netteté et de réalité scénique et c'est bien de réalité *scénique* qu'il s'agit car elle constitue un matériel imaginaire dont, tout au moins à certains moments, la malade prend conscience. Tantôt en effet elle s'en éloigne et tantôt elle s'en rapproche. Les images visuelles prédominent, mais il entre aussi dans la constitution de la scène hallucinatoire des perceptions acoustiques (téléphone, voix, etc...). L'attitude de la malade oscille entre l'activité parfois toute puissante ou, en tout cas, toujours et incessamment en train de se poursuivre et la passivité qui s'exprime par l'érotique féminine de ses actions subies. Dans l'ensemble tous ces traits, y compris le caractère de chasse endiablée d'images

... *auto-observations*
d'une « *expérience oniroïde* »... MAYER-GROSS.

...*organisation scénique*
du monde objectif...

...C'est de rêve, de rêverie diurne [dont la malade] parle tout le temps...

kaléidoscopiques rappellent la manie sans toutefois coïncider exactement avec le tableau clinique typique. Quant au rapport de cet état avec l'état de la conscience (Bewusstseinzustand), MAYER-GROSS nous rappelle que c'est au réveil qu'elle-même compare son retour à la raison. C'est de rêve qu'elle parle tout le temps (il est possible que ce soit peut-être pour « minimiser » ses troubles). Il s'agit surtout de rêveries diurnes, (« Tagträmereien ») dont la malade dit qu'il lui était souvent difficile de dire si elles étaient de l'imaginaire ou du réel et qui lui rappellent les souvenirs de son enfance. Sans doute l'analogie avec le rêve exige que l'on se réfère à autre chose qu'à une différence du degré mais ce rapprochement n'en est pas moins instructif. Si l'on se demande pourquoi la psychose d'Antonie Wolf a pris cette forme de vécu nous devons, pour répondre à cette question, analyser le comportement objectif envers la psychose et la position de ses troubles dans l'évolution générale de la psychose. Il est certain que c'est au début ou au cours des états dépressifs que cet « état oniroïde » s'est constitué comme si l'état de rêverie constituait une sorte de manie interne, et le délire oniroïde représentait une forme d'exaltation (p. 80). Le vécu oniroïde correspond à cette partie de caractère qui est ici dévoilée par la psychose et qui était cachée sous le masque de l'état normal : c'est dans la douleur et l'épreuve que les masques tombent (p. 81). Quant à la question de savoir pourquoi seuls les accès dépressifs au début de la psychose ont affecté cette forme il faut se rapporter aux dispositions caractérielles cyclothymiques, atypiques et hystériques propres à cette partie de l'existence d'A. Wolf. Cette atypicité et ce polymorphisme des dispositions caractérielles se retrouve d'ailleurs dans son hérédité (p. 83 à 88).

— Après cette observation et quelques autres commentaires (p. 88 à 116) l'auteur expose le cas de L. S. publié par FOREL ¹.

Il s'agissait d'une M^{lle} née en 1856 d'une famille comportant plusieurs cas de maladies mentales. Son père était un esthète plein d'imagination. Elle-même était cultivée et avait fait des études étendues ; elle connut quelques amours, entre autre celui d'un étudiant pour qui elle avait une chaude sympathie et qui devint fou. Sa propre psychose eut un début soudain le 20 décembre 1888 et elle dura jusqu'au 10 février 1890. Le tableau clinique, vu de l'extérieur et tel que Forel l'a décrit, comporte des hallucinations, des illusions et des fausses reconnaissances et des idées délirantes variables. L'agitation était parfois vive et elle exécutait de « véritables pantomimes ». Il y avait dans sa tête une chasse à courre (Wilden Jagd) de délires et d'hallucinations. L'orientation même dans le temps et la conscience ont été troublées surtout depuis le début de l'année 1889 jusqu'au mois de juillet. Voici son auto-observation :

« Du début je me rappelle seulement d'indescriptibles angoisses. Ma chevelure me faisait mal, le sable coulait dans mes cheveux, et quelqu'un au loin ou même dans l'appartement déchiffrait mes pensées avec un appareil mystérieux. Une idée terrible émergea : des machinations se tramèrent dans l'ombre autour de trésors dérobés et d'osse-

1. A. FOREL, Selbstbiographie eines Falles von Mania acuta, *Archiv. f. Psych.*, 1901, 34, p. 2.

ments cachés. Une explosion menaçait l'un des miens ; je les perdais tous dans une course folle, et quelqu'un cherchait à me sauver mais il ne pouvait m'atteindre. Une révolte éclata, j'étais dans un labyrinthe et les hordes ennemies battaient les murs et pourchassaient des êtres semblables à moi. Toute la nuit attentive n'osant à peine bouger je guettais et essayais furtivement de trouver une issue en longeant le mur ; mais en vain. J'avais à la main un sac plein d'explosifs. Enfin une grande lassitude m'envahit, et je pus me calmer. Puis un ennemi me poursuivit à travers un théâtre incendié. « Signorina, Signorina », déjà les murs étaient brûlants et je me sentais perdue. Survint une inondation menaçante. Du haut du clocher je dominais un calme infini, l'eau avait tout englouti mais voilà qu'elle pénétrait par les jointures des portes et des fenêtres. J'entendis alors battre le tambour et marcher au pas cadencé. Puis ce furent des scènes de confusion où l'on explosait, emprisonnait, fustigeait devant une foule exaltée. A la fin je me trouvais avec plusieurs compagnons dans une cave où nous attendions d'être jugés par le tribunal du peuple. Heureusement le fantastique baissa de ton et les choses s'arrangèrent : je sortis mais j'avais tout perdu. C'est grâce à un ami que je me trouvai au calme et je racontai malicieusement mon sauvetage à des membres de l'armée du Salut dont l'uniforme portait un H flamboyant. Mon entourage était énigmatique. Étais-je morte, ou étais-je au purgatoire. La différence d'un mort et d'un vivant ne me venait pas à l'esprit le moins du monde. En ce lieu où se trouvaient des enfants italiens je parlais de Dante et de la Liberté. Je pris pour le Pape un homme maigre et véhément. Se trouvaient là aussi la bienheureuse Catherine de Sienne et saint François. Je pensais que Anna W. fut le modèle de la madone de la Sixtine ou bien la déesse Hora conduisant le char d'Aurore. Je pensai que les surveillants faisant leur ronde régulière symbolisaient les heures de la journée et je pris la femme du Pr. B. pour Pie IX venu par erreur ou pour Ludovic Richter qui eut été enfermé dans une galerie de tableaux et oublié là. Une vieille femme aux cheveux courts devait être Bach tandis que cette autre, avec des tresses, était une dame noble de Bunsen ou bien Elisabeth Fry. Je pris I. H. pour Pestalezzi, M^{me} B. pour Lavater ou M^{me} de Maintenon ou Louise de la Vallière et M. N., pour Pascal. Tantôt j'étais à l'école de la grande Cathédrale pour un examen ou une conférence, tantôt dans un bateau sur le lac dans une fabrique où je voulais distraire les ouvrières avec toutes sortes de numéros de danses, des chants, des improvisations. Il me semblait que je payais une dette de gratitude envers ma patronne, ainsi je mimais les vagues de la mer ou les courses de pur-sang. J'étais aussi Myriam ou une des sœurs de Sulamith ou un personnage de théâtre ou de roman. Je complétais l'intrigue où s'entrelaçaient les réminiscences des « Promessi Sposi » de Manzoni que j'avais lu à l'école. Par contre le rôle si envié alors de Sociétaire à la Comédie Française ne me charmait nullement. Je « vivais » mon héroïne et jouais très aisément Antigone, Iphigénie ou Jeanne d'Arc, etc... La déclamation me faisait du bien mais si la colère me prenait j'en étais troublée. J'étais mêlée aux événements de l'histoire et je vivais avec passion : la mythologie romaine, les histoires de lépreux ou de saints, de héros nordiques, de Huguenots, la Révolution française, la bataille de Zurich, la guerre franco-allemande. Je sympathisais avec le jeune Louis XIV, avec Louis XV, Louis XVI et sa famille dont j'ai souvent vu les portraits dans une maison amie. Avec Napoléon I^{er} également et sa mère Laetitia et Joséphine. J'avais de bonnes relations avec la maison d'Orléans. Je rencontrai la duchesse Hélène dans un chalet à Rigi, elle fuyait dans le mauvais temps avec ses enfants. Il m'arriva de trouver dans les boulettes de pomme de terre du repas de midi, de petites figures de cire qui se tournaient vers moi en signe d'intelligence. Avec la dynastie prussienne, j'eus aussi beaucoup de relations, faisant visite à leurs châteaux ou me rendant à leurs fêtes, j'avais une fonction de lectrice auprès d'un vieux et sévère

...observation de FOREL...

Fritz, ce qui me donnait l'espoir d'être un jour enseveli dans leur caveau de famille à Potsdam. Déjà la mesure du tombeau était prise, c'est le banc de la cour de la cellule qui servit de modèle. C'est un vieux galant Zurichois, ami de Chamisso, qui m'avait recommandé. Le Reichstag me donnait du souci, je devais y remplacer Bismarck et sa grosse voix s'il était en retard. Ma sœur était désignée avec Chamisso et Thumann pour former des tableaux vivants devant la noblesse, et la bonne reine Louise avec l'empereur Guillaume devaient s'y trouver. Mon père et ma mère tenaient les rôles d'Hermann et Dorothée. Dommage que la représentation fut retardée. Je pensais que l'empereur Guillaume II serait de passage et je voulus, en lui présentant mon hommage, lui demander d'éviter la guerre et le retour d'atrocités semblables à celles du temps du chevalier Fritz. Notre maison était destinée à abriter les monarques de passage. J'encourageais aussi les relations entre les populations suisses et mecklembourgeoises, mais j'étais également prête à manier les armes et j'avais commencé l'exercice avec zèle. Une invitation de Berlin me fit plaisir. Le roi de Bavière se trouvait à la clinique et je pensais que la reine mère était venue pour le soigner. Je reconnus quelques dames de compagnie ainsi que la Kaiserine Friedrich dont le mari a restitué à mes amis de Suisse française un vieux presbytère qu'ils avaient quitté. (Les héritages et les gains de fortune avaient un grand rôle dans mon esprit). Il m'arriva de prendre une compagne pour le Roi Frédéric Guillaume IV ou pour mon professeur de dessin. J'en confondais d'autres avec Fanny Kensel-Mendelssohn. Toute la famille Mendelssohn m'intéressait. Je crus un moment que le Dr. Fr. en faisait partie ; lui-même d'ailleurs incarnait toutes sortes de gens ; le jeune Goethe, Herbert Bismarck, un Rothschild, un prince russe et même le prophète Mahomet allant honorer le tombeau de sa mère que je croyais être dans une cellule. Mon directeur était tantôt Moïse ou tantôt Michel-Ange, Benavente Cellini ou un pilote de Venedig. Je me vis aussi accompagner au Vatican une délégation helvétique. Il m'aurait plu d'être comme saint Julien Anachorète dans un couvent ou de peindre à la fresque un chemin de croix. Je fus aussi compagne des bâtisseurs de cathédrales ; je construisis des maquettes de piliers avec de la mie de pain et toutes sortes d'ébauches. Un certain soir la cour de la cellule avait été une partie du Paradis terrestre puis un lieu visité de missionnaires sous la protection allemande. On y trouvait aussi des traces de bombes et les restes d'un cimetière. J'observais tout cela minutieusement et évoquais mon enfance, mes anciennes camarades d'école. J'agrémentais l'histoire de ma famille d'aventures empruntées à Goethe et qui faisaient revivre les souvenirs attachés à ma maison. Celle de Goethe était adossée à la colline derrière les murs de la cellule, elle recelait des manuscrits secrets. Ma mère s'était liée d'amitié avec lui et ma grand-mère était Gretchen. Je vis construire une fonderie dont mes parents m'avaient parlé qui devait être édifiée, semblable à une autre qui se trouvait à Versailles, selon les plans qui dataient de la Renaissance. Mes idées suivaient une sorte de chronologie déterminée et je revécus alors dans mes phantasmes à peu près tout ce qui s'était déroulé dans ma vie ».

Cette malade reprit son rang social et notamment cultiva son talent de dessinatrice, et vécut sans liaisons sentimentales, préférant satisfaire ses tendances religieuses. En 1921, la visite que lui fit MAYER-GROSS permit à celui-ci de se trouver en face d'une dame de 65 ans, gaie, « assez peu vieille fille » et ayant gardé une mémoire très fidèle de sa psychose. Elle mourut en 1922 d'un cancer, sans avoir présenté de troubles mentaux.

Un pareil cas pose naturellement le problème des rapports de ces *états de confusion* (Verwirrtheit) avec la *Schizophrenie* (p. 98 à 101). C'est ainsi que BLEULER cite,

dit MAYER-GROSS, dans son fameux ouvrage (p. 92) des passages de l'observation de cette malade comme démonstratifs des troubles de la pensée schizophrénique. Sans doute, si l'on isole certains symptômes, ils sont communs aux deux états, mais leur tableau d'ensemble paraît à MAYER-GROSS différent.

Pour bien comprendre ce problème, il faut faire, dit-il, une excursion dans la pathologie des troubles de la conscience (p. 101 à 116 — ce sont peut-être les pages les plus essentielles de ce livre.) L'auteur rappelle que ce chapitre reste assez vague en psychiatrie. MEDOW ¹ définit par exemple la conscience comme « capacité de perception de soi », mais il y adjoint ensuite des troubles de l'attention, de la mémoire, etc... BUMKE également comprend sous le terme de « modifications de la conscience » toute altération dans l'ordre clair et distinct des contenus de la conscience, mais il laisse en suspens la question de savoir si ce trouble se retrouve dans tout « trouble de la conscience » ou est seulement le début de l'altération de la conscience. Les expressions imagées de « clarté », de « foyer », de « champ » restent insuffisantes, et cela vaut aussi pour les « degrés de la conscience » de WESTPHAL, les « oscillations de l'attention » de WUNDT, etc. MAYER-GROSS propose alors de considérer, selon JASPERS, une série d'aspects fondamentaux des troubles de la conscience :

1° Ce qu'il appelle la « conscience décomposée » (*Zerfallende Bewusstsein*) – 2° la « conscience altérée » (*Veränderte Bewusstsein*) – 3° les « troubles affectifs » de la conscience (*Bewusstseinstörungen im Affekt*).

Il y a lieu d'envisager d'abord l'état d'obnubilation ou d'obtusion (*Benommenheit*) qui, selon le mot de JASPERS, reste, pour ainsi dire, suspendu entre conscience et absence de conscience. Il est caractéristique d'un état intermédiaire entre la pensée vigile, et la stupeur et le coma. Il témoigne d'un amoindrissement des fonctions synthétiques, tel que PICK ² l'a bien étudié par exemple dans la psychose de KORSAKOFF. C'est pourquoi ce trouble est défini par le caractère « dissocié » de la conscience (*Zerfallende Bewusstsein*). Mais comme ce terme paraît prêter à ambiguïté, nous préférons le traduire par « conscience décomposée ».

A l'autre extrémité de la chaîne nous rencontrons ce que JASPERS appelle la conscience altérée (*Veränderte Bewusstsein*) dont la conscience rétrécie de BUMKE peut être considérée comme le type. A cet égard cette forme de conscience morbide représente une sorte de contre-pied de la conscience décomposée. Les contenus de la conscience sont fortement différenciés et comme « découpés avec netteté en même temps qu'ils sont coupés de la réalité ». Il y a une prévalence de la situation interne par rapport au monde extérieur. Ces états correspondent notamment aux états paroxysmiques psychogènes du type de l'état crépusculaire hystérique. Si, dans la conscience

...MAYER-GROSS propose alors de considérer, selon JASPERS, une série d'aspects fondamentaux des troubles de la conscience...

1. MEDOW, *Arch. f. Psych.*, 67, p. 373.

2. PICK, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 28, p. 372.

décomposée, il n'y a pas assez de « Gestaltisation », ici il y en a trop, mais il n'y a pas seulement une différence quantitative, car si dans un cas il y a fragmentation de la « Gestalt », dans l'autre il y a modalité spéciale de « Gestalt ». Cela est particulièrement sensible si l'on compare les deux formes d'amnésie correspondant à l'une ou l'autre de ces modifications de la conscience. L'amnésie de la « conscience décomposée » résulte de la désorganisation interne. L'amnésie de la « conscience altérée » résulte de la coupure avec le monde extérieur et de la discontinuité introduite dans l'ensemble de la vie psychique. La « conscience décomposée » résulte d'une modification de l'activité fonctionnelle, la « conscience altérée » réside en une modification de l'intensité et de la direction de la vie psychique. Mais l'expérience quotidienne montre qu'il y a des ponts entre ces deux formes de troubles, qui se mêlent dans le tableau clinique, non point comme deux séries de symptômes juxtaposés, mais comme les deux pôles de ce qu'on appelle généralement les troubles de la conscience, ou « la conscience trouble », comme dit JASPERS et la « conscience rêveuse » (Traumhafte) comme dit BUMKE, ou le trouble crépusculaire (Dämmerige Trübung) comme disait MEDOW. Cette combinaison est pour ainsi dire spécifique de l'état maladif, et n'a pas d'équivalents dans la conscience normale. Ce double aspect, s'il n'est pas souvent mentionné par les auteurs, n'en résulte pas moins de l'amphigourie des formules employées. C'est ainsi que l'état crépusculaire est défini par KRAEPELIN en termes qui le rapprochent de la conscience décomposée, tandis qu'il est défini par JASPERS en termes qui le désignent comme conscience altérée. Les formes oniroïdes de vécu empruntent à l'une et à l'autre forme des troubles de la conscience, et de la tendance à la fragmentation et la tendance à la stérilisation.

Mais il y a encore une troisième modalité des troubles de la conscience ; les « troubles affectifs de la conscience ¹ ». Ce trouble généralement méconnu, mais bien mis en évidence par JASPERS, dans les états d'anxiété mélancoliques et aussi maniaques, réside essentiellement dans une submersion de la conscience qui met en péril la relation fondamentale « sujet-objet », laquelle est compromise par la violence du flux affectif. Cette troisième forme de troubles se présente également en clinique, intimement mêlée aux autres.

Il convient maintenant d'étudier la répartition de ces trois grandes formes des troubles de la conscience dans la psychose maniaque-dépressive et dans la schizophrénie.

1. « Bewusstseinsstörungen im Affekt ». L'absence de substantif concret correspondant en français à « Affekt » rend cette formule à peu près intraduisible, car elle a pour signification essentielle de fondre, ou si l'on veut, de « prendre » ici le trouble de la conscience dans le développement d'un état affectif particulier. Faute de mieux, nous avons traduit : « Troubles affectifs de la conscience », mais cela n'est pas aussi exact que nous l'aurions désiré.

Les « troubles affectifs de la conscience » se rencontrent en première ligne dans la folie maniaco-dépressive. Il n'est pas nécessaire d'insister. Ils se trouvent dans la schizophrénie, et notamment sous forme des « états crépusculaires extatiques ». Mais, précise MAYER-GROSS (p. 107), ce qui est important dans ces troubles schizophréniques de la conscience affective, c'est que l'indifférenciation Sujet-Objet, l'extension du Moi, la fusion du Moi et de l'objet même du sentiment, l'union du Moi et du monde, les identifications et projections du Moi, sont alors vécues sous cette forme même « qui est généralement désignée comme appartenant seulement au vécu schizophrénique ¹ ».

Quant aux états de la « conscience altérée », nous les trouvons rarement dans les états maniaco-dépressifs, où effectivement les phénomènes psychogènes hystériques et les réactions théâtrales n'occupent tout au moins pas le premier plan. Par contre, ils se rencontrent fréquemment dans la schizophrénie, et notamment sous la forme d'états crépusculaires pour autant que précisément l'état crépusculaire y apparaît comme un renforcement de l'autisme.

Pour les formes de la « conscience décomposée », elles s'observent au cours de la maniaco-dépressive sous deux formes principales : le vide de la conscience des dépressions graves et les états confusionnels maniaques. Les états de « conscience décomposée » au cours de la schizophrénie constituent les états que BLEULER a décrits sous le nom de *Benommenheit*. Ces états se rapprochent de la pensée du rêve ou de l'endormissement mais davantage de la conscience décomposée que de la conscience altérée, de telle sorte que, répète encore l'auteur, il ne nous paraît pas extraordinaire que nous trouvions dans ces états de troubles de la conscience des symptômes extraordinairement analogues au processus primaire de la dissociation de la schizophrénie (p. 109). Cependant cela ne veut pas dire que l'on tombe ainsi sous le coup de l'objection que ne manque pas de soulever, au moins apparemment, cette opposition. Il ne s'agit pas en effet de dire que tous ces troubles de la conscience sont identiques ou même « analogues » à la schizophrénie, même quand ils se produisent hors de la schizophrénie. Cela en effet paraît impossible à soutenir, pour qui est sensible à l'*atmosphère schizophrène*, qui, au fond, dit MAYER-GROSS, définit la schizophrénie sans que nous sachions trop comment faire passer cette intuition dans une formule acceptable. Le problème n'en reste pas moins difficile à régler, et cela notamment, à propos des poussées schizophréniques aiguës : Les états d'extase — les réactions d'éloignement de la réalité ou de délire de compensation ² — les états hallucinatoires, plus ou moins

1. Cette phrase est textuellement traduite ici en raison de la façon cruciale dont elle pose le problème...sans le résoudre.

2. États et formes de réactions qui en France, à peu près à la même époque, ont été étudiés par CLAUDE et ses élèves sous le nom d'*états schizomaniaques*.

...« conscience décomposée » et « conscience altérée »...

confusionnels — les états de troubles schizophréniques de la pensée à allure aiguë — et enfin ces états de double orientation, de double enregistrement, ou de comptabilité en partie double ¹ comme dit BLEULER.

Dans tous ces états la tendance à la dissociation l'emporte sur les tendances synchrétiques de la conscience oniroïde.

Les troubles de la conscience dans les formes de vécu oniroïdes telles que le « *déli-rium* » ou les « *états crépusculaires* », les états oniroïdes se tiennent pour ainsi dire entre la « *conscience décomposée* » et la « *conscience altérée* ». Qu'est-ce que cela veut dire ? Comment s'articulent ces deux troubles, comment se distinguent-ils ? La « *conscience décomposée* » ne se réduit pas, dit l'auteur, en fragments d'objets ou de pensées, mais les perceptions isolées sont entraînées dans un torrent de souvenirs. Et tantôt il s'agit d'un flux plus ou moins confus et désordonné au niveau de la conscience décomposée, et tantôt d'une dévastation de l'esprit (Hunneschlacht des Geistes). A ce trouble correspond le caractère d'inachèvement et de déchaînement de la succession des scènes. — De la « *conscience altérée* » surgissent de forts courants internes de cohésion plus ou moins proches de la concentration de l'état normal. — Quant aux « *troubles affectifs de la conscience* » ils se retrouvent par exemple dans ses sentiments de bonheur ou d'élévation du début de la psychose dans le premier cas, ou dans beaucoup de scènes racontées par Antonie Wolf. Une des caractéristiques de ces états est la clarté et l'intensité des contenus vécus de la conscience, caractères qui proviennent de leur forte signification et qui expliquent précisément cet autre caractère fondamental : l'extraordinaire vivacité des souvenirs.

...auto-observation de Martha Schmieder...
MAYER-GROSS.

— MAYER-GROSS reproduit ensuite (dans le 4^e chapitre), l'auto-observation de Martha Schmieder ².

Le récit débute par l'exposé d'événements contemporains aux premiers troubles, en janvier 1889 : un excès de fatigue et le décès du père de la malade. Mais ces chagrins étaient tempérés par une profonde foi chrétienne. M. S. était admise depuis peu au sein d'une Communauté Apostolique... Elle était depuis quelques jours dans un état de surexcitation.

« Soudain, je tombai dans un état extraordinaire. Éveillée, les yeux mi-clos, je me trouvais tout à coup dans un caveau. Tout était étrangement obscur, et une odeur de pourriture montait vers moi. Je vis, sans avoir peur, Lazare mort. L'image se déplaça vers moi. Je tentais de retenir cette apparition mais la lumière revint, et je me retrouvai dans mon lit. Il était l'heure de me lever. Je ne voulais pas manquer la messe du Dimanche, et puisque j'avais repris mes sens, je m'habillai vivement. Une profonde

1. « Doppelte Buchführung ».

2. Observation d'une malade à l'Asile de LEUBUS, partiellement publiée par KLINKE (*Jahrbuch f. Psychiatrie*, 1890, 9, pp. 319). D'après le complément d'observation de MAYER-GROSS, cette malade est morte en 1910, à l'âge de 65 ans, n'ayant plus présenté de troubles mentaux.

angoisse m'étreignit et je me demandais si mon fiancé était réellement mort ? Déjà oppressée pendant la messe, au moment de l'Offertoire, je m'écriai brusquement : « Il est mort » en pleurant et gémissant.

On s'empressa autour de moi, et l'on m'emmena bientôt dans la chambre du bedeau. Quelques dames de la Communauté tentaient de défaire mes vêtements et de m'allonger, mais je déclarai me trouver bien et vouloir retourner à l'église. Justement le Prêtre administrait la Communion. Il me fit signe de reculer, je m'assis tranquillement jusqu'à la fin de la Messe. Un diacre fut chargé de m'accompagner chez moi. J'étais très lasse et presque incapable de m'entretenir avec mon aimable compagnon. Je ne trouvais plus mes mots, et une fois seule, je fermai toutes les portes, et négligeant de me nourrir, m'affaissai dans un fauteuil, sans pouvoir dormir. Peu à peu, je repris des forces, et, les yeux mi-clos, je vis les murs de la chambre commencer à changer. Ils brillaient pompeusement et offraient des couleurs mouvantes ; les rideaux, en tombant, découvrirent des espaces inconnus. Les coins se peuplèrent d'objets d'art, vases, médailles, statues de marbre. A l'opposé, je vis sur des chevalets, de grands portraits de nos trois Empereurs d'Allemagne. Je crus avoir quitté le monde et me trouver dans un sombre caveau d'où s'exhalait une odeur de pourriture. J'y distinguai un singulier tombeau qui s'ouvrit lentement pour laisser sortir des morts vêtus mi parti-blanc, mi parti-noir. C'étaient les Empereurs d'un temps très ancien, des héros et des grands princes de l'Église. Tout à coup apparut mon fiancé, que je croyais mort. Je m'entendis pousser un cri strident et supplier plusieurs fois : « Lazare, mon bien-aimé, lève-toi !¹ » et les larmes me coulaient. La porte s'ouvrit, la lumière augmenta, et je le vis au loin, avec la fière stature qu'il avait lorsqu'il était bien portant. Ce fut une joie indicible. Je lui demandai alors d'ouvrir le secrétaire, tout en me rappelant que la clef avait disparu, et de prendre des lettres importantes. Il le fit très facilement et son apparence s'évanouit, mais je continuai à rêver. Je voyais son corps se dégager de son enveloppe, d'abord les mains, devenues blanches et transparentes comme du marbre. Il fallait promptement le sauver de toute emprise terrestre, car l'heure du retour du Seigneur approchait et la lutte avec l'Antéchrist allait commencer. Dans la rue, une foule des temps bibliques criait et appelait « au feu ». A midi, la bataille faisait rage, mais les ténèbres revinrent. J'étais anxieuse de ces pillards avides de sang qui me cherchaient, j'eus aussi le sentiment d'un espace étroit qui se refermait sur moi, car en me redressant, ma tête heurta une paroi dure. Je crus être fixée sur une croix, ou couchée sur une surface molle, mes vêtements se disloquaient et mon collier se rompit. Je devenais, contre mon gré, de plus en plus légère, mais incapable de me lever. Les lumières chatoyantes se déplaçaient, puis à nouveau dans l'obscurité du caveau, des hommes apparurent, mon père décédé, et d'autres qui me tendaient des mains suppliantes que je saisissais. Les prières se faisaient plus pressantes comme je gravissais les marches. Il devait faire nuit car une morne obscurité m'entourait. Je remarquai qu'on essayait de crocheter la porte. Mon secrétaire s'ouvrit avec fracas, et mes meubles volèrent en éclats. Mais que m'importait. J'étais déjà détachée des vanités terrestres, comme du temps ; et je compris le sens de l'Écriture : « Pour Dieu, mille ans valent un jour ». Le matin me plongea dans la douloureuse stupeur d'être encore sur terre, il me fallait trouver le salut avant qu'on n'entre dans la chambre. A travers la porte ouverte, une faible lueur entourait Sion, et me laissait l'espoir d'y être admise. Puis de nouveaux enchantements défilèrent. Deux routes, l'une large, l'autre étroite s'engageaient sous la porte de la Jérusalem Céleste. Des pèlerins allègres ou épuisés cheminaient. D'autres, n'en

*...auto-observation de
Martha Schmieder...
MAYER-GROSS.*

1. Dans l'état oniroïde que nous avons rapporté précédemment (Étude n° 8, Tome I) on trouve la même fiction.

...auto-observation de
Martha Schmieder...
MAYER-GROSS.

pouvant plus, jonchaient les côtés de la route. Mes prêtres étaient en soutane blanche. Je les suppliais de m'emmener, mais ils ne pouvaient pas m'entendre. La Suisse se dressa devant moi. Des paroles venant d'en-haut, signifiaient que l'on me cherchait, quelques personnes parvinrent jusqu'à moi, mais devant mon hostilité, s'en furent. Je parlais à l'assistance sur des sujets empruntés à la Bible ou aux prédications que j'avais écoutées dernièrement. J'articulais des mots incompréhensibles avec le sentiment de lutter avec l'archange Michel et l'ange déchu. L'Antéchrist survint sous la forme d'un dragon. Je fus empoignée, et je crus devoir sacrifier l'une de mes mains, qui fut arrachée avec une violente douleur. J'entendis alors les pas de mon cher fiancé, ressuscité. Il s'approcha et je le priai encore une fois de prendre dans mon secrétaire tout ce qui m'appartenait. La serrure sauta avec un fort craquement, il inspecta méthodiquement tous les tiroirs. Il était près de moi, et je me sentais tranquille et heureuse. Tout disparut, et je vis ma cousine à côté de moi avec une servante qui tentaient de me maintenir au lit. Je fus indignée que ma cousine osât toucher de ses mains profanes la robe de soie brillante lamée d'argent dont les puissances m'avaient revêtue. Je me réfugiai sous mon oreiller refusant tout échange ; je ne voulais ni boire ni manger pour n'être pas ramenée à la vie. Quelques membres de ma Communauté étaient venus me rendre visite, et je reconnus des voix de prêtres. Puis ma cousine me servit du café, je la surnommai Marthe. Mais quand la sœur de mon fiancé entra, je me rappelai qu'elle était aussi ma sœur chérie Marthe. Je me sentais moi-même, comme Marie, détachée de tout bien terrestre pour ne plus me tourner que vers les choses célestes ».

Elle raconte ensuite, qu'elle se rendit compte qu'on l'emmenait à la clinique, et, une fois arrivée, elle se crut destinée à soigner les malades et à secourir son fiancé. « Dans la chambre où l'on m'a conduite, deux cercueils identiques étaient posés : je tendis amoureuxment les mains vers le premier, et l'appelai, du ton le plus tendre dont je fusse capable : « Lazare, mon chéri, lève-toi ». Puis je me dirigeai vers l'autre qui devait contenir ma mère, je tentai de ranimer celle-ci par des paroles affectueuses. Il me semblait que sous mes mains la mort devenait la vie. Mais ma vision s'élargissait, et je me trouvai dans une arène contenant des centaines de spectateurs dont plusieurs de mes amis. Dans cet entassement de têtes, je remarquai avec émotion le visage de M. le Baron Von Richtofen. Je lui lançai tout haut un appel amical, et comme en même temps je continuais, dans un zèle infatigable, à faire lever les morts, ma main heurta violemment le mur, et je me foulai le pouce. Cherchant de l'aide je vis le Baron sauter de la galerie pour venir soigner mon doigt malade. Je glorifiai notre Église capable de guérir elle-même de graves maladies, et j'eus la satisfaction d'entendre M. le Directeur Kahlbaum et plusieurs autres, parler dans les mêmes termes. Je leur exposai que ma force sortait surtout de ma main droite, mais que de la gauche, proche du cœur, rayonnait l'amour tout puissant, capable de tout surmonter, et même d'entrer dans les tombeaux pour ressusciter les morts par la caresse de sa douce voix. Je m'exaltai à parler, et gesticulais toujours plus. A ce moment, les murs devinrent transparents dans leur partie inférieure, et je m'émerveillai. Je me trouvai subitement à Jérusalem, couchée auprès d'un puits d'où les Israélites tiraient une eau dont j'implorais en vain une coupe. Deux prêtres s'approchèrent pour écouter, vivement intéressés, la conversation que j'avais avec Israël. Je pensais d'ailleurs avoir gagné l'autre monde en évitant les affres de la mort. Longtemps après je me réveillai, et j'eus le sentiment d'être dans une sombre prison. A de petites fenêtres grillagées se succédaient de chers visages connus, et je désirai qu'on ne me dérangeât pas. Pourtant j'eus l'étonnement de voir entrer M. le Directeur Kahlbaum en compagnie de M. le médecin le Dr. K. Je leur déclarai être redevenue enfant, et leur vantai la vertu universelle de cet âge où se cache une grande sagesse. Quand ils furent sortis, j'entendis près de moi des voix larmoyantes et je crus

l'Antéchrist revenu pour saccager l'Église avec une armée de sauvages. Alors deux surveillantes entrèrent avec un bol de lait et je compris qu'elles me disaient : « L'ennemi est en fuite, et à nous seules, nous vous avons sauvée des ruines ». Je ne sais si de ma vie j'ai jamais accepté un bol de lait avec autant d'effusions de reconnaissance. Il m'a fort bien restaurée, et je m'endormis. Je me réveillai à la nuit et tout à coup, d'une hauteur considérable et dans un fracas de tous les diables, tomba sur ma tête une énorme pierre de taille, qui m'occasionna non seulement une forte douleur, mais une peur terrible. J'en restai abasourdie. Reprenant peu à peu mes esprits, je dirigeai mes regards vers le haut, et une voix murmura : « Cette nuit, c'est la Visitation de la Vierge. Il se passera des choses extraordinaires ». Et une apparition grandiose dissipa l'obscurité : les apôtres Pierre, Paul et Jean baignaient dans une lumière céleste et multicolore, revêtus d'habits magnifiques. Puis je me retrouvai dans mon lugubre séjour. Une lumière filtrait vers la fenêtre. J'allai voir, et quand je me retournai, une charmante créature était à côté de moi. C'était une jeune fille vêtue de satin blanc et couronnée de myrte. Elle se dirigea vivement vers un piano qui venait d'apparaître et posa sur les touches des doigts éthérés. Une profonde douleur me pénétra en entendant les sons surnaturels qui sortaient sous ses doigts, car le sentiment de l'imperfection terrestre me toucha si tristement que je désirais ardemment n'être plus dans ce monde. La jeune apparition recula de quelques pas, s'inclina en une profonde révérence, jusqu'à toucher le sol de son visage, à plusieurs reprises, et resta agenouillée. Je m'agenouillai à mon tour, et remplie d'un sentiment de dévotion, je posai ma tête aussi bas que l'ourlet de sa robe pour prier pour elle et pour moi. Après un long temps, elle disparut et je fus ainsi abandonnée. Désespérée, j'examinai les fissures des portes, quand un être grossier, ceint d'un trousseau de clefs, un bonnet sur la tête, comme un gardien de prison s'assit en face de moi, puis disparut dans le brouillard, me laissant dans mon ignoble cellule remplie de désordre, et où même le sofa était si sale qu'on ne pouvait s'y asseoir. Par moments, des cris et des lamentations à l'extérieur me rappelaient les soins que je devais donner aux malades, mais, pour la première fois, je pris conscience de ma faiblesse et je suppliais Mr. le Directeur Kahlbaum de me laisser aller car je me sentais incapable de chasser les mauvais esprits de tous les malades, surtout sans aide. J'entendis prononcer mon nom : la voix de mon fiancé qui, plein d'angoisse, me cherchait. Posant mes regards sur l'imposte, je le vis, gémissant à déchirer le cœur, pourchassé, et portant une lourde croix. Je répondis à ses gémissements, et l'accompagnai d'un regard chargé d'amour et de compassion. Enfin il m'aperçut, et put, avec beaucoup de peine, se décharger de son fardeau pour venir me voir. Malheureusement, nous ne pûmes rester longtemps ensemble, tant la pièce était sale et impraticable, et après une courte et amicale salutation, il fallut nous séparer. Je me rappelai que c'était la fête de la Visitation de la Vierge. J'appelai alors tous mes amis et relations, les exhortant à profiter de l'occasion que Dieu leur donnait d'assister au miracle et d'éprouver son amour. Qu'ils se dépêchent avant qu'il soit trop tard. Ils se groupèrent les uns le long du mur, d'autres sur mon lit. J'étais assise devant la fenêtre, et l'aurore commençait à luire. Des images merveilleuses s'épanouirent. L'harmonie de l'ensemble m'apparut d'une gravité chargée de sens et j'admirai avec respect les symboles resplendissants. Il y avait des morts et des vivants qui marchaient de long en large ou s'asseyaient, seuls ou par groupes, cherchant la paix. Un autel était dressé entre les arbres, entouré des Vases de la sainte Communion. Des Anges grands et petits formaient de charmants groupes mêlés ; et d'innombrables pigeons voletaient. Un serpent blanc et un noir s'entrelaçaient sur le sol, et les pigeons descendaient auprès d'eux sans crainte. De-ci, de-là des sources claires bouillonnaient dans l'herbe, et ajoutaient encore au charme du tableau. Sur le côté droit à l'écart, ma mère, décédée depuis longtemps

*...auto-observation de
Martha Schmieder...
MAYER-GROSS.*

...auto-observation de
Martha Schmieder...
MAYER-GROSS.

était assise sur un banc. Elle se leva, soudain grave et délicieuse. Une Juive, que j'avais soignée lorsque j'étais surveillante chez Mr. le Dr. Kahlbaum était attablée en face d'elle. Elles eurent toutes deux un contact silencieux et parfois embarrassé quand elles échangèrent le pain et le vin. Un prêtre tenta de s'entremettre et éprouva bientôt le même embarras. Je m'avançai également et je remarquai alors à mes côtés mes frères et sœurs, qui m'écoutaient avec attention. Je leur expliquai le sens de mes nombreuses apparitions, et je sentis mon corps et mon visage devenir irréels et désincarnés, tandis qu'un immense sentiment de joie et de jeunesse me faisait oublier les tourments de la terre. Le réveil à la pâle clarté du matin fut affreux. Je m'agenouillai à la porte de la cellule, et frappai de toutes mes forces, car il importait désormais de restaurer le royaume de Judée. J'avais annoncé aux Juifs qu'ils pourraient bientôt reprendre leur magnifique Jérusalem, à condition d'être prêts à combattre, car l'heure du Christ approchait. Je disséminai des miettes de pain à divers endroits du plancher en pensant par analogie à la communion luthérienne, et cela m'éclaira sur bien des points restés obscurs dans les prédications apostoliques. Je demandai pardon à Dieu des paroles obscures que j'avais pu prononcer jusque-là par ignorance. Vers midi, on vint me changer. Je considérai cela comme une agression dirigée par la surveillante contre mon existence. Le soir, je me retrouvai dans l'église. Les prêtres, couronnés d'étincelantes pierreries, avançaient sur la route céleste, et une clarté m'aveugla jusqu'à remplir mes yeux de larmes. J'expliquai aux étranges êtres qui m'entouraient que la fin des temps était arrivée, que nous étions les derniers habitants de la terre, et que la nouvelle humanité arrivait. Tandis que je parlais, les ténèbres succédèrent aux célestes apparitions, et de noirs serpents se levaient à mes pieds, m'obligeant à reculer, sans savoir où fuir. Des gens, vainement, cherchaient refuge auprès de moi. Enfin, après quelques instants de lutte pénible, la magnificence de Sion s'ouvrit devant moi. Une voix d'une beauté et d'une force surnaturelle me fut donnée, que j'employais dès lors à chanter les mélodies célestes aux bienheureux, mais je me retrouvai bientôt dans l'obscurité de la nuit des combats. Je fis une longue marche en chantant, mêlant les chansons de jadis à des airs nouveaux, et qui me conduisit dans la cour de la demeure d'une famille aristocratique que je connaissais, et avec qui j'entrepris sur-le-champ une conversation approfondie sur la religion. Je distinguai parmi l'assistance feu le Kaiser Frédéric que je retrouvai plus tard dans ma maladie. Il règne sur les régions les plus élevées de mon être, il est mon protecteur et mon défenseur, mon conseiller et mon consolateur dans les durs moments. Il est tout pour moi. Lorsqu'il eut disparu, je crus ma fin venue, ma gorge serrée me privait de voix et de respiration. Je me tordais de douleur, il n'y avait d'eau nulle part, depuis cette nuit pleine d'événements où les puits furent obturés, et la mer elle-même desséchée. La famine était sur tout le pays. On réclamait du Champagne pour se désaltérer, mais rien. J'entendais les supplications de mes deux frères morts, le plus jeune disait : « Je suis ton benjamin », mais moi, courageuse, voulais tout surmonter. Je versais si intimement dans la religion juive, que je parlais l'hébreu ancien. Moïse est le prêtre que je fréquentais le plus pendant les premiers temps de mon séjour. Je me liais beaucoup à lui, il m'apporta sa protection et m'expliqua la loi judaïque, des tableaux mirifiques défilèrent devant mes yeux : une rangée de Tabernacles, et la montagne sacrée. Lors de la grande sécheresse, où l'eau manqua totalement, Dieu déchâna la mer qui vint battre contre les maisons. Puis il fit tomber une pluie bienfaisante et trembler la terre. Les montagnes vacillaient, les arbres tremblaient en tous sens, et sur les collines branlantes, les pierres tombales venaient se réunir au bas, et mes parents et amis se relevaient s'appuyant les uns sur les autres. Le Kaiser, sanglé de blanc et casqué d'un acier étincelant, traversait les airs. Tout cela avait la magnificence de l'Orient. Une autre fois, le char de feu vint emporter Élie, et moi qui étais son fils

Elissar, je devais rester et attendre mon destin. J'accueillais différemment les gens ou les personnes selon le sentiment qui m'habitait. Ainsi ma solide foi m'armait d'un véritable héroïsme devant les tourments que j'eus à supporter, et auprès desquels la faim et la soif qui régnaient au temps du Pharaon, lors des sept plaies d'Egypte, étaient peu de choses. C'étaient les serpents. Ils s'enroulaient sans cesse autour de moi et arrivaient-je à les écarter qu'ils me reprenaient aussitôt. Leur plus cruelle façon fut de pénétrer mon corps à quatre, et de fouiller le fond de mes entrailles. Puis les puces me recouvrirent complètement, quand elles eurent disparu c'étaient des vers de terre qui se mouvaient dans mon corps ou le parcouraient en tous sens. Ensuite je me trouvai la tête placée à l'envers, et quand cela cessa, mon corps en resta pourtant déformé. J'en conçus un grand désespoir et tentai, en vain, de rendre à mon corps son état naturel, par exemple par des massages. Puis l'idée me vint qu'on me voulait du mal, que l'on me poursuivait et qu'on menaçait ma vie. Cent ans nous séparaient de la Révolution Française. Mais, en vertu de ma foi, j'éprouvai en moi-même une véritable Saint-Barthélemy. On devait me couper les membres, et cela était si vrai que je ressentais déjà la douleur. A la fin, on a scié la partie postérieure de mon crâne, et j'ai senti le sang suinter de la blessure entr'ouverte. Le Kaiser et la reine ont toujours pris une place déterminante dans mon destin, soit qu'ils fussent des tyrans, soit qu'ils me protégeassent. Il m'était souvent douloureux de voir mes parents et mes amis jouir du bonheur céleste tandis que je luttais, l'âme remplie d'amertume, dans des combats désespérés, il m'arrivait d'entrevoir un instant, par une petite fenêtre, leurs joyeuses réunions. Peu de temps avant ma maladie, j'avais commencé l'étude de l'orgue. On me fit alors une opération à chaque bras parce que, disait-on, les doigts doivent être différents pour l'orgue et pour le piano. Dès lors, j'eus parfois des impressions anormales quand au nombre de mes doigts, j'en comptais 4 à une main et 6 à l'autre, ou quelquefois 4 à chaque main ». — Suit un long épisode où elle déjoue les machinations de sa cousine qui voulait ruiner son enseignement, elle organise des concerts avec l'Empereur, et des tournois d'éloquence. Elle fit quelques rêves de voyage, puis, « Je suis revenue à la maison, où se passa un événement frappant : par une veine ouverte de mon bras, reliée à mes parents et amis, on me faisait une transfusion de sang grâce à laquelle j'allais entrer dans la mort. Nous nous tenions les mains, en une chaîne ininterrompue, tandis que le sang coulait de tous les corps. Nous mourûmes ainsi doucement et sans souffrir. J'ai dû perdre conscience assez longtemps, car, au réveil, je me suis sentie changée. La transfusion fut répétée par la suite, mais avec des étrangers. J'éprouvais une vive angoisse à admettre ainsi dans mon être intime des personnes étrangères, peut-être opposées à moi. La crainte de perdre tout mon sang m'était aussi très pénible. Souvent c'est la jugulaire qui s'ouvrait spontanément ; une autre fois la veine du cœur se rompit pendant que je chantais, et je perdis connaissance. » — Les infirmières la soignaient et la traitaient comme un enfant, et les gens étaient des géants ; leurs têtes, surtout, avaient des dimensions inhabituelles. Par la suite elle eut conscience de grandir 14 ans, puis s'arrêta à 18 ans. Elle pensait aussi être morte et venue dans un monde incompréhensible. Son corps irradiait une puissance magnétique, qui s'appliquait surtout par les mains ; elle dispersait des brins de laine dans sa cellule, et peu à peu ils se regroupaient auprès d'elle ; sa grossière robe de laine grise devenait une soie blanche éblouissante quand elle la touchait, et quand elle remuait ses mains en l'air comme des marionnettes, des flots d'étincelles en jaillissaient. Dès que le soir tombait, les esprits venaient la garder ou la servir, mettre ses vêtements et sa chevelure en ordre. Ils avaient parfois des allures de malfaiteurs, et elle se retrouva ainsi en pleine bataille, à Sparte, sous les murs de Troie avec le Kaiser, le Directeur, aux prises avec les poisons, enfermée dans le même cercueil que son fiancé. Elle

*...auto-observation de
Martha Schmieder...
MAYER-GROSS.*

...auto-observation de
Martha Schmieder...
MAYER-GROSS.

raconte avec plus de détails un épisode d'incendie de la clinique : « On me confia la mission de sauver la partie du bâtiment qui contenait de la dynamite. Je luttais avec une force prodigieuse jusqu'au moment où perdant l'équilibre sur une poutre calcinée je me rompis le cou. Des mains secourables me remirent bientôt en état de combattre, et je repris mon héroïque mission à travers la fumée étouffante. Mais bientôt mes vêtements brûlèrent, puis mes bras et ma chevelure, et la maison s'écroula sur moi avec fracas. On me dégagea, j'étais saine et sauve ». Elle ajoute que cette sorte d'angoisse lui revenait souvent la nuit ; croyant que son matelas prenait feu, elle s'allongeait sur les dalles froides du sol. Elle tentait d'accomplir des miracles, comme par exemple de s'envoler, pour prouver la force de sa Foi au Directeur Kahlbaum, qui restait toujours sceptique. Puis ce sont de nouveaux épisodes héroïques, sur un thème du déluge : « Moi, seule, avec quelques élèves et amis, pus prendre pied sur un rocher, que les vagues menaçaient avec une violence inouïe. Je maintenais solidement mes protégés autour de moi en leur chantant des berceuses ». Napoléon lui apparut, cherchant sa femme, elle lui répondit à peine, enflammée par les chants sauvages dont elle bravait la tempête. Elle retrouvait par moments une orientation spatiale, mais alors, sa nourriture, dans cet asile, était empoisonnée, ou bien choisie en vertu d'une signification magique, mais elle l'acceptait d'autant mieux que le Kaiser venait la reconforter ; il lui enseignait à parler un pur allemand qui lui servit dans les moments d'inspiration. Il lui montra aussi à dominer son angoisse pendant les heures de tourments, en détournant son esprit des associations d'idées et de lourds enchaînements de pensées, qui mènent toujours aux rechutes inutiles. « Je pratiquai cette méthode jusqu'à ma guérison, et, grâce à elle, non seulement je trouvai le calme, mais aussi je vécus des moments vraiment intéressants et inoubliables. »

Avant sa maladie elle avait composé une œuvre appelée Christophorus, qu'elle se vit interpréter devant l'Empereur et l'Impératrice réunis devant sa cellule. Ils la félicitaient, et brusquement : « de Charlotte Pati que je croyais être, je me retrouvais les larmes aux yeux, enfant du peuple. Le Kaiser, aussi, se transforma ; de Friedrich il devint Friedman Bach. Je le contemplais muette de désespoir, et il ne pouvait me comprendre. Je me rappelai alors cette bohémienne qu'il avait guérie avec tant de dévouement au moyen d'herbes médicinales, et mon imagination me transporta dans un tableau sauvage, au sein des forces de la nature dans la voix des forêts. J'étais prisonnière d'une redoutable bande de bohémiens, qui me tourmentaient au moyen de leurs sciences mystérieuses, l'extra-lucide, les herbes, les cures sympathiques, et je voulus m'enfuir. J'étais entourée de méfiance, et je sentais qu'ils cherchaient mon secret, peut-être pour s'emparer de ma fortune ou de celle de ma famille. Ils me questionnaient par de longues mélodées rythmées auxquelles je ne répondais pas. Plus tard, on extrayait les pensées de mon cerveau. Des voix surgissaient des murs, pour ironiser sur notre pauvre communauté apostolique, je crus d'abord à un téléphone branché sur Breslau, puis je pensai que c'étaient les voix des esprits aériens. »

Elle se souvint que, pour résister à la « question », elle se frappait la tête contre les murs. Une fine poussière bleue d'arsenic fut répandue dans sa chambre. C'était la mise à l'épreuve de sa Foi. Mais pour la démontrer elle s'enduisait le front de ce poison. Les beaux frères, consultés par elle, lui affirmèrent que ce n'était que les vapeurs de la morphine qui recouvraient son cerveau. Elle reçut la visite de trois naturalistes de sa connaissance, qui, eux, lui démontrèrent au moyen d'une lanterne magique que tout cela n'était que des hallucinations visuelles provoquées par les taches de lumière venant de ses fenêtres. Ils lui montrèrent aussi de merveilleux paysages, et elle continua à en jouer pour rencontrer le Kaiser si vénéré, et parcourir la terre. Elle perdit de

la sorte toute orientation et ne savait plus distinguer la nuit du jour. Elle revit les malades qu'elle avait soignés, et fit revivre ceux qui étaient morts et qu'elle nourrissait grâce à des fragments de son repas qu'elle cachait quand l'infirmière était partie. Elle pensait que sa famille mourait de faim dans un souterrain au-dessous de sa chambre, et cette pensée la tourmentait. Elle se croyait dépossédée de tout, et vivant de charité sur une literie prêtée.

*...auto-observation de
Martha Schmieder...
MAYER-GROSS.*

« Mes tourments moraux croissaient de jour en jour, à tel point que souvent les apparitions vinrent à manquer, mais des cataclysmes me menaçaient perpétuellement d'être enterrée vive sous l'écroulement de la maison ». Le doute et la faiblesse l'envahissaient. Elle voulait mourir. Les visions l'y invitaient, le Kaiser lui faisait des signes. Toute autre arme qu'un poignard lui semblait indigne. S'ouvrir les veines n'eut pas de résultats, alors elle tenta de s'enfoncer les ongles dans le cœur, et perdit connaissance. Elle se souvient aussi de s'être étranglée avec un essuie-main, et récemment de s'être à moitié arraché l'œil gauche tant les angoisses et l'amour du Kaiser Guillaume la tourmentaient. Le lendemain, elle se sentait faible et « cassée intérieurement comme un tas de débris de poteries ».

« Et comme mes prières pour ma délivrance demeuraient vaines, je pensai avoir été achetée pour un harem où des femmes en très grand nombre rivalisaient de beauté et se disputaient le rang avec acharnement. Certaines, pour être plus éthérées, ne se nourrissaient que de raisins secs, d'autres pour être préférées clamaient :

— J'offre pour cela mes yeux !

— Moi, ma main gauche !

— Moi, je donne trois doigts !

— Moi, ma jambe !

et les cris d'angoisse qui résonnaient à nos oreilles me laissaient penser que ces dons étaient prélevés et que mon tour arrivait. Ma Foi en était le gage, et pour la tenter encore, on m'injecta la sérosité d'un cadavre. J'étais encore pleine de terreur, quand on vint me préparer à partir en voyage (c'était vers le mois de mai). Je respirai allègrement. Je ne savais pas ma destination, mais j'étais résolue ».

Pendant le trajet, elle fit de continuelles fausses reconnaissances de gens et de lieux, et arrivant à la maison de Santé de Leubus, elle pensa venir en prison pour expier par l'eau et le pain sec ce qu'elle avait dit ou fait pendant sa maladie. Elle voulut d'abord travailler, car elle ne se sentait pas malade, mais ne comprenait pas grand-chose à la situation. D'ailleurs elle n'avait pas affaire à des gens, mais à des esprits, et tout concourait, par exemple le sédatif du soir, à la conduire au ciel. Puis elle versa à nouveau dans une atmosphère d'angoisse et de culpabilité. La signification symbolique des moindres objets lui échappait, car elle avait perdu espoir et inspiration. Elle confondait les plus misérables malades qui l'entouraient, avec les membres de sa congrégation venus pour se mortifier. Elle-même se sentait faible et rompue, elle avait du mal à parler à voix haute, et pourtant une voix lui ordonna de se surmonter et de crier.

« Mais, dit-elle, à présent je suis devenue obéissante aux ordres du Kaiser. Je ne pouvais pas crier en présence des autres personnes même si je l'avais voulu. Je pus seulement pousser un faible cri, devant l'insistance des demandes. L'empereur Frédéric me dit que, mécontent de mes premières tentatives de désobéissance, il allait me priver de ma voix de chanteuse. Cette pensée me tourmentait, ainsi que mes rapports avec la maison impériale. Je versais bien des larmes suppliantes aux pieds des Empereurs Frédéric et Guillaume pour obtenir mon pardon ».

...auto-observation de
Martha Schmieder...
MAYER-GROSS.

Elle déclare, de plus, que les rapports avec les morts commençaient à l'inquiéter, et qu'elle sentait monter, du fond de sa faiblesse, un fort désir de vivre. Le sort moral et matériel de son entourage la préoccupait. A chaque bouchée, elle faisait des vœux et des conjurations mentales qui la liaient à telle ou telle malade. Elle avait l'impression que leur bien-être et même leur énergie psychique étaient détournés par des gens du bas peuple, avides de pouvoir et de richesses. Elle projetait, à sa guérison, de travailler la terre, ou quelque autre rude besogne, pour gagner son pain, car, dit-elle, il faut bien s'adapter ». Mais, en même temps, elle se promettait de redoubler d'efforts dans l'entreprise de « revivification générale des esprits » et, pour le présent, elle remarquait la nécessité de se soigner mutuellement, entre malades. Il lui arrivait, par moments, de se sentir transformée en une statue de bronze et de ne pouvoir bouger et une voix qui l'incitait à se lever la plongeait dans une vive angoisse. Des malades qui chantaient des cantiques, l'exaspéraient car, à la lumière des révélations d'ordre religieux qu'elle avait eues, cela prenait l'aspect d'une misérable profanation. Et souvent, ces malades lui « suggéraient » des pensées ou des paroles en contradiction avec ses convictions religieuses et elle en était révoltée.

« Il me vint à l'idée que les paroles étaient une sorte de chapelet circulant à la ronde et que le méchant hasard voulait toujours qu'il m'échût de prononcer précisément les paroles de profanation. Pour l'empêcher, je me « barrais » le cerveau, c'est-à-dire que, par un effort inouï, je m'isolais du monde extérieur, et tâchais de rester totalement inactive ; je restais couchée dans mon sarcophage (ainsi m'apparaissait souvent être mon lit) et je sentais mon sang m'engourdir dans mes veines puis je me transformais en quelque personne vivante : le Baron von Richtofen, le Dr. Kahlbaum, ou tels de mes élèves ou amis. J'évoquais aussi mes anciennes amours, et des silhouettes agiles sautaient dans mon lit, contre moi ou sous les couvertures. Des charmantes conversations s'engageaient, nous faisons des jeux de mots ou évoquions des souvenirs drôles. Mais il pouvait arriver qu'un de mes parents soit « attrapé » par les voix médisantes des autres malades ou des infirmières, et je m'en plaignais douloureusement au vieux Fritz. Mais de grands personnages venaient me consoler ; et lorsque par méchanceté on chantait dans le voisinage pour me retirer mes dons musicaux, des formes éthérées en perruques poudrées ou tricorne sur la tête, musiciens, poètes, auteurs dramatiques, se groupaient autour de mon lit. J. S. Bach seul y manquait. Ils prédisaient la résurrection de l'art et l'épanouissement d'un âge heureux. Mais aussi des apparitions horribles se manifestaient (ici, à Leubus, tandis que chez Kahlbaum, c'étaient des apparitions d'une vive beauté). J'appris à connaître des choses auxquelles, de ma vie, je n'avais pensé : des crimes, des images grimaçantes, les particularités les plus dégoûtantes des gens. Au début, je croyais tout pouvoir braver, mais avec l'affaiblissement de ma Foi, croissait ma superstition. Je commençai à craindre la sorcellerie et les influences qui, par exemple, me faisaient injurier mentalement une malade, ou me lançaient une vive douleur dans un membre, ou déposaient une araignée dans mon lit. Et comme au fond de moi-même, j'étais incapable de souhaiter du mal à quiconque, mes violences ou mes injures n'étaient pas le fait de ma volonté. C'est mon imagination malade qui me rendait violente, et j'en venais à le regretter. La raison de mon internement se faisait peu à peu jour dans mon esprit. J'étais sous la contrainte de mon entourage, je ne me sentais pas malade, et l'absence de mes proches se faisait de plus en plus cruelle, et me faisait parfois pleurer. Il me fallait défendre leur image dans mon souvenir, me défendre de l'influence de mon entourage qui me rebu-tait. J'avais cru, parmi ces malades, en reconnaître que j'avais connues chez le Dr. Kahlbaum et certaines que j'avais ressuscitées et que le Dr. Kahlbaum m'envoyait. Mais certains autres me suivaient pour mon œuvre apostolique, ayant fui leur famille.

Enfin, il y avait de malheureux domestiques congédiés et toutes, je devais les aider, alors que j'étais si faible. Je désirais de toutes mes forces me sauver. Cette promiscuité me rappelait constamment les effroyables transfusions de sang que j'avais subies. Des gens s'approprièrent ma chair et mon âme et pouvaient aller au ciel avant moi, et moi ressusciter dans la chair d'un autre. Ces rêves inextricables m'agitaient sans qu'aucune lumière me guidât sauf parfois cette parole d'un prêtre qui avait dit que l'âme d'un aliéné est gardée par Dieu qui la rend intacte à l'heure de la mort. C'est alors que je vis s'élever devant moi, riant, Nicolas Lendus tenant une harpe d'or, et une claire lueur parsemée de diamants et brillant comme des gouttes d'eau nimmer mon lit. C'est mon âme dis-je tout bas ».

*...auto-observation de
Martha Schmieder...
MAYER-GROSS.*

C'est là la dernière apparition fantastique qu'elle eut, à part, jusqu'à la fin d'août 1889, des bruits de machine à vapeur, et des conversations entre « ses morts » qui lui faisaient soupçonner la surveillante de s'occuper de nécromancie. Par contre ¹, elle était de plus en plus persuadée que l'on captait sa pensée, que ses pensées d'autrefois étaient révélées à tous, qu'on l'obligeait à penser contre son gré. Les cloches, les aiguilles à tricoter des couturières étaient un langage qui, soit trahissait sa pensée, soit lui communiquait celle des autres. Le sujet de ses confidences lui déplaisait souvent et éveillait en elle des tempêtes de sentiments : d'abord furieuse et indignée elle se livrait à des violences et à des actes et paroles, qui la plongeaient dans les remords, la compassion et l'amour du prochain. Parfois, elle se croyait enfant, ou bien elle se retrouvait vieille, ridée et édentée. Elle n'ignorait jamais son âge, mais croyait à la chronologie renversée, comme fit Dieu qui, pour prolonger la vie d'Ézéchias mourant, déplaça les cadrans solaires. Il y avait aussi, avec l'entourage, des échanges de force magnétique (soit que les autres aient dormi grâce à un don de son magnétisme, soit qu'elle se sentit épuisée parce qu'on la volait, soit qu'elle ait dormi grâce à la force des autres). Lorsqu'elle était au bain, elle apercevait à travers les lattis, des gens sans doute revêtus de peignoirs, qui pour elle étaient des esprits. Mais cette fois ils lui étaient familiers, elle aurait voulu les aborder pour les interroger sur ses parents défunts. Elle ne se préoccupait d'ailleurs plus guère de religion ni de spéculation métaphysique, tout cela était trop élevé, et la certitude avait fait place à un doute douloureux. Elle aspirait vivement à retrouver la liberté et ce sentiment contre-balançait l'angoisse d'être perpétuellement épiée et devinée par les autres malades ou les êtres malveillants, en plus des conversations véritables qu'il fallait soutenir. Elle se réfugiait au jardin et s'écriait : « J'ai besoin de calme, je veux réfléchir » lorsqu'une infirmière venait l'en déloger. Le premier livre qu'elle a lu semblait paraphraser sa situation, mais pauvrement et sans l'intéresser. La première fois qu'elle a joué de la musique, elle crut que ses mains avaient changé, et qu'il lui faudrait tout apprendre à nouveau ; quelques semaines plus tard, jouant au réfectoire elle sentit l'ébauche d'un progrès. Sa voix, par contre, avait gardé encore cette extraordinaire virtuosité dont elle parlait au cours de sa maladie, pour revenir peu à peu à une capacité normale. Elle ajoute qu'à l'heure où elle écrit ceci, elle ressent parfois encore ses impressions de présences furtives autour d'elle, mais depuis un certain temps les moments libres de phénomènes hallucinatoires s'allongent et elle reprend possession de son esprit. Les derniers moments pénibles étaient dus au brusque retour du sentiment d'être devinée à distance et d'être le réceptacle des forces mauvaises et malveillantes des autres malades, et cela se déclenchait dès qu'un soupçon de son entourage effleurait sa pensée. Lorsqu'elle se reposait après déjeuner, sans cependant dormir, il montait devant ses yeux comme des vapeurs

1. Comme nous l'avons précédemment fait remarquer (p. 250) ici l'expérience délirante remonte à un palier supérieur, celui de l'expérience hallucinatoire.

d'opium qui s'organisaient en visions merveilleuses, et elle dialoguait agréablement, jusqu'à ce que des « hallucinations forcées » défigurent la situation et rendent le ton orageux et pénible. Des pensées lui étaient imposées et la rendaient furieuse et elle s'étourdissait à danser et à tourner sur place jusqu'à tomber de tout son long volontairement ou se frappait la tête de toutes ses forces, sans autre résultat que des bleus. Il lui vint alors l'idée désagréable, semble-t-il, qu'il lui serait impossible de mourir, que notre pérégrination terrestre était sans fin, car les êtres se prolongent les uns par les autres, tel qui était beau hier, et laid aujourd'hui, est jeune à une nouvelle rencontre. C'est un perpétuel circuit de métamorphoses dans lequel tous les dons et tous les talents sont une continuelle transmigration au sein d'une propriété commune. Tout visage inconnu lui évoquait un visage familier ou lui suggérait de fausses reconnaissances, dont elle se méfiait pourtant, pour se demander si elle rêvait encore. Les premières visites lui firent prendre complètement conscience des troubles qu'elle avait eus. « Les voiles tombaient les uns après les autres, et je pus constater que le monde tournait normalement, que les êtres qui m'étaient chers étaient encore en bonne santé. Peu à peu tout autour de moi redevint radieux et lumineux ».

La maladie a duré 9 à 10 mois (tandis que celle du cas ENGELKEN n'avait duré que quelques semaines), et comme MAYER-GROSS l'a vérifié Marthe Schmieder est morte à 65 ans sans avoir présenté d'autres troubles mentaux.

Dans tous ces cas d'états oniroïdes de la conscience, les variétés particulières à chaque cas sont liées à la soudaineté du début, aux oscillations de niveau et de la tonalité affective. Il faut remarquer ainsi que le conflit moral y est au centre du délire, parfois il revêt une forme métaphysique. Habituellement la situation affective et notamment les relations amoureuses y occupent une place privilégiée. On doit discuter la relation de la psychose avec la cyclothymie, la schizoïdie, les tendances hystériques, mais sans pouvoir s'arrêter, dit l'auteur, à une opinion très ferme.

MAYER-GROSS expose dans le chapitre suivant le cas *Ignatius Chr*¹.

Ce malade, né en 1859, avait une branche paternelle tarée : (arrière-grand-père, grand-père et père et frère et oncle). Enfant souffreteux et d'une grande intelligence, sensible et très doué : il présenta à la mort de sa mère une première crise où prédominent les imaginations et les hallucinations (1878). Tous ces troubles font penser à un état paroxystique épileptique. Depuis ce moment il présentera de nombreuses crises de ce genre, d'une durée variant de 5 à 20 jours. Dans cet état il paraissait stuporeux, il a des mouvements stéréotypés et impulsions, il grimace, il rit, est halluciné, etc... Dans l'intervalle des crises, il est vif, enjoué, s'intéresse à tout, travaille et lit beaucoup (surtout des livres de science et de philosophie). Cependant certaines lettres et écrits montrent chez lui des tendances abstraites et au néologisme.

La description autobiographique de ses 99 crises (p. 267), description que nous ne pouvons pas songer ici à exposer, nous met en présence d'un état oniroïde dont les ressemblances sont éclatantes avec les autres observations. Naturellement le caractère catatonique et avec un léger déficit intellectuel font penser à la schizophrénie. Peut-

1. Ce cas a fait l'objet des articles de RYCHLINSKI (*Arch. f. Psych.*, 1896, 28, p. 625) et de POBIEDIN (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1902, 59, p. 482), sous le titre de *Psychose périodique hallucinatoire*.

...Dans tous ces cas d'états oniroïdes de la conscience, les variétés particulières à chaque cas sont liées à la soudaineté du début, aux oscillations de niveau et de la tonalité affective...

être dans ce cas peut-on penser à une psychose de caractère épileptique ¹.

Ces crises d'états oniroïdes ainsi déclenchées « spontanément » posent le problème toujours délicat et redoutable des rapports avec les *psychoses aiguës symptomatiques*, c'est-à-dire avec la « *Confusion mentale* » (appelée depuis MEYNERT dans l'École allemande « *Amentia* » p. 170 à 181). Nous trouverons ici encore un passage du plus grand intérêt méthodologique et d'une grande et rare lucidité. MAYER-GROSS pose le problème à peu près dans les termes où nous l'avons posé nous-même au début de cette Étude et dans notre Étude n° 20.

Depuis KRAEPELIN, dit-il, on s'intéresse davantage à l'évolution et l'étiologie des « entités » mais il existe des groupements symptomatiques qui sont à la base de la clinique psychiatrique. Mais, isoler des psychoses symptomatiques de ce genre (ici les états oniroïdes) consiste à opérer seulement une « coupe » (Querschnitte) dans l'état de conscience actuel. De cette coupe on ne saurait passer « tout de go » au diagnostic et au pronostic d'une psychose définie par son évolution (psychose maniaco-dépressive ou schizophrénie) à son étiologie, c'est-à-dire changer de perspective. En fait pour se maintenir avec BIRNBAUM dans une perspective intelligible, il faut conjuguer la coupe « transversale » correspondant au concept de syndrome (c'est-à-dire de forme purement symptomatique ou structurale de la conscience) avec la coupe « longitudinale » qui situe cet ensemble symptomatique dans l'évolution même de la personnalité ² et enfin avec l'analyse causale de la maladie. Sans doute, en nous exprimant de la sorte ne traduisons-nous pas exactement ces deux excellentes pages (170 à 172) mais nous ne pensons pas trahir la pensée de l'auteur.

C'est ainsi ajoute MAYER-GROSS que l'on peut aisément trouver dans la littérature des cas (par exemple un cas de PILCZ, 1901, et deux cas de LANGE, 1922) qui montrent que les états oniroïdes peuvent s'intriquer dans la psychose périodique ³ mais aussi être en rapport avec les états confusionnels exogènes d'origine toxi-infectieuse ⁴.

...le problème toujours délicat et redoutable des rapports [des crises d'états oniroïdes] avec les psychoses aiguës symptomatiques...

1. Nous ne pouvons nous empêcher à propos de ce cas de nous rappeler les discussions sur le cas de Van Gogh et notamment sur les diagnostics faits par JASPERS (schizophrénie) et par F. MINKOWSKA (épilepsie). [NdE : MINKOWSKA F. : *Van Gogh . Les relations entre sa vie, sa maladie, son œuvre*, Evol. Psych. V, I, 1936 69-76. Voir aussi à ce sujet la note 2 de l'Étude n°26].

2. Nous profitons de cette occasion pour dire que cette double perspective est celle-là même qui constitue les coordonnées entre lesquelles, pour nous, s'inscrit la courbe de la vie psychique et aussi la psychopathologie que nous présentons dans ces « Études ».

3. Dans notre propre matériel clinique à Bonneval, nous comptons environ 30 % de psychoses maniaco-dépressives qui comportent des états oniroïdes, des crises à forme hallucinatoire et délirante ou des crises qui passent à des niveaux encore plus inférieurs.

4. Sur ces états confusionnels si bien et si largement étudiés par l'École française (DELASIAUVE, SEGLAS, CHASLIN, RÉGIS, etc.), MAYER-GROSS fournit (note p. 175) une bibliographie strictement allemande, bibliographie sans doute précieuse pour nous et dont nous reparlerons dans notre « Étude n° 24 », mais qui a scotomisé complètement aux yeux de nos collègues d'outre Rhin tous les travaux de l'École française. Le cas n'est certes pas particulier, mais il faut le signaler pour en souligner les funestes conséquences.

Une observation ¹ empruntée au matériel clinique d'A. WETZEL, celle de Maria Recht (p. 175 à 180) illustre ici que si dans l'amentia la conscience est encore plus troublée et décomposée, elle n'est pas exempte des caractères scéniques (l'onirisme naturellement) propres à l'état oniroïde. Ainsi apparaît-il à MAYER-GROSS que l'amentia ne diffère de l'état oniroïde que par le fait que la « conscience altérée » domine dans l'état oniroïde et que la « conscience décomposée » domine dans la confusion (opinion que nous partageons puisqu'elle est à la base même du plan de ces « Études »).

Quant aux problèmes et théories physiologiques (p. 181 à 189) que ne manque pas de poser cette relation possible des « états oniroïdes » avec la pathologie cérébrale et somatique, l'auteur invoque naturellement les toxiques (il insiste sur le Haschich, la Mescaline et l'Hyoscine). Il signale l'importance qui, à cette époque, était peu connue, de l'encéphalite, mais il revient surtout sur la relation de l'« état oniroïde » avec la pathologie du sommeil et les états de faiblesse psychosomatique.

— Nous passons alors au cas de *Robert Gast* soigné longtemps par WILLMANN (pp. 189 à 223). Cette longue observation très détaillée comprend aussi une auto-observation très intéressante (pp. 210 à 223). Nous ne pouvons pas, sans sortir des limites « honnêtes » de cet exposé, en donner les détails.

Il s'agit d'une observation dont le type évolutif est peu fréquent et déconcertant. Antécédents héréditaires chargés (père, grands-parents, frère, oncle, etc...) fils d'un ingénieur, né en 1881, intelligent. Premiers troubles vers 20 ans, la psychose débute par une longue période de 5 ans de troubles au cours de laquelle on note successivement un « état oniroïde » aigu de courte durée puis deux accès et après une rémission complète, une nouvelle poussée hallucinatoire. Tous ces troubles durèrent avec quelques oscillations de 1908 à 1912. Puis en 1913 il guérit et demeura pratiquement guéri jusqu'en 1922 date à laquelle MAYER-GROSS l'a vu.

Ce type d'évolution pose le problème des relations de la schizophrénie à forme intermittente et épisodique avec les états mixtes hystéro-névrotiques, c'est-à-dire avec les « fameuses » psychoses dégénératives et atypiques dont nous avons tant parlé au début de cette étude. L'histoire du frère du malade est celle d'un déséquilibré schizoïde, hypocondriaque excentrique. Sa mère avait présenté une crise de plusieurs mois avec délire, anxiété, tentative de suicide, théâtralisme. Quant à sa grand'mère maternelle, elle avait présenté également de fréquents accès d'excitation. Tout cela relie au fond ici l'état oniroïde étudié à une histoire personnelle et familiale où les diagnostics de « catatonie » et de « crises maniaco-dépressives » flottent un peu.

...problème des relations de la schizophrénie à forme intermittente et épisodique avec les états mixtes hystéro-névrotiques...

1. Nous la reproduisons plus loin dans notre Étude n° 24.

Le septième chapitre commence justement par l'exposé de l'opinion de WILMANN sur le diagnostic des « *syndromes maniaco-dépressifs* » à l'égard des crises de *catatonie* c'est-à-dire sur l'incertitude du diagnostic de ces deux « psychoses fonctionnelles ». Et à ce propos MAYER-GROSS a rédigé (p. 237 à 240) quelques vigoureuses réflexions sur l'inégalité entre ces deux grands protagonistes de la nosographie Kraepelinienne. La *psychose maniaco dépressive* est bien loin d'être à égalité avec la *schizophrénie*. Elle ne représente plus que 5 à 6 % des psychoses, tandis que la schizophrénie en représente (en 1919-1921) 25 ou 26 %. Depuis elle a encore gagné en terrain ce qu'elle a perdu en précision. C'est là un fait que MAYER-GROSS explique par l'extension du domaine de la schizophrénie dans la direction des névroses et des formes périodiques. Lui-même paraît à cet égard beaucoup plus réservé et à propos du cas *Gisèle Lem* (p. 241 à 268), il penche plutôt pour une psychose circulaire atypique.

Elle était issue d'une famille de négociants des provinces baltes en 1873. Hérité également très chargée (plusieurs cas de type maniaco-dépressif dans la famille). L'observation est d'un très grand intérêt car elle est établie sur la base de deux sortes de documents : une correspondance très importante avec WILLMANN qui la soigna et trois auto-observations (1903-1903-1910). L'évolution a commencé par une crise de mélancolie dès l'âge de 16 ans avec un syndrome de dépersonnalisation. Ensuite rémission jusqu'à 25 ans, puis une longue suite d'états de dépression, d'hypomanie, de confusion qui font penser à la schizophrénie. Mais qui ne connaît de ces malades très longuement internés et pourtant « circulaires » (p. 273) !

D'après l'évolution, il s'agit d'une *psychose* périodique mais avec des tableaux cliniques *atypiques*. Cette « atypicité » correspond aux états oniroïdes dont nous voyons que MAYER-GROSS a le constant souci de les distinguer de la schizophrénie.

...MAYER-GROSS a le constant souci de les distinguer de la schizophrénie...

Les cas Kreuznacher (pp. 272 à 282) et März (pp. 282 à 292) n'apportent, en dehors des observations elles-mêmes, rien de nouveau.

Les conclusions de cet ouvrage un peu touffu, hétérogène mais d'une si grande richesse, sont les suivantes (p. 224 à 296).

1° Les *états confusionnels* (Verwirtheitzustände) au cours des psychoses endogènes se sont trouvés éclipsés soit par des considérations étiologiques, soit par l'extension du domaine de la schizophrénie. Nous avons essayé, écrit MAYER-GROSS, de désigner l'essentiel de leur caractère psychologique en les désignant comme « oniroïdes », c'est-à-dire comme un type de trouble de la conscience qui se rapproche de la conscience du rêve.

2° L'incorporation des « *formes oniroïdes du vécu* » aux troubles de la conscience pose le problème des syndromes schizophréniques qui apparaissent dans ces troubles. Il a donc fallu rechercher à délimiter ces « *états oniroïdes* » des troubles schizophré-

niques. Il a fallu aussi les distinguer de la « *confusion* » proprement dite.

3° Nous avons rencontré dans nos descriptions des « *états oniroïdes* » qui rentrent certainement dans les cas « *manico-dépressifs* », d'autres qui entrent certainement dans le « *cadre schizophrénique* », d'autres enfin qui malgré qu'ils aient été suivis pendant la majeure partie de l'existence des malades n'entrent ni dans l'un ni dans l'autre. Dans certains, il s'agissait (les trois dernières observations) de psychoses atypiques à la limite de la schizophrénie et de la psychose manico-dépressive, mais ils paraissent plutôt se situer aux confins de cette dernière affection.

4° La prédisposition caractérielle à ce genre de psychose n'a paru être ni la schizoïdie ni la cyclothymie, mais plutôt de vives tendances imaginatives.

5° Ces *psychoses atypiques* proviennent surtout de familles héréditairement très tarées.

6° L'évolution générale des psychoses n'est pas en général influencée soit dans un sens soit dans un autre par l'apparition des « *psychoses oniroïdes* » ou des autres « *psychoses atypiques* » parmi lesquelles l'auteur se résigne à les ranger.

7° Il semble qu'au point de vue de la pathologie cérébrale il s'agisse non pas de lésions diffuses mais d'une lésion localisée.

Ainsi pour MAYER-GROSS les états oniroïdes si richement illustrés dans son ouvrage par tant de vivantes auto-observations, ne recouvrent en fin de compte qu'un secteur assez étroit de troubles. Plus prisonnier qu'il eût certainement voulu l'être de la « *nosographie* » classique, MAYER-GROSS n'a pas pu exploiter largement et comme il aurait convenu son magnifique travail.

— Nous ne saurions certes rien ajouter ¹ à cet exposé d'un travail qui n'a pas, à notre sens, retenu suffisamment l'attention des écoles psychiatriques contemporaines. Pour nous il est d'une particulière importance, car il a nettement marqué la nécessité d'introduire un échelon dans la série de niveaux de déstructuration de la conscience, échelon essentiel puisqu'il nous permet de saisir dans le passage d'une conscience hallucinante à la conscience onirique le palier qui rétablit la continuité naturelle de la régression de la conscience depuis les crises manico-dépressives jusqu'aux états confuso-oniriques. Nous avons pu voir, en effet, en pénétrant dans les parties vives de l'œuvre de MAYER-GROSS que toutes les psychoses oniroïdes contiennent pour ainsi dire nécessairement les structures du niveau supérieur. L'« *état oniroïde* » contient la déstructuration temporelle éthique du niveau manico-dépressif, la dépersonnalisation et la qualité hallucinatoire du vécu délirant, mais il y ajoute (en tant que forme de

...Pour nous [le travail de MAYER-GROSS] est d'une particulière importance, car il a nettement marqué la nécessité d'introduire un échelon dans la série de niveaux de déstructuration de la conscience...

1. Nous renvoyons à notre *Étude* n° 8 et plus particulièrement à l'observation de *l'état crépusculaire oniroïde de la malade*, observation qui concorde si exactement avec les descriptions de MAYER-GROSS (t. I, pp. 213 à 215).

déstructuration plus profonde) l'atmosphère propre à un rêve particulier, à un rêve qui n'exige pas pour se présenter l'anéantissement de la réalité mais seulement sa « crépuscularisation ». Cet « état crépusculaire » de la conscience tout à la fois « décomposée » et « modifiée » dans le sens de JASPERS est caché par la luxuriance du vécu mais il n'en reste pas moins, comme nous le verrons, le fond structural de la conscience oniroïde.

§ III. — PHÉNOMÉNOLOGIE ET ANALYSE STRUCTURALE DES BOUFFÉES DÉLIRANTES ET HALLUCINATOIRES

(La Déstructuration de la perception)

Pour bien saisir maintenant quel palier existentiel représente le niveau de déstructuration de la conscience qui correspond au type des psychoses aiguës que nous étudions, nous devons encore revenir un peu en arrière, à nos analyses de la manie et de la mélancolie. Nous avons vu, au sujet des crises maniaco-dépressives, qu'elles étaient un *jeu* (manie) ou une *tragédie* (mélancolie) qui expriment soit l'avidité effrénée (manie) soit l'arrêt fatal (mélancolie) de l'élan vital vécu comme un temps indéfiniment ouvert (manie) ou définitivement fermé (mélancolie). La structure temporelle-éthique des crises maniaco-dépressives situe précisément ces troubles à un niveau de déstructuration élevé, celui de la temporalité de la conscience (et non celui de la conscience du temps...). Il nous a paru en effet bien évident que dans l'ordre du développement psychique de l'être humain, comme à l'analyse de son organisation psychologique, la possibilité d'intégrer l'action en accord avec les exigences de l'ordre moral et l'orientation des perspectives temporelles vitales, se situe au sommet des opérations de la conscience. De la conscience tout à la fois « morale » et « temporelle » en ce sens que, à ce niveau, elle est la régulation même du désir de chaque instant relativement au désir global de l'existence. C'est ce qu'en termes plus simples, mais trop sommaires, on appelle quelquefois l'« équilibre » affectif, émotionnel ou thymique, ce qui, à nos yeux, a l'inconvénient de réduire à une sorte de qualité simple la déstructuration temporelle de la conscience infiniment trop complexe et dynamique pour s'accommoder d'une telle simplification, d'une telle falsification. Si donc nos analyses de la mélancolie et de la manie sont exactes, il est aisé de se rendre compte que la conscience et le monde maniaque et mélancolique sont là comme pour nous montrer que le premier niveau de déstructuration de la conscience altère l'être dans la liberté de son mouvement.

...quel palier existentiel représente le niveau de déstructuration de la conscience qui correspond [aux bouffées délirantes]...

Le niveau de troubles dont nous nous proposons ici de pénétrer l'intentionnalité et de dessiner la structure, suppose nécessairement que cette intentionnalité et cette structure contiennent l'altération caractéristique du niveau maniaco-dépressif précédent, mais qu'il s'y ajoute « quelque chose » de plus dans la mesure même où il faut que « quelque chose » de plus soit retranché à la structure dynamique de la conscience pour qu'elle devienne un des types de cette conscience dépersonnalisée, hallucinante et oniroïde que nous venons de décrire dans leur naturelle hiérarchie.

Effectivement nous n'avons pas cessé de montrer dans tous nos exemples et dans toutes nos analyses que le « fond » maniaco-dépressif était là dans tous les cas comme une qualité existentielle de toutes ces expériences de dépersonnalisation, de dédoublement ou d'imaginaire actualisé. Si toutefois ces troubles d'exaltation ou d'anxiété ne sont qu'à l'*arrière-plan* du tableau clinique au point qu'ils peuvent être négligés ou même complètement méconnus par l'observateur superficiel, c'est qu'en effet la structure du niveau supérieur est comme absorbée par la structure propre du niveau sous-jacent, où nous la retrouvons cependant comme une dimension fondamentale du tableau clinique. C'est ainsi par exemple que l'excitation, l'avidité, l'orgie instinctive, la fuite des idées ou au contraire l'accablement, la peur, l'angoisse et la recherche de la mort font dans la plupart des cas — pour ne pas dire dans tous — tellement partie intégrante du tableau clinique que le diagnostic de ces psychoses aiguës avec les états maniaco-dépressifs est sans cesse en question. Et cela, nous l'avons vu à propos des observations de MAYER-GROSS comme de nos propres observations.

Ce fait est pour nous la raison d'être même d'une échelle hiérarchisée de niveaux car s'il n'en était pas ainsi dans la nature des choses, cette notion serait une construction purement abstraite et, par conséquent, vaine.

Nous reviendrons sur ce point un peu plus loin quand, ayant terminé l'étude phénoménologique de cette forme de déstructuration de la conscience, nous serons précisément contraints de la compléter dans notre analyse structurale par celle du niveau précédent.

— L'originalité des troubles qui sont vécus dans les bouffées délirantes et les psychoses hallucinatoires aiguës est constituée par ce fait capital que ce sont des *troubles de la perception*. Nous avons dans notre exposé clinique montré une fois encore que les distinctions habituelles et traditionnelles entre interprétation, imagination, hallucinations, pseudo-hallucinations, etc... ne résistaient pas à l'analyse pour la bonne raison que si l'hallucination n'est pas un phénomène sensoriel primitif, s'il n'y a pas lieu de se cramponner à cette notion périmée, il faut bien qu'elle soit un trouble plus global de l'activité de la conscience et dès lors les barrières artificielles entre illusion, intuition, hallucination, interprétation, imagination, doivent tomber puisque ce trouble global enveloppe ces variétés particulières.

...le « fond » maniaco-dépressif est là dans tous les cas comme une qualité existentielle de toutes ces expériences de dépersonnalisation, de dédoublement ou d'imaginaire actualisé...

Qu'est donc cette structure essentiellement hallucinante de la conscience ? Autrement dit, qu'est donc la perception ? Nous ne pouvons pas songer ici à faire une étude approfondie de ce problème qui constitue, comme nous le faisons remarquer récemment, le centre de gravité de la psychiatrie car il est le problème même des relations du réel et de l'imaginaire. Aussi nous pardonnera-t-on de désirer être ici plus clair que complet : « *Ce qui garantit l'homme sain contre le délire ou l'hallucination, ce n'est pas sa critique, c'est la structure de son espace* », dit excellemment MERLEAU PONTY¹. La perception, sa « fonction » et son sens nous renvoient en effet au problème de l'espace. Mais, comme nous l'avons déjà indiqué dans nos analyses cliniques (notamment à propos de l'observation de Marguerite L.), il ne saurait s'agir ici de l'espace du monde objectif, de cet espace qui enveloppe et forme dans ses dimensions l'objet du monde extérieur et lui confère les qualités sensibles par quoi il se dévoile à nous comme un objet réel, « là-dans-l'espace », c'est-à-dire dans la réalité la plus solide et la plus indiscutable, il ne s'agit pas de l'étendue du monde physique. La perception extérieure n'est en effet qu'une partie de l'acte de percevoir qui dresse le vécu dans un espace représenté. Cet espace vécu est l'ordre même dans lequel se composent « du dehors » et « du dedans » les formes subjectives et objectives du « champ phénoménal ». Cet espace vécu dans la coupe du temps figure la rencontre actuelle du Moi et de son Monde. Peu nous importe ici de nous référer à KANT ou à HUSSERL, à BERGSON, à PALAGYI ou à MERLEAU PONTY et nous nous abstenons de toute érudition. Ce qui nous importe au contraire, c'est de bien comprendre que la perception, c'est cet ordre en tant qu'il nous ouvre une perspective sur le monde présent en introduisant non seulement ses dimensions dans le monde des choses qui sont perçues dans le champ de la conscience, mais en « mettant au point » les relations réelles du Moi à son Monde. Il importe également de souligner que si la perception est conscience et pensée, elle est cette forme de conscience et de pensée qui est enfermée dans l'actualité du présent réel et concret de l'expérience immédiate de chaque moment du temps. Le réel perçu est le réel du « *là-maintenant* », c'est-à-dire encore une fois non pas le réel que notre raison peut développer dans l'abstraction ou que notre mémoire peut nous représenter, mais le réel qui entre dans le « champ phénoménal » de ma conscience et de mon corps pour autant que celui-ci est le lieu où s'enracine la totalité de l'espace que je vis et de l'expérience actuelle qui s'y présente en événement. Ce fondement des moments de notre existence, cette perception qui fait communiquer le Moi et son Monde par le contact corporel et sensible, constitue une couche de la vie psychique sous-jacente et antécédente à la structure temporelle-éthique dont nous avons analysé la dissolution à l'« étage » supérieur de la manie et de la mélancolie : anté-

...Qu'est donc cette structure essentiellement hallucinante de la conscience ? Autrement dit, qu'est donc la perception ?...

...Le réel perçu est le réel du « là-maintenant »...

1. MERLEAU-PONTY M. : *Phénoménologie de la Perception*, p. 337.[NdE : Paris : Gallimard Bibliothèque des idées :1945. Tel : 1976.]

cédente car le monde de la perception, dans le développement de la vie psychique, précède l'organisation de l'ordre temporel¹ de la conscience, c'est-à-dire la liberté de se déployer, de se dilater ou de se rétracter, d'aller de l'avant ou de reculer ; sous-jacente en ce que la perception et ses actes vitaux sont impliqués dans une activité qui les transcende au niveau de la structure de la conscience proprement organisatrice et directrice du présent.

Ceci dit, nous pouvons maintenant considérer la déstructuration du champ perceptif comme le niveau même de dissolution de la conscience correspondant aux psychoses délirantes aiguës qui se présentent en clinique comme des consciences dépersonnalisées, hallucinantes et oniroïdes dont le caractère primordial de vécu est d'être un *bouleversement de l'espace vécu*.

...le caractère primordial [...] est d'être un bouleversement de l'espace vécu...

A.— PHÉNOMÉNOLOGIE DES EXPÉRIENCES DÉLIRANTES ET HALLUCINATOIRES (*de dépersonnalisation, de dédoublement et des états oniroïdes*).

Toute perception dote d'un coefficient spatial d'objectivité incorporé le vécu perçu. Mais les choses ne sont pas si simples que la perception opère toujours et de la même façon une identité spatialisée de ses « objets » dans l'espace, car l'espace de la perception n'est pas homogène comme l'étendue du physicien. L'espace vécu de l'acte perceptif admet et suppose des degrés et des catégories en s'enfonçant dans le corps et jusque dans cette image virtuelle de l'espace qu'est l'espace mental ou l'espace anthropologique² si intime mais aussi si paradoxal puisqu'il est l'espace sans étendue de ma pensée pour autant qu'elle est à elle-même représentée. De telle sorte que le monde de la perception extérieure, le monde de la perception « proprioceptive » ou « enteroceptive » et le monde de la perception interne constituent des formes structurales et hiérarchisées de l'espace vécu dans lequel se distribuent comme sur l'échelle de la réalité les valeurs de l'ordre constitutif du présent. La perception ou la conscience percevante (c'est-à-dire la conscience qui se saisit de « ce-qui-est-pour-elle-là-maintenant »), c'est comme nous le disions plus haut un ordre. Et cet ordre est une organisation de la totalité du monde qui « se présente » comme un « présent » sensible, composé de parties articulées dans une « Gestalt » différenciée.

...la conscience percevante [...] est un ordre [qui] est une organisation de la totalité du monde qui « se présente »...

1. Ceci naturellement ne peut être évident que pour celui qui veut bien accepter de considérer, avec nous, que la structure temporelle de la conscience, telle qu'elle se trouve altérée dans la manie et la mélancolie, n'est pas ce temps qui se confond avec l'espace dans la perception de la vitesse d'un objet, c'est-à-dire le temps physique en tant que dimension de la perception du monde des objets.

2. Cf. E. MINKOWSKI, *Le temps vécu*, 1933, Vers une psychopathologie de l'espace vécu, pp. 366 à 389. — L. BINSWANGER, *Das Raumproblem in der Psychopathologie*, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1933, 145, 598-647 et MERLEAU PONTY, *Phénoménologie de la perception*, pp. 324 à 344.

Cette différenciation est l'essentiel de la perception pour autant qu'elle distingue et analyse la qualité de ses « objets » qui constituent les « partes extra partes » du monde des objets, mais pour autant aussi qu'elle distingue et analyse les formes variées de la réalité spatiale dans la totalité du champ perceptif présent, du « champ phénoménal » lequel comprend toujours et nécessairement non seulement le monde des objets mais le monde propre à la personne. Or ce pouvoir de discerner dans le champ phénoménal de la conscience les variétés d'espace vécu, de trier ce qui est de l'espace extérieur, de l'espace corporel et de l'espace virtuel psychique, ce pouvoir c'est celui qui ici, à ce niveau de troubles de la conscience, s'affaiblit et se dissout. C'est la confusion de ces perspectives vitales de l'acte perceptif qui constitue la déstructuration spatiale et hallucinatoire de la conscience. Comme on le voit (et on ne nous en voudra peut-être pas de compliquer les choses à la mesure de leur naturelle complexité) ni l'espace, ni la perception ne sont simples et c'est ce défaut de simplicité qui rend justement possible les formes ambiguës de la perception hallucinatoire du vécu de la conscience hallucinante.

S'il en est ainsi en effet, l'hallucination n'est pas seulement la perception sans objet extérieur, c'est plus généralement la perception qui mêle l'imaginaire au réel. Mais non pas comme lorsque j'imagine une maison connue et que « j'altère » cette « représentation » en y mêlant des détails faux et imaginaires ; mais pas non plus comme lorsque le réel et l'imaginaire se mélangent dans un « récit », un « projet », un « espoir » ou un « jugement », mais comme se mêlent le réel et l'imaginaire sur le registre sensible de la spatialité actuellement vécue. De telle sorte que — pourvu qu'elles aient toutes cette propriété — entre les diverses variétés d'hallucinations et entre les hallucinations et les symptômes voisins que l'on s'acharnait à distinguer les uns des autres il y a cinquante ans (illusions, pseudo-hallucinations, hallucinations psychiques, psychomotrices, interprétations, sentiments d'influence, automatisme mental, représentations de nos souvenirs, etc.), il n'y a pas de différences essentielles. Tous ces phénomènes, symptômes ou troubles plus ou moins hallucinatoires sont les effets d'un même processus d'indifférenciation de l'espace vécu dans la perception, d'une osmose actuelle de l'imaginaire subjectif et de l'espace objectif. C'est cette *fusion* qui constitue la structure même de l'activité hallucinatoire, fusion qui est, certes, projection du subjectif dans l'objectif mais aussi, et inversement, pénétration de l'objectif spatial dans le subjectif. Et nous touchons là à la structure dynamique la plus profonde de l'activité hallucinatoire qui suppose tout à la fois et nécessairement l'aspect négatif et formel de l'indifférenciation spatiale et l'aspect positif et intentionnel de la projection des valeurs subjectives dans le monde objectif, structure en « *partie double* » qu'aucune théorie mécaniciste ou psychogénétiste ne peut *totalem-*

...l'hallucination n'est pas seulement la perception sans objet extérieur, c'est plus généralement la perception qui mêle l'imaginaire au réel...

*expliquer*¹. Voyons maintenant comment se présentent dans cette phénoménologie de la déstructuration vitale de l'acte perceptif, c'est-à-dire de la conscience qui s'organise en champ de valeurs spatiales actuelles, les divers aspects seméiologiques des « bouffées délirantes » et des « psychoses hallucinatoires » que nous avons décrits.

1° Le lieu de L'EXPÉRIENCE DE DÉPERSONNALISATION c'est le *corps* en tant qu'il est le Moi vécu comme l'expérience immédiate de la vie même du sujet. Car ma vie c'est celle de mon corps qui m'assure de la réalité, de la constance et de l'unité des relations qui m'unissent à mon monde et qui toutes passent par ma « sensibilité ». Aussi MERLEAU-PONTY (p. 231) a-t-il bien raison de dire que mon corps n'est pas un objet, qu'il est l'expérience la plus profonde mais aussi la plus ambiguë de ma propre perception. Sous les concepts qui entrent dans le « schématisme corporel » représenté, il y a le sensible de cette expérience corporelle, véritable « trait d'union » vital du Moi et du Monde. On comprend bien que cette ambiguïté même du corps tout à la fois toujours présent et comme oublié dans la perception, tout à la fois objet et sujet, fasse de l'expérience du Moi corporel la plus vulnérable des expériences. Rien n'y est normalement perçu qui ne pose un problème quant à son appartenance au monde de la subjectivité et au monde de l'objectivité dont son espace constitue et contient la limite nécessairement indispensable et flottante. Si j'ai mal à une dent, cette dent qui me fait mal est comme un objet qui entre en moi et si je sens mon foie, c'est aussi comme pour le rejeter à la périphérie de mon corps. Les sentiments même les plus globaux et les plus subtils qui entrent dans la conscience de mon état corporel de fatigue ou d'alacrité, ma joie de vivre ou ma dépression ne sont vécus que comme des « états » où se mêlent et interfèrent le monde des objets et le monde du sujet, des « états » où, plus exactement, la participation au corps-objet ou au moi-sujet confère sa valeur existentielle à l'impression vitale. De telle sorte que l'expérience corporelle est comme l'aiguillon sensible qui indique la ligne de partage des limites du Moi sans pouvoir jamais dépasser la confusion de son essentielle ambiguïté. Un autre aspect de cette équivoque des rapports du corps et de l'esprit et du monde des objets c'est que rien ne peut être « imaginé » du corps qui n'entre « ipso facto » dans le corps comme expression, que rien ne peut être perçu dans le corps qui n'ajoute à la réalité corporelle l'imaginaire de

... le corps tout à la fois toujours présent et comme oublié dans la perception, tout à la fois objet et sujet, fait de l'expérience du Moi corporel la plus vulnérable des expériences...

1. Tel est le sens de la conception générale de l'activité hallucinatoire que nous avons développée depuis 20 ans. Tout d'abord nous avons lutté pour l'établir contre la conception mécaniciste, puis, plus tard, quand a mûri davantage notre conception organo-dynamiste de la psychiatrie, nous avons lutté contre le préjugé psychogénéiste — car, en fin de compte, la conscience hallucinante est, comme nous venons de le souligner, une *forme d'expérience vécue* irréductible aux variations normales de la vie psychologique réactionnelles aux situations ou aux conflits internes puisqu'elle suppose une modification structurale de l'espace vécu. Nous nous rencontrons donc ici avec les analyses psychopathologiques d'E. MINKOWSKI (*Le Temps vécu*) et de L. BINSWANGER, (loc. cit., p. 282, 1933).

la métaphore, que rien ne peut être « perçu » du corps dans la conscience que nous en prenons qui ne fasse figure d'objet de la nature et d'image de soi.

Ce clavier sensible des relations existentielles du Moi et du Monde, cet espace mixte et intermédiaire est donc le lieu privilégié et premier des bouleversements de la structure spatiale de la perception, de la fusion des espaces vécus. Et si le terme de « dépersonnalisation » est appliqué parfois à des troubles de la sensibilité périphérique du corps qui, eux aussi, doivent recourir aux images de la métaphore pour être éprouvés comme des « brûlures », des « fourmillements », des « allongements », des « piqûres », des « picotements », des « distorsions », des anomalies perceptives visuelles, sonores, etc.. c'est en vertu du préjugé sensationniste impliqué dans une théorie de la dépersonnalisation plutôt que par une analyse phénoménologique exacte des troubles. La *dépersonnalisation* ne commence en effet que lorsque l'altération du corps est vécue comme une *altération du sujet* et non seulement de son corps. C'est précisément ce que le terme de « dépersonnalisation » indique dans son sens simple et fort. Or la dépersonnalisation est aussi une « déréalisation » ou plus exactement une expérience bouleversante de l'« étrangeté », de la « nouveauté » et de la « monstruosité » des rapports du Moi et du Monde, c'est-à-dire en fin de compte une invasion réciproque de l'espace objectif et de l'espace « psychique », du réel et de l'imaginaire. Cela est si vrai que les expériences de dépersonnalisation que nous observons si souvent soit dans la clinique des psychoses aiguës ou paroxystiques, soit dans la mesalinisation, sont vécues comme une forme du fantastique et non pas seulement comme un accident « périphérique » de la « perception du corps ». Les images, ou plutôt l'imagination nécessaire à la constitution de cette expérience, qu'elle se rencontre chez le fumeur d'opium ou de hachisch, au moment où le parkinsonien va s'endormir, ou chez l'alcoolique qui se réveille de son délirium ou encore au début d'une « bouffée délirante », etc..., cette participation d'imaginaire est là, non seulement comme un complément indispensable, mais comme une dimension nécessaire de l'expérience délirante. Le corps se déforme et se dissout dans la pénombre d'une métamorphose plus globale, celle de la confusion des espaces qui composent l'architecture, la perspective organisée de la réalité présente. Soit que la lumière de la pièce s'adoucisse, que flottent les objets dans une capiteuse atmosphère docile aux caprices de l'euphorie, que les couleurs s'avivent et que le monde extérieur, pimpant et animé, s'enrichisse jusqu'à se rendre étrange par l'excès même de sa somptuosité — soit que, tout au contraire, il s'obscurcisse, se remplisse d'ombres et de gouffres ténébreux, que se trouble la réalité et que l'espace perde son équilibre et sa fixité pour chavirer dans le mouvement vertigineux de l'angoisse jusqu'à figurer le noir et l'opacité d'un monde hostile, étranger et étrange.

La dépersonnalisation oscille entre ces deux pôles, ces deux modalités de pulsa-

...la dépersonnalisation est [...] en fin de compte une invasion réciproque de l'espace objectif et de l'espace « psychique »...

...C'est donc le champ phénoménal entier du sensible qui est ici bouleversé...

...Métaphores fulminantes immédiatement vécues comme les images de cette réalité...

tions affectives (structure dramatique sur laquelle nous reviendrons) elle lie nécessairement à l'*étrangeté* du monde extérieur — celle du corps lui-même lourd, pantelant et morcelé ou bien merveilleusement dispos et éclatant de force — et celle du noyau central du Moi, lui-même vide et impuissant ou transfiguré et surnaturalisé. C'est donc le champ phénoménal entier du sensible qui est ici bouleversé par une sorte de métastase des coefficients de valeur d'objectivité spatiale, car, non seulement les objets s'y déplacent ou remuent, grimacent et se transforment mais le bras s'y continue avec la jambe, le tégument incapable de contenir les formes du corps dans leurs limites naturelles s'y laisse traverser par les objets, les monstruosité fantomatiques du corps dilacéré et écartelé s'y juxtaposent ou s'y combinent entre elles et la pensée solidifiée s'y casse comme du verre, se plie ou se noue comme un fil. Métaphores fulminantes immédiatement vécues comme les images de cette réalité en effet essentiellement imaginaire et inexorablement imposée comme la forme sensible même de la fatale actualité du monde présent lequel se donne comme tel sans trêve ni merci. La structure fondamentale de ce « trouble de la perception » que la sémiologie classique détaille en symptômes (troubles cénesthopathiques, sentiments de jamais vu, de déjà vu, d'étrangeté, illusions, hallucinations cénesthésiques, troubles du schéma corporel, etc., etc.) réside, on le voit, dans le bouleversement et la compénétration des structures spatiales qui sont comme les catégories de la réalité pour autant que celle-ci n'est pas seulement pensée, représentée ou méditée mais « *sentie* », engagée dans l'actualité immédiate de l'instant vécu.

Or c'est une donnée clinique irréfragable à laquelle aucune analyse, pour si artificielle ou tendancieuse qu'elle soit, ne peut échapper, que cette expérience de dépersonnalisation est effectivement précédée et conditionnée par un premier degré de déstructuration de la conscience qui est précisément sa déstructuration temporelle-éthique, c'est-à-dire que ces expériences supposent nécessairement le vécu maniaco-dépressif. L'exaltation et l'angoisse en constituent les courants intentionnels fondamentaux qui orientent ces expériences soit dans l'élan de l'euphorie soit dans le sens de la dépression, qui fournissent à la dépersonnalisation sa thématique de féerie ou de cauchemar. Rien dès lors de surprenant à ce que les analyses de la manie et de la mélancolie nous aient montré qu'elles touchaient au plan de la dépersonnalisation, qu'elles nous la faisaient, en tout cas, pressentir.

2° Les EXPÉRIENCES DE DÉDOUBLEMENT HALLUCINATOIRE. L'expérience du double, de l'emprise, de l'extranéité et de la mécanicité de la pensée se joue dans ce « lieu » magique et virtuel dont ni la métaphore ni la paraphrase de l'espace cérébral ne suffisent à circonscrire la « spatialité ». Il s'agit ici d'une réalité moins vulnérable que celle de l'ambiguïté immanente à l'espace corporel en tant que celui-ci est clavier et charnière du monde objectif et subjectif mais d'une réalité plus vulnérable cependant que

la réalité du monde objectif. C'est le monde même du sujet se percevant lui-même et entrant dans l'ensemble du champ phénoménal comme un des termes du binôme vital de sa constitution. Voilà pourquoi on parle souvent à ce propos de « perception interne », de « champ de la conscience » au sens strict et partiel du terme. Le champ phénoménal¹ est constitué de telle façon que l'un ou l'autre de ces pôles représente tantôt le fond tantôt la figure de sa Gestaltisation totale. Si je perçois cet arbre devant moi, ma pensée s'efface devant cette donnée du « champ externe » ; si je pense à cet arbre quand je suis assis à mon bureau, l'arbre vient au premier plan et refoule mon bureau. Mais le coefficient de réalité spatiale de l'arbre vu et de l'arbre représenté est différent car il dépend de la structure prégnante elle-même qui est tantôt celle du perçu qui viole ma perception ou dans lequel je projette mon action, tantôt celle du représenté qui occupe plus docilement le premier plan de ma conscience percevante sans jamais prendre la place d'une perception externe. C'est que, pour rappeler le mot de MERLEAU-PONTY, la structure équilibrée de l'espace vécu maintient une séparation qui est le fondement même de l'ordre hiérarchisé de la réalité.

Mais voyons de plus près ce qu'est ce monde « interne » ou « mental » de notre champ phénoménal, il est celui de la conscience qui se présente à elle-même dans une « réflexion » vécue, dans une structure référentielle à l'espace parce qu'en effet le monde de nos images, de nos pensées, de nos méditations, de nos projets, ce monde qui constitue, comme disait H. JACKSON, le rêve de l'action, nous ne le saisissons, il ne se dévoile à nous, il ne se forme en nous qu'en introduisant une sorte de distance à l'intérieur de nous-mêmes, qu'en réservant entre le « cogito » et les « cogitata » comme un espace, l'intervalle d'une relative hétérogénéité : celle des rapports du Moi, que je suis et du Non-Moi qui est. Il s'agit, en effet, du lieu qui est comme le milieu, l'espace imaginaire et affectif (*gestimmte Raum*, dit BINSWANGER) où se déroulera la succession temporelle du vécu en tant qu'il entre en moi, me touche ou dépend de moi. Mais l'espace virtuel de notre pensée comporte encore une autre dimension : le Moi n'est jamais seul, et l'« autre », l'image *d'autrui*, occupe aussi une place à l'intérieur de notre propre pensée face à nous-mêmes ; de telle sorte que non seulement le champ phénoménal subjectif s'organise *comme* un espace physique mais aussi comme un *milieu social*.

C'est le passage de la virtualité mouvante de cet « espace vécu » à l'expérience d'une multiplicité pour ainsi dire mathématique, ou en tout cas à celle d'une duplicité radicale qui constitue le fond de *l'expérience hallucinatoire* ou, si l'on veut, la struc-

... [le monde] ne se dévoile à nous, [...] qu'en introduisant une sorte de distance à l'intérieur de nous-mêmes, [...] celle des rapports du Moi, que je suis et du Non-Moi qui est...

1. Pour nous comme pour MERLEAU PONTY, répétons-le encore, le *champ phénoménal* de « la perception », la conscience organisant, vivant et sentant l'actualité de son monde, suppose nécessairement la totalité de son horizon avec ses deux points cardinaux spécifiques : le moi et le monde.

...le pôle de la subjectivité s'organise comme le pôle de l'objectivité : la pensée devient objet...

ture de la *conscience hallucinante*. Le double impliqué s'explicite, l'espace représenté se présente et se présentifie. Pour tout dire le pôle de la subjectivité s'organise comme le pôle de l'objectivité : la pensée devient objet. Et comme nous l'avons souligné dans les exemples que nous avons donnés, l'« automatisme mental » (qui déjà en lui-même est comme une première objectivation de la pensée en tant que l'automatisme tend à échapper précisément à la liberté du sujet) cet automatisme prend alors une densité et une consistance qui sont les caractères mêmes des objets du monde physique, c'est-à-dire que cette objectivation suppose nécessairement une solidification des perspectives spatiales qui jusque-là représentaient seulement une sorte d'espace mouvant composé de lignes de force virtuelles partageant et orientant le champ interne en systèmes dynamiques sans le diviser en « partes extra partes ».

Cette modification structurale et formelle de la conscience par quoi elle devient hallucinante, ce partage de l'être, ce dédoublement poussé, dans la solidification mécanique des espaces vécus jusqu'à « valoir pour » des parties de l'espace géométrique, ne sauraient pourtant en aucune façon être considérés comme un phénomène physique. Pas plus que l'hallucination n'est un objet, pas plus la conscience hallucinante n'est un objet cassé. Pour saisir la nature de cette structure, nous devons nous la représenter non comme une soustraction ou une addition d'espace ainsi que nous le suggèrent les métaphores employées par les malades et par nous-même (on me retire ma pensée, on pénètre dans ma conscience, mes pensées se dédoublent, elles partent d'un point de l'espace, elles se répètent, etc.), mais comme une illusion vécue par la conscience quand elle opère sa chute dans l'espace, c'est-à-dire quand elle tombe dans le piège des concepts spatiaux ou retombe dans les « gestalisations » ambiguës de ses premières expériences, de telle sorte que se couper en deux, se vivre elle-même comme double ou introduire de l'espace dans la pensée, ce n'est pas pour la conscience s'étendre, c'est par sa faiblesse ou, si l'on veut, sa perte de vitesse être incapable d'unifier son intentionnalité, d'assurer l'ordre du champ phénoménal.

Ainsi comprenons-nous maintenant mieux ce que nous avons dit de nos malades, ce qu'ils expriment eux-mêmes quand, à travers toutes les métaphores de leurs expressions et les métaphores de nos analyses, nous saisissons la conscience hallucinante comme une forme d'organisation de l'expérience qui exige que le champ phénoménal perde jusqu'à la possibilité de séparer le monde de la nature du monde humain et du monde subjectif, lorsqu'elle régresse vers les phases archaïques et primitives de leur originaire confusion. Et c'est précisément comme pensée magique ou plus exactement comme l'expérience même d'une alchimie des catégories de réalité spatiale, comme une prestidigitation de leurs objets et un escamotage de leurs limites que la conscience de l'halluciné compose son monde insolite. Les machines, les engins, les procédés électriques de cette sorcellerie font partie intégrante de ce vécu qui ne peut se consti-

tuer qu'en livrant aux formes monstrueusement « physiques » l'espace « moral » de sa pure intentionnalité subjective.

Le reflux vers l'imaginaire est là (comme pour la dépersonnalisation) pris dans le mouvement même de cette forme de déstructuration pour la bonne raison que la confusion des espaces vécus, c'est la fusion même de l'imaginaire et du réel, c'est-à-dire la déréalisation du réel, c'est-à-dire en fin de compte, le délire. Mais ce délire est *hallucinatoire* dans le sens le plus fort du mot en ce que, comme nous y insisterons un peu plus loin, il est vécu comme une *expérience immédiate*, comme une donnée *sensible* de la perception de « *ce-qui-est-là-maintenant* ».

A propos de la malade *Marguerite L.* nous l'avons bien vu, ce type d'*expérience délirante et hallucinatoire* se joue avec prédilection sur le double registre du *langage* et de la *relation* amoureuse. C'est que, ainsi que nous le soulignons plus haut, le lien qui unit le Moi à l'Autre est d'abord celui de la relation amoureuse et ensuite celui de l'intercommunication par le moyen des signes verbaux : c'est par l'investissement des forces intuitives sur l'objet que la première relation objectale se fonde chez le petit enfant et c'est par le langage que se construit ensuite la communauté des relations humaines. Dans les deux cas un pont est jeté entre le Moi et le Monde de l'autre. C'est par ces voies naturelles et préalables de « communication » que l'expérience hallucinatoire réalise la fusion de l'objectif et du subjectif à la fois comme communication verbale (voix, transmission de pensée) et comme cohabitation érotique. Mais nous avons assez insisté plus haut sur ce point fondamental pour que nous n'ayons pas à y revenir ici.

Quant à la « sensorialité » hallucinatoire, elle est *effet de ce bouleversement de l'espace vécu* qui confère à la pensée une valeur d'objectivité, la dresse comme un objet et la pare de la richesse des données sensibles constitutives de sa « présentation » dans le monde extérieur, mais elle est aussi *satisfaction* de cette exigence de la conscience qui requiert, pour que « quelque chose » ou « quelqu'un » se dévoile et s'impose à elle comme une présence actuelle, de se présenter à elle par la voie et le sens des sens. De telle sorte que toute image constituée en objet hallucinatoire (la voix d'autrui, son appel, sa menace, l'apparition d'une scène, etc.) est liée à la dramatisation même de l'expérience vécue, car la « conscience hallucinante », toujours plus ou moins théâtrale, anime dans le secteur de l'espace même qu'elle réserve à sa mise en scène, la représentation d'un drame. Drôle de drame et parfois comédie ou bouffonnerie, mais plus souvent tragédie : celle même d'une action qui se déroule à l'intérieur du Moi comme l'irruption du monde des autres ou des forces de la nature dans le secret et « intimité du Moi propre pour y perpétrer un viol ou un assassinat.

3° Dépersonnalisée et hallucinante, la « CONSCIENCE ONIROÏDE » va plus loin encore dans la déstructuration de l'ordre des espaces vécus. Elle s'ouvre presque tout entière

...ce délire est hallucinatoire [en tant qu'il] est vécu comme une expérience immédiate, comme une donnée sensible de la perception de « ce-qui-est-là-maintenant »...

... l'état oniroïde nous renvoie nécessairement à la phénoménologie du spectacle et de la vision cinématographique...

... la vision...

re à l'espace imaginaire et se ferme à l'étendue du monde extérieur dont seule persiste intacte la forme la plus solide celle du monde familier. Et sur cette toile de fond des objets, des personnes, des événements qui est comme l'horizon de son monde, elle projette la trame étrangement spatialisée de sa fiction. De sorte que l'état oniroïde nous renvoie nécessairement à la phénoménologie du spectacle et de la vision cinématographique¹. C'est la structure même de la « perception visuelle » qui est ici altérée, mais non pas certes dans le sens où on a pu croire que l'hallucination visuelle était un phénomène proprement optique. La vision doit être ici comprise comme ce regard qui embrasse le monde des objets et projette devant soi le champ de l'action, comme cette indispensable saisie du monde dans la visée de son exploration et de sa conquête. La vision c'est le monde déployé en perspective, c'est-à-dire le monde dressé dans sa plus complète objectivité. Aucun autre sens ne nous donne une « vue » aussi complète sur le cosmos. C'est aussi le premier à s'organiser en champ perceptif. C'est par conséquent le plus solide, celui qui nous dévoile d'un seul coup la complexité des formes et nous fait pénétrer le plus loin dans les choses. Si le monde des signes abstraits s'établit d'abord par la perception auditive dont il demeure inséparable même après son extension aux autres sens et si les perceptions auditives et verbales constituent la pièce maîtresse des expériences hallucinatoires et de dédoublement que nous venons d'étudier, c'est sur le mode de la vision que se construit la réalité la plus concrète, la plus immédiatement et complètement présente. Ainsi comprenons-nous qu'elle soit plus résistante étant plus fondamentale. Mais à la vision comme substrat de la perception externe correspond la « vision intérieure » comme forme même de la représentation et de l'imagination. Cette vision « à l'intérieur » de soi est, elle aussi, un aspect primitif et constitutionnel de la conscience qui est comme l'« œil » du monde subjectif. Nous avons déjà eu l'occasion de noter que c'est précisément en termes d'optique que les phénomènes de la conscience se dévoilent à nous (champ, clarté, réflexion, foyer, etc...). C'est que l'espace intérieur exigeant les mêmes schémas que l'espace extérieur dont se compose le panorama de la vision et exigeant aussi la prise de distance par quoi l'esprit se sépare de ce qu'il imagine comme de ce qu'il voit — la vision intérieure est le procédé même qui confère aux contenus de conscience avec leurs contours et leurs dimensions ce quelque chose qui est comme « l'objectivité » de leur représentation dans l'espace vécu. Si donc la vision externe est celle qui nous apparaît comme la plus fermement rivée à la nature des choses, celle qui admet le moins de flou et d'incertitude, celle dont les illusions sont elles-mêmes presque aussi codifiées que des objets (réfraction, réflexion, etc.), par contre la vision intérieure qui est la fonction imageante par excellence introduit dans le champ phénoménal une brèche ou, si l'on veut, une

1. Cf. les pénétrantes analyses d'E. MINKOWSKI, Intériorité, extériorité, spection, in *Vers une cosmologie*, 1936.

triche, celle d'un faux espace, d'un espace plastique, cadre virtuel de l'objectivation seulement « représentée » et « imaginaire ». Et comme nous le verrons dans l'Étude suivante, la confusion onirique et plus encore le rêve du sommeil se caractérisant par la dissolution de l'espace objectif et sa submersion par l'espace imaginaire, ici, à ce niveau, celui des états oniroïdes, il y a juxtaposition de ces deux modalités d'espace, comme une diplopie du vécu visuel et comme une double perspective qui tend à confondre ses plans sans jamais y parvenir complètement ; de telle sorte que les deux mondes de cet espace visuel s'affrontent et se complètent, qu'ils se pénètrent sans jamais pouvoir complètement s'exclure. Le vécu de l'espace imaginaire est prévalent cependant et il constitue un foyer de fantastique qui se projette non seulement comme sur un écran sur le monde perçu, se superpose à lui, en enduit et bariole la surface, mais encore l'infiltré et le gonfle de ses propres images. Non seulement ici l'espace virtuel du monde subjectif s'est actualisé et pour ainsi dire solidifié, mais il rayonne maintenant comme pour éclipser le monde extérieur ou en tout cas le faire reculer.

...l'espace virtuel du monde subjectif s'est actualisé et pour ainsi dire solidifié...

Le sujet de cette expérience oniroïde de la déstructuration de la conscience est ici comme happé par la profondeur vertigineuse de ses perspectives internes et déjà (comme dans la conscience hypnagogique avant qu'elle ne sombre dans le sommeil et le rêve) il est fasciné par la miraculeuse éclosion d'événements qui se forment et se déroulent non plus seulement sur la scène intérieure de sa conscience mais dans le champ même de son Monde. Car si, comme l'a si admirablement vu J. P. SARTRE ¹, l'imaginaire onirique est sans mondanité, la conscience oniroïde reste, elle, capable de constituer l'imaginaire en monde sur le modèle et sur le reliquat démantelé mais encore subsistant du monde des objets.

Là encore les niveaux supérieurs de déstructuration subsistent avec leur phénoménologie propre et il n'y a pas d'état oniroïde qui ne comporte plus ou moins la phénoménologie de la manie et de la mélancolie, et aussi celle de la dépersonnalisation et celle de la conscience hallucinante (Il suffit de nous rapporter aux belles observations de MAYER-GROSS et aux discussions qu'elles ont provoquées dans l'ouvrage même de cet auteur). Ainsi l'angoisse ou l'excitation, ces courants intentionnels violents, ces voix ou ces vécus d'étrangeté et de mystère, se mêlent au développement scénique de la fiction qui malgré la cohésion de ses péripéties dramatiques ou esthétiques demeure traversée de soubresauts, se ralentit ou s'anime au gré des forces déchaînées en tourbillon ou immobilisées dans la syncope de l'effroi. Mais toujours c'est la richesse du vécu, la prodigalité des ressources imaginatives, la profusion des fantasmes qui exercent comme une pression incoercible de fantastique et impriment à la fiction son « tempo » d'irrésistible mouvement. Cette coulée de rêve se répand, et ses péripéties

1. J. P. SARTRE, *L'Imaginaire*, 1940.

se déroulent ou se précipitent comme la plus enivrante et merveilleuse aventure ou la plus sinistre expérience. Spectateur comme le rêveur, mais acteur aussi comme le somnambule, le sujet et l'auteur de cette fantasmagorie sent jaillir de lui-même comme d'une inspiration à la fois personnelle et étrangère ce flot ininterrompu d'images qui prend la place de la réalité, l'envahit et la submerge. Charivari, conte de fée, mythe, roman de cape et d'épée, idylle ou drame sanglant, les thèmes plastiques se développent ou interfèrent dans une atmosphère de mystère ou d'artifice qui est comme le reflet du bouleversement des plans structuraux de la réalité et notamment de l'osmose de subjectif et d'objectif qui, se jouant de l'espace, est une prestigieuse prestidigitation de « surréalité ¹ ».

Cette vision dramatique ou plutôt cette forme de conscience métamorphosée en vision dramatique se déroule donc sinon sous forme de ces scènes et spectacles à transformations dont MAYER-GROSS nous a rapporté de si merveilleuses observations, tout au moins comme une série d'événements qui occupent et remplissent chaque moment du temps. Mais l'écart qui sépare le sujet de sa fiction s'amenuise sans cesse dans cette progressive approche vers le rêve et, avant de se réduire lui-même à sa fiction onirique, le sujet vit dans un *crépuscule* où, à l'horizon de son monde, se mêlent les images sanglantes et dorées de la confusion entre le monde naturel et le monde imaginaire, comme entre le ciel et la terre. Ce crépuscule de la réalité et de l'organisation temporo-spatiale qui la constitue est comme la pénombre qui obscurcit la conscience seulement éclairée par la lueur de sa propre lumière. C'est précisément ce caractère de l'état oniroïde que tous les cliniciens ont toujours noté en recourant à une métaphore classique : *l'état crépusculaire de la conscience* ².

Si ce que nous venons de décrire succinctement comme phénoménologie de la dépersonnalisation, du dédoublement hallucinatoire et de la conscience oniroïde a paru au lecteur n'être que laborieux et vain exercice de style, il voudra bien convenir que cette description (même maladroite) était indispensable pour pénétrer dans la profonde structure des bouffées délirantes et hallucinatoires, dans le mouvement constitutif des mondes imaginaires jusqu'à ce point où s'évanouit la réalité.

L'aspect le plus fondamental de ce niveau structural, celui qui lui confère au plus haut degré son caractère hallucinatoire doit être maintenant envisagé en tant qu'il est en effet une forme de « *réalité imaginaire* ». Cette « *contradictio in adjecto* » correspond pourtant à l'ambiguïté même qui résulte de l'osmose de subjectif et d'objectif,

1. Naturellement l'esthétique surréaliste avec ses sommeils somnambuliques, ses cocasseries et ses inventions est nécessairement incluse dans ces formes d'imaginaire (cf. notre travail : *La Psychiatrie devant le Surréalisme, Évolution Psychiatrique*, 1948).

2. *Twilightstate* en anglais, *Dämmerzustand* en allemand. — Cf. plus loin notre étude de *l'état crépusculaire épileptique* (Étude n° 26).

...Mais l'écart qui sépare le sujet de sa fiction s'amenuise sans cesse [...] le sujet vit dans un crépuscule...

immanente à toute hallucination et à toute expérience hallucinatoire. Sentir comme une présence, vivre comme actuels, le passé ou l'avenir, en un mot « percevoir l'irréel », c'est bien en effet une expérience psychique qui défie les lois mêmes de constitution logique et rationnelle du réel. Le scandale ontologique de la « réalité de l'imaginaire » se dresse pourtant là, comme un fait, quand nous voyons nous-même l'halluciné voir ses visions ou que nous l'entendons converser avec ses voix. C'est que la réalité a deux procédés pour nous capter : la voie rationnelle de la dialectique logique ou des concepts qui en fait une *construction* et la voie intuitive et immédiate du sensible qui en fait une *expérience*. Entre ces deux formes extrêmes et parfois contradictoires de réalité, notre existence ne cesse de flotter et de cheminer, et c'est précisément là l'essence du conflit qui, à chaque moment, est vécu, par nous, comme le problème de l'être et du néant, de l'être et du possible, de la vérité et de l'erreur, etc. La déstructuration de la conscience pour autant qu'elle n'est pas désorganisation logique de notre entendement mais seulement altération de la structure du moment actuel, introduit dans l'expérience de la réalité sentie et vécue cet ordre que je puis là, maintenant, percevoir et sentir par cette double saisie du monde par moi et de moi par mon monde. Cette déstructuration entraîne, à ses divers niveaux, des expériences d'altération de la réalité perçue qui « valent pour » la réalité. Réalité paradoxale et artificielle plus ou moins pressentie comme non entièrement valable, légitime et légale, mais « réalité » qui s'impose comme un événement déconcertant et fulgurant. C'est ce qu'expriment les termes « jaspériens » de « wahnhaft Erlebnis », de « vécu délirant », d'« *expérience délirante primaire* ». Et on conçoit que cette expérience, cette manière non pas « d'être-au-monde » (ce qui supposerait une ouverture de la conscience et un déploiement de perspectives justement impossible) mais cette manière de « n'y être pas », de vivre l'expérience du présent avec ces qualités intrinsèques et ineffables d'étrangeté et de drame, on conçoit que cette expérience soit essentiellement hallucinatoire dans la mesure même où elle se confond avec le vécu actuel et irréfragable du présent perçu et senti. De telle sorte que si toutes les psychoses aiguës sont des expériences délirantes et hallucinatoires plus ou moins structurées dans ce sens, c'est au niveau qui nous occupe ici que tout naturellement semble devoir être plus particulièrement appliqué ce terme.

L'actualité de l'expérience, sa *sensorialité*, sa *vivacité*, son *esthésie* (on peut reprendre à propos de la structure globale de la conscience tous les attributs classiquement reconnus à l'hallucination qui se détache sur ce fond) sont conditions de cette fusion des interférences, de ces télescopes et ces inversions des « espaces », des formes de la spatialité vécue comme l'ordre de l'objectivité que nous venons de mettre en évidence. C'est que le *champ phénoménal* de la conscience contracte dans l'ins-tantanéité du présent vécu l'ordre spatial de la perception, c'est-à-dire qu'il se détruc-

...la réalité a deux procédés pour nous capter : la voie rationnelle de la dialectique logique ou des concepts qui en fait une construction et la voie intuitive et immédiate du sensible qui en fait une expérience...

ture en bouleversant les valeurs d'objectivité des phénomènes qui se répartissent dans tel ou tel « espace » ou « catégorie de réalité ». Lorsque JANET écrivait que l'halluciné et le délirant sont des malades qui se *situent* mal dans l'échelle de la réalité, il ne disait pas autre chose et on ne peut s'exprimer ni plus simplement ni plus fortement.

B.— ANALYSE STRUCTURALE DES BOUFFÉES DÉLIRANTES ET DES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES AIGUËS.

Comme nous l'avons déjà fait pour la manie et pour la mélancolie, nous allons maintenant présenter dans une sorte de tableau récapitulatif l'essentiel de nos analyses et la conception pathogénique générale qui s'en dégage.

Pour bien saisir le sens de cette analyse structurale, reportons-nous encore à celle de la manie et de la mélancolie, niveau supérieur de troubles qui *naturellement* se retrouvent dans ceux de ce niveau structural.

La *structure négative* (c'est-à-dire l'aspect fondamental d'impuissance) de la manie peut se résumer essentiellement ainsi : volatilité (superficialité et automatisme de la vie psychique, fuite des idées) en tant que forme déficitaire de la pensée réfléchie ; relâchement de la pensée logique et de l'adaptation au réel (pensée fabulante) ; altérations de la structure temporelle éthique en tant qu'impossibilité de s'arrêter à rien. La structure négative de la mélancolie est symétrique de celle de la manie, elle est caractérisée : par l'inhibition en tant que forme de pensée embarrassée ; par l'impossibilité de recourir à une pensée adaptée et logique (d'où la prévalence et la submersion de la pensée affective) et enfin par la structure temporelle et éthique de l'arrêt et du recul.

Quant à la *structure positive* (c'est-à-dire l'aspect intentionnel du *besoin* propre à chaque forme de troubles), dans la *manie*, elle est caractérisée par le jeu, par la fiction, et par l'orgie libidinale — et dans la mélancolie, elle est caractérisée par la tragédie, par l'angoisse métaphysique, par le retour à la problématique de la première relation libidinale avec l'objet aimé.

Si les aspects négatifs de ce niveau supérieur pour des raisons que nous exposons plus loin font naturellement place à un nouvelle forme déficitaire propre à ce niveau, les aspects positifs se retrouvent dans la structure des psychoses aiguës du niveau que nous étudions, car, comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, tous les tableaux cliniques de ces psychoses contiennent la manie ou la mélancolie avec leur structure propre mais comme diluée dans la nouvelle vague de troubles qui s'y ajoutent pour constituer le tableau clinique de la dépersonnalisation, de l'expérience hallucinatoire ou de l'état oniroïde.

Ceci précisé, quelles sont les structures négative et positive propres à ce niveau et quelle addition de troubles s'ajoute à la profondeur de déstructuration pour réaliser les expériences dont nous avons tenté plus haut de faire la description phénoménologique

globale ? Pour nous, en effet il s'agit maintenant non plus de décrire une structure, mais d'en représenter l'architectonie.

STRUCTURE NÉGATIVE.

Le « trouble » à ce niveau que le médecin et ses auxiliaires¹ reconnaissent comme typique de la déstructuration de la conscience, est plus profond que dans la manie (qui trompe par sa fausse lucidité) et que dans la mélancolie (où il est plus apparent que réel). L'« égarement », la « fixité du regard », la « rêvasserie », l'« air absent », la décomposition même de la mimique qui semble se fermer à l'extérieur comme pour s'ouvrir à l'intérieur de soi, sont les petits signes, mais combien significatifs, du « travail » de dissolution qui s'opère. Nous allons décrire les trois principaux aspects qui reflètent ce processus pour autant qu'il passe au niveau d'une coupe moyenne et idéale que nous allons un peu arbitrairement opérer au travers des psychoses délirantes aiguës de ce type.

...le « travail » de dissolution...

a) *Le vague de la pensée.*

La « divagation » qui s'exprime dans le comportement soit de la turbulence exaltée soit de la perplexité anxieuse accuse le trait maniaco dépressif que nous avons déjà noté, celui de la perte de la pensée réfléchie. Mais ici la conscience n'est pas seulement désaxée quant à son mouvement et son élan, elle n'est pas seulement incapable de se fixer et de converger utilement sur le foyer de l'action présente, elle ne se disperse pas ou ne s'arrête pas « simplement », mais plus désintéressée du réel, plus détachée de sa fonction essentiellement abstraite et de son activité propre d'organisation du réel, elle se concrétise et se condense en substituant à sa forme réfléchie et différenciée une masse d'idées et d'images agglutinées. La rêverie, celle du « mentisme » et de l'« automatisme mental » incoercibles devient la forme structurale de cet entraînement et de cette chute vers un mode de pensée tout à la fois magique et syncrétique. La « fascination » de la pensée par elle-même et ce vertige qu'elle-même engendre devant son propre vide sont ici aux antipodes de la pensée réfléchie, sereine et pleine. En se « prenant » (comme dit J. P. SARTRE à propos de la conscience de l'endormissement, comme on dit qu'une crème « se prend ») elle se prend elle-même dans le réseau inextricable de sa condensation, dans les vagues de son vague.

b) *L'état crépusculaire*

Le trouble qui à mesure que nous avançons vers les niveaux inférieurs de la déstructuration de la conscience de plus en plus s'épaissit et s'impose à l'observation objective jusqu'à devenir la « confusion », ce trouble, ici, à ce « niveau moyen » et plus nettement encore dans l'état oniroïde est celui de la crépuscularisation de la

1. Il est « troublé » depuis ce matin, disent les infirmières.

conscience. C'est ce type de « pensée décomposée » (dans le sens de JASPERS et de MAYER-GROSS, « zerfallende Bewusstsein ») qui est ici caractéristique, comme à mi-chemin de la pensée vigile et de la pensée proprement onirique. Déjà dans la fabulation, dans la fuite des idées, dans la projection fantasmique de la mélancolie, avon-nous eu l'occasion de saisir le premier degré de cette métamorphose, mais ici le trouble (équivalent à celui de l'ivresse et de l'épuisement) est si manifeste qu'il fait partie du premier plan du tableau clinique, lequel justement se caractérise, à ce point de chute verticale vers l'opacité de la pensée onirique, par son aspect plus nettement « déficitaire ». Le flou du monde de la perception, l'indistinction des formes et des valeurs de la réalité, l'atmosphère ouatée, voilée et rétrécie dans laquelle se déroulent, se précipitent ou émergent les formes du champ phénoménal de la conscience, imposent au sujet (comme à l'observateur) l'obligation d'un tâtonnement au travers d'une épaisseur de brouillard. Et même quand la richesse et le fantastique du vécu s'imposent comme une « éblouissante clarté » ou une « merveilleuse aventure » rutilante et colorisée, ces fulgurantes lumières dans leur entrecroisement et leurs intermittences, dans la profusion même de leurs formes se détachent avec peine d'un fond de pénombre. La « Gestaltisation » de la conscience s'est fondamentalement altérée en modifiant ses rapports de formes à fond, en ne permettant plus le déploiement du monde actuel dans ses perspectives exactes et en confondant, dans une fusion et une surfusion des plans, le paysage avec son horizon ou, par delà même l'horizon, avec un « au-delà » qui, sans cesse, envahit le « ici-maintenant ».

...Structure négative...

c) La déstructuration des espaces vécus.

La structure négative (ou le processus même de déstructuration) propre à ce niveau ajoute à la désorganisation de la conscience maniaco-dépressive une altération fondamentale des espaces vécus, c'est-à-dire un bouleversement du cadre même de la réalité. Le « schéma corporel », les « schémas » de la pensée, l'image de soi dans ses relations de subjectivité-objectivité avec l'image d'autrui, les perspectives de l'espace objectif et, plus généralement, le système des relations spatiales dans lesquelles est vécu le rapport Moi-Monde dans l'actualité de l'instant présent, subissent de profondes modifications. Quel que soit le mécanisme fonctionnel ¹ de la déstructuration de la perception, il faut la concevoir, comme les malades la vivent dans leurs expé-

1. Nulle part mieux que dans les articles de STEIN et de MAYER-GROSS, (*Pathologie der Wahrnehmung, Traité de BUMKE*, t. I, pp. 350 à 507), la déstructuration de la perception n'a été étudiée. Ces auteurs ont appliqué là les études de PALAGYI sur la composante motrice et le jeu des fantasmes dans la structure de la perception dans un esprit très « jacksonien », (cf. aussi SCHORSCH, *Zur Theorie der Halluzinationen*, 1934), petit livre où les conceptions psychologiques et physiologiques modernes sur l'activité hallucinatoire sont très bien synthétisées ; tout au moins pour ce qui concerne les auteurs de langue allemande).

riences délirantes et hallucinatoires, c'est-à-dire comme une modification globale de l'activité de la conscience et du vécu sensible qui lui est corrélatif. Or nous l'avons longuement souligné, l'espace vécu en tant qu'ordre hiérarchisé du champ phénoménal assume la distribution en qualités spatiales de la labilité du vécu. Si le mondé extérieur se présente avec ses qualités propres d'espace géométrique et d'étendue physique, si le corps est une forme d'espace ambigu doté de la qualité du sensible et si le monde subjectif « représente » encore l'espace, est un « analogon » de l'espace (avec ses qualités propres d'espace libre), la désorganisation de la conscience, laquelle est, à ce niveau de profondeur de son activité, la « Gestaltisation » même de cet ordre, crée fatalement une altération de la réalité par les distorsions, les agglutinations et les confusions des diverses formes de l'espace dans lesquelles toute réalité est distribuée. Et cette altération est fatalement vécue comme une expérience qui mêle le réel à l'imaginaire, qui fait communiquer le monde virtuel des images avec le monde des objets. Images et objets qui, n'étant plus « séparés » comme des phénomènes occupant dans l'espace vécu leur place, se pénètrent et se compénètrent pour former des figures monstrueuses et insolites. De cette expérience nous avons tous une connaissance immédiate, c'est celle de l'état hypnagogique lorsque, ce que je pense, « se présente » à mes yeux, émergeant de l'espace clos et plastique de ma pensée pour entrer dans l'espace rigide du monde extérieur, lorsque l'image cesse d'être centrifuge par rapport au Moi pour, centripète, s'offrir à lui et le solliciter comme le ferait un objet. C'est l'inversion même de ce mouvement qui, pris dans la « Gestaltisation » imaginaire du présent, soustrait l'actualité de la perception à l'action des objets naturels pour lui imposer les formes paradoxalement « objectives » de la vie psychique « subjective ». Ainsi le présent est-il vécu à la fois comme une représentation vive et une réalité étrange. En s'abandonnant de plus en plus au rêve, la conscience qui a déjà perdu — dès le niveau de la déstructuration temporelle-éthique — la capacité d'équilibre dynamique de son mouvement, se prend invinciblement à une forme d'actualité insolite. C'est que le présent, la forme actuelle de l'action telle qu'elle remplit le « champ phénoménal » de la conscience et telle qu'elle s'ordonne correctement relativement aux formes structurales des espaces vécus, ce présent n'est plus possible et l'actualité de la conscience gagne en intensité ce qu'elle perd en extension, en perspectives et en possibilité d'organisation de l'événement « réellement » présent.

STRUCTURE POSITIVE.

« La conscience imageante » telle que J. P. SARTRE en a pénétré la structure imaginaire est comme une vision spéculaire de soi si chargée de « subjectivité objectivée » qu'elle se prend elle-même à son mirage ; de telle sorte que nous pouvons bien dire que c'est par et dans la déstructuration de la conscience que se constitue son monde ici

...Structure négative...

...l'image cesse d'être centrifuge par rapport au Moi pour, centripète, s'offrir à lui et le solliciter comme le ferait un objet...

...Structure positive...

inextricablement composé d'images et d'objets, d'images-objets et d'objets-images, c'est-à-dire un monde à mi-chemin de la « mondanité » du champ phénoménal de la perception normale et à mi-chemin de l'absence de mondanité du rêve et du délire onirique. C'est ce monde vécu et senti comme l'expérience même de l'éclatement de la réalité qui constitue la structure positive de ce niveau, c'est-à-dire le mode d'organisation scénique de la conscience crépusculaire.

...Rien n'est plus perçu qui ne soit porté au maximum d'actualité et de signification dévoilée...

a) *L'actualisation dramatique du vécu.* Rien n'est plus perçu qui ne soit porté au maximum d'actualité et de signification dévoilée. C'est ainsi que tout devient événement et événement prodigieusement émouvant. L'animation des objets, la valeur décisive que prend cette couleur, le mystère qui gonfle ce rideau, le sens qui éclate dans ce bruit de ferraille, la menace qui perce sous l'allusion, etc.. convergent dans ce courant intentionnel puissamment dramatique. L'aspect « scénique » — si bien noté par MAYER-GROSS, comme nous l'avons vu — de l'objectivation des images constitue l'autre versant de la construction du fantastique vécu ici comme une bouleversante surréalité. Dramatisation du monde matériel et social et « scénification » du monde imaginaire s'ajoutent et se complètent comme pour opérer, par leur fusion, la création d'un nouveau monde. L'« imagination » cesse d'être une disponibilité pour devenir une nécessité et elle capte toutes les ressources du sujet, celles du talent, de l'invention poétique comme celles de ses forces affectives qui propulsent dans l'imagerie les exigences comminatoires des « imagos » complexes. La projection « cinématographique » de cet enchaînement scénique et dramatique, de cette efflorescence de formes et de péripéties, fait de ces expériences délirantes une vaste épreuve de Rorschach.

...métamorphose de la sémantique psychique...

b) *La symbolisation du vécu.* La chute de la conscience dans l'imaginaire et plus généralement la déstructuration de la conscience produit une métamorphose de la sémantique psychique. Ce qui dans la pensée normale est une métaphore (courir au but — être glacé d'effroi ou encore entrer dans la pensée — être partagé — subir un envoûtement — être au supplice — etc. et nous choisissons justement nos exemples pour mieux faire saisir à quelles expériences délirantes ils s'appliquent le plus naturellement) c'est-à-dire ce procédé qui nous permet de recourir aux images pour émouvoir, pour nous faire comprendre et pour nous comprendre, cette fonction expressive de la métaphore perd sa fonction d'*analogon* (comme dit SARTRE) pour devenir une forme du vécu¹. La métaphore perd son épaisseur, mais en devenant un événement elle n'abandonne pas sa fonction symbolique, elle rapproche et confond seulement les deux faces de la comparaison jusqu'à en faire jaillir le sens. L'immédiatement vécu,

...La métaphore perd son épaisseur, [et devient] un événement...

1. C'est la raison pourquoi une description phénoménologique de ce vécu exige un « style » lui-même métaphorique. Si nous l'avons trop employé au gré du lecteur, il vaudra bien convenir que c'était pure nécessité.

cette qualité propre de l'événement délirant et hallucinatoire qui déjà est celle du rêve exprime cette extrême coalescence du monde des images et du monde des désirs. Rien de plus caractéristique en effet que la symbolisation intense et pour ainsi dire transparente de sens dans la thématique et la scénique de la fiction. Cela est si vrai que, les instances pulsionnelles étant spécifiquement limitées, ce sont toujours ou à peu près toujours les mêmes événements qui, à l'anecdote près, sans cesse reviennent dans la fantasmagorie.

c) *L'artificialisation du vécu.* Les espaces entrecroisés et communicants vécus par la conscience démultipliée, l'osmose de subjectif et d'objectif, la compénétration du Moi et du Monde insèrent l'expérience de l'imaginaire « réalisé » dans un cadre d'une crépusculaire semi-objectivité. Le caractère insolite de l'événement délirant n'échappe pas entièrement à la conscience « spectatrice » et celle-ci le vit comme cette atmosphère de miracle prodigieux ou d'incroyable mystère qui se donne pour ce qu'elle est, ineffable et incompréhensible, mais aussi, pour si flottante qu'elle soit, comme irrévocable. L'artifice de cette vision, de ces voix, de ces aventures, de ces féeries, de ces machinations ne suffit pas à les anéantir dans une conscience qui est « prise » dans leur mirage. Sans doute quand elle se déprend, que se dénoue le drame, que se dissipe la dramatisation, que, revenant à elle, elle reprend le système familial des distances indispensables à sa vigilance, s'éloigne-t-elle alors de ses propres illusions, mais leur « originalité » même, les maintient encore comme d'ineffables souvenirs et parfois comme des expériences cruciales qui laissent derrière elles d'inquiétantes perplexités. Ce type de vécu délirant est, en effet, celui qui laisse les traces les plus profondes, plus indélébiles que la crise maniaco-dépressive vécue comme un excès ou que la crise confuso-onirique vécue comme un rêve.

Le vécu délirant et hallucinatoire de la conscience hallucinante ou oniroïde se ramasse comme à l'intérieur de l'être replié vers le pôle de la subjectivité, il s'organise comme un « monde » ambigu intérieur par rapport au monde extérieur mais, extérieur relativement au Moi. Si dans la conscience déstructurée au niveau maniaco-dépressif le sujet vit la réalité à l'extrémité des deux fonctions vitales du balancier du temps, au niveau de la déstructuration des expériences délirantes, hallucinatoires et oniroïdes, c'est dans les profondeurs de la subjectivité que l'objectivité imaginaire s'épanouit comme une monstruosité « surréelle ». L'ouverture au monde ainsi se referme progressivement à mesure que s'accuse la dissolution de l'activité de la conscience. Encore ouverte à lui mais bouleversée dans son rythme quand elle devient maniaque ou mélancolique, elle est ici dans sa forme hallucinante et oniroïde comme mi-close dans l'activité à chaque moment qu'elle ne parvient pas à ordonner, à « gestalter » en attendant, dans l'état de délire confuso-onirique, de ne pouvoir plus se dérouler que selon les lois d'une subjectivité presque totale au point — le point et la

...Structure positive...

...Le vécu délirant et hallucinatoire [...] s'organise comme un « monde » ambigu intérieur par rapport au monde extérieur mais, extérieur relativement au Moi...

pointe de l'instantanéité confusionnelle comme nous le verrons — où elle échappe aux formes temporo-spatiales constitutives du réel.

§ IV. — *LES FORMES CLINIQUES DES BOUFFÉES DÉLIRANTES ET HALLUCINATOIRES AIGUËS*

La déstructuration de la conscience caractéristique du niveau des psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës implique donc à mesure qu'elle s'approfondit une marche vers le rêve ; et les différentes étapes de cette chute dans l'imaginaire sont vécues comme des événements bouleversants, terrifiants, tantôt formidablement « lucides », tantôt comme des mystères labyrinthiques. Nous devons envisager maintenant les variétés cliniques de ces expériences hallucinatoires et délirantes, leurs modalités d'évolution et aussi les formes symptomatiques des processus dont cette dissolution peut être l'effet. L'étude des *formes cliniques* de ces psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës doit comporter en effet l'étude des *formes symptomatiques*, des *formes évolutives* et des *formes étiologiques*.

A. — FORMES SYMPTOMATIQUES.

Au niveau supérieur, celui de la déstructuration temporelle de la conscience maniaco-dépressive, l'ensemble du tableau clinique se partageait pour ainsi dire naturellement entre les deux termes antinomiques de la dépression et d'élévation (mélancolie et manie). A ce niveau, quelque chose subsiste encore du niveau supérieur, qui donne aux expériences délirantes et hallucinatoires que nous venons de décrire une « teinte » de dépression ou d'exaltation. Mais à mesure que la conscience se déforme et que son travail d'intégration perd ses capacités d'ordre, de clarté et d'équilibre, la confusion s'établit non seulement « dans les idées », mais encore dans les sentiments et les émotions. Et dans le chaos naissant qui caractérise ce niveau, les aspects thématiques perdent leur netteté et pour ainsi dire leur solidité sans cesser pour autant d'être animés par des sentiments tumultueux et violents de dépression ou d'élévation.

Deux modalités *thématiques* de la conscience hallucinante et oniroïde méritent d'être « isolées » celle du bonheur (de l'« extase » et de la « volupté ») et celle du malheur (de la catastrophe au martyre).

...Deux modalités thématiques...

L' « EXTASE » et le « RAVISSEMENT » jaillissent là comme de fausses expériences mystiques, c'est-à-dire comme une communication imaginaire avec les forces surnaturelles et le monde céleste. Le paradis, l'infini et l'éternité constituent l'horizon crépusculaire où se fond le monde de la réalité. C'est naturellement à l'aide de réminiscences de la Bible, des légendes dorées, de l'iconographie des catéchismes, des fastes liturgiques, ou encore, en se remémorant les mythes, les prophéties ou les miracles, ou bien, plus naïvement, à l'aide des images de Première Communion ou des illustrations de missels, quand est impossible le recours aux souvenirs esthétiques où se mêlent les émotions musicales et architecturales des grands chefs d'œuvres religieux, — c'est à l'aide de toutes ces images d'Épinal, de ces figurations et de ces élans de la foi ou de l'art vers Dieu que se construisent ces merveilleuses expériences.

...fausses expériences mystiques,...

Dans la conscience oniroïde c'est dans la suavité et la clarté d'un monde « paradisiaque » que le rêve déroule ses somptuosités et l'atmosphère du délire est dans ces cas en effet spécifiquement miraculeuse comme un jeu de prestidigitation dont chaque coup de baguette magique ouvre d'infinies perspectives de bonheur et de splendeur.

Quand l'extase est vécue par la *conscience hallucinante*, elle est moins totale, moins enveloppante et moins éclatante, elle est seulement pressentie et comme entrevue dans la « vision » qui est comme la porte plus étroite d'une communication seulement entr'ouverte sur l'au-delà ou perçue dans la voix qui relie par un fil ou la pensée, l'halluciné à la féerie de son délire. Nous croyons inutile de donner des exemples qui allongeraient encore cette « Étude » sans grand profit. Il suffit d'ailleurs de se rapporter aux observations dont nous avons illustré notre exposé pour se convaincre de la fréquence de ces délires. Il est remarquable aussi de retrouver chez tous ces malades des « leit-motiv » : la résurrection de Lazare et la mission héroïque de Jeanne d'Arc reviennent sans cesse dans ces expériences délirantes, le plus souvent d'ailleurs mêlés à des détails triviaux ou grotesques, comme si l'hétéroclite et l'abracadabrant faisaient nécessairement partie de ces fantasmagories.

L'EXPÉRIENCE ÉROTIQUE constitue également un événement extrêmement fréquent de cette forme de délire. Souvent mêlée à la jouissance « mystique » de l'Objet et à la toute puissance de la possession « divine », elle est vécue selon toutes les formes et parfois les plus lascives de la volupté. Toutes les figures de l'érotique viennent ici se mêler comme pour la satisfaction de tous les vices. Parfois, quand la « *conscience oniroïde* » élargit les fantasmes des plaisirs préliminaires ou des variétés de l'orgasme jusqu'à les constituer en monde libidineux, c'est, comme une « représentation » de théâtre pornographique, ou un chapitre d'aventures galantes, que l'ensemble de la situation vécue devient celle d'un harem, d'un lupanar, d'une priapée. Mais dans la « *conscience hallucinante* » plus étroitement ouverte sur le monde des images, c'est par le truchement de caresses furtives ou précises, de propositions murmurées, de plaisirs et

...jouissance « mystique » de l'Objet

d'organes entrevus, de fornication artificielle que s'établissent les « relations » de cette cohabitation imaginaire ¹.

L'EXPÉRIENCE CATASTROPHIQUE s'opposant à ces formes imaginaires de la joie et du plaisir, à ces modalités de merveilleuse satisfaction des tendances les plus hautes et les plus basses de la nature humaine, les événements sont plus souvent encore vécus sur le registre du malheur dans une atmosphère de catastrophe, de malaise, de cauchemar, de détresse et de douleur. On ne compte pas ces expériences terribles d'étrangeté, de suggestion, de contrainte, de travail maléfique, d'ensorcellement, de magnétisme, d'électrification, de viol, de possession zoopathique ou démoniaque, de morcellement, de destruction, de supplices raffinés ou lancinants, d'envoûtement à distance, etc. dont les ombres chinoises se projettent dans le monde chancelant de la conscience laquelle

...vécu sur le registre du malheur...

1. Sous le nom de « Psychose imaginative avec ébauche d'automatisme mental », DUPOUY et PICARD ont publié une petite observation (*Ann. Médico-Psych.*, 1928), dont nous extrayons le passage suivant :

A son entrée, Blanche dit venir pour savoir si vraiment elle est enceinte comme elle le pense de 8 ou 10 jours. Des gens la suivent par la transmission de pensées et cherchent à agir sur elle par effluves pour la rendre enceinte et régénérer la race. La nuit, on lui passe des rayons sur les parties génitales pour que l'œuf ne se refroidisse pas. C'est comme une caresse de lumière un peu chaude (sic). Grâce à ces effluves qui sont la force, la grâce, la beauté, la bonté, l'intelligence, cet enfant sera une merveille s'il vient au monde. Elle trouve cela très agréable, elle s'y prête, elle se tourne même sur le côté pour que son ventre soit exposé à ces rayons. « Parfois, dit-elle, c'est superposé : je pense à quelqu'un que j'ai aimé. Je ne vois pas de visage. Cependant j'ai vu une fois un corps, une chemise rayée, ensuite des parties sexuelles (avec des poils blonds, et pourtant mon mari est brun). Puis j'ai eu des sensations avec spasmes. Il m'a semblé qu'on a essayé des expériences. J'ai pris toutes sortes de positions. J'ai eu des secousses anormales. C'est comme si on m'obligeait à les prendre. On m'a fait relever mes couvertures et ma chemise. Ne m'en faites pas dire davantage, ce ne serait pas convenable. » Elle le dit elle-même : S'ils viennent coucher avec elle, c'est parce qu'elle désire être enceinte. Ce qu'elle éprouve n'est pas désagréable, à part les choses contre nature. Comme elle éprouve également des sensations électriques, elle pense que c'est là sans doute le procédé de fécondation artificielle qui l'avait tant préoccupée. Quand elle crache, elle croit que c'est du sperme et veut qu'on l'analyse. On note en outre chez Blanche, faisant suite à des hyperendophasies, des hallucinations psychiques sous forme de révélations fortuites, de suggestions, de voix corporelles. « On dirait sous mes seins comme des coups que l'on frappe. Ce n'est pas une résonance. Je n'entends rien et cependant je perçois des pensées. » Elle a appris de la sorte la mort de son mari, elle a eu connaissance qu'un appartement qu'elle désirait était devenu libre, faits controuvés naturellement. Si elle a ainsi l'illusion d'une transmission de pensée, elle a aussi parfois l'impression que ses pensées sont interceptées et elle dit : « J'ai le sentiment de jouer un rôle d'hystérique, tour à tour d'être protégée, d'être un jouet, de servir la science ou d'être l'objet de manœuvres qui serviraient à faire des gravures obscènes. Mais grâce à la transmission de pensée, je n'ai que des amis. On connaît mes péchés. Je crois qu'ils me sont pardonnés. » Elle ajoute : « J'ai comme trois cinémas dans la tête, ce sont des pensées juxtaposées. » Les troubles ont rétrocedé au bout de trois semaines. Si nous donnons cet exemple c'est pour bien montrer le caractère hétéroclite de ces expériences hallucinatoires, et en un certain sens leur polymorphisme de vécu.

en cessant de pouvoir s'accorder à l'objective et sereine réalité, glisse dans les ténèbres de l'angoisse, dans le monde infernal du mal et d'un mal non plus, comme dans la mélancolie, moral, mais qui s'incarne *ici* et se concrétise *là maintenant* dans le monde physique extérieur ou dans le monde corporel de la personne, sous forme de *ces* machines granguignolesques, de *ces* opérations chirurgicales, de *ces* expériences scientifiques, de *ces* catastrophes cosmiques qui composent un univers terrifiant, celui d'une physique du cataclysme et d'une anatomophysiologie du supplice. Mais là encore nous pouvons distinguer deux éventualités. Au premier degré dans la « *conscience hallucinante* » cette sourde et terrible menace, cette terrifiante action sont vécues comme des manifestations sensibles mais sporadiques, comme des coups de boutoir, des fulgurations intermittentes ou juxtaposées, sensibles indices d'une effroyable vivisection du corps et de l'esprit. Dans la « *conscience oniroïde* » submergée par l'imaginaire, c'est tout le monde, le monde entier, jusqu'à la totalité de l'univers qui sont traversés des courants maléfiques de la destruction et comme embrasés et consumés par le mal. C'est alors l'expérience si fréquente et typique des visions d'Apocalypse et de l'expérience de la *Fin du monde*...¹

Il est inutile de poursuivre ces descriptions ou énumérations, elles ne nous apprendraient rien de plus. Ce qu'il importe de mettre en évidence c'est, par contre, le *polymorphisme thématique* de ces expériences délirantes. Tous ces thèmes, répétons-le, se mêlent, se succèdent, se complètent ou se juxtaposent dans un chaos d'autant plus vertigineux et impénétrable que la conscience devient plus « imageante », qu'elle perd ses connexions avec le monde de l'objectivité pour verser dans celui de l'étrange et du baroque jusqu'à chavirer dans l'imaginaire fantastique. Dans ce mouvement désordonné et tumultueux, elle bariole ses décors, truque ses personnages, mêle les genres, varie ses thèmes. Une telle réalité clinique, celle de l'inconsistance chaotique du délire, a été remarquablement mise en évidence par MAGNAN. La thématique habituelle de la psychiatrie (persécution, grandeur, mysticisme, empoisonnement, influence, possession, hypocondrie, etc.) s'essouffle et le psychiatre perd son latin devant cette extrême fantaisie de la fantaisie.

B. — FORMES ÉVOLUTIVES.

Nous décrirons ici des éventualités d'évolution d'une particulière importance. Tantôt, en effet, les psychoses aiguës de ce type se contractent en clinique jusqu'à ne produire que des *paroxysmes* très brefs, tantôt, au contraire, elles tendent à se prolonger et à se survivre en organisations durables, intermittentes ou chroniques.

1. Cf. le fameux travail de WETZEL, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1922, celui de WEBER (A.), *Ueber nihilischen Wahn und Depersonalisation*, Leipzig, 1938 et, en français, le travail de SCHIFF, *Ann. Médico-Psycho.*, 1946, I, p. 283.

...univers terrifiant, celui d'une physique du cataclysme et d'une anatomophysiologie du supplice...

...le polymorphisme thématique de ces expériences délirantes...

I. Formes paroxystiques.

Sous le nom d'« *Episodische Dämmerzustände* ¹ » KLEIST a publié dans sa monographie de 1926, 9 observations de malades qui ont présenté plusieurs accès d'une durée moyenne de 5 jours. Il s'agissait d'« états crépusculaires » sans troubles profonds de l'orientation et de la mémoire. Dans plusieurs de ces cas il a noté le délire et les hallucinations, des troubles affectifs avec angoisse ou, au contraire, des états extatiques. Ce genre de crises lui a paru alors entrer dans le groupe des psychoses épileptiques, mais « au sens large ». Dans un travail ultérieur ² KLEIST a décrit toute une série de psychoses atypiques à caractère aigu. Certaines, comme les psychoses cycloïdes (confusion avec agitation, avec symptômes « catatoniques » répondant aux descriptions des « psychoses de la motilité » de WERNICKE), ne sont pas en rapport avec les états que nous étudions ici. Par contre, ce que KLEIST appelle les « Psychoses du Moi » (Ichpsychose), les psychoses paranoïdes (« en marge », dit-il, de la paranoïa), les psychoses schizoïdes (états crépusculaires « en marge » de la psychose schizophrénique, tableaux cliniques qui ressemblent aux « états schizomaniaques » de CLAUDE) et surtout les psychoses épileptoïdes (« en marge » du cycle comitial proprement dit). C'est parmi les troubles de ce type que figurent les états crépusculaires de brève durée que nous visons ici. Nous avons exposé ailleurs l'ensemble de la conception de KLEIST ³. Ce qui nous intéresse ici au point de vue clinique, c'est que ces « psychoses atypiques » et pour ainsi dire fulgurantes que l'on a bien du mal parfois à faire entrer dans le cadre de l'épilepsie, de la maniaco-dépressive, etc. peuvent être de très courte durée et présenter un caractère de « paroxysme » extrêmement violent et bref. De paroxysme et, pourrait-on dire aussi, d'« abréaction cathartique », car certaines de ces crises à forte charge émotionnelle se présentent aussi comme ces « états crépusculaires » que l'on a toujours et traditionnellement rattachés à l'hystérie ⁴.

La « crise », quand elle a cette brève durée, a bien, en effet, comme toutes les

1. Cf. plus haut, les références des travaux de KLEIST, p. 42.

2. KLEIST, *Archives suisses de Neuro et Psycho.*, 1928, pp. 1 à 37. Dans ce travail, l'auteur décrit une grande variété de troubles dont beaucoup correspondent aux bouffées délirantes et hallucinatoires avec états crépusculaires de la conscience qui font l'objet de cette Étude. Notamment les états confabulatoires des « *Ichpsychose* », les états d'expansivité avec sentiment d'inspiration, les « hallucinoses aiguës » et le délire de relation avec sentiment d'étrangeté (psychoses paranoïdes), etc.

3. Étude n° 20.

4. Nous devons rappeler à ce sujet que l'onirisme a été décrit par RÉGIS en partant des « états seconds hystériques » ; rappeler aussi les études de GANSER sur les états crépusculaires hystériques. Les grandes crises hallucinatoires et oniroïdes ont fait l'objet dès descriptions de l'« onirisme des batailles » pendant la première guerre mondiale. Durant la deuxième, elles ont été étudiées par les Anglo-Saxons, (HORSLEY, KUBIE, SAUL, etc... cf. *The Neurosis in War*, de E. MILLER, New-York, 1943) et l'excellent article de SUTTER, STERN et SUSINI, *Ann. Médico-Psycho.*, 1947, 2, pp. 248 à 270. Sous le nom de névroses aiguës en effet ces crises délirantes sont considérées comme « psychogènes... ».

...accès d'une durée moyenne de 5 jours...

...avec un caractère de « paroxysme » extrêmement violent et bref...

crises qu'étudie la pathologie, une valeur de décharge salutaire, celle d'une réaction explosive, d'un procédé de défense à l'égard d'une situation, sans pour cela qu'elle doive cesser d'être considérée pour ce qu'elle est, une déstructuration accidentelle de la conscience dont le déterminisme complexe met en jeu la constitution, le caractère, les situations vitales, la fragilité de l'équilibre nerveux et les perturbations du système nerveux plus ou moins dynamiques, fonctionnelles ou lésionnelles.

II. *Les formes à évolution chronique*

Tout comme nous l'avons vu à propos de la manie et de la mélancolie, les troubles de la conscience de ce niveau peuvent s'organiser en « psychoses chroniques » soit qu'ils se prolongent soit qu'ils se survivent. Quand nous étudierons les « psychoses délirantes chroniques » et leurs « moments féconds » ou les psychoses schizophréniques et leurs « poussées aiguës »¹, nous retrouverons ce problème capital pour l'histoire naturelle des psychoses en général. Nous avons déjà donné des indications importantes à ce sujet dans notre Étude n° 8 (Rêve et psycho-pathologie). Nous pouvons par conséquent être assez bref sur ce point malgré son intérêt majeur.

Ce que les classiques (notamment RÉGIS) ont dit de l'onirisme, des psychoses oniriques, des confusions oniriques s'applique plus spécialement et peut-être électivement à ce type de psychoses délirantes aiguës. C'est précisément parce qu'il leur manquait un terme intermédiaire entre la « manie-mélancolie » et la « confusion », qu'ils ont attribué à cette dernière ce qui est bien plus caractéristique des « psychoses délirantes aiguës » qui font l'objet de cette étude. C'est pourquoi nous devons nous rapporter à ce que nous dit à leur sujet RÉGIS quoiqu'il les ait étudiées sous le nom de confusion onirique. Après avoir admirablement indiqué que le délire onirique s'apparente aux « états seconds », aux attaques de somnambulisme, qu'il est sensible à l'hypnose suggestive (dont l'action thérapeutique a été récemment rajeunie par l'emploi de la « narcoanalyse »), après avoir aussi indiqué que la structure de ces troubles de la conscience doit être envisagée dans un sens « dynamique », voici ce qu'il écrit dans son « Précis » (p. 356) :

« J'ai dit plus haut que le délire onirique cessait par une sorte de réveil, souvent brusque. Il n'en est pas toujours ainsi et parfois les sujets restent non pas un instant, à la façon des dormeurs ordinaires sortant de leur sommeil, mais plusieurs jours, sinon davantage, comme suspendus entre leur fiction délirante et la réalité. Ce n'est que peu à peu, avec peine, qu'ils arrivent à reconnaître et à confesser l'inexistence des événements hallucinatoires qu'ils viennent de vivre, et ils ne se rendent à l'évidence qu'après des hésitations, des doutes, des interrogations et des enquêtes, tant est profonde l'empreinte laissée par ces scènes oniriques dans leur émotivité. C'est ce que j'ai décrit sous le nom

...« le délire onirique cesse par une sorte de réveil, souvent brusque. Il n'en est pas toujours ainsi »... (REGIS)

1. Ce problème est considérable en raison de la fréquence des évolutions schizophréniques à partir de ces « bouffées délirantes ». HEUYIER (G.) et DUBLINEAU (J.) (*Progrès Méd.* 1935, 988-994) ont consacré à cette éventualité une excellente étude.

de *phase de réveil du délire onirique* (*Encéphale*, 1911). Dans certains cas même, le retour au réel est incomplet et le malade garde de son délire une ou plusieurs croyances erronées, qui retentissent plus ou moins profondément sur sa conduite et sur ses actes. Tel se désole d'avoir confié à quelqu'un un précieux dépôt imaginaire ou d'avoir été victime d'un vol ; tel autre croit avoir voyagé, avoir acquis un objet une propriété, avoir perdu un être cher dont il veut absolument porter le deuil, etc... On conçoit que des prédisposés puissent, à la suite d'un accès de confusion mentale, bâtir tout un roman délirant, mais logiquement agencé et systématisé sur de pareils reliquats psychiques. Il s'agit là, comme je l'avais appelé (Congrès 1899), d'une sorte de *délire systématisé secondaire post-confusionnel*, ou, comme ont dit DELMAS et GALLAIS (*Soc. Psych.*, 1911), LEGRAIN, DEMAY (*Soc. Clin. Ment.* 1912) à propos de cas qu'ils ont publiés, d'un *délire systématisé post-onirique*. Depuis lors divers auteurs ont poursuivi l'étude des états oniriques, soit dans leurs modalités cliniques, soit, comme CHARPENTIER, HESNARD, dans leurs rapports avec la confusion mentale et l'hyperémotivité anxieuse. »

Depuis lors, l'École française s'est illustrée dans l'étude clinique de ce mouvement *d'organisation délirante dite post-onirique*. De nombreux travaux ont été publiés de 1900 à 1920 sur ce point et on ne peut que regretter qu'ils n'aient pas été systématiquement poursuivis depuis et qu'ils n'aient pas été davantage connus des grandes écoles psychiatriques étrangères. DELMAS¹ notamment a présenté une magistrale description de tous les aspects de ces délires qui émergent de l'expérience onirique, d'autant plus, dirons-nous, qu'il s'agit précisément d'expériences délirantes et hallucinatoires plus oniroïdes que véritablement oniriques. Tout se passe en effet comme si à ce niveau l'événement délirant et hallucinatoire vécu avec les riches ressources d'une activité psychique encore vive et entièrement subjuguée par le travail de sa propre fiction gardait avec les souvenirs vivaces de cette plongée dans le monde du demi-rêve comme l'empreinte idéo-affective de cette aventure sensationnelle et fulminante.

A. DELMAS distingue 1° des délires transitoires à type de *délire d'évocation* constitués par la persistance pendant un certain temps d'une conviction délirante qui reste attachée à un ou plusieurs événements de la fiction. C'est ainsi que la malade reste convaincue qu'il y a eu une catastrophe de chemin de fer, que son mari a voulu l'empoisonner, qu'elle a aperçu une voisine morte depuis plusieurs années, etc... 2° des *délires reviviscents*, c'est-à-dire des oscillations du niveau de la conscience qui tantôt réintègre la réalité, tantôt est submergée par l'imaginaire. Pendant quelquefois plusieurs semaines ou plus, les malades comme « ballottés » entre le pôle du réel et celui de la fiction, restent perplexes, anxieux ; ils sont « empêtrés » dans leur délire et leurs hallucinations dont les vagues successives assaillent sans cesse leur jugement, compromettent la stabilité rassurante de leur « monde ». A ce sujet KLIPPEL et TRENAUNAY² ont

1. A. DELMAS, *Les Psychoses postoniriques*, Rapport au Congrès des Aliénistes de Strasbourg, 1920.

2. KLIPPEL et TRENAUNAY, *Délire systématisé de rêve à rêve* (*Revue de Psychiatrie*, 1901), et TRENAUNAY, *Le rêve prolongé*, (Thèse, Paris, 1901).

...DELMAS notamment a présenté une magistrale description de tous les aspects de ces délires qui émergent de l'expérience onirique...

décrit des « *délires systématisés de rêve à rêve* ». C'est souvent dans la phase hypnagogique que la reviviscence délirante et hallucinatoire s'opère, reformant le délire en train de se déformer.

Plus que la littérature, la clinique nous apprend combien cette phase (que nous appelons souvent dans notre service la phase « amphibole ») du réveil ou de l'assoupissement des expériences délirantes et hallucinatoires aiguës est importante car c'est à ce moment que le clinicien doit redoubler d'attention pour saisir et aider le passage vers la guérison et empêchant la cristallisation et la systématisation des convictions.

Cela explique que, survivant à ces phases de « fécondité » du travail délirant de la conscience troublée, ou utilisant encore des retours offensifs de l'activité délirante et hallucinatoire, certains délires persistent longtemps dans une atmosphère de « mystère » et assez paradoxalement avec une certaine conscience de la maladie ¹. Ce sont ces délires durant parfois de longs mois, qui ont fait l'objet du très intéressant travail de Paule PETIT sur les « *Délires de persécution curables* ² ». Elle réserve une place importante aux délires de « structure oniroïde ». Elle reconnaît à ces délires les caractères suivants : brusquerie du début, épisode onirique initial parfois nocturne et reviviscent, « éléments confusionnels » « surajoutés » et habituellement « légers », marqués par le délire exubérant et complexe derrière lequel il faut les rechercher et qui traduisent un état de trouble diffus de la conscience, et, enfin, état affectif intense. Ces états oniroïdes, ajoute l'auteur, sont l'expression de la pensée onirique qui est une des formes de la pensée affective, la construction oniroïde est faite de l'intrication du mode vigile et du mode onirique de la pensée. Enfin, souligne encore Paule PETIT, ces délires sont remarquables par leur polymorphisme, la variabilité, le défaut de cohésion de leurs thèmes délirants. Leur guérison est l'évolution la plus habituelle mais elle peut être rapide ou retardée après un mois ou, exceptionnellement, des années, le passage à la chronicité restant, sinon fréquent, du moins possible.

Ainsi, et c'est seulement ce que nous voulons ici indiquer, une vaste brèche est ouverte dans la cloison que l'on a dressée entre les psychoses délirantes et aiguës et les psychoses chroniques en les considérant comme des « entités ». Nous ne perdons pas une occasion de le souligner.

C. — FORMES ÉTIOLOGIQUES.

Nous avons déjà noté à propos de la manie et de la mélancolie que notre description des niveaux de déstructuration de la conscience est et doit rester relativement

...une vaste brèche est ouverte dans la cloison que l'on a dressée entre les psychoses délirantes et aiguës et les psychoses chroniques en les considérant comme des « entités »...

1. Ces deux traits de la phénoménologie du tableau clinique sont d'une importance considérable tant en ce qui concerne le pronostic favorable que les indications thérapeutiques des méthodes de choc et de la psychothérapie complémentaire.

2. P. PETIT, *Les Délires de persécution curables*, Thèse, Paris, 1937.

indépendante des facteurs étiologiques qui les provoquent. Sans cela, on risque d'introduire toutes sortes de confusions et de malentendus dans la pathologie des psychoses aiguës, comme par exemple d'appeler « confusion » toutes les psychoses « toxi-infectieuses » ou de refuser le diagnostic de « mélancolie » à un état de mélancolie d'involution, etc. Cependant, et ne serait-ce que pour bien montrer que le tableau clinique n'est pas strictement spécifique des divers processus qui l'engendrent, nous devons dire un mot de ces « formes étiologiques ». Sans doute pourrions-nous ici énumérer une infinité de processus somatiques et cérébraux, de chocs émotionnels et de conditions biopsychologiques de déclenchement de ce type de psychoses aiguës. Nous nous limiterons, pour ne pas allonger démesurément cette étude, à deux catégories de processus : *les intoxications neurotropes et les encéphalites épidémiques*.

I. *Les toxiques hallucino-onirogènes.*

Comme nous venons de le faire remarquer, il suffit qu'une psychose délirante aiguë paraisse être en rapport avec l'action d'un toxique pour que l'on parle de confusion. Or il nous paraît que le plus souvent — en tout cas plus souvent qu'on ne le dit — la déstructuration de la conscience produite par ces toxiques est de type hallucinatoire oniroïde plutôt que confuso-onirique. Nous allons voir aussi que la spécificité hallucinogène des toxiques demeure assez conjecturale ¹.

Nous n'allons pas examiner ici tous les toxiques, toutes les intoxications accidentelles ou toxicomaniaques ² qui désintègrent la conscience en agissant sur les centres nerveux. Sans doute devrions-nous réserver la première place au toxique hallucinogène

1. Sans doute ne peut-on pas faire abstraction de l'action pharmacologique propre à la plupart de ces drogues mais leur action spécifique quant à la détermination de tel ou tel niveau de conscience morbide paraît dépendre beaucoup plus de l'intensité, de la durée et de la profondeur de leur action. Une très intéressante observation a été publiée récemment par W. de BOOR (Ueber toxischen Psychosen verschiedener Aetiologie bei einer Person., *Arch. suisses de Neuro et Psycho.*, 1952, 70, pp. 33 à 41), avec d'excellentes considérations sur les rapports des intoxications diverses chez un même malade (Mescaline, Scopolamine, Dolantin, alcool, etc...), et sur l'engagement de la personnalité au cours de ces diverses intoxications.

2. Le CHLORAL, (si bien étudié par G. de CLÉRAMBULT, *Ann. Médico-Psycho.*, 1909) ; la COCAÏNE, (cf. spécialement l'ouvrage de W. MAIER, *La Cocaïne*, Payot, Paris, 1928, et le livre de C. GUTIERREZ-NORIEGA et V. SAPATA ORTIZ : *Estudios sobre la coca y la cocaïne en el Peru*, Lima, 1947) ; l'OPIUM et l'ivresse thébaïque, (cf. le beau livre de R. DUPOUY, *Les Opiomanes, Alcan*, Paris, 1912, qui n'a pas vieilli), ou des toxiques dont l'action psychopathologique a été plus récemment étudiée : l'HYOSCINE (KAPPES, cité par MAYER-GROSS), l'ATÉBRINE, (UDALAMAGA, 1935, VOLLMER et LIEBIG, 1944, MICHELLA, KIMMELMAN et LEWIS, 1945, HOHLER, 1947), tous travaux dont nous trouvons la bibliographie dans l'excellent travail de A. FAVRE : Atebrine et Psychose, *Encéphale*, 1949, pp. 281 à 386, et dans la monographie de GUIJA MORALES (E.), *Psicosis paludicas y atebrinicas*, Barcelone, 1945 ; les BROMURES (Max G. LEVIN, *Amer. J. of Psych.*, 1948, 104, p. 798, travail qui rejoint celui du même auteur dans la même revue, 1945, 129, p. 610, où il avait étudié les états de semi-délirium et d'hallucinoses toxiques, etc.). — Cf. également R. MÜLLER, Ueber den Erlebniswandel durch Pharmaka, *Zeitsch f. Psychotherapie*, 1954, I, 21-32.

ne le plus commun, l'alcool, mais nous aurons l'occasion d'y insister à propos des psychoses confuso-oniriques alcooliques. Disons simplement ici que, sous le nom d'« *hallucinose des buveurs* » ou de « psychoses subaiguës de l'alcoolisme chronique », beaucoup de « psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës » sont décrites soit comme « hallucinose pures » (éventualité rare et qui ne se rencontre guère qu'au décours de la crise délirante onirique ou hallucinatoire ¹), soit comme des « confusions ». Quoi qu'il en soit, l'alcool sous forme d'intoxication aiguë (ivresse délirante et hallucinatoire) ou indirectement sous forme d'intoxication hépato-nerveuse (à pathogénie certainement fort complexe) réalise des tableaux cliniques où se rencontrent communément les troubles de la conscience, les hallucinations visuelles, les zoopsies, les scènes dramatiques de persécution ou de jalousie, les combats, les poursuites, les visions de feu et de sang et, aussi, quoique selon les classiques plus rarement, des hallucinations acoustico-verbales, des hallucinations psychiques avec syndrome d'automatisme mental ou encore des troubles hallucinatoires cénesthésiques. Tous ces troubles, trop exclusivement attribués au delirium ou à la confusion, se présentent plus souvent qu'on ne le dit sous forme d'*états crépusculaires* de la conscience c'est-à-dire de niveaux de déstructuration de l'activité de la conscience d'un niveau supérieur à celui de la confusion. Quant à la « spécificité » des troubles psychosensoriels alcooliques, il suffit de lire quelques observations d'intoxications par divers toxiques pour être fixé : la scène hallucinatoire et les caractères des hallucinations dépendent certainement beaucoup plus des conditions individuelles, générales ou locales du processus d'intoxication dans l'actualité et la totalité de son action que de la constance et de la spécificité de son action pharmacodynamique. Nous nous bornerons ici à envisager les deux toxiques les plus connus : le *hachisch* et la *mescaline*. Le *hachisch*. Il est à peine besoin de rappeler, qu'il a été l'agent toxique « expérimental » qui a servi à MOREAU (DE TOURS) à édifier sa conception de « *l'état primordial* » délirant ². Le chanvre indien (cannabis indica)

...les troubles psychosensoriels alcooliques [...] dépendent beaucoup plus des conditions individuelles [...] que de la constance et de la spécificité de son action pharmacodynamique...

1. Les états d'« hallucinose » alcoolique de WERNICKE sont des états de niveaux divers. Tantôt ils se confondent avec l'onirisme, tantôt ils constituent des états crépusculaires de type conscience oniroïde, tantôt enfin ils sont caractéristiques du niveau « conscience hallucinante ». Que l'on se rapporte à l'observation de COURBON et CHAPOULAUD (Hallucinations visuelles et unilatéralement auditives chez un otopathe, *Ann. Médico-Psycho.*, 1937, 1, p. 764), ou à celles plus anciennes de KANDINSKI, (*Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen*, Berlin, 1885), de J. BERZE, (*Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1923, 84, 478), de LEONHARD, (*Arch.f. Psych.*, 1934, 102, p. 372), ou encore au livre récent de BENEDETTI (*Die Alkoholhallucinoze*, 1953)) on discerne dans ces états la loi générale de l'évolution de ces troubles de la conscience : plus la dissolution est profonde, plus elle est vécue visuellement, plus elle est de niveau élevé, plus elle est vécue sur le registre auditivo-verbal. C'est en effet à la fin des « délires subaigus » ou du delirium tremens, comme souvent au décours de la plupart des états oniroïdes, que les hallucinations acoustico-verbales se présentent comme des séquelles plus ou moins isolées du mouvement de dissolution. Le lecteur voudra bien se rapporter à la note 2 de la p. 353, où nous rappellerons le sens différent de celui de WERNICKE que nous donnons au terme d'*hallucinose*.

2. Cf. notre Étude n° 8.

...rôle du hachisch...

employé sous forme d'électuaire (*dawa-mesc*) ou fumé (*Gozah* ou *Kif* en Afrique noire, *Marihuana* en Amérique où l'on observe actuellement cette toxicomanie) est intimement lié à l'histoire et aux fantasmagories de l'Orient (*hafiou*, *madjoun*, *chastry*, *gunja*, *charas*, *hang*, etc.). On retrouve la trace de sa réputation « orgiaque » à travers les siècles depuis Homère (*Nepenthès*) et Hérodote jusqu'à nos jours en passant par les récits de voyage de Marco Polo, et à travers toute l'Asie de l'Extrême Orient jusqu'aux pays des « Hachischins » en Asie Mineure, en Égypte, etc ¹. MOREAU (de Tours) a magistralement décrit les symptômes de l'ivresse hachischique. Elle s'accompagne 1° de troubles psychiques, hallucinations, délire, illusions d'espace et de temps, aprousexie, excitation, sommeil, amnésie et hypermnésie, suggestibilité, hyperémotivité euphorique ou mélancolique de la dissociation des idées qui constitue *l'état primordial* — 2° de troubles sensoriels : hyperexcitabilité, hyperesthésie, anesthésie — 3° de troubles neuro-musculaires — 4° de troubles respiratoires, circulatoires — 5° de troubles sécrétoires — 6° de troubles génitaux : excitation aux faibles doses, anaphrodisie aux doses fortes, etc. On sait de quels pouvoirs « dyonisiaques » ces poisons et leur paradis artificiels ont été dotés par la littérature « fin de siècle » (BAUDELAIRE, Th. GAUTIER, Th. QUINCEY, COLERIDGE, Edgard POE, G. de NERVAL, etc.). Voici comment Théophile GAUTIER dépeint l'expérience hachischique :

...Th. GAUTIER dépeint
l'expérience hachi-
schique...

« Le premier accès touchait à sa fin. Après quelques minutes je me retrouvai avec tout mon sang-froid, sans mal de tête, sans aucun des symptômes qui accompagnent l'ivresse du vin, et fort étonné de ce qui venait de se passer. — Une demi-heure s'était à peine écoulée que je retombai sous l'empire du hachisch. Cette fois, la vision fut plus compliquée et plus extraordinaire. Dans un air confusément lumineux voltigeaient, avec un fourmillement perpétuel, des milliards de papillons dont les ailes bruissaient comme des éventails. De gigantesques fleurs au calice de cristal, d'énormes passeroles, des lits d'or et d'argent montaient et s'épanouissaient autour de moi, avec une crépitation pareille à celle des bouquets de feux d'artifice. Mon ouïe s'était prodigieusement développée : j'entendais le bruit des couleurs. Des sons verts, bleus, jaunes, m'arrivaient par ondes parfaitement distinctes. Un verre renversé, un craquement de

1. « C'est, dit Marco Polo, au territoire des « Assassins » (Perse, Syrie), que se rencontrent ces jardins paradisiaques avec leurs parterres de fleurs, des gazons ombragés, des bosquets de rosiers et des treilles de vigne ornant de leurs feuillages de riches salons ou des kiosques de porcelaines garnis de tapis de Perse et d'étoffes grecques. Le son des harpes s'y mêle au chant des oiseaux. C'est dans cette joie, cette volupté et cet enchantement que le Maître rencontrant un jeune homme doué d'assez de force et de résolution pour faire partie de cette légion de meurtriers l'invite à sa table et l'enivre avec la plante appelée haschich et le fait transporter dans les jardins. A son réveil il se croit transporté au Paradis de Mahomet. Les femmes, les « houris » contribuent à augmenter l'illusion ». Si nous reproduisons selon R. MEUNIER (*Le hachisch*, 1909) ce petit tableau c'est parce que le décor oriental nous renvoie ici nécessairement à la féerie du toxique comme si celle-ci reflétait celui-là dans la conscience déstructurée de l'intoxiqué, comme si, aussi, les impulsions à la violence déclenchées par le hachisch ne faisaient un assassin que d'un candidat assassin... Car tel est le pouvoir de « libération » des drogues et des poisons qu'ils ne sont « libérés » que dans un monde qui donne un sens à cette libération et dans une personne qui les contient déjà virtuellement.

fauteuil, un mot prononcé bas, vibraient et retentissaient en moi comme des roulements de tonnerre ; ma propre voix me semblait si forte que je n'osais parler, de peur de renverser des murailles ou de me faire éclater comme une bombe. Plus de cinq cents pendules me chantaient l'heure de leurs voix flutées, cuivrées, argentines. Chaque objet effleuré rendait une note d'harmonica ou de harpe éolienne. Je nageais dans un océan de sonorité, où flottaient, comme des îlots de lumière, quelques motifs de *Lucia* et du *Barbier*. Jamais béatitude pareille ne m'inonda de ses effluves ; j'étais si fondu dans le vague, si absent de moi-même, si débarrassé du moi, cet odieux témoin qui vous accompagne partout, que j'ai compris pour la première fois quelle pouvait être l'existence des esprits élémentaires, des anges et des âmes séparées du corps. J'étais comme une éponge au milieu de la mer : à chaque minute des flots de bonheur me traversaient, entrant et sortant par mes pores ; car j'étais devenu perméable, et jusqu'au moindre vaisseau capillaire, tout mon être s'injectait de la couleur du milieu fantastique où j'étais plongé. Les sons, les parfums, la lumière, m'arrivaient par des multitudes de tuyaux minces comme des cheveux, dans lesquels j'entendais siffler des courants magnétiques. — A mon calcul cet état dura environ trois cents ans, car les sensations s'y succédaient tellement nombreuses et pressées que l'appréciation réelle du temps était impossible. — L'accès passé, je vis qu'il avait duré un quart d'heure...

Un troisième accès, le dernier et le plus bizarre, termina ma soirée orientale : dans celui-là, ma vue se dédoubla. — Deux images de chaque objet se réfléchissaient sur ma rétine et produisaient une symétrie complète ; mais bientôt la pâte magique tout à fait digérée agissant avec plus de force sur mon cerveau, je devins complètement fou pendant une heure. Tous les songes pantagruéliques me passèrent par la fantaisie : caprimulges, coquesigrués, oysons bridés, licornes, griffons, cauchemars, toute la ménagerie des rêves monstrueux trottaient, scintillait, voletait, glapissait dans la chambre... Les visions devinrent si baroques que le désir de les dessiner me prit, et que je fis en moins de cinq minutes le portrait du docteur X, tel qu'il m'apparaissait assis au piano, habillé en turc, un soleil dans le dos de sa veste. Les notes sont représentées s'échappant du clavier, sous forme de fusées et de spirales capricieusement tirebouchonnées. Un autre croquis portant cette légende, — *un animal de l'avenir* — représente une locomotive vivante avec un cou de cygne terminé par une gueule de serpent, d'où jaillissent des flots de fumée avec des pattes monstrueuses, composées de roues et de poulies ; chaque paire de pattes est accompagnée d'une paire d'ailes, et, sur la queue de l'animal, on voit le Mercure antique qui s'avance vaincu malgré ses talonnières. Grâce au hachisch, j'ai pu faire d'après nature le portrait d'un farfadet. Jusqu'à présent, je les entendais seulement geindre et remuer la nuit, dans un vieux buffet !... »

...Th. GAUTIER, *Le club des Hachischins* (1843)...

BAUDELAIRE (dont il n'est pas très sûr qu'il ait une seule fois absorbé de la drogue) dans son écrit « *Du vin et du Hachisch comparés comme moyens de multiplication de l'individualité* » (1847) puis dans « *Les Paradis artificiels* » (1857) a merveilleusement décrit par sa seule inspiration poétique (la même au fond qu'aurait libérée chez lui le hachisch s'il l'avait pris...) comment « le hachisch s'étend sur toute la vie comme un vernis magique ».

...BAUDELAIRE...

Mais le paradis hachischin n'est pas toujours aussi merveilleux et enchanteur et R. MEUNIER fait remarquer à ce sujet que « non seulement l'ivresse hachischique n'est

1. Th. GAUTIER, *Le club des Hachischins*, Feuilleton de la presse, 10 juillet, 1843.

pas constamment euphorique mais encore qu'elle est parfois *purement dépressive et mélancolique*. Il rapporte le cas d'une dame qui, ayant fumé du Kif, après avoir senti une sorte d'engourdissement, « se plut d'abord à trouver une grande beauté aux objets les plus ordinaires » puis, ajoute R. MEUNIER, la mélancolie fondamentale apparut et pendant les nuits qui suivirent cette ivresse elle présenta un délire onirique au cours duquel elle s'efforça de prendre un revolver pour se tuer...

Ainsi l'expérience délirante hallucinatoire et oniroïde du haschich ne peut pas être considérée comme un effet simple et direct de l'action spécifique du toxique. La dissolution qu'elle provoque nous montre expérimentalement que son niveau passe par un état d'exaltation ou de dépression... qui dépend certainement de causes et de facteurs propres à la personne, à la situation, au monde actuel du sujet au moins autant que de l'action du toxique sur telle ou telle partie du névraxe. Le vécu de l'ivresse hachischique est une nébuleuse où la suggestion, l'autosuggestion jouent un rôle considérable, fait qui doit être interprété dans le sens même de la thèse que nous n'avons cessé de défendre dans toute cette Étude, à savoir qu'il s'agit d'un niveau de déstructuration de la conscience qui admet une organisation psychique supérieure à celle de la confusion.

La Mescaline. Le peyotl nous situe au Mexique à l'autre extrémité de la planète ¹. Ce cactus (*Echinocactus Williamsii*) érigé en dieu est effectivement l'objet de rites et de cultes de nombreuses sectes. L'ingestion de « mescal-buttons » (ou mescal-beans) représente au milieu des danses sacrées une sorte de repas totémique (peyotl-meetings) et le « petit cactus glauque », dit ROUHIER, malgré les persécutions dont ses sectateurs ont été l'objet, a résisté jusqu'à nos jours. Ses effets psychophysiologiques le rendent, malgré les noms pompeux dont il a été affublé, assez impropre à l'usage toxicomaniaque. Aussi ce n'est que lorsqu'ont été isolés (LEWIN 1888) ses alcaloïdes (anhalonine, lophophorine, pelletine, mescaline) qu'il est devenu presque exclusivement l'objet d'expérimentations du plus grand intérêt. C'est HEFFTER qui isola la mescaline (1894). Sa synthèse fut réalisée par SPAETH en 1919 puis par SLOTTA et HELLER en 1930. Elle dérive d'une phenyl-éthylamine. Rappelons à ce sujet que la bulbocapnine, la diétylamine de l'acide lysergique ² ont une action assez semblable sur le « psychisme » pour que l'on ait pu considérer la série des aminés comme des poisons spécifiques de la « dissociation psychique ³ ». Nous n'avons pas ici à entrer dans le détail

...ce n'est que lorsqu'ont été isolés (LEWIN 1888) les alcaloïdes [du peyotl] qu'il est devenu presque exclusivement l'objet d'expérimentations du plus grand intérêt...

1. Cf. sur l'usage de cette drogue chez les Indiens du Mexique (Huichols), le livre de A. ROUHIER, *Le Peyotl. La plante qui fait les yeux émerveillés*, Doin, Paris, 1927, ou plus récemment l'article de W. BROMBERG et C. TRAUTER, *Peyotl intoxication*, *J. of Nerv. and Ment. Disease*, 1943, 97, p. 518.

2. HOCH, CETTEIX et PENNES, *Effects of mescaline and lysergic acid* (L. S. D. 25), *Amer. J. of Psych.*, 1952, 108, pp. 579 à 584.

3. Communication de BUSCAINO sur la pathologie extraneurale macro et microscopique de la schizophrénie, *Congrès d'Histopathologie du système nerveux*, Rome, 1952.

de son action physiologique¹, il nous suffit simplement d'indiquer l'intérêt de ce groupement aminé pour la pathologie de tous les troubles que nous étudions. Il est probable que l'avenir confirmera la fécondité de leur usage expérimental².

Nous ne pouvons pas songer à passer en revue ici la masse énorme de littérature psychologique et psychopathologique qui a été consacrée depuis 30 ou 40 ans à l'action de la mescaline sur le « psychisme » de l'homme sain et des malades mentaux³. Naturellement la plupart des travaux ont pris pour objet l'étude des hallucinations (surtout visuelles) et de la dépersonnalisation. Nous allons nous attacher simplement à montrer que l'action de ce toxique, si elle est en partie « élective » entraîne une disso-

1. Pour la pharmacologie de la mescaline, cf. la thèse de notre élève COLOMB (*Contribution à l'étude pharmacologique de la mescaline*, Paris, 1939), et le travail de H. JANTZ (*Veränderungen des Stoffwechsels im Meskalinrausch beim Menschen und Tierversuchen*), *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1941, 171, p. 28.

2. Il y a quelques années G. GUTIERREZ NORIEGA et G. CRUZ SANCHEZ, *Revista de Neuro Psiquiatria*, dec. 1947, pp. 422 à 468, ont étudié l'action hallucinogène d'un cactus de la côte du Pérou, l'*opuntia cylindrica*. Cette action est très voisine de celle du peyotl (étrangeté, synesthésies, altération de l'espace et troubles de la conscience, etc.).

3. Les travaux qui nous ont toujours paru du plus grand intérêt sur ce point sont les volumineux articles publiés par FOERSTER, ZUCKER et ZADOR dans la *Zeitschr. f.d.g. Neuro.*, de 1930, tome, 127, et ceux de STEIN et MAYER-GROSS dans le traité de BUMKE. Les ouvrages les plus connus sont ceux de BERINGER (*Der Meskalinrausch*, 1927), et de ROUHIER (*Le Peyotl*, 1927), parus en même temps. Les auto-observations sont presque innombrables : Citons celle de SERKO (*Jahrbuch Psychiatrie*, 1913, 34, p. 315), celle de MORSELLI (*J. de Psychologie*, 1936, p. 368), celle de CERONI, (*Rivista spe. di Psichiatria*, 1932). Nous avons nous-même, avec M^{lle} DESCHAMPS, en 1930, expérimenté cette drogue, mais l'auto observation ne nous a pas été très favorable. Elle s'est bornée presque à quelques illusions et surtout à des troubles neuro-végétatifs, (0,50 de sulfate de mescaline). Nous avons, avec CLAUDE, à cette époque publié une note à la *Société de Biologie* (La mescaline, substance hallucinogène, 1934). Nous nous sommes beaucoup intéressé aux relations du processus toxique mescalinique et du processus encéphalitique infectieux (cf. notre article avec RANCOULE dans *l'Encéphale*, juin, 1938 et la *Thèse*, de ce dernier, Paris, 1938). A cette époque, nous avons fait une cinquantaine d'expériences psychobiologiques chez des malades délirants et hallucinés. Récemment nous en avons relu les protocoles mais elles nous ont paru n'avoir d'intérêt que pour l'approfondissement de l'étude clinique. Car il en est de cette substance comme des autres drogues, elles permettent d'étudier le *seuil de l'imaginaire* de la conscience et à cet égard celles dont nous disposons pour la « révélation » de l'infrastructure psychique (pentothal, amytal sodique, etc.), sont d'un emploi plus aisé et efficace. Les observations dans le sens de l'étude des modifications de la conscience morbide des délirants, schizophrènes, etc... n'en sont pas moins innombrables. Citons parmi elles, en ne tenant compte que de celles qui ont été publiées depuis, 1935 : A. MOLLER (Einige Mesk. Versuche, *Acta Psychiatrica*, 1935, X, p. 405), GUTTMANN et MACLAV (Mescaline and Depersonalisation, *J. of Neuro and Psychopath.*, 1936, 16, p. 193), M. FAVILLI et H. HEYMANN (Modificazione psichici de intossicazione mescal., *Rassegna di Studi Psich.*, 1937), A. CUCCHI (Azione della M. sul profilo psicologico, *Rivista sper. di Freniatria*, 1939, 63, p. 393), G. TAYLEUR et STOCKINGS (A clinical Study of the M. Psychosis with spécial référence to the mechanism of genesis of Schizophrénie and other psychiatrie States, *J. of Ment. Sc.* 1940, 86, p. 29), MACLAV et GUTTMANN (Mescaline hallucinations, *Arch. of Neuro. and Psych.*, 1941, 45, p.130), J. DELAY et GÉRARD, (*Encéphale*, 1948, pp. 196 à 235, et 1950, pp. 55 à 63), J. DELAY, GÉRARD et RACAMIER (*Encéphale*, 1951,1), J. DELAY, GÉRARD et D. ALLAIX, Illusions et Hallucinations de la Mescaline, *Presse Médicale*, 1949, p. 1210, (planches en couleur) et la thèse, de D. ALLAIX, Paris, 1953.

...Les auto-observations sont presque innombrables [...] Nous avons nous-même, avec M^{lle} DESCHAMPS, en 1930, expérimenté cette drogue...

lution globale de la conscience, une déstructuration de l'unité de la personne et de l'accord avec le monde extérieur que son activité assure normalement.

...l'ivresse par le peyotl...

Tout d'abord, l'ivresse par le peyotl n'est pas toujours la même et nous pouvons décrire ici, comme pour le hachisch, une forme expansive et une forme dépressive. Dans la forme expansive, l'exaltation, l'euphorie, l'excitation forment le fond du tableau clinique et constituent l'atmosphère de l'expérience hallucinatoire. Voici par exemple quelques fragments de l'observation d'une collaboratrice de ROUHIER, jeune femme russe de 25 ans « de nature excitable et émotive » qui avait absorbé, à 15 h. 45 et à 16 h., 1 gramme de Panpeyotl :

16 h.30 — Pouls 75. Griserie légère. Surexcitation nerveuse. Sensation de grande lucidité intellectuelle. Le visage et les yeux sont très animés.

16 h.55 — Pouls, 62.

17 h. — Absorption de 0 gr. 50 de Panpeyotl. État de rêverie vague. Concentre avec facilité son esprit sur divers sujets.

17 h.15 — Les yeux clos, voit des boules vertes passant sur un fond bleu. Puis des points rouges ; un animal imprécis ; des ondes, toujours changeantes, de couleurs vagues. Ces visions sont très indistinctes.

17 h.22 — Une petite médaille en porcelaine bleue qui appartient à sa sœur... Elle devient indistincte, puis disparaît.

17 h.45 — A ce moment, M^{lle} de K. est envahie par un sentiment très net et persistant de dédoublement de la personnalité : la sensation de deux « moi » s'installe en elle, un « ego » (*sic*) très lucide et normal semblant commander un autre « moi » qu'elle méprise. Elle est très gaie et rit sans cause.

17 h.50 — Sa voix lui donne, lorsqu'elle parle, une impression de raucité ; il n'en est rien en réalité ; il lui semble qu'elle entend parler une autre personne dont elle rit beaucoup.

Elle se lève, ouvre les yeux, cause avec nous très raisonnablement. Puis elle referme les yeux, voit des choses rouges. Elle se moque de son autre « ego ». Elle le méprise énormément et se félicite « que dans sa vie ce n'est pas cet autre moi qui gouverne ; c'est une espèce d'andouille ! » Elle rit beaucoup de nous entendre rire, nous déclare que son état présent lui est très agréable, constate sa lucidité d'esprit : « Heureusement que l'esprit domine le corps, cette bête ! ».

18 h. — Accroupie sur le divan, les yeux fermés, elle converse avec nous très normalement mais avec loquacité : « Vous m'avez donné des sensations exquises ! » Elle annonce une lueur mauve pointillée de taches vertes, puis des couleurs « qui n'appartiennent certainement pas à mon moi, à mon corps intellectuel, mais à mon corps émotionnel... Ces sensations ne peuvent agir sur le « moi »... Quand je vous parle, ce n'est pas Alia qui parle, ni son corps, mais quelque chose d'intermédiaire... C'est la petite bête... Elle n'est pas mauvaise, la petite bête, mais elle est très enfant ! ».

18 h.05 — Elle annonce une vision bleue, très bleue qui subsiste un certain temps. Elle est très excitée et regrette de ne pas se souvenir d'une sensation de supériorité vraiment étonnante qu'elle vient d'avoir : « Je ne peux me gouverner très bien !... Comme c'est complexe un être humain ! ».

18 h.08 — Vision d'herbes vertes, de ciel bleu : « Ce ne sont pas des visions étonnantes ! ».

Je lui parle de Papa Hankasé, son petit singe favori ; elle s'étonne : « Mais j'y pen-

sais bien !... Est-ce spontané ce que vous venez de me dire ?... Je l'aime bien ».

18 h.15 — Pouls, 64. M^{lle} de K. semble plus tranquille, sans visions, et parle d'elle à la troisième personne : « Elle est redevenue elle-même. L'autre est domptée maintenant. » De nouveau, elle trouve que sa voix est rauque et constate que les paroles n'expriment pas ce qu'elle ressent : « elles rendent faux ce que je pense ». L'état de nervosité reparait. Elle se lève, va et vient dans l'appartement avec assurance.

...l'ivresse par le peyotl...

18 h.25 — Son ivresse continue d'être agréable et hilare. Elle parle d'elle avec beaucoup d'intelligence et de précision, mais toujours comme si elle était double. Elle ne cesse d'apprécier un de ses « moi » : « Elle n'est pas mauvaise *la petite bête*, vous savez ! Elle est très jeune ; elle est toute enfant ! » Elle déclare que son autre « moi », le plus intime « est très vieux, lui, très intelligent ».

19 h.10 — Elle ouvre les yeux. Son « ivresse » est alors différente. M^{lle} de K. semble avoir à ce moment une prescience assez impressionnante des êtres et des choses qui l'entourent. Elle chante très délicatement.

Les yeux ouverts, elle reparle de ses différents « egos » : « Est-ce qu'il n'y aurait pas plusieurs personnes en soi-même ? ». Elle a envie de parler russe et, ce qui ne lui arrive jamais, chante en russe, avec vocalises.

19 h.20 — A genoux sur le divan, elle continue à chanter, avec beaucoup d'expression. Voit des colliers de corail. « Oh ! Comme j'ai vécu antérieurement ! ». Suit un petit discours évangélique, prononcé toujours accroupie et les yeux fermés : « Il faut être simple, sans orgueil et faire tout son devoir sans chercher le pourquoi des choses. On n'a pas assez d'étoffe pour cela. Il faut avoir une grande indulgence pour tous les hommes et ne pas les traiter comme des fourmis. Il faut être sage et ne pas prendre de cette plante dans le seul but d'avoir des sensations !... (Un silence)... Ah ! Je les vois ! Ils sont noirs, tout nus, avec un petit pagne seulement... Je vois un squelette, mais je n'en ai pas peur ! ».

20 h.45 — M^{lle} de K. rouvre les yeux. A partir de ce moment jusqu'à minuit et demie, elle n'aura plus que de rares visions, lorsque ses paupières seront closes et elle monologuera presque constamment, légèrement divagante, très loquace. « Il y a une loi de gravitation et de pesanteur pour les astres et les étoiles. La même loi régit intellectuellement les hommes : c'est la loi des attirances et des répulsions constituant la loi de *grande unité*, qui relie tous les humains les uns aux autres... Les saints, les ascètes, les intellectuels, suivent des chemins différents pour arriver au même but... ».

Cette forme de troubles avec imagerie féerique — celle de la plante « qui fait les yeux émerveillés » — se rencontre assez souvent, mais elle est bien loin d'être constante. De toutes nos propres expériences sur la mescaline résulte au contraire l'impression que les états oniroïdes anxieux sont plus fréquents. Une de nos jeunes collègues du temps où nous expérimentions la drogue (1933) fit à quelques temps de distance (Mai-Août) deux expériences très différentes de la mescaline (même dose 0,25 ; 0,30). Tandis que la première fois ce fut un état d'exaltation agréable, la seconde fois l'ivresse se déroula sur le ton fondamental de l'angoisse¹. Voici l'observation de cette deuxième expérience :

1. L'observation de ces deux mescalinisations de M^{me} L. a été publiée dans le travail que nous avons publié avec RANCOULE : Hallucinations mescaliniques et troubles psychosensoriels de l'encéphalite épidémique, *Encéphale*, 1938.

...l'ivresse par le peyotl...

Mescalisation (le 19 août 1933). A 14 heures, pouls 90. Tension artérielle : 13 1,2 — 6. Légère mydriase (dans l'ensemble il s'agit d'un sujet hyper-sympathicotonique et émotif).

A 15 h.35, angoisse. Pouls 100. Larmoiement. Légère dysarthrie. État subconfusionnel. Les plis du rideau remuent d'arrière en avant et dans le sens latéral. Un pli pris dans la porte lui donne l'impression d'un grand mouvement. Tout est barré de raies lumineuses de tous les côtés.

A 15 h.45 angoisse. Sentiment de peur. Impression de mort imminente. Crainte que son cœur s'arrête. « J'ai vu mes mains maculées de sang, de grosses pattes sales qui ne sont pas à moi. »

« Nous devons signaler ici un des traits les plus intéressants de cette observation. M^{me} L. était par son nom de jeune fille homonyme d'un grand assassin. C'était une plaisanterie qu'elle faisait souvent de parler de cet assassin. Or, au cours de la mescalisation pas une fois elle n'associa ce souvenir à ses fantasmes. Après l'épreuve nous lui dîmes : « Mais vos mains sanglantes c'étaient les fameuses « mains visqueuses de D... ». (Ces « mains visqueuses », expression trouvée dans un livre d'anthropologie criminelle pour désigner les mains d'un assassin célèbre dont elle portait par hasard le nom, étaient l'objet le plus habituel de nos plaisanteries). M^{me} L. fut littéralement stupéfaite de ne pas avoir pensé à cela et fut très frappée de ce « refoulement » de la manifestation d'une des préoccupations qui, sous les apparences de plaisanterie, a toujours été depuis sa plus tendre enfance un des points névralgiques de sa vie affective.

Cette vague d'angoisse fut remplacée d'ailleurs par une vague d'euphorie, puis ensuite par une sorte « d'état mixte ».

Nous ne saurions multiplier les exemples et nous avons déjà noté (p. 232) la curieuse et intéressante observation de MORSELLI. NOUS ne pouvons pas non plus songer à analyser la structure de la conscience mescalinisée. Nous pouvons à ce sujet renvoyer à la pénétrante étude de J. DELAY et GÉRARD¹ où est très bien analysé le repli progressif de la conscience sur son propre monde, « la diffusion de la personnalité infiltrant de subjectivité l'ambiance », et réalisant « une inflation du moi ». De telles formules sont celles qui peuvent caractériser non seulement l'expérience délirante et hallucinatoire mescalinique mais l'ensemble des troubles du niveau de la conscience hallucinante et oniroïde qui nous occupe ici.

Notons à ce sujet que le déroulement de toutes ces psychoses toxiques comme celui des psychoses délirantes aiguës spontanées s'opère sur un modèle qui nous renvoie nécessairement au processus de dissolution hypnique. Tout se passe dans tous ces troubles (sommeil ou ivresse) comme si une désintégration du champ perceptif (hallucinations hypnagogiques) marquait la première étape du processus général de dissolution, puis faisait place à une dissolution plus ou moins profonde de la conscience où se mêlent, comme le fond et les figures qui s'en détachent, l'atmosphère déstructurée et imageante de la conscience et les phénomènes « sensoriels » qui y éclatent ou fument en « formes » perceptives désintégrées et baroques.

1. J. DELAY et GÉRARD (1948), *loc. cit.*, p. 313.

...nous renvoyons à la pénétrante étude de J. DELAY et GÉRARD (1949)...

Les altérations de la conscience du temps et de l'espace, la fascination « hypnotique ¹ » par l'imaginaire, le télescopage et l'osmose des valeurs de réalité objective et subjective, la dissolution du schéma de l'unité psychosomatique constituent bien cette toile de fond ou plutôt cette « dimension » fantastique de la conscience, cette qualité originale de vécu, cette déformation des perspectives existentielles qui est nécessaire à l'éclosion et à l'organisation scénique des monstruosité perceptives de la « conscience imageante » si bien analysée par SARTRE ².

Nous touchons ici à ce point de notre exposé à l'aspect le plus profond et le plus difficile du problème de l'hallucination. Les travaux les plus méthodiquement conduits et les analyses les plus sûres rejoignent les observations de tous les cliniciens de l'hallucination et des auto-observateurs dans ce domaine privilégié de l'état hallucinatoire mescalinique. Il suffit en effet de se rapporter notamment aux travaux de STEIN, de MAYER-GROSS, de ZADOR pour être convaincu que l'hallucination en tant qu'elle est un « phénomène sensoriel » constitue une « forme » de la déstructuration des fonctions perceptives comme le trouble positif de ce trouble négatif. Les magnifiques travaux de STEIN (comme ceux de MOURGUE et dans le même esprit) ont montré les étapes de cette déstructuration des appareils perceptifs et leurs effets dans le « vécu » des illusions pathologiques. Celles-ci sont l'effet d'une désintégration de l'acte vital de la perception qui (selon la conception de PALAGYI, psychologue qui a joué dans l'école neuro-psychiatrique allemande le même rôle que BERGSON chez nous) lie dans la spécificité sensorielle du senti, du vu, de l'entendu, le matériel sensoriel présent ou représenté à un comportement moteur qui règle son objectivité spatiale et son organisation temporelle propres. C'est dans cette perspective que les phénomènes hallucinatoires isolés, ou si l'on veut encore, les « hallucinations vraies » (pour parler comme MOURGUE) ou les hallucinations esthétiques (pour parler comme QUERCY et GUIRAUD) produits par l'action hallucinogène de la mescaline ont été étudiés et interprétés par ces auteurs. Les pareidolies, les images consécutives, les déformations du « sensible », la composante agnosique, les déraillements des perceptions, les mouvements imaginaires, les métamorphopsies, les synesthésies ³, les distorsions d'objets et d'images, les rythmes bouleversés, les persévérations de formes et leur mélange, se situent à un niveau de désintégration qui est fonction vitale du vécu sensible. Personne ne peut, s'il s'applique sérieusement à l'observation de ces phénomènes, mettre en doute qu'il s'agit là de régressions vers les « Vorgestalten » temporo-spatiales qui constituent le vécu le plus immédiat de ces hallucinations : la fusion nécessairement donnée du perçu et de l'imaginaire dans une expérience radicalement originale.

...l'hallucination en tant qu'elle est un « phénomène sensoriel » constitue une « forme » de la déstructuration des fonctions perceptives...

1. La « richesse » du vécu est précisément l'ornementation du champ de la conscience que développe et déroule cet excès d'imagerie en spirales fantastiques tout à la fois comme un spectacle et une merveilleuse « sécrétion ». Ce monde imaginaire — sans « mondanité » comme dit SARTRE, exerce sur le délirant (ou l'intoxiqué) un prodigieux ensorcellement. Rien d'étonnant que l'on ait tant de fois comparé ces « expériences » à celles de l'hypnose. Un intéressant travail de ZOLTAN VON PAP, (Einwirkung der Meskalinrausch auf die post-hypnotische Sinnestauschungen, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1936, 255, p. 655), doit être signalé ici, pour mettre en évidence la relation inverse.

2. Cf. notre Étude n° 8.

3. Cf. J. DELAY et GÉRARD (1950), *loc. cit.*, p. 313, et J. DELAY, GÉRARD et RACAMIER (1951). *loc. cit.*, p. 313.

Mais, ceci dit, il est impossible de « ramener » à un pullulement de formes déformées ou déformantes la totalité de l'expérience de l'ivresse mescalinique. FOERSTER, ZADOR et ZUCKER ont bien montré, conformément aux idées de P. SCHRÖDER, qui a soutenu en Allemagne la thèse que nous soutenions à peu près en même temps (1925-1935) en France, que l'activité hallucinatoire n'est pas « pure et simple » et qu'elle se distribue en niveaux structuraux qui vont depuis ces phénomènes hallucinatoires sensoriels¹ jusqu'aux formes de conscience délirante, et cela précisément à propos de la mescaline. *L'expérience délirante et hallucinatoire* que nous ne cessons d'envisager dans cette Étude est tout à la fois irréductible à un phénomène sensoriel, à un trouble du jugement ou à une illusion affective, car elle est tout cela à la fois dans la « structure hallucinante » de la conscience, c'est-à-dire une forme du vécu qui n'est pas seulement un accident mais un événement, cet événement fantastique qui se déploie dans le rêve comme dans toutes ces fictions qui se présentent et se présentent dans la conscience déstructurée quand celle-ci l'est assez pour que se rompe la charnière qui lie le Monde et le Moi et pas assez pour qu'il n'y ait plus de limite entre ces deux pôles de notre existence. C'est précisément la subsistance de cette possibilité d'une « limite » incertaine mais encore existante et exigeante qui confère son caractère « hallucinant » à la conscience de ce niveau, car dans l'ivresse mescalinique comme dans ces bouffées délirantes et hallucinatoires ou les états oniroïdes (mais déjà moins pour ceux-ci) l'imaginaire pour être projeté et vécu comme hallucinatoire exige une désorganisation, mais aussi une organisation encore possible de l'espace vécu.

...L'expérience délirante et hallucinatoire [...] est tout à la fois irréductible à un phénomène sensoriel, à un trouble du jugement ou à une illusion affective, car elle est tout cela à la fois dans la « structure hallucinante » de la conscience...

II. *L'encéphalite épidémique*².

Dès les premiers temps de l'apparition de cette affection qui a constitué pour les Neuro-psychiatres une sorte de vaste expérimentation offerte à leur observation par le génie des épidémies, on publia des cas de confuso-onirisme au cours des phases aiguës de la maladie. Vers 1925-1927 on s'intéressa particulièrement aux phénomènes d'« hallucinose pédonculaire » (LHERMITTE, VAN BOGAERT) observés chez les parkinsoniens. STECK (1927 et 1931), dans ses études si approfondies des délires post-encéphalitiques, y mentionne la fréquence et l'importance de l'expérience onirique. Chez nous, COURTOIS, TRELLES, BARUK et MEIGNANT, LACAN, etc. publièrent des cas dont beaucoup entrent dans le cadre de la présente étude. En Allemagne, LEONHARD (1930) a relaté un très beau cas dont nous allons reproduire ici l'essentiel :

« Jeune femme de 38 ans. Elle eut une encéphalite en 1920, dans les années qui suivirent s'installa progressivement un syndrome parkinsonien avec crises oculogyres. En février 1930, elle présenta des crises hallucinatoires nocturnes. Elle voyait des personnages habillés de blanc et de noir qui lui parlaient, lui ordonnaient de se suicider. Ils lui enfonçaient des aiguilles dans le bras. Elle voyait des animaux, éprouvait des égratignures et des morsures de rats. C'était, dit la malade, un « sommeil hypnotique ».

1. C'est ce qu'avec CLAUDE nous avons appelé les phénomènes hallucinosiques.

2. On trouvera dans la thèse, que nous avons inspirée à RANCOULE (*Les troubles psychosensoriels dans le syndrome de Parkinson encéphalitique*, Paris, 1938), et dans les articles que nous avons consacrés à ce sujet avec H. CLAUDE (*Presse Médicale*, août, 1933, et *Encéphale*, 1933, 28, pp. 485 à 503), une documentation complète sur ce point.

...les études si approfondies des délires post-encéphalitiques...STECK (1927 et 1931)

Au réveil elle voyait bien que ce n'était pas réel. Le 15 mars 1930, elle entre à l'asile. On nota alors un état d'anxiété nocturne avec sentiment d'étrangeté : elle avait l'impression d'avoir une grosse tête, des dents très longues. Elle présentait un état d'onirisme typique. Elle racontait qu'elle avait vu une fois dans son sommeil un serpent géant dans le ciel. La nuit de Noël elle aurait eu un état de ce genre mais alors un véritable rêve. Au contraire, ce qu'elle éprouve maintenant est distinct « d'un véritable rêve ». C'est un « sommeil hypnotique » où les images sont plus nettes, plus vives. Ce n'était certainement pas un rêve. Cet état se renouvelle chez cette malade dans un état de demi-sommeil, jamais à l'état de veille on n'observe quelque chose de semblable. Tous les soirs, les mêmes phénomènes se répètent. Le 6 avril 1930, étant depuis plusieurs jours sous l'action de l'atropine-scopolamine, elle ne présente plus de sommeil hypnotique. Elle ne croit pas d'ailleurs que ce soit l'action du médicament qui fasse cesser ces sommeils hypnotiques, mais parce que son mari dont elle est séparée et qui l'hypnotise, ne peut pas l'atteindre dans sa nouvelle salle... En revanche, on note un curieux phénomène, c'est que le soir, si on lui fait regarder dans un verre vide, elle voit des quantités d'images visuelles vives mais irréelles. Il s'agit d'illusions visuelles très esthétiques, très colorées, des sphères, des figures qui se transforment, s'épanouissent, changent constamment de forme et de couleur. Si on cesse l'atropine-scopolamine, les sommeils hypnotiques réapparaissent. »

Naturellement le rapport de ces « bouffées délirantes oniriques » avec le sommeil et l'état hypnagogique a été souligné par tous les auteurs. L'observation suivante de RANCOULE (Observation XII) est à cet égard particulièrement intéressante et on nous permettra d'en reproduire de larges extraits. Il s'agissait d'une malade ayant présenté une encéphalite en 1924 (hérédité vésanique maternelle) avec des troubles neurologiques discrets mais sans syndrome parkinsonien caractérisé.

...Observation post encéphalitique de RANCOULE (1938)...

Elle raconte un jour à son père venu la voir que la nuit il se passe des choses extraordinaires : on lui comprime le cerveau, il y a des gens qui l'hypnotisent. Elle lui défend spontanément d'en parler, parce qu'on ne la croirait pas.

La malade par la suite se montre toujours très difficile, elle tente trois fois de se suicider : une fois en s'enfonçant une aiguille à la pointe du sternum, une deuxième fois dans le bras, et enfin par strangulation.

Quelques temps après la malade se sent mieux, mais fait allusion à des phénomènes oniriques : dans sa chambre elle a un homme sur le lit avec une bougie allumée. Elle a eu l'impression de la réalité et explique en disant que ce sont des expériences médicales, on dédouble les gens. Elle a senti en dormant qu'on lui retirait son double. Elle a appelé celui-ci les yeux mis-clos, elle le voyait partir. A l'Hôtel-Dieu, elle a reconnu l'endroit où son double était passé. Elle a parfois la sensation de serpents qui l'entourent. On lui envoie aussi des choses, des sensations « dégoûtantes ».

La malade se montre cependant plus calme et plus docile. Elle est envoyée en congé dans sa famille et la sortie requise par celle-ci est accordée.

Peu après elle écrivait au médecin-chef le journal de ses nuits dont nous prenons quelques extraits :

« Savez-vous ce qu'il m'est arrivé cette nuit, ce matin plutôt, je commençais à m'endormir, il était à peu près 7 heures moins 10, les doubles rideaux étaient fermés lorsque tout à coup je m'éveille brusquement, je ne savais plus où j'étais, j'ai réfléchi une seconde, il y avait à mon côté droit un homme qui tenait une bougie allumée et en

face de moi un autre qui regardait. J'étais éveillée à ce moment-là, je n'ai rien dit, je n'ai pas bougé ni même appelé mon père, car je savais de quelle source ça venait ; celui qui la tenait a éteint la bougie, j'ai entendu son souffle, et une fois qu'ils furent partis, j'ai tâté la mèche pour bien m'assurer que je n'avais pas rêvé, elle était toute chaude. J'ai donc reposé ma tête sur l'oreiller et je me suis dit « je vais le dire au Docteur », les voix m'ont répondu que c'était vous qui le leur commandiez. Je ne sais plus que penser ».

Elle écrit plus loin :

« Cette nuit-là, j'avais très mal dormi, je me suis réveillée, puis, sans pouvoir faire un mouvement, puisque j'étais paralysée, j'ai senti sauter sur mon édredon, puis passer sur moi à tour de rôle des sortes de petits cochons d'Inde ou d'écureuils ; ils passaient sur mon corps en faisant leurs petits besoins. Puis il y en avait encore un qui était sur mon cou, quand je me suis mise à penser « pourvu qu'en passant sur ma poitrine il ne me tâte pas le sein », au même moment la petite bête s'est mise en devoir de le faire. Trois ou quatre jours après je me sens réveillée dans la nuit, il y avait devant moi un homme assez jeune, il passait sa main sous mon drap du dessus et me demandait de lui donner la main ; lui refusant, il la chercha en grim pant le long de moi comme une araignée qui tisserait sa toile, puis ne la trouvant pas, il appela « Joseph » ; aussitôt j'entendis une chaise remuer dans notre chambre, et le deuxième bonhomme apparut, cherchant à côté du premier ma main ; puis, voyant qu'ils ne la trouvaient pas, ils sont repartis, mais impossible de me rendormir. Il y a un de ces hommes qui est revenu sous la forme de cochon d'Inde me supplier de lui laisser prendre ma main ; comme je lui disais qu'il la prenne vite, il appela le deuxième bonhomme par une sorte de bruit indéfinissable, puis voyant que je ne la leur laissais pas prendre, ils sont repartis ; mais cette fois pour revenir à huit petits cochons d'Inde dans mon lit et comme ma main était allongée le long de mon corps mais fermée, ils ont chanté, puis il y en avait un qui balançait sa queue sur mon cou et qui me faisait souffrir énormément. Les quatre autres ont mis leur queue dans mon poing fermé pendant qu'il y en avait un qui discourait. C'était le 1^{er} décembre, je me rappelle, ils venaient me souhaiter du bonheur puis il y en avait un autre à ma droite qui me flairait même étant éveillée, il venait se coucher à côté de moi ou derrière ma tête en me chatouillant les oreilles.

« Une autre fois, je sentais qu'on essayait de me gonfler le ventre, comme je ne me laissais pas faire, au milieu de la nuit j'ai été réveillée en sursaut, toujours engourdie, j'ai senti et vu au moins sept femmes qui me montaient sur le ventre, j'étais oppressée et je ne pouvais plus respirer, j'ai compris que c'était pour me punir d'avoir refusé de me prêter à la chose dont je vous ai parlé plus haut... ».

Elle écrit dans une autre lettre :

« Je n'ai pu m'endormir de la nuit. Lorsque j'essayais de m'endormir en répétant la formule du Professeur COUÉ, je tombais non pas dans le sommeil mais dans une sorte d'engourdissement et sans pouvoir me défendre, environnée de coquillages, de moules, de poissons, de sangsues, enfin de toutes sortes de bêtes qui vivent dans l'eau, puisque je sentais l'eau. La nuit suivante comme je faisais la même chose pour m'endormir, je tombais dans le même engourdissement sans pouvoir me défendre et les yeux ouverts, puisque je savais que je ne dormais pas, et cette fois je suis tombée au bord de la mer parmi les requins, les crocodiles et je sentais qu'ils voulaient me dévorer. Puis je voyais devant moi, dans l'angle de l'armoire à glace, un esprit mauvais avec un long bâton appelé tête de loup, qui le faisait aller et venir devant moi pendant ce cauchemar ; une autre fois, comme il y avait un Christ pendu au mur juste en face

...Observation post encéphalitique de RANCOULE (1938)...

de mon lit, je voyais dans la nuit étant éveillée un esprit aussi, une femme, qui priait soi-disant pour moi ; pendant ce temps plus elle priait plus j'avais les sens éveillés : le démon me tentait ».

Si nous multiplions ainsi ces observations qui se ressemblent toutes, c'est précisément pour montrer qu'elles se ressemblent et on voudra bien nous excuser d'y insister. Mais cela est indispensable pour bien illustrer ce fait que quelle que soit l'étiologie, la « réponse » délirante et hallucinatoire est à peu près la même, en tout cas assez constante pour caractériser une forme typique de conscience en voie de dissolution et, pour ainsi dire, à moitié chemin du rêve et de la veille.

Naturellement le rapprochement avec l'action des toxiques hallucinogènes comme la mescaline et le hachisch s'impose de lui-même¹. Mêmes états oniriques ou semi-oniriques, impressions de dépersonnalisation ou d'étrangeté. Mêmes phénomènes hallucinosiques aussi dont voici une assez jolie observation sous forme d'imagerie eidétique, observation que nous empruntons à H. BECKETT et Ph. POLLATIN² :

« Il s'agit d'un homme de 23 ans qui présenta une encéphalite à l'âge de 10 ans, d'une durée de 11 jours ; quelques mois après, il devint irritable, querelleur, paresseux, indiscipliné ; il commit des larcins et se montra vicieux, sadique, cruel. A 14 ans on notait chez lui des troubles de caractère, des tendances agressives, notamment à l'égard de sa mère (plusieurs attentats également sur de petits enfants). Il se plaignait à ce moment-là de « brouillard devant les yeux ». A 19 ans il commença à parler de visions et de tableaux qu'il pouvait voir même les yeux fermés et dans l'obscurité. Ses hallucinations s'accompagnaient d'anxiété à tel point qu'il fit une tentative de suicide. Il déclarait : « Ils sont en train de me rendre fou. Je puis voir les figures des infirmières que j'ai vues dans d'autres services. Je peux me représenter comment mes pas marchent sur le plancher. Je vois des visions de pas. Je prends la vision de tout ce que je porte, mes souliers, mes vêtements, boutons, toutes les choses sur lesquelles j'ai jeté un regard. Tout ce que je regarde, je le vois devant moi ». Durant tout notre examen il dit : « Quand j'étais dans mon bain je visionnais l'aspect de toutes les choses qui étaient de l'autre côté du mur dans les lignes du plancher, les formes des tubes, etc... Un jour j'étais assis sur un banc, deux malades vinrent à passer et quand ils furent partis, en fermant les yeux, je pouvais les voir encore comme s'ils étaient là. Plusieurs jours après, étant assis sur le même banc, je n'eus pas besoin de fermer les yeux pour les voir clairement comme je les avais vus la première fois. Quand je suis au lit et que je regarde le plafond, je puis voir une image de l'ensemble du lit, du sommier, du matelas, la couleur des raies sur le matelas ; mes yeux s'abaissent, je ne puis les maintenir droits, j'ai des visions de lignes sur tout ce qui se trouve dans la salle de bains, je pense que l'œil droit va vers l'œil gauche et réciproquement ; je vous demande de m'aider à me rendre maître de ces visions et de ces tableaux et de me guérir de façon à ce que je puisse rentrer dans ma famille ».

...quelle que soit l'étiologie, la « réponse » délirante et hallucinatoire est à peu près la même...

...observation de H. BECKETT et Ph. POLLATIN...

1. Ce rapprochement et l'étude des effets de la mescalisation des encéphalites ont été exposés dans notre travail (avec RANCOULE) : Hallucinations mescaliques et troubles psycho-sensoriels de l'encéphalite épidémique chronique, *Encéphale*, 1938, 23.

2. H. BECKETT et Ph. POLLATIN, *J. of New. and Ment. Disease*, 1937, pp. 548 à 556.

Ainsi l'encéphalite réalise-t-elle des expériences hallucinatoires dont la dégradation depuis l'onirisme jusqu'à l'hallucinose visuelle est comparable à celle des autres poisons « psycholytiques » ou « hallucinogènes ». Et ce n'est évidemment pas par hasard que cette maladie qui atteint électivement les régions meso-diencephaliques déclenche ainsi ces formes étiologiques des « bouffées délirantes et hallucinatoires » ¹.

Ceci nous conduit à nous demander (comme BINSWANGER à propos de la fuite des idées ou comme MAYER-GROSS à propos de ses états oniroïdes) quel rôle peuvent jouer les « centres » neuro-végétatifs du tronc cérébral dans cette destruction de la conscience. D'après REICHARDT et CAMUS, c'est dans les formations grises du mésodiencephale qu'il faut « localiser » la conscience, la pensée vigile et la régulation de l'activité psychique. Cette idée a été reprise, à la lumière de la pathologie traumatique de guerre, par KLEIST (Gehirnpathologie 1934) qui a noté des lésions du tronc cérébral chez les blessés de guerre qui présentaient des états intermédiaires entre la léthargie et les états de demi-sommeil. Les états de dépersonnalisation avec sentiments d'irréalité dépendent du trouble des fonctions du diencephale. Il indique aussi que dans les formes délirantes où le processus hallucinatoire s'associe à la désorientation spatiale et à une légère « crépuscularisation » de la conscience avec « hallucinose » au sens de WERNICKE, il s'agit presque toujours de blessures qui ont intéressé le diencephale, le lobe temporal ou le cerveau frontal (lobe orbitaire). Cette localisation d'un système pour ainsi dire longitudinal aux divers étages du cerveau est, dans la conception des centres des fonctions psychiques de KLEIST, particulièrement remarquable pour sa localisation du Moi ou plutôt des divers systèmes du Moi. Le Moi de relation dépend du cerveau frontal — le Moi intrinsèque (Selbst-ich), l'unité de la personne dépend des fonctions mnésiques et ses troubles sont dus à des lésions fronto-orbitaires — le Moi instinctif dépend des formations basales antérieures du diencephale et le moi affectif est localisé dans le tronc cérébral. Comme on le voit, la diversité des fonctions décalquée sur la multiplicité des centres permet à ce système de localisations de ne pas être trop rigoureux. Ce caractère un peu disparate a été encore accentué en 1936 ². Pour ce qui nous intéresse ici, soulignons simplement que les troubles psychopathologiques des fonctions d'intégration entéroceptives des processus extero et proprioceptifs (troubles de la conscience et dépersonnalisation, phénomènes d'influence) sont dus à des lésions du mésencéphale, mais les états crépusculaires se rencontrent dans les lésions mésencéphaliques et temporales.

Cette dernière remarque est d'autant plus significative que H. JACKSON le premier avait placé dans la profondeur du lobe temporal les lésions responsables des états crépusculaires, des « dreamy states » (uncinate fit), idée qui, après les travaux des Neurochirurgiens et Neuro-pathologistes anglo-saxons (KENNEDY, CUSHING, WILSON, HORRAX, etc...) a pris sa pleine actualité à propos de l'épilepsie temporale non seulement pour les électroencéphalographistes (GIBBS, JASPER, GASTAUT) mais pour des cliniciens (PENFIELD). Il semble que l'on considère que la région temporo-hippocam-

1. Nous aurions pu étudier ici également les psychoses délirantes aiguës, les états hallucinatoires et oniroïdes déterminés par la *syphilis cérébrale*. Cf. à ce sujet F. BARISON, *Classificazioni e analisi degli stati oniroïdi nella paralisi progressiva malarizzata*, *Rivista sper. di Freniatria*, 1936, 60, 217-270.

2. [KLEIST] : Congrès allemand de Neurologie et de Psychiatrie, 1936. *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1937, 58, pp. 159 à 193.

...quel rôle peuvent jouer les « centres » neuro-végétatifs du tronc cérébral dans cette destruction de la conscience...

...Travaux de KLEIST...

pique constitue une unité physiologique. De telle sorte que, comme nous aurons l'occasion d'y insister à la fin de ce volume dans notre Étude n° 27, les idées de KLEIST qui, à première vue et en raison de ses localisations en forme de mosaïque un peu hétéroclite, paraissent surprenantes, tendent à prendre plus de relief, s'il est vrai justement que les structures rhinencéphaliques de l'hippocampe (archicortex) et l'amygdalium sont largement connectées notamment par le fornix à l'hypothalamus postérieur. Certainement ce vaste système fonctionnel, ce « centrencéphale » comme on l'a appelé récemment, qui constitue la « portion végétative » fondamentale de la vie de relation ou mieux, pourrait-on dire, le *nœud psycho-vital*, sera, dans le sens déjà indiqué par JACKSON, l'objet d'observations physiologiques et psychophysiopathologiques du plus haut intérêt.

En France, les travaux les plus originaux et les plus approfondis sur ce problème sont dus à LHERMITTE. Il a réuni une série d'observations très intéressantes sur l'*hallucinose pédonculaire*, c'est-à-dire sur ces états d'onirisme partiel que l'on observe notamment dans les lésions vasculaires de la calotte des pédoncules cérébraux en même temps qu'une ophtalmoplégie par atteinte des faisceaux supra-nucléaires ou des noyaux oculo-moteurs. « Une véritable marée hallucinatoire » peut être déchaînée, écrit LHERMITTE ¹, par ces lésions de la calotte bulbo protubérantielle ou, dans le cas d'altérations qui portent sur la région la plus proche de la calotte pédonculaire, celle du mésodienéphale ou de l'hypothalamus médian. « L'halluciné pédonculaire, dit encore LHERMITTE (p. 98) se trouve plongé dans un état qui s'apparente à l'état morphéique ou plus exactement dans un état hallucinatoire » et c'est à la faveur d'une dissolution partielle des fonctions de connaissance, de critique, en bref de vigilance supérieure que peut éclore la fantasmagorie.

Pour R. MOURGUE (qui rappelle très justement que, pour la raison que nous indiquons nous-mêmes plus haut, le sommeil est incompatible avec l'hallucination « vraie », à ses yeux caractérisée par le phénomène de projection perceptive de l'image) l'état hallucinatoire signale tout à la fois une désintégration des fonctions sensorimotrices et un état d'inhibition corticale au sens de PAVLOV ². Mais chez l'aliéné, dit-il (c'est-à-dire, si nous ne nous abusons pas, chez les malades qui présentent les troubles globaux de la conscience), il faut admettre un envahissement de la sphère de la causalité par celle de l'instinct car ce n'est que dans ce bouleversement de la « *synecdesis* » que la pensée se soumet à la loi de la « causalité agglutinée ». Cette thèse, en clair, peut s'exprimer ainsi : les troubles de la conscience exigent toujours une dissolution globale et en définitive c'est l'activité corticale qui est troublée. Cette conception (pour si différente qu'elle soit du système réflexologique de PAVLOV) tend donc à restaurer l'écorce cérébrale dans cette fonction d'intégration suprême de l'activité psychique que l'on a un peu perdu l'habitude de lui attribuer depuis que les centres d'association corticaux apparaissent comme une « paraphrase anatomique » de l'atomisme associationniste.

Mais il nous suffit d'avoir montré ici toute la complexité et l'actualité de ce problème de physiopathologie cérébrale. Soulignons cependant dans quel sens plus dynamiste il a évolué puisque même, quand on parle de « centre de la conscience », on entend sous ce nom non plus un centre où siège une fonction (la conscience ramenée à une fonction ne pouvant que faire éclater le cadre même et la notion de fonction !) mais un système plus fonctionnel qu'anatomique dont dépend l'énergétique de la vie

...ce « centrencéphale »
[...] constitue la « portion
végétative » fondamenta-
le de la vie de relation ou
mieux, pourrait-on dire,
le nœud psycho-vital...

...Travaux de LHERMITTE...

1. LHERMITTE, *Les hallucinations*, 1951, p. 94.

2. R. MOURGUE, *Neurobiologie de l'hallucination*, 1932.

...la « conscience » n'est pas une fonction qui existe ou n'existe pas, qui s'éclipse ou paraît selon la loi du tout ou rien, mais un système dynamique de forces créatrices...

psychique. De telle sorte que ce « centre » n'est pas seulement « déterminé » par ses propriétés topographiques mais qu'il est l'activité même de l'intégration en tant qu'elle est soudée à la vie de l'organisme et qu'elle dispose ainsi des forces de l'organisme tout entier. De telle sorte encore que la « conscience » n'est pas une fonction qui existe ou n'existe pas, qui s'éclipse ou paraît selon la loi du tout ou rien, mais un système dynamique de forces créatrices capable de structurer plus ou moins les relations existentielles du Moi et du Monde, de construire à l'intersection du temps et de l'ordre des espaces vécus, le champ de l'expérience présente.

Au terme de cette « ÉTUDE » nous pouvons dire que les notions flottantes de « *Psychose hallucinatoire aiguë* », de « *Bouffées délirantes* », d'« *États oniroïdes* » peuvent trouver dans notre perspective, avec leur relative unité, leur véritable sens et leur exacte position dans le déroulement du processus de déstructuration de la conscience. Elles correspondent en effet à cette phase intermédiaire (entre la « manie-mélancolie » et la « confusion ») de la décomposition du champ de la conscience où se désorganise la « représentation » de l'ordre spatialement vécu de l'expérience sensible actuelle.

(Nous ne pouvons pas rassembler ici d'indications bibliographiques se référant à des travaux d'ensemble sur le « syndrome » que nous venons d'étudier pour la bonne raison qu'aucun travail n'envisage comme nous venons de le faire, la totalité des troubles qui font l'objet de cette étude. On se rapportera donc aux références indiquées au bas des pages, pour chacun des points de vue que nous y avons exposés).

Étude n° 24

CONFUSION ET DÉLIRE CONFUSO-ONIRIQUE

20. La classification des M. mentales.
21. Manie.
22. Mélancolie.
23. Bouffées délirantes.
24. *Confusion*.
25. Psychoses périodiques
maniaco-dépressives.
26. Épilepsie.
27. Structure et destruction
de la conscience.

Syndrome caractérisé par l'obnubilation de la conscience, le désordre de la pensée, la désorientation et le délire onirique, la *confusion mentale* qui a été si admirablement décrite par l'École française, doit retenir maintenant notre attention. Il s'agit d'un niveau de trouble très profond allant parfois jusqu'à la stupeur et qui pose deux problèmes considérables ; celui des rapports de cette forme de psychose avec le sommeil-rêve et celui de ses rapports étiologiques avec les facteurs toxi-infectieux. Il est toujours défini classiquement (RÉGIS, BONHOEFFER, etc.) par son facteur étiologique toxi-infectieux, son caractère de « réaction exogène », de telle sorte que l'on parle dans cette éventualité de confusion, non pas parce que le tableau clinique est celui de la véritable et profonde confusion mais parce qu'il s'agit d'une psychose toxi-infectieuse. Pour nous, la confusion est (quelles qu'en soient son origine et sa nature) l'état qui correspond au plus profond niveau de déstructuration de la conscience quand se mêlent inextricablement obnubilation, stupeur et « delirium »¹.

...la confusion est [...] l'état qui correspond au plus profond niveau de déstructuration de la conscience...

1. Nous devrions employer ce mot pour désigner spécialement le « délire confuso-onirique » afin de bien marquer qu'ici « le délire » correspond au sens plein du vieux terme de *delirium*, tandis qu'au niveau de déstructuration de la conscience qui a fait l'objet de l'étude précédente, les états de « délire » sont mieux caractérisés par les épithètes « Wahnhaft » ou « delusional » qui peuvent établir un pont entre le *delirium* et les délires (Wahn, Delusion).

Dans son livre, CHASLIN donne pour ces états de confusion (dont le *delirium* représente le niveau le plus profond) une longue liste de synonymes. Nous les reproduisons à titre documentaire (elle figure à la page 78 de son livre) : Démence aiguë (ESQUIROL, BRIERRE DE BOISMONT) ; Stupidité, stupeur (VÉROGET, FERRUS, DELASIAUVE, DAGONET) ; Confusion, confusion hallucinatoire (DELASIAUVE) ; Délire de dépression (LASÈGUE) ; Délire d' inanition (BOCQUET) ; Torpeur cérébrale (BALL) ; Acute primäre Verrücktheit (WESTPHAL) ; Hallucinatorische Verwirrtheit (KRAEPELIN) ; Hallucinatorischer Irresein (FURSTER) ; Dementia generalis acuta oder subacuta (TILLING) ; Mania hallucinatoria (MENDEL) ; Amenda (MEYNERT, SIRBAKY) ; Dysnoïa, Polyneuritic psychose (KORSAKOFF) ; Délire sensoriel (SCHERESCHANSKI) ; Folie générale (ROSENBAACH) ; Paranoïa acuta ou hallucinatoria acuta (divers auteurs) ; Primary confusional insanity (SPITZKA) ; Acute hallucinatoire confusion (SPITZKA) ;.../...

§ I. — HISTORIQUE

...tout le problème est de savoir si ce groupe, englobant toutes les psychoses confusionnelles toxi-infectieuses, doit être séparé des autres psychoses aiguës...

De tout temps, sous le nom de « phrenitis », puis de « delirium » les médecins ont désigné des états de troubles mentaux symptomatiques des affections cérébrales et organiques aiguës. Et tout le problème est de savoir si ce groupe, englobant toutes les psychoses confusionnelles toxi-infectieuses, doit être séparé des autres psychoses aiguës ou si au contraire ces formes aiguës doivent être rapprochées de l'ensemble des psychoses aiguës dans une perspective qui nous est de plus en plus familière, celle des niveaux de déstructuration de la conscience. Nous avons déjà dit un mot, dans notre précédente Étude (n° 20) consacrée à la classification des psychoses aiguës, de la difficulté rencontrée pour séparer le « délire » des états de confusion mentale, du cadre de la mélancolie ou de la manie, etc.

...PINEL et l'idiotisme...

C'est à PINEL¹ que DELASIAUVE attribue le mérite de la première identification de cette forme de troubles². Sous le nom d'« idiotisme », PINEL en effet a décrit « une commotion » qu'il rapportait à une émotion (une affection vive et brusque, dit-il) comme celle de cet artilleur des armées de la Révolution qui, à l'annonce que son projet de canon était favorablement envisagé par Robespierre, recevant une lettre de celui-ci « resta comme immobile et fut envoyé à Bicêtre dans un état complet d'idiotisme ». PINEL indique qu'il eut l'occasion d'observer de nombreux cas de ce genre qui se terminent, dit-il, par un accès de manie. Il n'est pas sans intérêt de noter que cette description « princeps » vise des cas où le *choc émotionnel* joue un rôle primordial par l'ébranlement qu'il provoque. A côté de ces « causes morales », PINEL admettait, d'ailleurs, un facteur d'épuisement dans le déterminisme de ces troubles (faiblesse, atonie et stupeur).

...ESQUIROL et la « démence aiguë »...

ESQUIROL³ ayant réservé le terme d'idiotie aux états de « démence congénitale » préféra appeler l'« idiotisme » de PINEL « *démence aiguë* ». Il ne s'intéressa guère d'ailleurs à sa description.

.../...Stupor, delusional stupor (HAYER, NEWINGTON) ; Acute confusion Isanity (CONOLLY NORMAN) ; Frenosi sensoria acuta, confusione mentale, amenza (MORSELLI) ; Stupidita (MORSELLI) ; Delirio sensoriale (DEL GRECO) ; Confusion mentale primitive (CHASLIN, SÉGLAS, etc.) ; Paranoïa dissociativa (Th. ZIEHEN) ; Delirium hallucinatorium (MENDEL).

1. PINEL, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2^e édition, 1809.

2. Pour l'historique de la « Confusion mentale » et plus généralement des psychoses à type de réaction exogène ou toxi-infectieuse (puisque le plus souvent ces deux concepts sont confondus), on consultera l'article de RITTI (stupeur, stupidité) dans le Dictionnaire DECHAMBRE, 1883, le livre de CHASLIN (*La confusion mentale primitive*, 1895, chapitre d'historique, pp. 1 à 79), l'article de RÉGIS et HESNARD (Les confusions mentales) dans le *Traité international de psychologie pathologique* d'A. MARIE (1910).

3. ESQUIROL, article « Démence » dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, 1814, p. 292.

GEORGET ¹, lui, choisit le terme de « *stupidité* » pour définir ce qu'il appelait « l'absence accidentelle de la manifestation de la pensée, soit que le malade n'ait pas d'idées, soit qu'il ne puisse pas les exprimer », et il cite l'observation de deux malades qui toutes deux ont, après leur accès, décrit ce qu'elles avaient éprouvé.

...GEORGET et la « *stupidité* »...

ÉTOC-DEMAZY ² se rallia au point de vue de GEORGET mais se refusa à voir dans ces troubles une affection spéciale. Il les tenait plutôt pour une « complication de la manie et de la monomanie ». (Son travail comporte une partie d'anatomie pathologique où il insistait surtout sur l'œdème cérébral).

CALMEIL ³ et surtout FERRUS ⁴ s'intéressèrent vivement à cette nouvelle forme de troubles. FERRUS soulignait le caractère apyrétique de la stupidité et effectivement tous les travaux de cette époque semblent s'appliquer aux états de stupeur confusionnelle profonde et sans fièvre où prédomine ce que l'on appelait « l'étonnement nerveux ».

Mais BAILLARGER ⁵ refroidit le zèle de ses contemporains pour cette nouvelle maladie. Chez les « stupides » qu'il examina (6 observations) il était frappé du fait qu'il existait, disait-il, toujours un « *fond de mélancolie* » ⁶. Il admit cependant que l'embarras des idées, les illusions, les hallucinations, une sorte de fatigue de tête ou mieux, ajoutait-il (pour se servir de l'expression même de la malade), une sorte « d'étourdissement », etc. constituent une « variété particulière » de « *mélancolie stuporeuse* ». Cet article, écrit CHASLIN, produit tellement d'effet que la plupart des aliénistes (et il cite RENAUDIN et AUBANEL) se rallièrent à l'opinion de BAILLARGER et refusèrent de séparer la « stupidité » de la mélancolie.

...BAILLARGER trouve un « *fond de mélancolie* »...

Il appartenait à Louis DELASIAUVE de reprendre la question et de la porter à un admirable degré de précision clinique. Venu assez tard à l'étude de l'aliénation (1839), il travailla à Bicêtre et fut fondateur d'une revue « *Le Journal de Médecine Mentale* » dans lequel la plus grande partie de son œuvre a été publiée. Nous insistons sur ces détails pour faire comprendre que l'œuvre de DELASIAUVE est presque toujours citée de seconde main et, naturellement, à peu près inconnue à l'étranger. DELASIAUVE estimait que l'on considérerait trop volontiers toute agitation active comme un signe de

...DELASIAUVE porte la question à un admirable degré de précision clinique...

1. GEORGET (E.), De la folie, Considérations sur cette maladie, son siège et ses symptômes, 1820, et article « Folie », Dictionnaire de Médecine, 2^e édition, 1836, XIII, p. 277.

2. ÉTOC-DEMAZY (G.), -De la stupidité considérée chez les aliénés. Recherches faites à Bicêtre et à la Salpêtrière, Thèse, Paris, 1833.

3. CALMEIL (L.-F.), article « Démence », Dictionnaire de Médecine, 1835, p. 70.

4. FERRUS (G.), Gazette des Hôpitaux, 1838, p. 600.

5. BAILLARGER (J.), De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité (1843), reproduit dans ses Recherches sur les maladies mentales, 1890, I, p. 85.

6. Cela ne saurait nous surprendre si précisément nous admettons le principe des niveaux de dissolution de la conscience puisque, au niveau inférieur, s'ajoute la structure négative du niveau supérieur. De telle sorte que la confusion contient aussi la mélancolie.

manie « en confondant les troubles basés sur l'incohérence ou la véhémence hallucinatoire ». Il en est de même, ajoute-t-il, pour les états dépressifs. Aussi son étude se fondait-elle particulièrement sur ses fameux cas de « stupidité » qui lui paraissaient distincts de la mélancolie et il se rangea à l'opinion de FERRUS et d'ÉTOC-DEMAZY contre la position de BAILLARGER. Il faudrait citer presque tous ses travaux, ses articles, ses observations ¹.

...DELASIAUVE dote la psychiatrie du terme de « confusion »...et la décrit magistralement...

Cet ensemble de petites études claires est, encore aujourd'hui, plein d'intérêt. C'est à lui que nous devons non seulement d'avoir doté la psychiatrie du terme de « confusion », mais d'avoir donné une description magistrale de cette « forme mentale ». « Qu'on se figure, dit-il, un clavier sur lequel se promène une main distraite ou inexpérimentée soumise au jeu machinal de ses propres molécules et notamment aux impulsions de la circulation sanguine ², le cerveau rend ainsi toutes sortes de notes discordantes. Il en est des « stupides » comme de ces hommes de l'« In exitu » qui ont des yeux pour ne pas voir et des oreilles pour ne point entendre. Leur situation me paraît en tout point comparable à celle des gens qui assistent en automates à une bataille ou à un spectacle. Impuissants à se soustraire aux impressions dont leur imagination est frappée, ils en peuvent conserver le souvenir, comme un spectateur dont je parle se remémorant le bruit du canon, de la fusillade, la mêlée des combattants, les mouvements et les déclamations des acteurs, etc. En ce sens, les « stupides » sont des témoins forcés et tout à fait passifs des scènes qui s'accomplissent devant eux ». Et soucieux de séparer (contre l'avis de BAILLARGER) la confusion de la mélancolie, il ajoute : « L'essentiel est de discerner quand, tristes ou non, les perceptions vicieuses appartiennent à un sentiment altéré ou correspondent à une *confusion* intellectuelle. Or ce dernier cas est celui de la stupidité ». Il insiste sur les symptômes physiques et avant tout sur le *caractère rémittent* que prend souvent la marche de la maladie. Il décrit cette « confusion » (stupidité) comme une sorte de groupe naturel comprenant des espèces diverses. Il insiste sur les *semi-stupidités* en indiquant que c'est surtout dans celles-là (qui correspondent au niveau qui a fait l'objet de l'Étude n° 23) que se rencontrent les hallucinations et le délire. Mais il ajoute : « Rarement les semi-stupidités demeurent longtemps exemptes de complication. Le jeu machinal du cerveau produit des scènes fantastiques dont le rapprochement avec les songes permet une interpréta-

1. On se rapportera notamment à son fameux *Journal de Médecine mentale* (éditeur Masson, collection en dix volumes ayant paru de 1861 à 1870), t. I (1861), p. 10 et pp. 304 à 311 (Des diverses formes mentales, Stupidité, Confusion intellectuelle) ; t. II (1862), pp. 74 à 81 et 111 à 125 (Semi-stupidité et stupidité légère) ; pp. 250 à 256 et 342 à 352 (Délires des névroses convulsives, deuxième espèce : stupidité) ; t. III (1863), pp. 10 à 19, 137 à 144, 170 à 174, 213 à 226 (Folie ou délire par intoxication, troisième espèce : stupidité).

2. Nous retrouverons une théorie analogue chez MEYNERT dont CHASLIN fait d'ailleurs état.

tion plausible ». (Et c'est alors l'état confuso-onirique).

Nous pouvons donc, après cette brève allusion aux travaux de DELASIAUVE, conclure comme CHASLIN : « C'est à cet auteur que nous devons la première bonne description, à laquelle on n'a rajouté que peu de choses, de la confusion mentale ». Cependant, malgré la thèse de SAUZE ¹, son œuvre resta d'abord sans prestige sinon sans lendemain.

C'est justement CHASLIN ² qui devait ériger en « entité » ou tout au moins en « syndrome typique » la *confusion mentale primitive*. Il en a fourni une description très détaillée (forme complète et moyenne, confusion mentale primitive proprement dite, délire de collapsus, forme polynévritique, confusion mentale subaiguë, confusion mentale primitive profonde ou démence aiguë avec ses deux variétés, agitée et stuporeuse). Il ne faudrait pas trop se méprendre cependant sur le sens de l'épithète « primitive » que CHASLIN emploie constamment aussi bien pour désigner les confusions mentales sans causes connues que les « confusions primitives symptomatiques » (p. 123) : par « primitive », en effet, il entendait dire que la confusion est le trouble fondamental.

Cette remarquable étude clinique, modèle du genre et d'une époque, força l'attention des aliénistes et s'ils avaient été assez indifférents à la voix de DELASIAUVE, à partir de 1895 en France, presque tous et notamment SÉGLAS acceptèrent cette forme typique de troubles, ce nouveau « Syndrome », cette nouvelle « Psychose » ³.

L'évolution des idées sur la confusion mentale s'est opérée par la suite et très rapidement dans deux sens, sous l'influence de RÉGIS et de l'école de Bordeaux. Tout d'abord elle est devenue synonyme de *psychose toxi-infectieuse* ⁴. C'est ainsi que, dans son Précis, RÉGIS la définit, en mêlant intimement les symptômes aux facteurs étiologiques, comme un « engourdissement toxique » et que, avec HESNARD, il écrivait (1911) : « L'intoxication ou l'infection sous une forme quelconque est à la base de toute confusion mentale... » Ensuite, et nous dirions volontiers surtout, la confusion a été rapprochée du *délire onirique*, celui-ci devenant caractéristique même de celle-là dans les formes réputées les plus classiques.

Ceci mérite de nous arrêter un instant. LASÈGUE ⁵ avait indiqué, assez paradoxalement, comme il le signale lui-même dans les premières lignes de son célèbre mémoi-

...CHASLIN érige en « entité » ou tout au moins en « syndrome typique » la confusion mentale primitive...

...RÉGIS [en fait] une psychose toxi-infectieuse...

... le délire onirique en devient caractéristique...

1. SAUZE, Thèse, Paris, 1852.

2. Ph. CHASLIN, *La confusion mentale primitive* (Stupidité, Démence aiguë, Stupeur primitive). Paris, 1895, 1 vol., 264 pp.

3. E. CHARPENTIER, *Revue générale de Clin. et Thér.*, (1892), Thèse de HANNION, Paris (1894), SÉGLAS (1895-1897), etc.

4. RÉGIS et CHEVALLIER-LAVAURE, Congrès des aliénistes de la Rochelle (1893), ont insisté d'abord sur le facteur « auto-intoxication ».

5. LASÈGUE Ch., *Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve*. Archives générales de Médecine, novembre 1881 (reproduit dans les *Études médicales*, 1884, t. II, pp. 203 à 227). [NdE : reproduit dans *Analectes Paris* : Paris ; Théraplix ; 1969].

...le délire onirique
(1901)...

re, que le « délire » (au sens de delirium) des alcooliques n'est pas un délire (au sens d'idées délirantes) mais un rêve. Mais il appartenait à E. RÉGIS d'illustrer son nom par son étude approfondie du « *délire onirique* ». Voici comment il s'exprime dans son *Précis* :

« Ayant étudié de près, dans les hôpitaux, le délire des sujets atteints de maladies infectieuses ou toxiques, je crus pouvoir en effet signaler en 1894 que ce délire était comme dans l'alcoolisme un délire de rêve ; que ce délire de rêve auquel je donnais le nom de délire *onirique* (de *οναρ*, *ονειρος*, rêve) pouvait être considéré comme étant caractéristique de toutes les intoxications et infections, que ce délire, enfin, pouvait être, non le rêve d'un sommeil ordinaire, mais le rêve d'un sommeil pathologique » et il poursuit : « J'ai établi, et c'est là le point dominant en l'espèce, que le délire onirique est un véritable *état somnambulique, un état second*. Comme tout état second il est formé par la mise en jeu de l'activité subconsciente ou inconsciente... ».

Et en 1901 il mit au point la description définitive du délire onirique ¹.

Depuis lors ², après les travaux de KLIPPEL (1902-1905) et le rapport de A. DELMAS ³, etc. toute l'École française a accepté cette manière de voir, d'où l'importance que joue la notion de confusion mentale ou de syndrome confuso-onirique dans la psychiatrie française. Le « délire onirique » et les rapports de l'onirisme et du rêve avec les psychoses (cf. notre Étude n° 8) ont été classiquement précisés et fixés dans cette équation : onirisme=confusion. Nous avons vu à propos des psychoses délirantes aiguës, et notamment des psychoses oniroïdes, que l'état crépusculaire est, plus que la confusion, favorable à l'onirisme pur (R. CHARPENTIER ⁴). De telle sorte que tout en gardant l'essentiel des descriptions de l'onirisme par RÉGIS, il nous semble qu'il convient de les rapprocher davantage (comme il l'avait lui-même indiqué en parlant des « états seconds ») des états crépusculaires que de la « confusion » proprement dite. Signalons enfin que si pour la plupart des auteurs de l'école française la confusion mentale est fréquente, CHASLIN la considérait comme rare.

En Allemagne, ou plutôt dans les pays de langue allemande ⁵ c'est le nom de

1. Le délire onirique des intoxications et des infections. *Bull. Académie de Médecine*, 7 mai 1901.

2. On trouvera dans une thèse très documentée de cette époque (FAURE, *Sur un syndrome mental*, etc., Paris, 1900), une bibliographie très abondante sur la confusion mentale (p. x à xvi de la bibliographie).

3. A. DELMAS, *Les Psychoses post-oniriques*, Congrès de Luxembourg (1914), en fait tenu à Strasbourg en 1920.

4. CHARPENTIER (R.), L'onirisme hallucinatoire, *Revue Neuro*, 1919.

5. Cf. sur ce point CHASLIN (pp. 59 à 71), MAYER-GROSS (*Selbstschilderungen von Verwirrtheit*, 1924, pp. 170 à 174) et EWALD (t. VII, *Traité de BUMKE*).

MEYNERT qui vient en tête, non point qu'avant lui on ne se soit préoccupé des états de « Verwirrtheit » (confusion) mais parce que, le terme d'« Amentia » a fait fortune¹. Comme nous l'avons vu dans notre Étude n° 23, c'est autour de la question des délires épisodiques, de la paranoïa aiguë et des confusions hallucinatoires (halluzinatorische Verwirrtheit) que l'on discutait à cette époque à Berlin et à Vienne. Malgré une longue série de travaux², dont les plus importants sont ceux de WILLE (qui se rapproche au fond de l'École française), de STRANSKY, de BONHOEFFER, de SCHRÖDER, etc. la notion de « confusion », écrasée entre les formes aiguës et subaiguës de paranoïa d'abord, puis de schizophrénie, ne s'est jamais très sérieusement implantée dans l'École de langue allemande. Celle-ci a bien plus souvent recours à la notion de « réaction exogène » pour désigner les états confusionnels toxi-infectieux, ou à celle de « Psychose de KORSAKOFF » pour désigner les syndromes où prédomine la confusion amnésique avec désorientation. Enfin une partie des troubles confusionnels sont plus ou moins rapprochés (surtout par l'École de KLEIST) des psychoses de la motilité de WERNICKE quand il s'agit de formes confusionnelles hyperkinétiques ou akinétiques qui posent un problème de diagnostic difficile avec les excitations catatoniques. Quoiqu'il en soit, dans son fameux Traité, KRAEPELIN se contentait d'énumérer quelques formes de « confusion » : délire fébrile, délire de collapsus, délires toxiques. Et, plus tard, le traité de BUMKE, dans le tome consacré aux formes de « réactions exogènes », après quelques généralités sur les aspects « delirium », « amentia », « états d'hallucinoses » (pp. 15 à 45) est entièrement consacré aux diverses rubriques étiologiques toxi-infectieuses (pp. 46 à 157) pour les affections organiques infectieuses ou générales et (pp. 151 à 400) pour les diverses intoxications. Aussi est-il évident que la confusion comme telle, (comme « syndrome » ou « psychose » ou « structure psycho-pathologique typique ») est à peu près systématiquement ignorée.

Dans les *pays anglo-saxons* (acute insanity, acute dementia, acute confusional insanity, etc.) il y a peu de travaux importants ou récents ; CHASLIN signalait ceux de

...MEYNERT, l'Amentia et les écoles allemandes...

...dans les pays anglo-saxons...

1. MEYNERT « Amentia, die Verwirrtheit », *Jahrbuch Psych. und Neuro* (1890, 9, p. 1). En réalité, note EWALD, il s'agit là d'un vieux mot dont l'acception était restée très flottante. A vrai dire, le cas décrit sous le nom d'Amentia par MEYNERT comprend sous un état confusionnel des troubles aphasiques. Depuis lors le terme d'amentia est devenu classique pour désigner la confusion mentale dans la plupart des pays étrangers. Aussi ne peut-on qu'être stupéfait en présence du titre que L. Pierce CLARK a donné à son ouvrage sur l'arriération mentale : *The nature and treatment of Amentia* (1933)...

2. Citons notamment FRITSCH, Die Verwirrtheit, *Jahrbuch Psych., Neuro., t. II*, p. 27. Die Lehre der Verwirrtheit, *Arch. f. Psych.*, 1888, 29, p. 328. MEYNERT: Zum sogenannte Hallwahnsinn, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1886. STRANSKY: Zur Lehre von der Amentia, *J.f. Psych. und Neuro.*, 1905, 5-6, p. 37. ZWEIG, Zur Lehre von Amentia *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1908, 60, p. 709. SCHRÖDER, Ungewöhnliche periodische Psychose, *Monatschr. f. Psych.*, 1918, 44, p. 261. BONHOEFFER, Die exogenen Reaktionstypen, *Arch. f. Psych.*, 1917, 58, p. 358, etc...

WEBER (1865), de H. NEWINGTON (1874), de CRICHTON BROWNE (1874), de FOX (1881), de CONOLLY NORMAN (1890), de Ch. H. HUGHES (1893), de W. L. WORCESTER (1894). Depuis lors naturellement d'autres travaux ont été publiés sur les confusions, les psychoses de KORSAKOFF, le délire aigu, etc. soit dans la perspective des « *dysergastic reactions* » de A. MEYER (états délirants hallucinatoires dus à des facteurs toxi-infectieux ou métaboliques réversibles et « non destructifs »), soit dans le sens d'études étiopathogéniques sur les psychoses exogènes et toxi-infectieuses, soit encore à propos des « réactions » aux événements des deux grandes guerres mondiales. Mentionnons par exemple ceux de BRUCE¹, de KASANIN², de MUNCIE³, etc.

Par contre l'École italienne a toujours été très intéressée par les états confusionnels, les délires oniriques et les stupeurs toxi-infectieuses surtout au point de vue anatomopathologique et physiopathologique. Parmi les travaux récents, nous devons citer ceux de V. M. BUSCAINO (1924-1952), de RIZZATI (1932), de CHIARAMONTI (1950), de BENASSI (1952), de G. A. BUSCAINO (1952), etc.

Nous ne saurions oublier enfin que c'est à l'étude de ce problème que la *psychiatrie russe* de la fin du XIX^e siècle et celle du début de ce siècle s'était particulièrement attachée (KORSAKOFF, SERBSKY, BOTKIN, GRADENBERG, OUSPENKI, etc.) Récemment encore SHOSTAKOVICH⁴ renouvelait cette tradition.

Malgré ces travaux étrangers, dans tous les pays, le problème de la « confusion mentale » en tant que « psychose », c'est-à-dire type de réaction psychopathologique de structure relativement typique (quelle que soit l'étiologie dont elle dépend), est resté au second plan. Il suffit de relire le traité de KRAEPELIN, l'article d'EXWALD dans le traité de BUMKE, les traités anglo-saxons (HENDERSON et GILLESPIE) et même l'excellent livre que A. POROT a consacré au « *Syndrome confusionnel* » (1928), etc. pour se convaincre que les études sur la confusion sont (comme le disait⁵ CHASLIN) « en pleine confusion », car la confusion « elle-même » y disparaît comme absorbée par les processus toxi-infectieux qui la déterminent et paraissent seuls intéresser les auteurs, comme si dans la « psychose confusionnelle », seul importait le processus (le plus souvent fort complexe) qui la déclenche.

Au terme de cet exposé historique nous pouvons clairement concevoir que la « *confusion mentale* » si péniblement isolée au cours du XIX^e siècle de la masse des

1. BRUCE, Physical symptoms of acute confusional insanity, *Lancet*, 1935, p. 550.

2. KASANIN (G.), The syndrom of episodic confusion, *Amer. J. of Psych.*, 1936-93, pp. 625 à 638.

3. MUNCIE (W.), The psychopathology of some confusional states : a note concerning some aspects of pathological uncertainty, *J. of nerv. and mental disease*, 1942, 2, pp. 130 à 137.

4. SHOSTAKOVICH, La structure des psychoses aiguës exogènes (en russe), *Neuropatho. et Psychiatrie*, 1947, n° 2, 58-61.

5. CHASLIN, *Ann. Médico-Psycho.*, 1920.

...Malgré ces travaux étrangers, dans tous les pays, le problème de la « confusion mentale » en tant que « psychose », [...], est resté au second plan...

« psychoses aiguës » et prise en quelque sorte entre les « états maniaco-dépressifs » et les « bouffées délirantes, hallucinatoires ou oniroïdes » d'une part et les états de « *delirium* » d'autre part, trouve son cadre le plus naturel en se rapprochant de ces derniers. La forme « *confuso-onirique* » (au sens fort et strict du terme) des psychoses aiguës doit être séparée comme telle de la structure hallucinatoire et oniroïde qui caractérisent le niveau que nous avons précédemment étudié (Étude n° 23). Mais elle doit être aussi détachée du concept de « toxi-infection », car si les états confuso-oniriques sont souvent d'origine toxi-infectieuse, ils peuvent relever aussi d'autres processus et inversement les processus toxi-infectieux ne réalisent pas toujours et nécessairement ce niveau de déstructuration de la conscience. En définissant la « confusion mentale » soit par la « toxi-infection » soit par « l'analogie avec le rêve » on en a fait un concept beaucoup trop large et vague qui a nui à son application. En la définissant au contraire comme une forme typique de déstructuration (à son niveau le plus profond) de l'activité de la conscience caractérisée par l'obnubilation, la désorientation et l'expérience onirique la plus identique à l'imagerie du rêve, en l'apparentant aux états de « *delirium* » nous lui restituons sa place la plus naturelle dans la classification des psychoses aiguës.

...la confusion mentale [...] trouve son cadre le plus naturel en se rapprochant des états de « *delirium* »...

Et nous comprenons du même coup, 1° que les Psychiatres français, dans le pays où, depuis LASÈGUE, DELASIAUVE, CHASLIN et RÉGIS, on a mis l'accent sur la structure onirique de la confusion, aient englobé dans les états confuso-oniriques la presque totalité des états délirants et hallucinatoires aigus sans trop s'apercevoir que pour si infiltrés de rêve qu'ils soient ils ne sont pas tous « confusionnels », — 2° que les psychiatres des Écoles étrangères, mettant l'accent sur les troubles de la conscience déterminés par les facteurs exogènes aient purement et simplement englobé la confusion dans le syndrome de KORSAKOFF ou les états de « *delirium* » mais en omettant dans l'étude de ces psychoses, leur structure propre qui est *l'état confuso-onirique*.

...sa structure propre est l'état confuso-onirique...

Autrement dit notre position, fidèle aux critères d'une analyse structurale, seule capable de distinguer parmi les psychoses aiguës non pas des « entités » mais des niveaux de déstructuration de la conscience, consiste à définir le niveau dont nous nous occupons dans cette étude comme celui d'un trouble où s'ajoutent les troubles de la conscience décomposée et les troubles de la conscience altérée (ainsi que l'a fort bien vu MAYER-GROSS ¹⁾, pour constituer une forme structurale essentiellement et au sens fort « *confuso-onirique* » que nous nous proposons précisément d'étudier.

1. Cf. notamment les pp. 170 à 181 de son ouvrage : *Selbstschilderungen der Verwirrtheit — Die oneroïde Erlebnisform*, (1924).

§ II — LA PSYCHOSE CONFUSO-ONIRIQUE TYPIQUE

...MAYER-GROSS différencie la psychose confuso-onirique des états oniroïdes et hallucinatoires aigus...

Les exemples de confusion abondent. Mais pour bien préciser à quelle structure de conscience morbide répond ce concept, nous préférons donner ici l'exemple même que MAYER-GROSS fournit dans son ouvrage (pp. 175-180) comme base de diagnostic avec les états oniroïdes dont nous avons déjà parlé. Cet exemple est en effet choisi en vue de dégager la structure typique de la confusion (ou « *amentia* ») pour autant que celle-ci représente une déstructuration de la conscience plus profonde que celle des états oniroïdes et hallucinatoires aigus.

OBSERVATION de Maria RECHT, 26 ans.

...Observation de MAYER-GROSS...

Pas d'antécédents psychopathiques familiaux. Accouchement le 10 juin ; infection puerpérale le 26 juin. Elle commence à délirer, veut se confesser, chante, déclare qu'elle est la Reine, la Mère de Dieu... Elle refuse de s'alimenter. Elle présentait un délire très mystique. Le 6 juillet elle est internée à la clinique d'Heidelberg (température 38°3). Elle était agitée, anxieuse et il était impossible d'établir avec elle une conversation. Par contre elle dévidait des propos incohérents. Elle était désorientée. Elle débitait d'un ton plaintif, monotone, indifférent et distrait, une sorte de monologue : « A présent, je vous prie de regarder dehors, ma mère est là, je n'étais même pas capable de mourir lorsque je me suis trouvée sur mon lit de mort. Ils étaient tous là, même le prêtre avec son ostensor, mais je ne sais plus quand, car ma mère est ici. C'est une enfant naturelle et elle est là dehors, en train de jacasser (brusquement elle se met à hurler). Mais ce n'est pas l'homme qui est arrivé avec moi... Mr. le Curé, entrez ici ! Il est là, dehors, en train d'écouter ; non, il est dehors, mais n'écoute pas. Mr. le Curé, venez donc ! Vous, pur ! Vous pouvez me voir mourir. Je n'ai pas renié ma foi. Qui est-ce qui a ouvert mes veines, où est ma mère ? Qu'on lui envoie une lettre. Le cœur va leur éclater. J'entends des voix. J'entends venir ma mère. Je ne sais pas où elle est parce que mes cheveux sont défaits. Je me crois une sorcière et je suis damnée. Je dois hurler de honte, car je ne suis pas une enfant naturelle. C'est ma mère et pourtant elle a des enfants. Moi je n'ai pas eu d'enfants, non, mon enfant n'est pas encore mort. Nous n'avons eu aucun enfant, et pourtant, j'ai eu aussi la fièvre de l'accouchement. »

Cette description du jour de son entrée est typique de l'état confusionnel. Il est caractérisé par une tendance à la fragmentation des événements qui ont précédé son entrée. C'est ainsi que le frère, l'hôpital où elle a été soignée, le thème de la mère enfant naturelle et de la confession avec le prêtre sont indéfiniment ressassés et sans rapports entre eux. Elle est bien capable de répondre correctement mais il faut multiplier les questions et la maintenir dans une direction qui est rapidement perdue. Par moments, certains souvenirs exacts sont évoqués, puis ils sont oubliés. La malade ne cesse de répondre « Je ne sais pas ». Elle paraît chercher à préciser sa pensée sans y parvenir. Souvent elle quittait son lit avec des mouvements lents et indécis et l'expression de son visage était perplexe, anxieuse, comme si elle avait l'esprit ailleurs. Si

quelque incident dans la salle où elle était hospitalisée se produisait, elle s'effrayait, regardait autour d'elle et puis se replongeait dans son état. A un moment donné, elle se désignait elle-même comme étant un boulanger, B. (qui aurait tenté de la séduire, dit-elle plus tard) et elle ne pouvait plus abandonner ce sujet, ni sortir de ce cercle de pensées... Le 11 juillet elle regarda le jardin par la fenêtre et il n'était plus question que des jardins. Un moment après, ayant été interrogée sur son nom, elle adhère à ce thème du nom et on ne peut plus rien tirer d'elle. Elle dit : « je suis une pauvre veuve, je ne suis pas le boulanger B., je suis folle... mais je ne suis pas folle ». L'interrogatoire est très difficile, en raison des persévérations et des réponses inadéquates. Elle revient souvent à son identité, comme si elle cherchait à la définir. Elle ne sait pas depuis combien de temps elle est là. Tantôt elle dit qu'elle a eu un enfant, tantôt qu'elle en a eu deux, et elle dit « je suis si confuse que je ne sais plus où je suis, mais je ne sais depuis quand. Elle continue à s'embrouiller à propos du nombre de ses accouchements et de leur succession. A la question souvent répétée de « qui êtes-vous? » elle répond « une folle. Ils ont hissé les drapeaux. Ils ont effrayé le boulanger et on dit que je dois aussi pavoiser et craindre le boulanger B. » A propos d'un tableau accroché au mur (femme apprenant à tricoter à un enfant) elle dit « je ne sais pas si c'est sa grand-mère ou sa tante. Je suis tout à fait confuse ». Il est remarquable que plus on lui pose de questions, plus la perplexité s'accroît, comme s'il s'agissait d'un écolier embarrassé. Cependant vers la fin des examens, elle montrait une sorte de résignation désespérée à cette situation pénible.

...Observation de MAYER-GROSS...

Après une recrudescence nocturne le 16 juillet, son esprit s'éclaircit. Elle se mit en colère et protesta contre le fait qu'elle était dans une maison d'aliénés. Elle disait encore qu'elle n'avait pas d'enfants, mais cependant un moment après, elle corrigeait et disait qu'elle avait bien deux enfants. Quatre jours plus tard, le 20 juillet, elle répondait affirmativement au médecin qui lui demanda si elle voulait voir son mari, et pour la première fois, elle parut à nouveau orientée dans le temps.

Après quelques jours où il y eut des intermittences dans l'amélioration, la guérison s'est confirmée. Interrogée plus tard sur cette période, elle semble l'avoir vécue surtout comme une formidable incapacité de se concentrer. Elle sortait constamment du sujet, prenait son élan, ne trouvait plus le fil, n'était plus capable de retrouver l'essentiel et se perdait sans cesse dans les détails sans importance. Elle se rappelait certains détails des événements subjectifs avec une exactitude stupéfiante. Par contre elle montrait de grandes lacunes de souvenirs des événements réels. Elle dit aussi qu'elle prenait une autre malade pour une voisine de son pays.

Ce qui est caractéristique, aux yeux de MAYER-GROSS, dans cette observation, c'est la fragmentation du vécu et l'impossibilité de construire des ensembles. Il s'agit là d'une sorte de démembrement de la conscience comme émiettée et déchiquetée. La perplexité et l'effort pour sortir de cette impuissance sont à cet égard caractéristiques de l'état confusionnel dans lequel prédominent les troubles de la conscience décom-

...fragmentation du vécu, [...] démembrement de la conscience, [...], perplexité...

1. Nous devons signaler en raison justement de cette rareté l'excellent travail de H. HARTMANN et P. SCHILDER, Zur Klinik der Amentia, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1924, 92, pp. 531 à 596. Ce travail comporte aussi quelques observations sur les confusions « grippales », c'est-à-dire, à cette époque, plutôt sur les « confusions encéphaliques ». — BALDUZZI (E.) vient de consacrer tout récemment (*Rivista di Patologia nerv. e ment.*, 1954, 75, 24-68) une bonne étude à l'onirisme.

posée tels que nous avons eu l'occasion de les exposer dans notre précédente étude.

Il est remarquable que les observations approfondies et en particulier les études psycho-pathologiques de cas de confusion sont rares ¹. La clinique de ces cas ne se prête guère en effet à des analyses, le malade étant très troublé, souvent agité ou stuporeux et dans la suite plus ou moins amnésique. De plus la plupart des médecins, fort raisonnablement, en face des problèmes pratiques urgents que posent de tels malades, oublient un peu d'en étudier avec détails « l'état mental » et celui-ci passe en quelque sorte au second plan ; on se contente alors le plus souvent d'un diagnostic rapide et on s'intéresse davantage à l'aspect symptomatique de la toxi-infection ou du facteur étiologique général.

Nous devons prendre comme type de description les états que CHASLIN décrivait comme « *Confusion mentale primitive* », terme qui ne signifie pas grand'chose, mais qui est resté pour désigner la confusion mentale sous son aspect le plus caractéristique, celui qui constitue le tableau clinique de la *confusion mentale délirante* de RÉGIS. Elle est caractérisée par 1° la confusion, 2° l'onirisme, 3° l'agitation perplexe, 4° le syndrome physique d'un état de déficience organique plus ou moins généralisé et grave.

A.— DÉBUT.

Si la psychose peut éclater brusquement, souvent au réveil ou à la fin de la journée, son début comporte généralement comme pour la plupart des psychoses aiguës, une période d'invasion de quelques heures et parfois de quelques jours. Troubles de l'humeur et du caractère, tristesse, inquiétude, rêveries et distractions signalent le patient à l'attention des siens. Le mutisme, l'inappétence, l'insomnie, parfois quelques actes saugrenus (refus de se lever de son lit, errance, fugue) ou bien quelques idées délirantes (persécution, empoisonnement, sentiment d'étrangeté, etc.) étonnent l'entourage. RÉGIS insistait sur la « *céphalée* » comme signal symptôme important : « Très souvent, écrit-il ¹, elle ouvre la scène et se prolonge dans le cours de l'accès. Cette céphalée est intense, pénible, gravative, à siège diffus fronto-orbitaire ou occipital, si violente chez certains sujets que ce sont ces paroxysmes même qui peuvent créer le délire et en tout cas le précédent immédiatement ». Les abords du sommeil sont particulièrement révélateurs des modifications profondes qui se préparent dans la structure de la conscience. Et somme toute, soit sous forme d'exaltation anormale ou d'anxiété, soit sous forme d'expériences délirantes naissantes, c'est par les deux niveaux précédents (manico-dépressif et hallucinatoire) que passe d'abord le processus de déstructuration de la conscience. Les modalités de cette dégradation, sa rapidité, sa profondeur, la durée de ses paliers successifs constituent les aspects cliniques de cette période d'invasion.

1. *Précis*. 6^e édition, p. 346, et cf. aussi la thèse qu'il inspire à un de ses élèves A. BOUYER, (Thèse, Bordeaux, 1900).

...le type de description:
la « *confusion mentale primitive* » de CHASLIN...

...son début comporte
généralement [...] une
période d'invasion de
quelques heures et parfois
de quelques jours...

B.— PÉRIODE D'ÉTAT.

Mais c'est une chute verticale qui brusquement précipite le malade dans l'état confusionnel. Il sombre alors dans un trouble général de sa conscience, un bouleversement de son comportement et de sa pensée qui le retranche de sa « présence » à l'ambiance, au milieu, à la situation. Cette désadaptation de ses conduites se manifeste tout d'abord par son aspect, son « habitus ».

...puis une chute verticale...

I. *La présentation mimique.*

C'est son visage qui d'abord surprend ; les traits sont décomposés et comme désaccordés avec la situation et les circonstances qui l'environnent. Il émane de sa mimique une impression d'hébétéude et d'égarement notamment dans le regard « hagard », « vitreux » et « lointain ». DELASIAUVE disait, rappelons-le, des confus qu'ils sont, comme ces hommes dont parle le psaume ; « ils ont des yeux et ne voient point ». En effet leurs sens demeurent comme insensibles ou ne paraissent frappés qu'à la condition de refléter les émotions ou les images de la confusion interne. *Le masque de la confusion* est si caractéristique qu'il constitue un symptôme crucial du tableau clinique et le clinicien n'a pas de peine à l'identifier quand il est en présence de ces malades dont la physionomie reste figée même quand s'expriment des émotions intenses, dont les yeux sont constamment voilés même quand ils se fixent soit dans le vague soit sur un objet et dont les propos demeurent atones et amorphes même quand ils sont proférés dans l'intensité d'un gémissement ou d'un cri. Cet aspect de « trouble » qui brouille les traits du confus ou ouate l'ensemble de son comportement est caractéristique de son absence de la situation présente. C'est précisément ce symptôme qui est le premier perçu par l'entourage et le premier qui entre nécessairement dans la description du clinicien, car c'est cette modalité même du contact « confus » avec autrui, cette épaisseur de vague et de flou que la conscience confuse interpose entre le monde et soi, qui exprime et résume le trouble fondamental de l'obscurcissement de la conscience. Le manque de lucidité, de clarté, il est déjà là, perceptible et totalement donné sur la physionomie du malade pour autant qu'elle exprime l'obnubilation, la perplexité et la désorientation de la « confusion ». De telle sorte que l'on peut dire que tous les symptômes de la confusion de l'esprit sont inscrits ici dans ces traits caractéristiques de la confusion du visage.

...une impression d'hébétéude et d'égarement...

II. *Le comportement.*

Le comportement gestuel, verbal et psychomoteur provient également de ce trouble général et l'exprime. Perdu dans un labyrinthe de tâtonnements, d'essais et d'erreurs, le confus, désarmé, se lève et s'arrête, court à la fenêtre, s'arrête, repart. Sombre et muet, il se cramponne farouchement à un siège, à son lit, s'agrippe au bras

...L'impulsivité confusionnelle [...] est pour ainsi dire latente...

... une manière d'« être-ailleurs »...

de l'infirmière, puis se laisse aller sur le sol, rampe par terre, brusquement crie à tue-tête, appelle au secours, se saisit d'un verre et le brise, etc. L'impulsivité confusionnelle¹ avec ses raptus violents, ses accès d'agitation désordonnée et ses troubles excito-moteurs paroxystiques ou subcontinus est pour ainsi dire latente, quand elle n'éclate pas en violences subites, dans ce trouble profond de la conscience. Les propos comme les gestes ont quelque chose d'incertain et de violent, mais aussi quelque chose de théâtral comme si le patient parlait à la cantonnade ou en « a parte ». Et là encore nous retrouvons sur le plan de l'expressivité psychomotrice et des actes le même trouble fondamental : des figures émotionnelles hypercinétiques ou idéo-verbales se détachent du fond d'obscurcissement de l'activité psychique comme de brusques éclairs issus des ténèbres de la conscience obnubilée. Le mutisme entrecoupé de monologues, de mussitations, d'incantations ou de chantonnements est l'expression fréquente de cette manière d'« être-ailleurs ». De même le refus d'aliments, l'errance, les actes accomplis dans une sorte de rêvasserie incohérente (s'arracher les cheveux, déchirer les draps, se promener en chemise, aller embrasser un autre malade ou le frapper, etc.) sont symptomatiques du relâchement global de l'activité et de la prévalence des actes automatiques et des comportements archaïques sur les conduites adaptées et lucides.

III. Analyse clinique et phénoménologie de la « confusion mentale ».

Depuis les analyses cliniques de DELASIAUVE, CHASLIN et RÉGIS, peu de chose a été ajouté à l'analyse de la « Confusion mentale ». C'est que ces malades si « troublés, si égarés, si incapables de penser correctement, si embrouillés dans leurs efforts pour échapper à leur torpeur et à leur dérive ne se prêtent guère, comme nous l'avons signalé plus haut, à des analyses minutieuses. C'est ainsi que la psychométrie, les épreuves de psychologie clinique, les tests sont à peu près inutilisables (sans grand dommage d'ailleurs puisque ce que l'on chercherait à préciser par leur emploi est si aisément perçu que le recours, ici, à leurs techniques devient un peu superflu). Mais c'est un fait que ni ces méthodes, ni les analyses structurales de la pensée morbide ne paraissent

1. Cet aspect impulsif ou excito-moteur de la confusion a été spécialement étudié dans l'alcoolisme (GARNIER, *La folie à Paris*, 1890. CULLERRE, Thèse, Paris, 1919. H. BINDER, *Archives suisses de N. et P.*, 1935, etc.), ou dans l'épilepsie (MAGNAN, *Leçons cliniques*, pp. 35 à 42. MARCHAND et AJURIAGUERRA, *Épilepsies*, pp. 101 à 117, et cent autres travaux, depuis ceux de JACKSON et GOWERS, jusqu'aux études contemporaines sur l'épilepsie « psychomotrice » (GIBBS, PENFIELD). Mais ce n'est pas seulement dans les états confusionnels comitiaux ou alcoolotoxiques que se déclenche « la fureur », elle est souvent aussi l'apanage de la « confusion mentale elle-même » sous la forme de l'agitation subcontinue, soit sous la forme d'impulsivité paroxystique.

avoir été appliquées systématiquement. A propos des descriptions classiques rappelées au début de cette étude, nous avons déjà fait remarquer la rareté des observations approfondies sur ce type de trouble qui est si opaque (et si amnésique aussi) qu'il décourage, faute de collaboration suffisante du malade, ces procédés d'investigation psychologique. Dans ces conditions, nous devons enregistrer, sans trop nous en étonner, la carence presque complète d'études récentes sur ce point.

Nous allons décrire un certain nombre d'aspects caractéristiques de cette « *confusion* » dont nous venons de noter que son ombre se porte jusque dans tous les détails de la physionomie et de la conduite du confus.

1° LES TROUBLES DE LA PENSÉE.

Le confus présente une « détérioration » intellectuelle certaine et puisque la psychométrie ne nous renseigne guère sur ses caractéristiques et son pronostic, force est de recourir à une analyse qualitative de cette forme de « *démence aiguë* ». Car tout le problème est là. La confusion altère profondément l'activité noétique de l'esprit et, à certains égards, plus profondément même que la démence (dans sa forme moyenne en tout cas) et cette altération le clinicien peut l'identifier à coup sûr par ses qualités cliniques spécifiques¹. Quelles sont-elles ? Tout d'abord le confus garde disponibles sinon intacts son vocabulaire, ses fonctions gnosiques, praxiques et phasiques : la partie « cristallisée » de la pensée (selon la distinction de CATTELL) est peu atteinte tandis que « sa partie fluide » est très altérée. Notamment il est remarquable qu'à l'arrière-plan de la confusion le système de valeurs, le jugement et spécialement l'auto-critique restent comme à l'horizon de la conscience. Le confus est comme le dormeur qui en se réveillant n'est pas tout à fait réveillé et dont la vague d'impuissance, qui le rend incapable de déployer sa pensée dans les formes dialectiques de son activité vigile, est perçue par lui comme un vertige, comme un gouffre et un trouble dont il faut sortir. Cette conscience du trouble est là comme une garantie que celui-ci n'est pas aussi dévastateur qu'il le paraît. C'est que si les opérations intellectuelles sont paralysées, elles le sont en tant que moyens constitutifs de la pensée plutôt qu'en tant que formes logiques de l'entendement. D'où encore cette conséquence que n'étant pas une destruction des lois de la pensée mais seulement une faiblesse de sa puissance actuelle, la confusion est vécue comme un déraillement souvent inévitable mais dont le confus est gêné, abasourdi comme d'une bévue ou d'une incongruité. Quand le confus renverse

...La confusion altère profondément l'activité noétique de l'esprit...

...mais la conscience du trouble est là...

1. Le problème des relations de la confusion et de la démence a été spécialement discuté entre TOULOUSE et MIGNARD, d'une part, et CHASLIN, d'autre part (*Ann. Médico-Psycho.*, 1914-1920, pp. 335 à 349, et 356 à 366). Pour ce qui est des difficultés théoriques et pratiques que rencontre la psychométrie, pour la solution de ce problème, on pourra lire la communication de TOULOUSE, JUQUELIER et MIGNARD (même revue, même année pp. 419 à 429).

...[par rapport à la
démence] la confusion est
un trouble opérationnel et
non point un trouble
logique...

son repas ou risque de mettre le feu, c'est parce que, absorbé par l'immédiat, il s'en saisit avec précipitation et non point par irrémédiable maladresse ou tranquille imprévision des conséquences de ses actes. C'est dans ce sens que si le trouble du confus est « plus profond » et plus « désordonné » que celui du dément il témoigne cependant d'une détérioration moindre de l'appareil conceptuel et rationnel. Autrement dit, la confusion est un trouble opérationnel et non point un trouble logique. C'est un trouble primitif de la conscience et non pas un trouble du jugement. Et si tout jugement particulier est en effet impossible ou altéré, la sphère du jugement subsiste cependant comme un système certes vague mais constant de références et de repères difficiles à consulter mais, somme toute, encore impérieux.

C'est dans ce sens que *l'effort* pour se dépêtrer de la confusion, pour se retrouver, pour aboutir aux identifications de personnes et de situation fait partie intégrante du tableau clinique, tout entier axé sur les péripéties de la lutte du confus contre ce qui lui échappe et l'égaré.

Il n'en reste pas moins que *l'activité synthétique de la pensée* est foncièrement altérée. Les troubles de l'attention, le ralentissement et la gêne des opérations formelles (raisonnement, réflexion, concentration, attitudes catégorielles, pensée conceptuelle, etc.), le défaut d'adaptation à une situation d'ensemble, la faiblesse de « Gestaltisation » des champs perceptifs, des ensembles significatifs représentés et des formes de comportement, se manifestent dans tous les aspects de la conduite du confus. Prié de répondre, il est distrait ; parti pour atteindre un but, il l'oublie ; un journal en main, il le fixe longuement, en lit quelques mots, saute sur une image et, croyant y reconnaître la photographie de son enfant, veut courir le sauver. Doit-il aller dans le bureau du médecin ? C'est pour se plaindre d'avoir été mis à la porte de sa banque. Et quand on l'examine, il saisit le marteau à réflexes comme pour se servir d'un tourne vis. Veut-il calculer le prix de son repas ? il se perd dans les chiffres, constamment sollicité par les images concrètes qui le captent et lui font additionner au beurre le récit de la dernière visite qu'il fit à son jardin ; au café, une digression sur le Brésil et au fromage le compte de ses allocations familiales. Désintéressé du but poursuivi, il s'égaré dans les méandres des détails et le flux de ses émotions. Enfoncé dans le problème (pour lui de premier plan) qui consiste à dénouer son foulard, il le dénoue et le renoue, le met sous son traversin, l'oublie, puis le chiffonne, le plie, le jette, regarde, veut le placer sur le barreau d'une chaise, le nouer encore, l'enrouler¹, etc. S'agit-il maintenant de reconnaître son lit, il le voit, il se dirige dans sa direction mais en route s'arrête, se retourne et va s'asseoir dans le vestibule. Celui-ci, il le « reconnaît », c'est son

1. Ce « délire d'occupation » est certes fréquent dans le grand accès confusionnel alcoolique où il prend souvent la forme des préoccupations « professionnelles », mais il n'est certainement pas pathognomonique.

cousin ; celle-là c'est sa voisine de palier. Mais ce médecin vu deux fois dans la journée, qui est-il? peut-être ne l'a-t-il jamais vu, à moins que ce ne soit l'infirmier de son bataillon...

Nous pouvons encore prendre mille exemples (aussi monotones que le dévidement inconsistant de la pensée même du confus) mais ceux-là sont suffisants pour identifier des symptômes bien connus et parler de *fausses connaissances*, de *propos sans suite*, de *actes incohérents*, de *aprosexie*, de *persévération*, de *inefficacité de l'effort* et de *trouble de la concentration*, de *faiblesse de la pensée conceptuelle*, etc., c'est-à-dire en dernière analyse d'un *défaut foncier d'activité synthétique*. Ce trouble est celui que HARTMANN et SCHILDER appellent les troubles de la pensée conceptuelle (*Auffassungstörungen*), tellement caractéristiques, disent-ils, que c'est eux qu'on peut désigner dans le tableau clinique comme constituant la confusion (*amentia*). Citons, par exemple, les propos d'une malade de ROUBINOVITCH et VLAVIANOF¹ :

...en dernière analyse [il s'agit] d'un défaut foncier d'activité synthétique...

« Comme si ça ne tenait pas la barre... Ah oui, mais pas ce gros morceau comme ça. Mais s'échappe..., vous allez le laisser poissons donc... C'est donc sèche ; je ne pourrai jamais attraper... S'échappe... Suffit voir le dessous. C'est cela nous voulons dire tout de suite. S'échappe suffit, voir le dessous. C'est cela, nous voulons dire tout de suite. Foutez le champ avec vos poissons. Surtout lourd, tout cela dans le même panier. Ça sonne... On peut toujours... Oui sur tiroir qui est là... Mère... »

Ce morceau d'anthologie des expressions de la conscience confuse met bien en évidence la fragmentation syntaxique et le mélange de concepts qui attestent un trouble tel de la « pensée catégorielle » que nous le rapprochons de ce niveau profond de trouble qui est celui de l'aphasie ou le langage du rêve... C'est à ce type de détérioration que nous renvoient les analyses de TOULOUSE et MIGNARD sur les troubles confusionnels de l'autoconduction².

Cette « *confusion de l'esprit* » (RÉGIS) est donc caractérisée par l'incapacité d'introduire de l'ordre et de l'unité dans la multiplicité des perceptions et des idées. Tout est embrouillé, flou, inextricable. Les moyens et les fins interfèrent et l'esprit se noie dans les détails, s'empêtre dans ses automatismes et se perd dans les pièges innombrables de ce puzzle indéchiffrable qu'est devenue pour elle-même sa pensée. Mais ce n'est pas (comme pour la manie) en raison de l'extrême abondance des « idées » et de leur volatilité insouciant que le confus « ne se reconnaît plus » dans ses propres pensées, c'est parce qu'il lui est impossible de les distinguer clairement. L'incapacité d'opérer l'analyse et la synthèse des concepts et de poursuivre le cheminement de ses

1. *Congrès International de Médecine*, 1900.

2. TOULOUSE et MIGNARD, *Confusion et autoconduction*, *Ann. Médico-Psycho.*, 1914, I, p. 641, et II, p. 18.

...tout à la fois fragmentation et fusion des idées...

idées avec méthode et efficacité, tient le patient comme soudé à une forme syncrétique, vague et indifférenciée de sa pensée. La confusion résulte d'une double impossibilité, celle d'accéder à l'unification d'un processus intentionnel et significatif et celle de différencier clairement et distinctement les concepts qui lui sont nécessaires. Elle est tout à la fois fragmentation et fusion des idées. Nous devons ajouter encore que la confusion mentale est presque continuellement en train de varier et d'osciller. Ce malade qui, il y a un moment, ne pouvait plus savoir qui il était, ni être attentif à une conversation, peut, quelques instants après, répondre correctement comme si de temps à autre il recouvrait ses capacités ou tout au moins parvenait à secouer le joug de sa confusion. Cet aspect séméiologique est capital car il contribue à montrer que l'égarement du malade, pour si profond qu'il soit, est variable, transitoire et réversible. Des vagues de confusion parfois le submergent, surtout aux approches du sommeil et de la nuit, ou encore après un effort (examen médical, visite...). Les mouvements d'ascension et de chute de niveau de ses opérations intellectuelles contribuent à entretenir d'ailleurs dans la conscience même du confus une atmosphère de désarroi ; cette perplexité dont nous parlons plus loin est si intimement liée au déroboement de la pensée qu'elle en constitue précisément l'aspect le plus caractéristique.

2° LA DÉSORIENTATION TEMPORO-SPATIALE.

Le monde de la perception comme celui de la représentation du confus est tout à la fois quelque part et nulle part, là et ailleurs, maintenant et hier : ce souvenir, il est « net » mais sans qu'il puisse s'insérer dans son contexte historique précis :

« Je suis allée au bord de ce lac mais je ne sais plus comment et si c'était avant ou après mon mariage. J'étais avec mon frère et quelqu'un qui était peut-être mon père ou peut-être mon grand-père. Je me rappelle de tous les détails de cette scène et je ne peux même pas m'en détacher l'esprit, mais elle flotte quelque part je ne sais où. Et ce voyage que j'ai fait pour venir ici, était-ce hier ou il y a longtemps, quel pays ai-je parcouru et maintenant ces femmes que je vois sont-elles de mon passé ou « jamais vues ». Il me semblait bien que j'étais partie en voyage dans un pays où j'ai vécu, mais je ne sais pas quand ni où... Ce vacarme que j'ai entendu cette nuit, où était-il ? loin ou près ? Peut-être venait-il de ma maison ou de chez les voisins. Mais comment puis-je me rappeler cet enterrement qui a eu lieu il y a si longtemps que je me demande si j'y ai assisté ou si ma mère me l'a raconté... Qui était mort ? et où ? Tout à l'heure il me semblait que j'allais revenir à Paris où je ne suis jamais allée... »

...inconsistance de l'ordre du temps et de l'espace. Les télescopes, les inclusions, les renversements...

Telle est l'inconsistance de l'ordre du temps et de l'espace. Les télescopes, les inclusions, les renversements qui se substituent à la nécessité d'un ordre dans la succession chronologique du temps et aux règles de l'exclusivité topographique d'un lieu dans l'espace, les « retours en arrière », les « suspensions en l'air », les mélanges d'ins-

tants et d'endroits, les fusions et les distortions d'événements et de paysages, les métastases anachroniques et les ubiquités enchevêtrées constituent les aspects typiques de cette perturbation du *cadre* existentiel de l'objectivité ; ils s'entrecroisent et interfèrent pour déformer la trame même de la réalité. De telle sorte que le confus comme le rêveur vit en effet une « réalité » sans « mondanité », l'extra-réalité de situations qui se pénètrent et se succèdent sans jamais constituer ou même poser ou supposer un « cosmos ». Le temps se fige ou se multiplie en valeurs d'espaces juxtaposés et contigus. L'espace bouge, se temporalise en cascades de transformations, il glisse et s'effondre dans le gouffre des métamorphoses. Et dans ce concert déconcertant et dissonnant d'harmonies insolites et fausses, les heurts, les trous, les brusques ascensions ou les chutes verticales constituent les aspérités, les abîmes et les cahots de ce chaos où l'espace et le temps s'anéantissent l'un l'autre en se *confondant*. Cette extrême fusion, cette « confusion » de ces deux coordonnées de notre conscience (telle que nous l'avons déjà pressentie aux niveaux supérieurs que nous avons envisagés jusqu'ici) est la caractéristique même de l'état confusionnel pour autant que celui-ci suppose l'engloutissement de l'ordre et de la possibilité même de l'objectivité. Mais prenons-y garde, le monde détruit par la confusion n'est pas celui des « objets » : il est bien rare, répétons-le que le confus soit « agnosique » du monde extérieur ; c'est le monde familier des situations et des personnes qui constitue le milieu dans lequel s'oriente l'existence, c'est ce monde qui s'évanouit.

...le confus comme le rêveur vit en effet une « réalité » sans « mondanité »...

Sans doute à propos de la manie ou des psychoses hallucinatoires ou oniroïdes avons-nous déjà noté comme essentielles les altérations de la structure temporelle et temporo-spatiale de la conscience, mais ici, et cela est décisif, il y a abolition des perspectives mêmes du temps et de l'espace.

Et le vécu présent ou représenté comme « déconnecté » ou « débrayé » flotte et roule sans se constituer en monde, sans exiger « d'être à un monde ». Seulement, comme il subsiste tout de même encore quelque chose de l'organisation de la pensée objective et objectivante, c'est toujours sous l'aspect de fragments de l'espace ou de morceaux du temps, sous l'aspect de lieux temporalisés ou de moments spatialisés que sont vécus les lambeaux de « l'histoire » et les « lieux géographiques » de cette existence engloutie dans l'anéantissement de la conscience et la néantisation de sa réalité.

...le vécu présent ou représenté [...] flotte et roule sans se constituer en monde, sans exiger « d'être à un monde »...

La désorientation atteint classiquement « l'orientation personnelle » (désorientation autopsychique), l'orientation dans le calendrier (désorientation temporelle), l'orientation dans les lieux (orientation spatiale). Elle atteint parfois la profondeur de l'agnosie ou de l'asomatognosie, quelquefois élective, elle ne détruit qu'un système de repères ou de références. Mais quelles que soient les modalités cliniques particulières qu'elle affecte, elle atteint toujours le « centre de gravité » de la personne, car c'est au

cœur même de la liaison synthétique des intuitions temporo-spatiales que le Moi est vécu et identifié ¹. De telle sorte que le confus, dépourvu du cadre familier de son espace et de son temps, flotte lui-même incertain de sa propre identité. Ce qui nous renvoie encore à ce trouble de la conscience du dormeur qui, avant de pouvoir se ressaisir à son réveil, hésite un instant et s'angoisse devant l'impossibilité d'identifier par son monde, sa propre personne.

Mais si la désorientation temporo-spatiale obscurcit le regard sur le monde, elle n'abolit pas la visée du confus vers le monde extérieur. Il s'y accroche désespérément et se cramponne aux morceaux chaotiques du champ disloqué de sa perception comme s'il recevait de la masse confuse des impressions qui lui parviennent encore du dehors, une invincible sollicitation à y adhérer. HARTMANN et SCHILDER (qui assez paradoxalement n'insistent pas sur cette désorientation pourtant caractéristique) ont bien mis en évidence cette relation du confus avec le monde extérieur. « Quant à son monde intérieur, disent-ils, le confus comme submergé par la poussée tumultueuse d'images tente de prendre vis-à-vis d'elles tout à la fois une certaine distance et comme un point d'appui ou d'arrêt. » C'est dire que la désorientation est vécue comme une catastrophe en cours et non pas seulement comme un pur néant révolu.

3° L'OBNUBILATION DE LA CONSCIENCE.

Le flou, le vague, l'indifférenciation des contenus de conscience agglutinés et conglomérés confèrent à la pensée du confus cette opacité, ce manque de clarté et de lucidité, qui nous font dire de lui qu'il est « obnubilé ». Comme s'il était incapable de parler, de penser et d'agir avec précision et exactitude, il reste en deçà de toute expression claire et distincte, enfoui dans un imbroglio de pensées qu'il ne parvient pas à démêler. Perdu dans les images et les ténèbres de sa vie intérieure, il ne saisit du monde extérieur que quelques images elles-mêmes indistinctes et indifférenciées. C'est l'incapacité d'opérer des synthèses supérieures, disent HARTMANN et SCHILDER (p. 573), qui caractérise ce trouble de la conscience, la lenteur ou la gêne de la pensée représentant seulement un certain état d'obtusité (Benommenheit). Mais il est bien évident que dans ce trouble nous discernons comme l'inextricable addition de ce que MAYER-GROSS (avec JASPERS) a appelé la « conscience décomposée » (zerfallende) et la « conscience modifiée » (veränderte). A la conscience décomposée appartiennent l'hébétéude, l'obscurcissement, la « crépuscularisation » ici accentuée jusqu'à l'enténébrement. A la conscience modifiée, ces courants intentionnels qui l'attirent et

1. Wendel MUNCIE, The psychopathology of some Confusional states : a note concerning some aspects of pathological uncertainty, *J. of nerv. and ment. Diseases.*, 1942, 2, pp. 130 à 137.

...Mais [le confus] s'accroche désespérément et se cramponne aux morceaux chaotiques du champ disloqué de sa perception...

...inextricable addition de ce que MAYER-GROSS (avec JASPERS) a appelé la « conscience décomposée » (zerfallende) et la « conscience modifiée » (veränderte)...

la fragmentent en ces mille aspects intenses et dispersés de sa chaotique fiction. Car l'obnubilation de la conscience du confus est comme celle de l'ivresse : elle est une régression de la pensée pour autant que celle-ci perd, en chavirant, ses capacités d'orientation, de synthèse, de clairvoyance et de pénétration mais aussi en tant qu'elle est une modalité anarchique d'automatismes « libérés » qui parcourent et aimantent son champ. La conscience obnubilée est le type même de la conscience impulsive, traversée de fulgurances qui, sans l'éclairer, la condensent et l'animent de soubresauts et de décharges aveugles. C'est ce travail de sape, serpigineux et explosif, cette germination obscure et inextricable qui forme, brouille et embrouille le contact avec autrui. Ce n'est pas seulement en effet comme une eau qui a perdu sa transparence, que la conscience est troublée, mais aussi comme si sa surface solidifiée ne permettait plus au monde extérieur et au monde intérieur de s'interpénétrer au travers de sa transparence. Le défaut de luminosité, de clarté et de lucidité doit s'entendre, non seulement comme une ombre mais aussi comme un écran ¹. Ce que le visage égaré, nous l'avons vu, reflète, c'est précisément cette « absence », ce « vide », cette torpeur, ce « sommeil » de l'intelligence (RÉGIS et HESNARD) qui éclipsent ou tout au moins éteignent l'éclat de la pensée, son rayonnement et sa translucidité. L'indécision, la distraction, l'inefficacité de la « concentration », la persévération ², les difficultés de la « mise au point » constituent les manifestations cliniques de cet obscurcissement de la conscience qui est ailleurs et nulle part et confère à la totalité de l'activité psychique ces caractères que l'on note en la décrivant comme visqueuse et lourde, comme ternie de la buée de son propre brouillard et enfoncée dans la ténébreuse profondeur de son obscurité.

...La conscience obnubilée est le type même de la conscience impulsive, traversée de fulgurances...

4° LA PERPLEXITÉ.

« La perplexité, la « Ratlosigkeit ³ », écrivaient HARTMANN et SCHILDER (pp. 568 à 569), est au premier plan. Sans doute la trouve-t-on chez l'homme normal qui ne sait pas se tirer d'une situation et chez les agnosiques et les apraxiques, mais ici elle est prise dans l'ensemble des relations du confus avec le monde extérieur, avec son

...La perplexité, la « Ratlosigkeit », [...] est au premier plan...

1. Nous reviendrons plus loin sur toutes ces métaphores empruntées à l'optique.

2. E. GRUNTHAL, Ueber der Symptom der Einstellungstörung bei exogene Psychosen, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1924, 92, pp. 255 à 266. Dans ce petit travail l'auteur considère que le trouble essentiel est l'« Einstellung », caractérisée par la difficulté de passer d'un cercle d'idées à un autre. D'où la persévération et la désinsertion de ces cycles et leur forte adhérence au moment actuel. Ce trouble est pour lui caractéristique des « Psychoses exogènes ».

3. W. BACH, (Das Symptom der Ratlosigkeit bei akuten endogenen Psychosen, *Nervenarzt*, 1950), a récemment analysé la notion même de « Ratlosigkeit ». Mais il parle très peu (p. 251) de la perplexité confusionnelle. Il rappelle cependant que pour GRUHLE l'amentia est une « verworfene Ratlosigkeit ».

propre corps et son propre monde intérieur. Elle est en étroite relation avec le trouble de la pensée conceptuelle. Les malades ont le sentiment de leur insuffisance et se défendent contre le manque de netteté de leurs conceptions ; ils rappellent les aphasiques et les agnosiques, mais leurs troubles conceptuels se situent à un niveau plus élevé que celui de l'aphasie et de l'agnosie ». Nous citons ce passage d'un travail auquel nous avons fait déjà de multiples allusions, mais nous pourrions citer tous les auteurs qui ont écrit sur la psychopathologie de la confusion. Car tous, et avec eux tous les cliniciens, insistent sur cette forme spéciale du trouble qui est, tout ensemble, conscience de la maladie, effort pour en sortir et prise angoissante de distance à l'égard du trouble ¹.

...Le confus se « sent partir » ...

Dans la submersion de la conscience, le confus se « sent partir » à la dérive comme emporté par un torrent intérieur qui l'entraîne malgré lui dans un monde mouvant. Cette déroute, cette noyade, si elles étaient complètes et totales, ébranleraient (jusqu'au fond de la problématique de l'être et du néant) l'ultime possibilité de mettre en question le sens même de la catastrophe. Mais il n'en est pas ainsi et le désarroi se multiplie par le vertige qu'il engendre. « Qui suis-je ? » Que se passe-t-il ? Qu'est-ce que c'est ? Cette interrogation est comme un appel au secours, comme un dernier sursaut de l'énergie psychique pour se sauver. Tel est le cri désespéré du confus éperdu qui rassemble ses forces et ses idées, qui tente de se ressaisir, d'émerger et de redresser avec sa propre identité chancelante, l'ordre du monde qui lui échappe. Mais la signification de cette perplexité n'est pas seulement anecdotique ou dramatique, elle est profondément « pathogénique » en ce qu'elle nous permet un coup de sonde dans la structure même de la confusion. Nous y reviendrons un peu plus loin. Mais disons ici simplement que le déchaînement des automatismes, la mise en mouvement kaléidoscopique des images, le tourbillon qui déforme, défait et détruit le monde de l'objectivité, cet évanouissement des personnes, des choses et de soi n'entraîne pas la passivité totale, c'est-à-dire la disparition totale du sujet. Ce en quoi, précisément, le confus ne « dort » pas complètement car le sommeil et le rêve sont exempts de cette spécifique perplexité. Et ce n'est, répétons-le, qu'au réveil, quand pour un instant la conscience de soi, la première et encore la seule éveillée ne coïncide pas avec l'ordre du monde que le dormeur touche à l'abîme de cette perplexité-là.

...[mais] tente de redresser avec sa propre identité chancelante, l'ordre du monde qui lui échappe...

Le Moi chez le confus reste encore comme à l'horizon de la conscience et se pose encore face au monde extérieur et intérieur, identifié avec cette douloureuse conscience d'être troublé, d'être emporté, d'être envahi (ce qui précisément permet au confus d'être, plus nettement que le rêveur, halluciné). Cette perplexité est donc fondamenta-

...Le Moi chez le confus reste encore comme à l'horizon de la conscience...

1. W. BETZENDAHL (Ueber Raum und Zeit der Strukturanalyse der Psychozen, *Monatschr. f. Psych.*, 1937J 95, pp. 1 à 27), insiste sur la prise de distance, la conscience du trouble relativement aux troubles de désorientation temporo-spatiale.

le, comme DELASIAUVE et CHASLIN l'ont si admirablement vu (et tout le monde après eux). CHASLIN disait à son propos ¹ : « Le malade cherche à reconstituer cette synthèse. Il s'efforce de se retrouver au milieu du monde externe et du monde interne, chaotiques tous deux ». Et c'est bien là le fond même de la confusion, son aspect clinique crucial que de refouler le Moi comme à la périphérie de son champ phénoménal sur cette bande étroite et incertaine de son horizon d'où il assiste en spectateur à la fin de son monde et pressent sa destruction anticipée. On comprend que tout ce que nous avons dit jusqu'ici du comportement, de la mimique, du trouble de la pensée, de la désorientation temporo-spatiale, de l'obnubilation de la conscience du confus passe nécessairement par ce sentiment qui colore toute la confusion mentale de cette faible mais vivace lueur qu'est le reflet persistant de la « conscience » (conscience vague de soi, conscience vague de la maladie, conscience perplexe de la conscience confuse).

5° TROUBLES DE LA MÉMOIRE ET FAUSSES RECONNAISSANCES.

La faiblesse de la mémoire doit être envisagée à un double point de vue : les troubles de la mémoire pendant l'accès de confusion, les troubles de la mémoire post-confusionnels.

Naturellement dans la catastrophe confusionnelle, quand la conscience se trouve si déstructurée qu'elle ne peut plus se déployer dans ses perspectives temporo-spatiales, qu'elle ne peut plus opérer la synthèse nécessaire à la constitution de l'ordre de ses relations existentielles et rationnelles, la mémoire s'effondre du même coup ou plus exactement ne s'exerce plus en fonction d'un ordre désormais impossible, étant elle-même incapable de rappeler autre chose que du chaos à la conscience chaotique. Le mélange du présent et de représenté, de passé et de présent, les paramnésies (déjà vu, jamais vu, fausses reconnaissances, ecmnésies, illusions du passé, faux souvenir), le bouleversement de l'ordre chronologique de l'existence, la non-fixation du présent, les évocations désordonnées de souvenirs anciens, l'oubli à mesure, tous ces troubles appelés amnésie de fixation ou d'évocation, amnésie antérograde et rétrograde, etc., tous ces aspects du dérèglement amnésique font partie intégrante du tableau clinique de la confusion. Rappelons-nous comment RÉGIS et HESNARD décrivaient ces troubles (p. 805) :

*...la mémoire s'effondre
[...] incapable de rappeler
autre chose que du
chaos...*

« Au fur et à mesure de leur production, le malade oublie les circonstances auxquelles il assiste en spectateur indifférent. Il ne sait plus depuis combien de temps il est à l'hôpital ou à l'endroit où il se trouve ; il ne sait s'il a déjeuné, diné, il ne distingue pas le matin et le soir. L'heure lui est inconnue comme l'année, davantage même. Plus encore que son nom, son âge, son état civil, sa vie antérieure, il a oublié

1. CHASLIN, Quelques mots sur la confusion mentale, *Ann. Médico-Psycho.*, 1920, pp. 356 à 366.

son emploi du temps de la veille, l'événement auquel il a pris part il y a une heure. Il n'a aucun souvenir du désir qu'il vient d'exprimer, du camarade qu'il ne reconnaît pas, de la conversation d'il y a deux minutes. »

Mais les troubles consécutifs à la période confusionnelle sont encore bien plus importants à considérer. SÉGLAS y insistait particulièrement et RÉGIS nous dit (p. 363) qu'au sortir d'un état de confusion, le sujet en garde exceptionnellement la notion exacte : « ou il y a, dit-il, du vague, des lacunes, ou l'amnésie est absolue ». Parfois en effet il existe une amnésie lacunaire et cette amnésie peut être antéro-rétrograde ¹ en ce sens qu'elle déborde soit sur le passé immédiat soit sur les souvenirs ultérieurs (et plus ou moins loin, en arrière comme en avant). C'est la phase confusionnelle qui constitue généralement le centre de cette tache amnésique, et celle-ci porte davantage sur les souvenirs du vécu confuso-onirique que sur les circonstances réelles de la maladie, de l'hospitalisation, etc. Quelquefois, c'est un système de souvenirs oniriques qui survit (délire d'évocation post-onirique) plus ou moins vivace et durable. La dysmnésie, une certaine difficulté dans la fixation et l'évocation des souvenirs, une gêne dans l'orientation temporelle constituent les troubles les plus fréquents.

A ces troubles naturellement, se rattachent les « fausses reconnaissances ² » qui représentent effectivement une sorte de test clinique de la confusion. La prise en masse dans le flou du champ perceptif d'une fausse identification est en effet quelque chose de saisissant. Prendre une personne pour une autre, mélanger les situations, les identités, faire surgir du jamais vu la familiarité d'un visage, tel est bien en effet un des troubles les plus profonds de bouleversement de la « mondanité » du confus. La désorientation mêle inextricablement le familier et le non familier, c'est-à-dire que le passé et le présent comme le connu et l'inconnu, comme l'absence et la présence, perdent leur sens. C'est ce qu'a très bien souligné LEWIN ³.

Ces divers aspects de l'état confusionnel caractérisent le fond déficitaire de la conscience confuse. Ce sont les symptômes majeurs du diagnostic de confusion mentale. Mais nous allons voir maintenant qu'il y a un autre aspect de la confusion qui est tout aussi caractéristique.

1. De nombreuses observations ont été publiées, surtout de confusions traumatiques ou de guerre (cf. CAPGRAS, Les confusions mentales de guerre, *Bull. Soc. Méd. Mentale*, 1917). L'observation de LEROY et BROUSSEAU (États confusionnels récidivants avec amnésie rétrograde délimitant une forme médico-légale, *Ann. Médico-Psycho.*, 1920, p. 123), serait à cet égard très significative si elle ne concernait pas un cas de délinquance un peu suspect. Les amnésies post-confusionnelles après intoxication par l'oxyde de carbone sont les plus intenses (cf. Étude n° 9, p. 42).

2. Cf. notre Étude n° 9, pp. 30 à 32,

3. LEWIN (M.), Delirium desorientation, The law infamiliar mistaken for the familiar, *J. Med. Sc.*, 1945, 91, 447.

... amnésie lacunaire de la période confusionnelle...

...survivance de souvenirs oniriques...

...« fausses reconnaissances »

IV. *Le « délire onirique » — L'onirisme confusionnel.*

Tout de même que c'est du fameux travail de LASÈGUE (« *Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve* ») que l'on doit partir pour décrire l'onirisme, c'est aux observations les plus « classiques », que nous emprunterons nos exemples en nous adressant aux belles descriptions du délire alcoolique confuso-onirique que nous devons à MAGNAN ¹.

...descriptions du délire alcoolique confuso-onirique de MAGNAN...

« Il est sans cesse en mouvement, déplace tout autour de lui, cherche dans tous les coins, regarde derrière les portes, ramasse à terre les objets imaginaires qu'il secoue et rejette aussitôt, appuie et frotte le pied sur le sol comme pour écraser des insectes, passe la main devant sa figure et souffle pour repousser des fils, des poils, des cheveux, porte la main vivement sur sa cuisse et ramenant son pantalon, il serre avec force pour écraser, dit-il, une grosse araignée noire qui se glisse entre la peau et le pantalon. Il regarde à travers la fenêtre. C'est, dit-il, la bande de la Place Maubert, déguisée en ours avec des flas-flas. Il y a une cavalcade avec des lions, des panthères qui regardent et font des grimaces ; il y a des petits enfants déguisés en chiens ou en chats, il aperçoit Emilie, puis deux hommes qui le menacent ²... Il se baisse tout effrayé : ils le visent, dit-il, avec leurs fusils, ils veulent le tuer parce qu'il leur a pris la fille. Il répond à des camarades, il les appelle, il entend des disputes et veut y courir. On parvient avec peine à fixer son attention, ses mains, ses pieds sont sans cesse en mouvement pour saisir ou repousser des animaux, des objets de toutes sortes. Le visage est couvert de sueur, la peau est modérément chaude, la température donne 38° ², le pouls est large et paisible (80 pulsations) la langue est humide. »

Et un peu plus loin à propos d'une autre alcoolique : « Elle a des frayeurs, elle entend la fusillade des soldats pénétrant dans sa maison pour la tuer, elle se lève, prend la lumière, regarde de tous côtés, puis se rassure, se remet au lit, disant à sa fille « que je suis bête, je croyais qu'il y avait quelqu'un ». La lumière une fois éteinte, avec l'obscurité, les hallucinations reviennent. Elle essaie d'abord de porter son attention sur d'autres objets, elle ferme les yeux et s'efforce de s'endormir, c'est en vain, tout à coup elle entend la voix de ses parents, les gémissements et les cris de sa fille que l'on entraîne, elle s'élanche hors du lit, heurte violemment les meubles, court à la fenêtre et on parvient à grand-peine à la maintenir, le délire persiste jusqu'au matin ; elle voit des fantômes, des oiseaux, des trames de fil viennent se poser sur son visage, des serpents glissent sur son lit, elle voit des incendies, elle entend un bruit épouvantable dans la rue où l'on massacre ses parents. Elle reste dans un état d'angoisse inexprimable jusqu'au jour où les hallucinations, sans disparaître complètement, laissent quelques instants de repos. La nuit suivante les mêmes phénomènes se reproduisent et la malade est amenée à l'asile le 2 avril 1872.

A son arrivée elle est en proie aux hallucinations les plus variées : tous les sens sont le siège de troubles hallucinatoires si nombreux que l'on trouve chez elle en

1. MAGNAN, *Traité de l'alcôolisme*, pp. 50 à 56.

2. Cette observation est passée presque textuellement dans la description du « delirium » de Coupeau dans « *l'Assommoir* ». E. ZOLA a, en bon naturaliste, puisé directement dans MAGNAN. Aussi est-il paradoxal que lui soit parfois attribué à ce propos le mérite d'un « extraordinaire esprit d'observation » qui appartient en propre à MAGNAN. C'est P. MARÉCHAL qui à une de nos conférences du mercredi (en 1934) découvrit ce « plagiat » littéraire.

quelque sorte le délire de plusieurs alcooliques. Elle se montre tantôt maniaque, tantôt mélancolique, tantôt stupide et en quelques heures elle se présente sous différents aspects. Comme il est rare d'observer un délire aussi varié, nous allons classer d'après les sens qui en étaient le siège les troubles hallucinatoires que nous trouvons pêle-mêle dans nos notes prises suivant le délire de la malade.

Vue : Elle voit des toiles d'araignées sur le mur, des cordages, des filets avec des mailles qui se rétrécissent et s'allongent ; au milieu se montrent des boules noires qui se renflent, se diminuent, prennent la forme de rats, de chats qui passent à travers des fils, sautent sur le lit, puis elle voit des oiseaux, des visages grimaçants, des singes qui courent, s'avancent, rentrent dans la muraille ; sur la fenêtre, dans la salle elle aperçoit des poulets qui s'enfuient et qu'elle cherche à attraper ; sur tous les toits des maisons voisines apparaissent des hommes armés de fusils, à travers un trou du mur elle aperçoit le canon d'un revolver braqué sur elle, elle voit des incendies de tous les côtés, les maisons s'effondrent et s'écroulent, tout disparaît au milieu de ce tumulte ; elle voit massacrer son mari et ses enfants. Un instant après, les arbres semblent danser et sont couverts de globes de toutes les couleurs qui reculent, grossissent et diminuent, par moments d'immenses feux diversement colorés éclairent l'horizon.

Ouïe : Elle entend la voix de sa fille, de son mari qui crient au feu, à l'assassin, qui appellent au secours ; on l'injurie, on l'appelle crapule, vache, etc. On la menace, elle doit y passer, on a déjà coupé ses enfants en morceaux, on va tout brûler, elle entend les cloches, la musique, un bruit de machine à côté de sa chambre, puis des chants ; des bruits confus.

Odorat : Elle sent, dit-elle, le soufre, le vitriol, ses draps sont empoisonnés, la couverture sent le pourri.

Goût : Ce qu'on lui donne est aigre, gâté ; on veut l'empoisonner, ça a un goût de vitriol, quelque chose qu'elle ne peut pas dire, le poison.

Sensibilité générale : Elle sent des piqûres sur le ventre, quelque chose de pesant sur la peau, une bête froide et mouillée se traîne sur ses cuisses, elle lui plonge un dard dans la chair, elle sent les mouvements en dedans des jambes, les griffes d'un animal qui se plantent dans le dos. »

Voici maintenant, toujours d'après MAGNAN, les caractères spéciaux de ces hallucinations caractéristiques du « *délire onirique*¹ » :

I. *Caractère pénible des hallucinations*. « Les phénomènes intellectuels consistent surtout en troubles hallucinatoires, exceptionnellement de nature gaie, presque toujours au contraire, ainsi qu'on l'a remarqué déjà depuis longtemps, de nature pénible éveillant des craintes de toutes espèces et, comme le dit M. MARCEL, pouvant déterminer des impressions morales dont la plus légère serait l'étonnement et la plus forte une terreur profonde². L'alcoolique J. Jean semblait devoir échapper à cette règle dans les moments où il parlait de cascades qu'il entendait mugir, de chalets illuminés qu'il apercevait, de chants, de danses dont il était témoin. Eh bien, même avec ces images riantes, ces chants et ces fêtes, il sait créer le plus triste délire. Les cascades le poussaient, dit-il, à se noyer. Ces bruits de l'eau c'était pour me narguer, ça voulait dire que j'étais un lâche, que je n'avais pas le courage de me jeter à l'eau. Le chalet avec ses hôtes joyeux, c'étaient un tas de gens qui voulaient me perdre, qui se moquaient de moi et qui voulaient m'assassiner.

1. pp. 36 à 39.

2. MARCEL, Thèse, Paris (1847).

Quelques malades cependant ont parfois des hallucinations agréables, ils entendent des musiques, des voix mélodieuses, ils voient des paysages, des tableaux qui les charment ; l'un d'eux prétendait sentir les parfums les plus exquis. Un ancien militaire qui avait passé plusieurs années en Algérie, voyait dans un accès de délire alcoolique, des forêts, chantant, dansant, il traversait des bosquets de fleurs éclairés par des lumières de mille couleurs... mais encore quelques instants après, le tableau s'assombrissait et les lions, les hyènes et les serpents remplaçaient les fleurs et les danseuses.

II. *Caractère de mobilité des hallucinations.* Un autre caractère des conceptions délirantes et des perceptions illusoire des alcooliques bien indiqué par LASÈGUE (1869) c'est leur mobilité. Hommes, choses ou animaux, tout ce qui fait l'objet des hallucinations se meut et se déplace. De là aussi la mobilité, la rapidité des idées et des actes de l'alcoolique qui d'ailleurs, effrayé, anxieux, suppliant ou agressif, intervient toujours de la manière la plus active.

...mobilité...

III. *Les hallucinations ont pour objet les occupations ordinaires, ou les préoccupations dominantes du moment.* Ces hallucinations varient à l'infini, mais elles reflètent souvent l'objet soit des occupations journalières, soit des préoccupations dominantes du moment avec cependant un choix tout particulier pour ce qui est le plus désagréable, le plus pénible. Ainsi lors des derniers événements, pendant la guerre allemande, les malades voyaient des Prussiens, s'entendaient traiter d'espions, on les appelait Bismarck. Plus tard et aussitôt après la Commune, les alcooliques appartenant aux troupes régulières voyaient des camarades des gardes nationaux, ces derniers au contraire des Versaillais. Sous l'Empire c'étaient surtout des mouchards, des sergents de ville et, en tous temps, les voleurs, les assassins célèbres, les Tropmann de toutes sortes qui fournissaient matière aux hallucinations.

...préoccupations dominantes du moment...

Quand celles-ci se rapportent aux habitudes, aux professions des individus, elles mettent le patient en scène, quelquefois de la manière la plus singulière. Ainsi, le malade marchand des quatre-saisons voyait à terre autour de lui des choux-fleurs, de l'oseille, des radis qu'il s'efforçait de ne pas écraser sous ses pieds ; un conducteur de bestiaux simulait son chien, voyait et appelait les bœufs et les moutons ; le gaveur de pigeons aux Halles (obs. II) croyait tenir un pigeon entre les doigts et s'évertuait à lui faire avaler le grain. Une marchande de vins répondait à ses clients, les engageait à attendre et se préparait à les servir ; un menuisier voyait (obs. XX) retomber sur sa tête et sur son dos les planches qu'il essayait de charger sur une voiture. Une fille publique avait des scènes obscènes et voyait autour d'elle des scènes lubriques rappelant son triste métier. »

Cet état confuso-onirique, ce « délire onirique » avec ses scènes, ses visions, ses hallucinations visuelles ou multisensorielles a fait plus tard l'objet des célèbres descriptions de RÉGIS¹. Et nous ne saurions manquer de les rappeler.

...célèbres descriptions du « délire onirique » selon RÉGIS (1901)...

« Ce délire est, écrivait-il, dans toute l'acception du mot, un délire de rêve, un délire onirique. Il naît et évolue en effet dans le sommeil, il est constitué par des associations fortuites d'idées, par des reviviscences hallucinatoires d'images et de souvenirs antérieurs, par des scènes de la vie familiale et professionnelle, par des visions le plus souvent pénibles, par des combinaisons d'événements étranges, impossibles, extrêmement mobiles et changeants, ou, doués au contraire d'une intense fixité, qui s'imposent plus ou moins complètement à la conviction. Au degré le plus faible, ce délire est

1. RÉGIS, *Académie de médecine*, 7 mai, 1901.

exclusivement nocturne et momentané : il cesse au réveil et ne reparait que le soir, soit dès le crépuscule, soit seulement plus tard avec le vague assoupissement. A un degré plus marqué il cesse encore au réveil mais incomplètement et se reproduit dans la journée dès que le malade a les yeux fermés et somnole. Enfin à son degré le plus élevé, le délire ne cesse pas au matin et il se continue le jour, tel quel, comme un véritable rêve prolongé... Mais (ces délirants) ne sont pas des dormeurs ordinaires assistant passivement à leur automatisme mental : ce sont des dormeurs actifs, en mouvement ; comme les somnambules, ils vont du rêve muet au rêve parlé et au rêve d'action, dans une perception plus ou moins confuse de l'ambiant qu'ils mêlent à leurs conceptions fantastiques, passent parfois à leur état second suivant qu'on les interpelle ou qu'on les abandonne à eux-mêmes, suivant qu'ils ouvrent ou ferment les yeux ; comme les somnambules aussi ils sortent de leur délire par un véritable réveil ; comme eux enfin, ils gardent souvent implantées dans leur esprit... quelques idées fausses isolées, obsédantes, reliquat d'une des conceptions principales de leur rêve hallucinatoire... Ce qui achève de pousser enfin l'identité de nature du délire (onirique) et des états seconds, c'est qu'on peut fréquemment intervenir dans celui-là comme dans ceux-ci par l'*hypnose suggestive*... Cet ensemble morbide fait de confusion mentale et de délire onirique est vraiment caractéristique. »

Ainsi pour RÉGIS, le délire onirique est considéré comme une sorte d'état d'hypnose, d'état second de *délire somnambulique*, qui se constitue au sein de la conscience confuse. Chose curieuse, cet aspect de l'*onirisme* retrouvé à propos des « réactions hystériques » des « états crépusculaires émotionnels » pendant les deux guerres mondiales (surtout par les Anglo-saxons et les Allemands) a été un peu perdu de vue par l'Ecole française qui a surtout insisté sur le caractère *hallucinatoire visuel* de l'onirisme.

D'après la description de MAGNAN et de tant d'autres observations, l'onirisme comporte en effet essentiellement une production *visuelle* et *kaléidoscopique* de spectacles, de scènes, de figures, de zoopsies, de formes et de séries qui se succèdent dans le champ perceptif optique. Le déroulement « esthétique » ou, plus souvent, « dramatique » de cette expérience hallucinatoire visuelle fait passer « devant les yeux » du délirant onirique des « visions » plus ou moins monstrueuses et apocalyptiques, plus ou moins malicieuses aussi ou abracadabrantes où se mêlent et se succèdent la féerie, l'humour, le fantastique et le cocasse. Lueurs, couleurs, boules de feu, flammes, bêtes, visages sanglants, scènes d'épouvante, grotesques figures... cette fantasmagorie visuelle se présente cependant sous des formes cliniques assez variées. Tantôt c'est tout le champ de la conscience qui est comme dans le rêve « spectaculisé » et tout événement qui s'y déroule est en effet « vu » comme une scène. Tantôt les « visions » se plaquent, pour ainsi dire, sur la réalité et l'enduisent de fantastique (illusions, paréidolies, compléments hallucinatoires de couleurs à la surface des objets ¹, projections cinématographiques sur les murs, les objets, etc.) Tantôt enfin les images visuelles

1. Cf. sur ces phénomènes (« Flackenfarbenhalluzinationen et Oberflächenfarben ») l'article de KATZ, (*Zeitschr. f. Psych., Ergänz.*, t. VII, et le travail d'HARTMANN, *Monatschr. f. Psych.*, 1924, p. 56).

...l'onirisme comporte essentiellement une production visuelle et kaléidoscopique...

s'épanouissent brusquement dans telle ou telle partie du champ visuel, éclatent en bouquets de fleurs, en gerbes et fusées colorées, ou jaillissent sous forme de figures ou de scènes, sans congruence avec l'intentionnalité générale du champ perceptif. Cette dernière catégorie de phénomènes constitue les « hallucinations élémentaires », les formes hallucinatoires pour ainsi dire abortives et incongrues qui, plus près des photopsies ou des lueurs entoptiques, souvent monoculaires¹ et se mouvant avec le mouvement des globes oculaires, constituent ce que l'École française appelle « les hallucinoses » visuelles². De tels phénomènes hallucinatoires optiques à forte structure formelle³ (dysmégaloopies — métamorphopsies — hallucinations lilliputiennes et gullivériennes — hallucinations décolorées — dédoublées — kinétiques — monoculaires — provoquées par la pression des globes oculaires — en relief — avec ou sans perspective — plates — « extra-campines » etc.) ont été particulièrement étudiés dans leur rapport avec l'action spécifique de certains toxiques (mescaline, hachisch, alcool, etc.). L'éclosion et la succession des images visuelles constituent donc comme le fond du spectacle onirique.

Il faut cependant ajouter que l'onirisme comporte d'autres composantes « sensorielles » ou multisensorielles. C'est ainsi que les voix, les rumeurs, les cloches, les injures, les menaces, les conversations burlesques, emphatiques ou théâtrales, etc. représentent une participation auditive ou acoustique verbale plus ou moins importante au vécu onirique. Il arrive même que l'activité hallucinatoire verbale soit prépondérante⁴ ou même exclusive sous forme d'un rêve essentiellement parlé ou entendu qui accentue encore son étrangeté par ce caractère insolite. De même les « hallucinations cénesthésiques », tactiles, kinesthésiques, génitales, engagent la sphère proprioceptive dans l'événement hallucinatoire onirique : le délire onirique alcoolique avec ses réseaux de fils et de toiles d'araignées, les délires chloralique et cocaïmique avec leurs riches sensations cutanées et leurs expériences oniriques de cohabitation sexuelle, de possession, de morcellement ou d'électrification en sont autant d'exemples bien connus.

...les hallucinations visuelles de l'École française...

...mais aussi d'autres composantes « sensorielles » ou multisensorielles...

1. F. MOREL, Les hallucinations monoculaires du Delirium tremens, *Encéphale*, 1932

2. Sous le nom d'« hallucinose des buveurs », WERNICKE avait décrit un « état onirique » dégradé au cours duquel ces phénomènes sont particulièrement riches. Mais avec CLAUDE, nous avons contribué à donner à ce terme « hallucinose » un sens différent en désignant de la sorte les phénomènes psychosensoriels isolés et, comme on disait au temps où on discutait les hallucinations du libraire Nicolaï ou de Mariller, « compatibles avec la raison ». C'est que, si les « hallucinoses » ainsi définies s'observent dans les états d'onirisme dégradé (état d'hallucinose, au sens de WERNICKE), elles sont d'autant plus caractéristiques qu'elles se produisent en dehors de cette condition comme phénomène de désintégration du champ perceptif (cf. notre travail : Physiopathologie de l'activité hallucinatoire, *Évolution Psychiatrique*, 1934).

3. C'est au début et surtout à la fin de l'accès que ces phénomènes psychosensoriels hallucinosiques préfigurent le travail onirique ou lui survivent.

4. B. LOGRE et A. BROUSSEAU, Onirisme à prédominance auditive, *Ann. Médico-Psycho.*, 1923, I, p. 230.

Mais plus importante à considérer que ces variétés « psychosensorielles » de l'onirisme confusionnel est l'infrastructure même de cette activité hallucinatoire, le vécu du délire onirique qui émane précisément de la conscience confusionnelle et constitue *l'imagerie propre à l'état confuso-onirique*. Ce n'est pas tout à fait un rêve¹ c'est un niveau de déstructuration de la conscience qui comporte bien comme le rêve la désorientation temporo-spatiale mais dont la structure formelle (obnubilation, troubles de la pensée, etc.) permet encore à la conscience d'être entrouverte sur le monde. Et nous retrouvons ici ce que nous avons plus haut décrit comme caractéristique de la « perplexité confusionnelle ». Le « monde » onirique est celui d'un rêve qui tient encore à la réalité, qui est comme « perçu » à travers les fragments et les lambeaux d'une réalité qui ne peut pas ou ne veut pas disparaître, qui ne se résigne pas à se dissoudre complètement, de telle sorte que le fantastique de la fiction s'allie ici à la monstruosité du perçu pour constituer une expérience bouleversante et pour ainsi dire incroyable. Pour si terrifiantes que soient les images, pour si menaçant que soit leur défilé « vu » ou seulement pressenti, pour si colorés, concrets et gigantesques que soient les aspects fugaces du vécu onirique, tous ces vécus de la conscience confuso-onirique sont tout à la fois intensément vivants mais spécifiquement eidétiques. Et si nous avons vu la conscience oniroïde se prendre et se captiver davantage à la fiction qu'elle engendre

... Le « monde » onirique est celui d'un rêve qui tient encore à la réalité...

1. Les rapports de la confusion et du rêve doivent être ici précisés. Si la confusion était exactement identique au phénomène sommeil-rêve, il n'y aurait pas de structure *hallucinatoire* onirique, car le rêve ne comporte pas d'hallucinations pour la bonne raison que le vécu du rêve est un « événement imaginaire » immédiatement vécu comme événement « *sans mondanité* » (SARTRE), sans objectivité constituée. C'est parce que l'expérience onirique, pour si engagée qu'elle soit vers la pensée du rêve, reste cependant en deçà de l'état sommeil-rêve, qu'elle comporte l'onirisme hallucinatoire. Mais il est vrai que l'état confuso-onirique est de toutes les psychoses qui constituent les niveaux de déstructuration de la conscience celui qui est le plus près du sommeil-rêve (d'où le nom que lui a donné RÉGIS). Par contre une grande masse d'expériences délirantes aiguës (états oniroïdes) se constituent sur le modèle de la production du travail du rêve sans comporter de confusion. De telle sorte que nous pouvons et devons dire 1° que la confusion est un état de conscience voisin du processus sommeil-rêve, mais qu'il y a des états ressemblant aux rêves qui ne comportent pas de confusion, 2° que l'assimilation pure et simple de la confusion à la conscience du rêveur est fautive deux fois. D'abord en ce que l'état confuso-onirique est moins profond que l'état sommeil-rêve ; ensuite en ce que la confusion n'est pas le seul niveau de déstructuration de la conscience qui rappelle le processus sommeil-rêve.

Sans doute certains auteurs (R. CHARPENTIER, l'Onirisme hallucinatoire, *Revue Neurologique*, (1919), ont bien vu que l'onirisme, pour autant qu'il ne comporte pas toujours la confusion, peut être « pur », mais ils n'ont pas suffisamment aperçu que cet onirisme « pur » non confusionnel (état oniroïde) dépendait d'une altération de l'activité de la conscience qui, pour n'être pas confusionnelle, n'en existe pas moins. BARUK a étudié en détail ce qu'il appelle l'onirisme dissociatif et dégradé (*Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale*, 1938, pp. 456 à 467), qu'il oppose à l'onirisme vrai et il a bien vu que ces formes dégradées de l'onirisme sont l'effet de ce qu'il appelle une certaine « dissociation ». Comme nous avons déjà étudié ces états crépusculaires et oniroïdes, on comprend que pour nous l'étude de l'état confuso-onirique, ne résumant pas tous les rapports possibles des psychoses aiguës avec le sommeil-rêve, puisse être alléguée ici de tout ce dont nous l'avons délestée par nos précédentes Études.

parce qu'elle infiltre d'imaginaire le réel et que ce réel absorbe et tolère l'imaginaire, ici, dans ce flux plus chaotique d'images, aucun enchaînement ne parvient à se former. Cahotée, incohérente, sans cesse fragmentée la fiction onirique s'écroule au fur et à mesure qu'elle se forme, tout entière projetée et épuisée dans l'instantanéité de ses fugitives « visions ». Car ce qu'elle perd en construction, l'expérience confuso-onirique le gagne en actualité immédiate et chaque image qui émerge de la conscience confuse est frénétiquement exprimée soit dans l'émotion soit dans le mouvement. Ce travail de Pénélope du délire onirique se manifeste lui-même dans le « travail » du délirant onirique, dans ses décharges motrices pour se saisir de ce couteau ou de ces araignées, pour suivre le vol de ce corbeau, pour s'emparer de la femme qui s'offre, pour fuir l'incendie ou échapper aux préparatifs de l'échafaud, tout comme ce flux d'événements fulgurants le tient haletant et fasciné devant les métamorphoses des visions ou des péripiéties qu'il vit au comble de l'angoisse ou du ravissement, à chaque « scène » qui éclôt dans l'instantanéité de sa « représentation ».

Nous verrons à propos des formes plus ou moins confusionnelles de l'épilepsie de quel intérêt pratique et notamment médico-légal est ce « *délire onirique des actes* ».

V. *Analyse structurale.*

Le niveau de déstructuration du « *délire onirique* » tel que nous venons de le décrire comme *onirisme kaléidoscopique*, correspond à la « *confusion mentale* », celle-ci représentant le trouble *négatif* dont celui-là constitue le trouble *positif*. Si l'on désigne plus souvent cette forme typique de psychose aiguë sous le nom de confusion (ou d'amentia), c'est que c'est bien par le trouble négatif, ici si manifeste, que se définit ou doit se définir généralement tout niveau de déstructuration de la conscience. Si pour les niveaux supérieurs (manie, mélancolie, psychoses délirantes aiguës) le trouble négatif n'entre pour ainsi dire pas dans la définition (ou en tout cas dans la désignation) de ces psychoses, c'est que celles-ci, admettant une part positive plus considérable, le trouble négatif y est moins apparent et passe même pour ne pas exister.

La confusion onirique se présente donc comme l'aspect des psychoses aiguës dont le trouble négatif, c'est-à-dire la forme de déstructuration de la conscience (confusion), est le plus évident et dont le trouble positif (onirisme) est encore assez évident pour que nous nous trouvions là en présence d'une sorte d'objet modèle de l'analyse structurale à laquelle nous soumettons l'ensemble des diverses maladies mentales. Avant d'entreprendre cette analyse structurale et pour lui donner plus de relief, montrons d'abord comment confusion et onirisme sont en continuité progres-

...la « *confusion mentale* », représente le trouble *négatif* dont le « *délire onirique* » constitue le trouble *positif*...

...nous nous trouvons là en présence d'une sorte d'objet modèle de l'analyse structurale...

sive avec la structure négative et positive des niveaux de déstructuration que nous avons déjà étudiés.

Le mouvement de déstructuration de la conscience que nous étudions dans ces « *Études* » consacrées aux « Psychoses aiguës », ce mouvement comporte un ordre de décomposition qui constitue la loi générale selon laquelle s'établissent, se succèdent, se déroulent et se subordonnent les niveaux de cette déstructuration. Le trouble négatif, ici si apparent sous forme de confusion, est en un sens le même qui altérerait la conscience maniaco-dépressive ou la conscience oniroïde. Il est le même en ce sens que nous avons pu saisir le progrès de la déstructuration depuis celle qui atteint d'abord les formes les plus vulnérables et les plus élevées de la conscience (structure temporelle éthique, ou ce qu'on appelle le « déséquilibre thymique »), ensuite les formes de déstructuration de l'espace vécu organisé en champ phénoménal de la perception et jusqu'à cette déstructuration de la forme temporo-spatiale d'organisation de la pensée que constitue précisément la confusion et qui, naturellement et inéluctablement, nous renvoie à l'état de la conscience du sommeil-rêve en tant que, comme dans cet état, le confus, incapable de construire son monde selon les coordonnées temporo-spatiales de la réalité, chavire dans un imaginaire flottant et chaotique. Mais en ce sens le trouble négatif de la confusion tout en s'inscrivant dans l'unité progressive du processus de déstructuration de la conscience représente bien une mutation qui définit précisément le niveau structural qui lui est propre. Cette mutation implique que s'ajoute à la négativité des psychoses aiguës hallucinatoires et oniroïdes (celle de la conscience devenue hallucinante par la déstructuration de l'espace vécu dans le champ phénoménal) et à la négativité des états maniaco-dépressifs (celle de la déstructuration temporelle éthique) une négation de plus, celle du monde organisé dans la structure temporo-spatiale de l'objectivité. C'est pourquoi, toute confusion contient dans son tableau clinique des « éléments » qui « rappellent » la mélancolie, la manie, les états hallucinatoires et oniroïdes des psychoses délirantes aiguës.

...dans l'unité progressive du processus de déstructuration de la conscience...

...s'ajoute une négation de plus, celle du monde organisé dans la structure temporo-spatiale de l'objectivité...

Quant aux troubles positifs, c'est-à-dire à la forme de structuration encore possible de la pensée et de l'action de l'homme confus, ils « rappellent » le vécu des niveaux supérieurs puisqu'ils représentent la physionomie plus ou moins défigurée du même homme qui se trouve, pour ainsi dire, de plus en plus décapité aux divers niveaux structuraux. Le même homme, en tant qu'homme, ayant une histoire propre, mais le même homme en tant qu'appartenant à une même espèce. De telle sorte que la positivité de l'être toujours réduite à chaque niveau va progressivement disparaître jusqu'à ne représenter plus qu'une forme toujours moins individualisée de l'expérience. Cette résorption de l'être dans l'uniformité « spécifique » rend compte du fait qu'aux niveaux confuso-oniriques le tableau clinique est de plus en plus identique d'un malade à l'autre. Car le confus en perdant son orientation temporo-spatiale et son orienta-

tion personnelle (orientation auto-psychique) ne perd pas seulement le souvenir de ce qu'il a été, mais tend — sans d'ailleurs jamais y parvenir — à subir un anéantissement momentanément total de la vie psychique en tant que forme spécifique de l'espèce humaine.

STRUCTURE NÉGATIVE.

Nous allons brièvement rappeler ici ce que nous avons déjà décrit plus haut comme traits typiques de la confusion : a) l'indifférenciation des processus psychiques ; b) l'obnubilation ; c) la désorientation temporo-spatiale. Car ce sont bien là les traits négatifs caractéristiques de l'état de la conscience qui a chaviré dans la confusion, qui s'est déstructurée au point de ne plus pouvoir construire la réalité objective ni assurer sa fonction vitale d'ouverture au monde.

...les traits négatifs de la confusion...

a) *L'indifférenciation des processus psychiques.* Cette indifférenciation représente une régression vers un stade très inférieur de la pensée caractérisée par ce qu'on appelle la pensée syncrétique, c'est-à-dire cette forme de pensée qui, compacte et obscure, demeure, pour ainsi dire, soumise à une sorte de loi d'inertie et dont les caractères sont l'agglutination et la contamination des concepts. Sans doute arrive-t-il à tout le monde d'être repris, ressaisi par cette inertie d'indifférenciation ; c'est ainsi que nos opérations mentales risquent parfois de s'empêtrer dans les difficultés et de ne plus pouvoir tracer dans la figure de l'action les lignes de démarcation et les contours que chaque idée y développe. Mais dans la confusion il s'agit d'une qualité intrinsèque et générale de la vie psychique qui rend toute « gestaltisation » radicalement impossible. Ce défaut de synthèse atteint dans la confusion une sorte de point maximum : l'inefficacité de toute opération mentale synthétique. Le décousu, le flou, le vague, l'impossibilité de coordonner les idées, contraignent la pensée à rester informe, à ne jamais dépasser le stade des « préformes » (Vorgestalten) intuitives, concrètes, sans cesse agglutinées dans un inextricable magma intentionnel. A ce point extrême la pensée du confus rejoint presque celle de l'aphaso-apraxo-agnosique. Comme elle, elle est impuissante à se former et, rebelle à tout effort de construction, elle est vécue comme un poids, une gêne, une inertie : d'où la perplexité et le désarroi que nous avons situés au premier plan de la phénoménologie de la confusion.

b) *L'obnubilation.* C'est la qualité sui generis de la conscience confuse que de se présenter « enténébrée ». « Comme si » l'opacité du fond d'où émergent les figures de l'action psychique envahissait ces formes, les confondait dans l'ombre abyssale d'un gouffre d'indétermination. « Comme si » cette obscurité du champ d'activité de la conscience se projetait dans tous ces modes d'expressivité : celle du visage ahuri et égaré, du regard lointain, de la parole vague et embarrassée, de la psychomotricité

hésitante et maladroite. De telle sorte que non seulement l'ombre obscurcit la conscience mais que, comme nous l'avons déjà souligné, elle ternit la transparence des rapports avec autrui, interposant entre le confus et les autres un voile, modalité de l'altération des rapports humains qui frappe au premier chef et fait dire de ces malades qu'ils sont « troublés ». Ici, la conscience n'est plus seulement dans un état crépusculaire, elle est comme enfermée dans l'obscurité de son ipséité, sans ouverture au monde, aucune lumière ne pouvant y filtrer, la traverser ou l'éclairer, ni du dehors ni du dedans.

c) La désorientation temporo-spatiale. Les perspectives du temps et de l'espace sont abolies, ou tout au moins profondément bouleversées, et, en tout cas, au point que la réalité perd avec l'ordre de son objectivité présentée et pensée, la possibilité de s'insérer dans le « cosmos » historique et géographique du sujet. Sans doute persiste-t-il des aspects ou des fragments du cadre existentiel (ne fût-ce que par l'emploi des formes du langage qui les implique), mais celui-ci est profondément altéré. Car même s'il survit comme un système plus ou moins précis de références (formules topographiques, abstrait des lieux, ordre verbal syntaxique des conjugaisons, etc.) il disparaît du vécu de la conscience lequel « roule » plutôt qu'il ne se déroule comme si chacun de ses aspects ou chacune de ses images, chacune de ses scènes figuraient un tout et non plus un moment du développement historique du temps ou une partie de l'espace organisé. Cette déstructuration temporo-spatiale peut aller si loin que dans les degrés les plus profonds de ce trouble — nous le verrons notamment pour certaines formes du syndrome de KORSAKOFF — le temps n'est plus vécu que comme une succession d'instantanés discontinus qui ne parviennent pas à former une trame d'événements engagés dans un ordre temporel pour autant que celui-ci ne peut plus organiser en « champ de simultanéité » l'espace vécu. La conscience du confus tend en effet à abolir le temps en le réduisant à n'être qu'un instantané sans passé et sans avenir et aussi sans simultanéité, puisque cet instantané cesse de pouvoir englober dans la perspective spatiale la contemporanéité de la coexistence avec autrui ou le synchronisme des événements. Tant il est vrai que le confus comme le rêveur en « instantéifiant » le vécu de sa conscience réduit celle-ci à n'être qu'une saisie punctiforme alors que dans la plénitude de sa clarté et son efficacité structurale, elle est précisément un « champ », c'est-à-dire une construction du présent dans les perspectives temporo-spatiales de l'existence du sujet. Nous mesurons par là le chemin parcouru par le processus de déstructuration du *champ* de la conscience réduit ici, à son trouble maximum, à n'être plus qu'un *point*.

STRUCTURE POSITIVE.

Le délire onirique représente le vécu de la conscience décomposée dans la confusion. Tantôt vague et inexprimé et trop informe pour être perçu par l'observateur et peut-être même par le sujet stuporeux, incapable de retenir les aspects chaotiques et successifs de sa « représentation » interne, — tantôt (et c'est alors qu'il acquiert une authentique existence clinique) vécu avec l'intensité d'images éclatantes, le délire onirique est dans la confusion, comme le rêve est dans le sommeil. Comme lui variable, il est tantôt « insignifiant », tantôt bouleversant, elliptique dans ses concentrations d'images ou générateur d'interminables péripéties, etc. Mais naturellement, il n'est intensément vécu et exprimé et il n'échappe aussi à l'anéantissement de l'oubli instantané que dans la mesure où il est scénique. C'est pourquoi l'*onirisme* est toujours défini comme une succession de visions qui se déroulent sur la scène de la *représentation* imaginaire. Nous avons souligné antérieurement quels aspects de théâtralité étaient pour ainsi dire immanents à l'activité de la conscience qui ne se saisit qu'en se représentant. Mais ici la constriction même de la scène, les gouffres d'ombre qui l'entourent, l'impossibilité de son organisation intrinsèque et de son intégration dans un cadre temporo-spatial autre que variable, élastique et plastique, imposent au déroulement scénique d'être essentiellement inconsistant et composé seulement de fragments discontinus, d'images qui ne parviennent pas à s'enchaîner. Ayant étudié dans les états oniroïdes les formes caractérisées par un enchaînement scénique à la mesure de la riche activité imaginative propre à ce niveau, nous nous trouvons ici en présence d'une *imagerie kaléidoscopique* dont nous devons souligner trois aspects fondamentaux : a) l'intensité ; b) l'extraréalité ; c) la projection affective de la formation du vécu onirique.

...le délire onirique est dans la confusion, comme le rêve est dans le sommeil...

a) *L'intensité*. Cette imagerie pour autant qu'elle éclate et « se présente », s'impose par ses qualités sensibles, « esthétiques ». C'est que la représentation symbolique que composent ses images exprime l'intentionnalité de la conscience qui se prend vivement au piège de son propre désir ; et c'est aussi parce que chaque instant de l'expérience onirique, gros d'un devenir impuissant à se développer se contracte en une image d'autant plus vive qu'elle est caduque. Imagerie chaotique et clignotante, semblable plutôt à la succession discontinue d'images d'Épinal ou de la lanterne magique, qu'au déroulement « historique » d'un « film ». La soudaineté, la violence de ces explosions imaginaires qui se détachent sur le noir du fond confusionnel, captent au profit de leurs fugaces instantanéités toutes les ressources affectives et psychomotrices du délirant onirique. Suspendu à cette kaléidoscopie, celui-ci en exprime les intermittences par son agitation hallucinatoire toujours décousue. Il s'agit le plus souvent et le plus typiquement de « visions » car c'est en tant qu'acteur et spectateur que le délirant

...avec son intensité...

onirique vit les scènes fulgurantes qui occupent l'exiguïté de sa représentation. Scènes colorées, animées, parfois sonores, etc. qui éclatent à chaque moment de son temps furtif et à chaque lieu de son espace imaginaire. Mais cette esthésie du vécu onirique, cette sensorialité des « scènes » oniriques est bien une illusion d'optique psychique à laquelle succombe le confus, du fait même de sa confusion, sans qu'il soit permis à l'observateur de se prendre lui-même à ce mirage.

...son extraréalité...

b) *L'extraréalité*. Si on emploie — il nous arrive aussi de l'employer — le terme « monde onirique », il est bien évident pourtant que l'onirisme ne se constitue pas en monde, qu'il est même le contraire d'un monde. Sans doute chez le confus — contrairement à ce qui se passe chez le dormeur — toute réalité n'est pas abolie, mais elle est dominée, écrasée et pratiquement éclipsée par la formation de cet imaginaire — dont le flux, se précipitant dans une conscience radicalement incapable de se constituer en forme d'objectivité temporo-spatiale se présente alors sans mondanité. Cascade d'images, défilé de visions, succession hétéroclite et discontinue de fragments d'existence, ce chaos inextricable ne saurait malgré ses aspects dramatiques être pris, non plus, par l'observateur, comme il l'est dans l'illusion de la conscience délirante, pour un monde. Si chaque représentation dans l'expérience onirique est comme une face plus ou moins éclairée, plus ou moins mince d'un monde virtuel, celui-ci reste seulement pressenti et privé de l'organisation même qui le consacrerait comme monde. De telle sorte que, sans son monde, l'image du *sujet* lui-même disparaît en rompant ses attaches avec le système de références objectives relativement auquel elle se constitue. Si, comme nous l'avons vu, dans la confusion le système de la personnalité persiste, de telle sorte que cette continuité conditionne la perplexité du moi devant l'écroulement de son pouvoir d'organiser le champ de la conscience, le sujet y figure seulement comme un vague abstrait et se confond (ainsi que dans le rêve) avec l'imagerie qui se donne comme un vécu sans objet et sans sujet, un vécu sans monde, un vécu de la confusion même du sujet et du monde, c'est-à-dire sans possibilité pour le sujet de se retrancher de la fatalité des images qui submergent l'étroitesse des instants qu'il vit. Tout étant « là-maintenant » et ce « là-maintenant » ayant perdu tout pouvoir de se raccorder et de s'accorder avec l'histoire du sujet, celui-ci n'a plus que la ressource de « se prendre » dans la substance même de l'imagerie qu'il engendre par le mouvement de ses pulsations vitales. Quel est donc ce vécu sans mondanité sinon la projection de l'être hors de lui-même et en lui-même? C'est-à-dire *l'image* qui émane de son désir et, à l'extrême pointe du possible, constitue pour lui « quelque chose ». Ici nous touchons au plan le plus profond et le plus vital de l'activité de la conscience, celui de la nécessité pour une conscience de se projeter elle-même dans son propre champ, de tendre éperdument à se constituer encore et toujours en germe, en simulacre de réali-

...la nécessité pour une conscience [...] de tendre éperdument à se constituer encore et toujours en germe, en simulacre de réalité...

té. C'est à cette nostalgie du monde impossible, à cette impuissance radicale que correspond l'irrésistible positivité du besoin onirique.

c) *La projection affective dans l'imagerie onirique.* Ce besoin de se présenter à soi-même quelque chose qui soit comme un simulacre ou un écho du monde engage naturellement dans les images oniriques l'exigence des pulsions affectives. Par le diaphragme rétréci de la conscience impuissante à déployer son champ phénoménal et à s'ouvrir au monde, passent comme des pulsations affectives, instinctives, émotionnelles, les images qui les représentent ou les symbolisent. Ce symbolisme de l'image onirique est si exactement le même que celui du rêve, que nous ne pourrions ici que répéter ce que chacun sait et admet depuis FREUD. Le sang, les crimes, les combats, la chute dans le précipice, la gueule du lion, les rats, l'eau qui monte, la guillotine, l'incendie, le cachot, l'accident, toutes ces images de cauchemar sont comme les coups de boutoir des pulsions auto ou hétéro-agressives. Et dans ce ballon auquel le malade s'agrippe, ce couteau qui lui coupe la main, cette mégère grimaçante, ce bandit masqué, ces parasites qui le dévorent, etc., se reconnaissent bien facilement les personnages et les situations « archaïques ». Les images phalliques du serpent, du revolver, etc., celles du corps féminin, (la cuisinière, l'alambic, le coffre, la pendule, etc.), se mêlent pour composer les figures d'une érotique qui se satisfait de ces simulacres. En ce sens l'onirisme représente bien une sorte de masturbation où le sujet joue avec ses propres fantasmes. Ce sont précisément ces formes de propulsions et de pulsions, ses désirs, ses pulsations instinctives qui, projetés dans les images, le poussent encore à s'en emparer ou à les fuir. Même quand — comme pour le rêve — c'est le matériel perceptif récent ou « professionnel » qui constitue l'arsenal et la réserve de matériel de cette imagerie, même quand ce sont les instincts, les émotions ou les archétypes spécifiques (qui effectivement surgissent chez la plupart des hommes confuso-oniriques), qui montent à la surface du délire onirique, toute image qui y émerge et se constitue, exprime l'actualité et la violence de la personne réduite à son noyau le plus primitif.

...et ses projections affectives...

...Ce symbolisme de l'image onirique est exactement le même que celui du rêve...

— Nous avons, en abordant la première analyse structurale du premier niveau de déstructuration de la conscience, étudié la manie et la mélancolie comme les deux formes extrêmes de la conscience maniaque-dépressive qui oscille sans cesse entre l'espoir optimiste infini et l'angoisse de la fatalité et du devoir. Ici au niveau confuso-onirique nous retrouvons encore mais sous une forme plus chaotique — à la mesure même de la déstructuration de la conscience — ces deux pôles (l'angoisse cauchemardesque et l'assouvissement libidinal). Soit en effet que, au sein de son délire le malade passe de la terreur des scènes sanglantes à l'extase mystique ou érotique, soit que l'on puisse décrire à l'onirisme des formes expansives, lascives, euphoriques ou

des formes anxieuses et pantophobiques, nous retrouvons là encore dans l'imagerie tumultueuse de cette agonie de la conscience, le fond du problème de son intentionnalité, ce besoin d'être encore — de se représenter et de se saisir des morceaux du monde chancelant ou pour en jouir ou pour en souffrir. Si le drame ici ne surgit que dans le jaillissement d'images furtives et instantanées, il n'en reflète pas moins, à l'extrême pointe du possible, la vitale nécessité pour la conscience, même quand elle est toute prête à s'évanouir, d'être « conscience de quelque chose ». De telle sorte que, au fond même de la déstructuration de la conscience, se découvre encore son intentionnalité¹. Tel est le « délire onirique » en tant qu'il est vécu par le délirant et connu par l'observateur comme l'imaginaire de la confusion mentale.

VI. *État physique et physio-pathologique de la « confusion mentale ».*

L'état physique du confus est généralement si profondément altéré que les troubles somatiques généraux, la dénutrition, l'amaigrissement, les syndromes d'insuffisance fonctionnelle, les modifications de l'homéostasie du milieu intérieur et les signes d'épuisement ou de dysfonctionnement du système cérébro-spinal et neuro-végétatif entrent classiquement dans toutes les descriptions². Mais il faut dire que l'état confusionnel dépend, à ce point de vue, tellement du processus étiologique qu'il est difficile de donner une description de l'état physique du confus qui ne soit pas artificielle quand elle est précisément détachée de son « étiologie ».

Le syndrome nerveux est le plus souvent caractérisé par la céphalée et les troubles du sommeil. Parfois il existe un tremblement et un certain empâtement dysarthrique de la parole. L'asthénie et l'adynamie dans les « formes stuporeuses » sont frappantes, tandis que l'hyperkinésie et la fatigue consécutive peuvent être considérables dans les « formes agitées ». Le syndrome d'épuisement nerveux est souvent considérable : modification des réflexes ostéo-tendineux, relâchement sphinctérien, paresse pupillaire (CHASLIN, SÉGLAS, RÉGIS), amyotrophies, contractures, etc. Il peut être quelquefois particulièrement impressionnant surtout dans les formes décrites par les Anglo-saxons sous le nom de « *toxic exhaustive Psychoses* ». Le liquide céphalo-rachidien peut être

1. Ceci est la conclusion même d'une analyse structurale de l'automatisme psychologique qui, loin d'aboutir à la mécanicité comme à son dernier mot (celui que nous suggérait la Psychiatrie classique du XIX^e siècle), nous permet au contraire de découvrir ici au dernier niveau de sa structure négative le dynamisme positif de la conscience. Tel est le point de divergence absolu qui sépare la conception organo-dynamiste des conceptions mécanicistes anciennes.

2. Cf. spécialement CHASLIN, (pp. 116 à 217), RÉGIS et HESNARD, (pp. 816 à 821), EWALD, (pp. 21 à 23), POROT, (pp. 22 à 35). Cf. aussi BRUCE, Physical symptoms of acute confusional insanity, *Lancet*, 1935, p. 550 et l'article de BENASSI, (Rilievi clinici e biologici nelle psicosi confusionali acute, *Rivista sper. di Freniatria*, 1952, 76, pp. 333 à 360).

...L'état physique du confus est généralement [...] profondément altéré...

hypertendu avec hyperalbuminorachie et légère lymphocytose. Quant au tonus neuro végétatif¹ il est le plus souvent bloqué, mais à la fin de l'accès il existe parfois une excitabilité vagale caractéristique.

Nous ne pouvons songer à donner ici même un aperçu succinct des innombrables travaux de biophysologie, sérologie, etc. qui ont été publiés. Ce fatras de travaux « démodés » ou conjecturaux serait fastidieux et inutile. Nous en indiquerons simplement quelques-uns, ne fût-ce que pour montrer combien les cliniciens se sont intéressés depuis cent ans à cette étude.

C'est d'abord vers l'*autointoxication gastro intestinale* que les premiers chercheurs avaient tenté de mettre l'accent². On recherchait à ce moment la toxicité de l'urine par suite de la rétention des poisons stercoraux et on donnait la *constipation* et l'*anorexie* comme des symptômes importants. De cette époque datent les premières recherches sur le syndrome urinaire (indicanurie, acétonurie, etc.).

Le *syndrome hépatique* fut spécialement étudié dès 1892 par KLIPPEL, puis par CLAUDE et ses élèves (TARGOWLA, M^{lle} BADONNEL, SANTENOISE, Ch. DURAND, M^{lle} BONNARD) au moment où les courbes glycémiques, la glycémie provoquée, les recherches sur les polypeptides, le rapport cholestérol estérifié – cholestérol total, le rapport azoturique, le coefficient d'imperfection uréogénique, l'amino-acidurie et le rapport de l'azote aminé à l'azote total, l'épreuve d'élimination des substances colorées (rose bengale), etc., constituaient les épreuves classiques de l'insuffisance hépatique³. Depuis lors S. SCHWIRER, HERTZBERGER et D. SCHWIRER⁴ et plus récemment BENASSI⁵ ont étudié les fonctions de labilité sérique chez les confus. Sur 20 cas BENASSI a trouvé et mis en évidence une altération du système hémoprotéido-poïétique dont l'activité dépend tout à la fois (taux protéinique sanguin) du parenchyme hépatique et (valeur globulinique du sérum) du système réticulo-endothélial. Il est possible que les tests de HANGER, de MAC LAGAN, les épreuves au thymol, à l'acide benzoïque et plus généralement l'étude des complexes lipido-protéiques du sérum, de même que l'épreuve des concentrations galactosuriques fractionnées engagent l'étude de l'insuffisance fonctionnelle du foie au cours des états confusionnels, dans de nou-

...les innombrables travaux de biophysologie, sérologie, etc...

1. SANTENOISE, *Journal Médical français*, mai 1924 (Étude de 80 cas).

2. Cf. RÉGIS et HESNARD, qui citent les travaux importants de la fin du siècle dernier et du début de celui-ci au moment où les doctrines de BOUCHARD, et de METSCHNIKOFF, étaient à la mode. Cf. par exemple la Thèse de PRUNIER, Paris, 1908.

3. Cf. spécialement les travaux de TARGOWLA, de 1924 à 1926 (*Presse Médicale*, *Ann. Médico-Psycho.*, *Journal Méd. français*, etc.), l'article de CLAUDE, M^{lle} BONNARD, Ch. DURAND, (*Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1938, 18, p. 891, et A. POROT, dans son ouvrage sur le *Syndrome confusionnel*, (pp. 195 à 200).

4. Körperliche Erscheinungen in einem Fall etc... *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1930, 125, pp. 388 à 400.

5. BENASSI (1952), *loc. cit.*, p. 362

velles perspectives. Mais pour le moment aucun « instantané » hépatique n'a permis de préciser rigoureusement le rôle du foie dans la confusion.

Le grave problème qui a été soulevé et dont nous verrons l'importance au point de vue du délire aigu, est celui de *l'équilibre azoté du sang* dans ses rapports avec la *dépuration rénale* ou le *catabolisme tissulaire*. Les recherches déjà anciennes de TARGOWLA¹ sur la rétention azotée dans les états confusionnels doivent être soulignées. BENASSI insiste sur le syndrome azotémique chloropénique de BLUM ; on sait que dans ce syndrome bio-clinique caractérisé par la diminution du chlore plasmatique et son déplacement vers les tissus, l'organisme, pour maintenir la concentration moléculaire du sang abaissée par la perte du chlore, élèverait son taux d'urée et c'est ce qui se passerait d'après BENASSI, dans l'état confusionnel ; il a également étudié *l'urée clearance* ou *dépuration uréique* : les rapports respectifs des valeurs de l'azote urinaire, de l'azote sanguin et de la quantité d'urine (de 2 heures) constitue un index du fonctionnement rénal qui serait, chez les confus, diminué. Ainsi une altération des fonctions de *dépuration rénale* semblerait pouvoir être retenue.

D'innombrables études ont été faites sur le sang et les formules leucocytaires, etc. des confus et particulièrement par l'École italienne². Nous devons signaler en raison

1. TARGOWLA, *Presse médicale*, 1924, 31, p. 336.

2. *Au début de l'état confusionnel*, on trouverait, selon l'École italienne, une leucocytose de type polynucléaire avec lymphopénie relative et diminution des éosinophiles (SANDRI, La formula emoleucocitaria nelle psicosi acute confusionali. *Rivista di Pato. Nerv. e Ment.*, 1907, 12, p. 73. — GOLDI, La alterazione del sangue in rapporte specialmente alle malattie mentali. *Il Manicomio*, 1907, 23, pp. 76 à 167. — SANNA SALARIS, Ricerche ematologiche negli psicopatici, *Rivista di Pato. Nerv. e Ment.*, 1908, 13, p. 97. — GRAZIANI, Ricerche nelli modificazioni citologici del sangue nelli principale psicosi, *Rivista sper. di Freniatria*, 1910, 36, pp. 878 et 1911, 37, p. 156. — V. M. BUSCAINO, Le variazioni corpuscolari del sangue nella epilepsia negli psicosi, *Rivista di Pato. Nerv. e Ment.*, 1915, 20, p. 212. — ROBERTI, Ricerche ematologiche e serologiche in malattie di mente, *Rassegna di Studi Psich.*, 1929, 18, p. 3).

Dans la période d'état de la maladie, on noterait une augmentation des éosinophiles, (FRATINI, Ricerche ematologiche sugli alienati, *Gaz. degli Osp. e dell. di.*, 1907, 27, p. 219), un taux d'hémoglobine abaissé (GRAZIANI), et un certain degré d'oligocytohémie, (SANNA SALARIS), qui se prolongerait dans la phase terminale (MARCHAND), et dans la convalescence (SANNA SALARIS, ROBERTI).

A la fin de la crise, on observerait une réduction de la polynucléose neutrophile (GOLDI, SANDRI, SANNA SALARIS, GRAZIANI), avec augmentation des lymphocytes et réapparition des éosinophiles (SANDRI, GOLDI), RIZZATI, DONIGANI, et CASSIANO (Studio serato del quadro morfologico ematico bianco nelle amenze. « *Schizofrenia* », (Revue Italienne), 1937, pp. 115 à 155), ont étudié cinq cas de confusion. Dans les cas de confusion grave, ils ont noté également la disparition des éosinophiles, les monocytes sont rares à l'acmé de l'affection, les phénomènes de dégénération granulocytaire sont intenses.

En France, nous devons signaler une étude de TINEL, fort intéressante (Les variations de la formule leucocytaire dans les maladies mentales, *Ann. Médico-Psycho.*, 1933, 1, pp. 121 à 148). Dans les états d'excitation il a noté une polynucléose très accentuée tandis que dans les formes dépressives il y a leucopénie. Pour lui la polynucléose est sous la dépendance du tonus sympathique.

On sait que les variations des éosinophiles notamment sont l'objet d'études importantes à propos de l'activité cortico-surrénale au cours du « stress ». Il est remarquable que la chute des éosinophiles dans la période de choc a été mise en évidence comme nous venons de le voir dès 1907, constatation d'une constance qu'il n'est pas sans intérêt de relever.

de son extrême rigueur, l'étude récente de G. A. BUSCAINO ¹. Cet auteur a utilisé la méthode de MITOLO (1946-1947) de microdosage de l'ammoniaque libéré par l'action enzymatique et il est parti de l'hypothèse que l'action inhibitrice des amines biogènes s'exerce spécifiquement sur le système cytochromique de WARBURG en bloquant la cytochromoxydase. Ceci se rallie aux recherches de V. M. BUSCAINO sur l'importance de la pathologie des amines (d'origine hépatique) dans les états confusionnels comme dans la schizophrénie. Tout récemment enfin on a attribué une certaine importance à l'étude du point cryoscopique (index de l'équilibre hydrosalin et de la déshydratation cellulaire) et DENIKER et FOURMENT ² ont pu mettre en évidence dans les états confusionnels une hypertonicité plasmatique qui exprime biologiquement la déshydratation cellulaire.

Enfin, signalons que l'état physiopathologique de la confusion qui avait été interprété par TINEL et SANTENOISE ³ comme un *choc hémoclasique* au sens de WIDAL a été dernièrement envisagé dans la perspective humorale de REILLY et de SELYE. Les conceptions de ce dernier ont été appliquées à la pathologie de la confusion ⁴ pour autant que cette « réaction » puisse être apparentée aux syndromes d'alarme, de résistance ou d'épuisement à l'action d'un agent « stressant ». CHIARAMONTI en poussant assez loin l'étude comparative du *syndrome d'adaptation* et de la confusion va nous fournir une sorte de vue synthétique de la physiopathologie humorale et fonctionnelle du confus. Voici comment il expose les éléments de cette comparaison.

...perspective humorale
de REILLY et de SELYE...

La situation métabolique et humorale du « *Syndrome d'adaptation* » (corrélative de la constellation humorale hypophysio-cortico-surrénale) se retrouve dans l'état confusionnel. C'est ainsi que l'hypotension artérielle succède à une phase d'hypertension. Les sueurs, la tachycardie, l'aspect stuporeux, l'hyposthénie, l'hyperglycémie « d'urgence » qui caractérisent la phase de choc de la réaction d'alarme se rencontrent au début de l'état confusionnel. La présence dans le sang de corps cétoniques et l'acétonurie qui a été observée avec une certaine fréquence au cours de l'évolution de la confusion mentale (MARTIMOR, MORNET, BREZINSKI, MARCHAND, RIZZATI, SHAW, etc.) ont été également mises en évidence dans le syndrome d'adaptation. Le taux de la cholestérine ne paraît pas sensiblement modifié dans les deux cas quoiqu'on ait mention-

1. G. A. BUSCAINO, Attività mono e diamino-acidosica nel sangue di schizofrenici e confusi, *Acta Neurologica* (Naples), 1952, 359, p. 370.

2. DENIKER et FOURMENT, Douze cas de psychoses aiguës avec hypertonicité plasmatique, *Ann. Médico-Psycho.*, 1953, I, pp. 55 à 60.

3. TINEL et SANTENOISE, *Encéphale*, 1926, II, p. 497.

4. E. CHIARAMONTI, Amenza e sindrome generali dell'addattamento, *Riv. Pato. Nerv. e Ment.*, 1950, II, pp. 244 à 252. Considerazioni sullo stato attuale della conoscenza sui rapporti tra surrene ed amenza, *Rivista di Pato. Nerv. e Ment.*, 1952. AUBIN, *Ann. Médico-Psycho.*, 1951, I, pp. 212 à 215. LOO et BRETON, Idées de SELYE et clinique psychiatrique, *Ann. Méd. Psycho.*, 1952, II, 108.

né (BONASIRA, VIZZINI) parfois des taux plus ou moins élevés. L'augmentation de l'azote total dans le sang a été notée dans le syndrome d'adaptation et nous avons vu (et nous verrons à propos de délire aigu) que c'est là un fait important que l'on retrouve dans les états confusionnels aigus. On note encore la chute de la chlorémie dans la phase de choc, l'hyperchlorémie consécutive dans le contre-choc et dans la confusion les valeurs chlorémiques seraient augmentées (MARCHAND). Malheureusement, malgré l'importance de cet élément humoral comme index de la fonction cortico-surrénale, peu de travaux ont été entrepris jusqu'à ce jour. Quoi qu'il en soit, si l'on compare encore les altérations sanguines et notamment le taux des éosinophiles et les données histopathologiques ¹ on peut conclure qu'il n'est pas invraisemblable de considérer le syndrome psychopathologique et somatique confusionnel comme une réponse pathologique de l'adaptation de l'organisme à de multiples agressions.

Anatomophysiopathologie. — Il est certes bien difficile, comme nous venons de le voir, de séparer ici ce que l'on sait ou ce que l'on croit savoir des processus étiopathogéniques cérébraux de la confusion, des connaissances et hypothèses qui ont pour objet le délire aigu, le syndrome de Korsakoff, etc. Sous cette réserve nous pouvons dire quelques mots du problème anatomo-physiologique cérébral de la « confusion mentale ».

Tout d'abord, un processus encéphalitique plus ou moins diffus et caractéristique a été mis en évidence. C'est ainsi que les anciens auteurs ² comme ÉTOC-DEMAZY, FERRUS, WILLE et d'autres encore parlaient d'œdème cérébral et de méningite. Tous mettaient l'accent sur l'hyperhémie, la congestion du tissu cérébral, les réactions inflammatoires périvasculaires, etc. La plupart des auteurs s'en sont tenu à l'histopathologie de ces processus encéphalitiques. Ainsi depuis le début du siècle KLIPPEL ³, CAMIA ⁴, ANGLADE ⁵ et on peut ajouter MARCHAND ⁶ ont-ils insisté soit dans les formes de « délire aigu » comme nous le verrons plus loin, soit dans les psychoses confusionnelles, sur une atteinte cérébrale frappant tout à la fois les neurones, la névroglie et les vaisseaux. C'est ainsi qu'ont été décrites des lésions cellulaires diffuses paraissant en rapport avec un facteur toxique, des lésions gliales à type dégénératif et dans les formes les plus évolutives avec nombreuses cellules amiboïdes. Certains auteurs (MARCHAND) ont mis en évidence des infiltrations périvasculaires. Naturellement la proportion respective de ces types de lésion a fait l'objet de discussions nombreuses

1. Les cas de LINGJAERDE (dans le délire aigu), *Nervenarzt*, 1941, 14, pp. 97 à 104, fournissent une contribution à l'anatomie pathologique des glandes surrénales. Quant aux ulcérations gastro-intestinales observées au cours des diverses phases du syndrome général d'adaptation ou notées par SELYE, MITTELMANN et WOLFF, etc., chez l'homme, il faut les rapprocher des lésions ulcéra-tives décrites par BUSCAINO, MAZZANTI, ROBERTI, etc. dans les états confusionnels. Il en est de même pour les foyers de nécrose hépatique. Dans son travail sur les causes de la mort dans la confusion CHIARAMONTI a relevé sur 7 cas, 3 hématomes de la capsule surrénale (Conoscenza delle cause di morte nella amenza, *Rivista di Pato. Nerv. e Ment.*, 1948, 69).

2. Cf. CHASLIN, Chapitre anatomie-pathologie, pp. 206-210.

3. KLIPPEL, *Encéphale*, 1906.

4. CAMIA, *Rivista di Pato. Nerv. e Ment.*, 1902 et 1919.

5. Cité par RÉGIS (Précis, p. 370).

6. MARCHAND, *Maladies Mentales*, 1938.

entre anatomopathologistes. On en trouve l'écho dans les travaux d'un des auteurs de l'École italienne qui s'est le plus intéressé au problème histopathologique de la confusion, CHIARAMONTI¹.

...problème histopathologique de la confusion...

Il rappelle d'abord les progrès réalisés grâce aux Italiens dans le domaine de l'histopathologie névroglique. Dans les syndromes confusionnels aigus il y a, selon BELLONI (1947), une *autolyse névroglique* considérable portant principalement sur la glie protoplasmique. Tout en admettant qu'elle existe, ROBERTI cependant tient cette autolyse, ces formes régressives de la névrogliose (clasmato-dendrose) pour plus discrètes que ne le pense BELLONI. D'après CARDONA (1934-1937), il y a un gonflement (« acute swelling ») évident de l'oligodendrogliose, notamment de celle des lobes frontaux et pariétaux. CHIARAMONTI rapporte l'observation clinique et anatomoclinique de 4 cas. (Les trois premiers sont des cas de délire aigu, semble-t-il, ayant entraîné la mort en quelques jours — le quatrième est celui d'une femme atteinte de confusion avec syndrome choréique). Il n'a pas rencontré les infiltrats périvasculaires décrits par MARCHAND. Il insiste spécialement sur l'extension des lésions cellulaires à l'écorce et aux noyaux gris centraux. Pas de lésions de la myéline. Il y a moins de prolifération de la glie astrocytaire que phénomènes de régression gliale (clasmato-dendrose) en rapport avec le gonflement aigu de l'oligodendrogliose. Il n'y a pas de lésion de la microglie.

Dans sa deuxième note CHIARAMONTI se demande si ces lésions ont un caractère spécifique. Il rapporte trois autres cas avec examen histopathologique et retrouve à peu près les mêmes lésions précédemment décrites par lui. Il pense que, notamment, le syndrome histopathologique glial peut permettre d'opposer l'état « *confusionnel pur* » aux maladies cérébrales toxi-infectieuses. A telle enseigne que, dit-il, la prolifération de la glie astrocytaire et le gonflement aigu de l'oligodendrogliose doivent orienter vers la confirmation du diagnostic de « confusion » tandis que l'absence de ces lésions doit faire penser à une souffrance cérébrale toxique au cours d'une affection toxi-infectieuse.

Quant au problème de la localisation des lésions dans l'encéphale, il est bien loin d'être résolu et le problème chevauche ici encore plus nettement sur celui de la localisation du syndrome de Korsakoff, des états d'agitation, des états crépusculaires, de l'épilepsie, etc...

...problème de la localisation des lésions...

Rappelons la vieille théorie de MEYNERT² puisqu'aussi bien il est à l'étranger le père de la « *confusion-amentia* ». Pour lui, l'*amentia* est un trouble fondamental de l'association des idées qui permet cependant aux perceptions de se faire. L'altération du Moi (des associations corticales) proviennent de ce que toute l'écorce est globalement dans un état qui se rapproche du sommeil généralisé « où toutes les images devenues faibles sont sur le même plan ». Car MEYNERT reprend ici l'idée de FLECHNER (reprise depuis par PAVLOV) qu'il y a une inégalité de veille dans les diverses parties du cerveau. Cette dynamique corticale est pour MEYNERT liée à l'état d'hypohémie. C'est la circulation qui est le facteur dynamique de l'énergie corticale. C'est elle aussi qui anime les structures sous-corticales qui seules peuvent expliquer, dit MEYNERT, l'intensité hallucinatoire des images. A l'hypohémie corticale correspond l'hyperémie

...l'*amentia* de MEYNERT...

1. CHIARAMONTI (E.), Sull'istopatologia cerebrale dell' amenza I, *Rasagna di Neuro-psichiatria*, 1947, 1, 389-409 ; II (même revue, 1948, 310-313).

2. La conception de MEYNERT est exposée dans le livre de CHASLIN (pp. 134-140). Cf. aussi l'article de M. de CRINIS sur Meynert. (*Zeitschr. f. d. g. Neuro*, 1929, 165, 17).

sous-corticale, tel est le schéma « jacksonien » de la psychopathologie de la confusion : le trouble négatif (pourrait-on dire) c'est le déficit cortical, le trouble positif c'est la libération des instances sous-corticales. Nous verrons plus loin que nous sommes bien loin de nous satisfaire d'un schéma aussi simpliste, mais il nous a paru intéressant de rappeler ici la vieille conception de MEYNERT, qui n'a peut-être pas tellement vieilli si on la compare à certains travaux modernes qui — le plus souvent sans le savoir — la réinstaurent en tout ou partie.

L'importance des lésions du méso-diencephale a été depuis 50 ans toujours plus nettement reconnue (comme nous le verrons à la fin de ce volume) dans le domaine de la confusion comme dans celui des Psychoses aiguës en général. CHIARAMONTI ¹ ces dernières années a insisté aussi sur l'importance des lésions de l'hypothalamus dans les formes graves de confusion, point sur lequel GUIRAUD et SAUNET ² ont également attiré l'attention à propos du délire aigu. Rappelons à cet égard encore les travaux récents ³ sur la *polioencéphalite supérieure aiguë hémorragique de Wernicke* et ses rapports avec la confusion. Ils permettent de jeter un pont entre l'anatomo-physiologie pathologique de la confusion alcoolique et celle du syndrome de Korsakoff et démontrent une fois encore l'importance des lésions sous-corticales dans les syndromes carentiels avitaminiques qui paraissent déterminer les lésions tissulaires, la spongieuse, les lésions neuroanglionnaires ou gliales dont la systématisation correspondrait aux « cartes enzymatiques ». De telle sorte que depuis MEYNERT les altérations de la dynamique cortico-sous-corticale ne sont plus envisagées comme des troubles de l'irrigation tissulaire mais comme des troubles de la respiration tissulaire résiduelle au sens de LEEMAN et PICHLER ⁴.

VII. Pronostic de la « confusion mentale ».

...bon pronostic...

...application de la loi du pronostic (EY et ROUART)...

Tous les auteurs sont d'accord pour attribuer un bon pronostic à la psychose confuso-onirique. Ce fait qui peut être accepté en gros est une application de la loi du pronostic que nous avons formulée avec ROUART ⁵. « Plus une dissolution est rapide et profonde, de meilleur pronostic elle est ». A cet égard, la profonde et rapide destruction confuso-onirique de la conscience est en effet d'un pronostic immédiatement bon « quoad mentem ». Mais naturellement la bénignité et la malignité du processus causal (toxi-infection grave ou banale, état puerpéral, tumeur cérébrale, encéphalite, etc.) inscrit derrière le tableau clinique son exigence propre et décisive ⁶. Cette réserve faite,

1. CHIARAMONTI, Sull'istopatologia cerebrale dell'amenza. La localizzazione delle lesioni con particolare riguardo all'ipotalamo, // *Cervello*, 1948.

2. GUIRAUD et SAUNET, *Ann. Med. Psych.*, 1938, II, 754.

3. GIRARD, GARDE et DEVIC, *Revue Neuro.*, 1953, 88, 236-248 et SCHWOB (et collab.), Sur trois cas de syndrome confusionnel, *Rev. Neuro.*, 1953, 88, 174-190.

4. LEEMAN et PICHLER, *Archiv. f. Psych.*, 1942, 114, 265-289 (cf. l'article de SCHWOB et collaborateurs, *loc. cit.*, *supra*).

5. Henri EY et J. ROUART, Essai d'application des principes de JACKSON, etc., *Encéphale*, 1936.

6. CHIARAMONTI (E.), Cons. sulle varie cause de morte ... in corso de amenza, *Rassegna di Neuropsich.*, 1949, III, pp. 287 à 294, rapporte 144 cas décédés à la Clinique de Florence de 1908 à 1949. Les complications cardiaques paraissent être les plus fréquentes (47 cas).

on peut dire de la confusion mentale ce que MAGNAN écrivait de la « bouffée délirante »: « elle est sans conséquence sinon sans lendemain ». Le facteur de prédisposition joue en effet ici un rôle important et il n'est pas rare de voir des sujets « réagir », sous cette forme à des agressions variées au cours de leur existence.

Quant aux formes chroniques que nous examinerons plus loin, nous pouvons préciser qu'elles sont moins graves et moins fréquentes que celles des psychoses délirantes aiguës d'un niveau plus élevé. Ceci vaut spécialement pour les séquelles et les organisations délirantes chroniques qui sont plus rares après les états confuso-oniriques proprement dits qu'après les états oniroïdes ¹.

§ III. — FORMES CLINIQUES

Nous allons passer en revue successivement les formes symptomatiques, les formes évolutives et les formes étiologiques.

A.— FORMES SYMPTOMATIQUES

Selon que prédominent dans le tableau clinique les troubles proprement confusionnels ou le délire onirique, on décrit généralement (RÉGIS et HESNARD), à côté de la forme confuso-onirique typique que nous venons d'étudier, la confusion mentale stupide (stupidité, forme de stupeur confusionnelle) et la confusion mentale agitée. Avec les classiques nous décrirons les principales de ces formes : stuporeuses – hallucinatoires – « le syndrome de KORSAKOFF » – le Délire aigu – et les formes catatoniques avec leurs caractères spéciaux et les problèmes particuliers qu'ils posent.

Cinq formes symptomatiques :
- stuporeuses
- hallucinatoires
- syndrome de Korsakoff
- Délire aigu
- formes catatoniques

I. *Forme stuporeuse.*

C'est la forme « asthénique » où prédomine ce que l'on appelle souvent l'élément confusionnel », c'est-à-dire l'ensemble des troubles que nous avons analysés comme caractéristiques de la « confusion ». Le confus se présente alors dans un état de torpeur avec mutisme, akinésie, refus d'aliments ². Son obnubilation est profonde. « Immobile

1. F. CARDOINA : Prognosi lontana nell amenza, *Rivista di Pat. Nerv. e Ment.*, 1937, p. 268, a insisté sur le mauvais pronostic des idées délirantes d'empoisonnement.

2. On comprend les arguments de BAILLARGER en présence de ces cas (Cf. Historique), qui effectivement se rapprochent de la « stupeur mélancolique ».

et muet, disent RÉGIS et HESNARD, le masque atone et hébété, dépourvu de toute expression émotive, le stupide est parfois entièrement passif et se laisse mettre dans les positions dont peut s'accommoder son organisme suivant les lois purement physiques de la statique. Mais d'ordinaire les malades de ce genre ont une attitude spéciale spontanée qu'ils gardent indéfiniment. Souvent cette inertie akinétique se complique d'une résistance aux mouvements provoqués. Repliés sur eux-mêmes, ils se refusent à tout acte provoqué et ne manifestent alors que par une raideur systématique l'existence lointaine de leur personnalité flottante et amoindrie ¹. Après plusieurs mois d'inertie complète, parfois traversée de crises agitées, ces malades peuvent guérir, la plupart lentement, péniblement, et sortant de leur hébétude, le cerveau fatigable, la mémoire fragile et définitivement amoindrie ». Ce petit texte tiré d'auteurs qui ont explicitement soutenu que la « démence précoce » est une « confusion chronique ² » est un peu tendancieux, mais il a quelque chose de vrai en ce sens que le confus stuporeux pose souvent un difficile problème diagnostique et pronostique au clinicien. Généralement cependant la « confusion » fuse à travers l'immobilité et c'est sur les petites manifestations de cette confusion (désorientation, troubles de la synthèse psychique, perplexité, variations quotidiennes ou horaires du niveau de conscience, onirisme nocturne) fondent le diagnostic et le pronostic. Même quand ces malades sont très égarés, distraits, désordonnés, malpropres, leurs crises intermittentes d'énervement, leurs épisodes quotidiens d'obtusion et de torpeur alternent avec des phases de relative lucidité et témoignent que leurs troubles sont essentiellement transitoires. Enfin, l'altération de l'état physique, et chez les femmes, les troubles du cycle hormonal, l'amaigrissement, aident au diagnostic.

II. *Forme « confusion mentale hallucinatoire ».*

Ici, disent RÉGIS et HESNARD : « le délire onirique devient prédominant et l'agitation apparaît ». La « confusion onirique alcoolique », l'accès subaigu de l'alcoolisme chronique en constitue la plus authentique illustration. La turbulence et le désordre du comportement sont les traits essentiels du tableau clinique. De tels confus sont des « agités » en plein épisode délirant et onirique. La recrudescence vespérale ou nocturne de l'agitation est fréquente. La sitiophobie, l'hyperthermie, l'insomnie rebelle, les sueurs ne manquent guère dans le tableau clinique qui se rapproche, comme nous le verrons, de celui des « délires fébriles » et du « délire aigu ».

1. Cette stupeur de type « catatonique » sera rappelée tout à l'heure à propos des « confusions catatoniformes », RÉGIS et HESNARD, sans trop s'en embarrasser, la rapprochent de la démence précoce.

2. RÉGIS, p. 391.

III. Le « syndrome de Korsakoff ».

On désigne ainsi, depuis la description classique de KORSAKOFF ¹, un « syndrome » (on dit parfois une « psychose ») caractérisé par des signes de « polynévrite », des troubles mnésiques à forme d'amnésie de fixation et une fabulation compensatrice.

Cette « psychopolynévrite » a, de l'avis de tous les auteurs, un substratum plus large et plus diffus qu'une simple atteinte du système nerveux périphérique. Si celle-ci, en effet, constitue un trait clinique important, on ne saurait méconnaître que ces « polynévrites » sont de véritables « névrites ».

Ce syndrome se présente sous l'aspect aigu ou subaigu d'un état de confusion plus ou moins profonde et comporte des symptômes psychiques et somatiques qui permettent de le caractériser. Comme tel, il est bien connu en pratique psychiatrique. Et cela aussi bien (et surtout) dans les cliniques et services ouverts ou de cure d'urgence que dans les services psychiatriques fermés où les malades sont cependant assez souvent placés en raison de leur agitation, du désordre de leurs actes et de leurs troubles mnésiques.

1°. HISTORIQUE. — Après les travaux qui de 1860 à 1880 avaient établi la pathologie des polynévrites ², déjà un certain nombre d'auteurs avaient remarqué que dans les formes aiguës, ces névrites avaient des rapports avec les troubles mentaux (CHARCOT, 1884, SCHULZ, 1885, OPPENHEIM, 1886, etc.) dont on trouve l'énumération et les références bibliographiques — d'ailleurs presque inutilisables pour la plupart — dans la thèse de M^{lle} RAPOPORT ³. Mais c'est à S. KORSAKOFF que revient sans aucun doute le mérite de la première étude vraiment approfondie et nouvelle sur ce point. Aussi lors-

...description classique de KORSAKOFF :

...polynévrite, amnésie de fixation, fabulation compensatrice...

...véritable « névrite »...

...avec état de confusion...

1. S. KORSAKOFF (ou KORSAKOW), a présenté en 1887 (*Westnik Psychiatri.*, IV, p. 2), un mémoire sur les « troubles de la sphère psychique dans la paralysie alcoolique et leurs relations avec les troubles psychiques de la polynévrite d'origine non alcoolique ». Il publie un certain nombre de travaux dans les années qui suivirent au *Congrès International de Médecine Mentale*, Paris, 1889, (sur une forme de maladie mentale continue avec la névrite multiple dégénérative), puis dans la *Revue Philosophique*, (1889), dans les « *Arch. für Psychiatrie* », (Über eine besondere Form psychischen Störungen combiniert mit multiple Neuritis, 1891, 21, pp. 669 à 704), et avec SERBSKY, dans *Slornik posniarsonny*, Pr. KOJEWNIKOW, (1890, 319, p. 372). Il compléta ainsi sa conception d'un syndrome qui en perdant ses attaches avec une intoxication spécifique (alcool) devait se présenter comme une « réaction » typique de troubles somato-psychiques à des conditions étiologiques diverses, effet de lésions nerveuses que l'on s'est employé, depuis, à préciser.

2. Il convient de rappeler ici tout spécialement les travaux cliniques de CHARCOT, de JOFFROY, de LANCERAUX, d'EICHHORST, de LEYDEN, de DEJERINE-KLUMPKE, à la fin du XIX^e siècle. STRAUS signale, dans sa Thèse de Lyon (1893), mais sans référence que « c'est à DUMESNIL, de Rouen (1866), qu'appartiendrait le mérite d'avoir montré que les nerfs pouvaient s'altérer sans modification des centres nerveux », notion qui est d'ailleurs en sens inverse de l'évolution des idées sur les psycho-polynévrites, dont il s'agit ici.

3. RAPOPORT (R.), *Syndrome de K. au cours de la grossesse et de la puerpéralité*, Thèse de Paris, 1912.

qu'au Congrès de Moscou (1897) F. JOLLY proposa d'appeler ce syndrome « maladie de KORSAKOFF » cette consécration devait rester et est demeurée traditionnelle.

Mais à peine KORSAKOFF avait-il montré que des troubles psychomoteurs relèvent de multiples étiologies, que TILLING¹ insistait par contre sur sa spécificité *alcoolique*.

Depuis lors, une certaine ambiguïté n'a cessé de se manifester dans les classifications et le « Syndrome » est intégré tantôt dans les psychoses alcooliques, tantôt dans les psychoses exogènes toxi-infectieuses. Quoi qu'il en soit, le fait important est que, aux alentours de 1890, une nouvelle forme de troubles mentaux a été décrite par KORSAKOFF : *la psycho-polynévrite*.

Elle fit, dès lors, l'objet de travaux très importants, notamment chez nous : ceux de Gilbert BALLET², de RAYMOND³, de DUPRÉ⁴, etc. ; de nombreuses thèses n'ont cessé depuis lors de témoigner de l'intérêt suscité par cette psychose⁵. A l'étranger, les études cliniques ont été également nombreuses et on cite généralement celles de F. JOLLY⁶, de SERBSKY⁷, etc. Les meilleures études cliniques que nous avons pu trouver sont celles de DUPRÉ, de SCHRÖDER⁸ et de MARCHAND⁹. En général, dans les grands « Traités » étrangers on trouve peu de descriptions, sauf dans celui de KRAEPELIN (8^e édition, 1910, Tome II, pp. 167 à 185) qui donne une excellente description clinique de ce syndrome mais dans le cadre strict des psychoses alcooliques (comme SCHRÖDER). C'est ainsi que dans le traité de BUMKE les pages¹⁰ que K. SCHNEIDER y consacre (dans le chapitre sur les troubles de la mémoire) sont assez brèves, et que dans le *Traité de Neurologie* de BUMKE et FOERSTER, l'article de BUMKE et de KANT¹¹ est également très concis.

Depuis 1887, on discute donc de la nosographie et de la clinique du syndrome de KORSAKOFF, sans que l'on puisse s'entendre sur le fait de savoir si la « psychose de KORSAKOFF » est une psychose spécifiquement alcoolique (comme semble l'indiquer

1. TILLING, *Allg. Z. f. Psych.*, 1890.

2. Gilbert BALLET, *C. R. Congrès des Aliénistes de Marseille*, 1889.

Gilbert BALLET et M. FAURE, *Presse Médicale*, 1898. Ce dernier aurait écrit en 1900, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une revue générale qui est indiquée dans la thèse de la même année mais que nous n'avons pas pu retrouver.

3. RAYMOND, *Leçons*, t. III, 1897, et *Bulletin Médical*, 1906.

4. DUPRÉ, La psycho-polynévrite, (in *Traité* de Gilbert BALLET, 1903-1122-1160).

5. STRAUS (Lyon, 1893), LETOURNEUR (Paris, 1902), POTEI (Paris, 1902), FERET (Paris, 1910), R. RAPOPORT (Paris, 1912), et, plus récemment, NÈGRE (Lyon, 1930), RIEDER (Paris, 1933), CHAMPEUX (Paris, 1940), etc..

6. JOLLY (F.), Ueber die psychischen Störungen bei Polynevritis, *Charité Ann.*, 1897, 4. P- 547-

7. SERBSKY, Die Korsakow Krankheit, « *Arbeiten der neurol. Institut Universit.* », Vienne, (1907. 15. P. 389).

8. P. SCHRÖDER, *Traité d'Aschaffenbuch* (Partie spéciale, 3^e section, pp. 272 à 301), 1911.

9. MARCHAND, « *Maladies Mentales* », pp. 46 à 78.

10. *Traité* de BUMKE, t. I, pp. 513 à 516.

11. *Traité* de BUMKE et FOERSTER, t. XII, pp. 845 à 847.

le nom sous lequel certains auteurs la placent systématiquement dans le cadre des « Psychoses alcooliques ») ou si elle doit au contraire se caractériser par le syndrome amnésico-confusionnel (parfois détaché de la polynévrite comme cela peut se voir dans de nombreux travaux étrangers qui ont tendance à appeler syndrome de KORSAKOFF OU « korsakowoïde » les états confusionnels) dont le fameux « syndrome amnésique » de BONHOEFFER ¹ serait le prototype.

Syndrome ou maladie ² ? Malgré les divergences des auteurs sur ce malentendu, on peut dire que de plus en plus on tend à considérer la psychose de KORSAKOFF comme un « syndrome » assez précis pour ne pas devoir être confondu avec tous les états de confusion avec désorientation et amnésie mais assez variable dans son étiologie pour n'être pas défini comme une simple psychose alcoolique.

Cependant l'intérêt et l'étude du syndrome de KORSAKOFF se sont déplacés vers deux directions au cours de ces vingt dernières années.

Tout d'abord, il a fait l'objet d'études très approfondies au point de vue de sa structure psychopathologique. Si dans les travaux (cités plus haut) du début de ce siècle on a mis surtout en évidence les troubles des associations de la mémoire et de l'attention, certaines études ³ avaient déjà approfondi la psychologie du « korsakowien » et une analyse plus rigoureuse avait tenté de pénétrer dans le monde du malade désorienté, amnésique et fabulant, et tel qu'il paraît effectivement offrir au clinicien un tableau clinique bien particulier. C'est dans ce sens qu'un grand nombre de travaux (pour la plupart allemands) ont été consacrés depuis 50 ans à cet important problème. Les plus connus sont ceux de PICK ⁴, de VAN DER HORST ⁵, de GRUNTHAL ⁶, d'EHRENWALD ⁷, de BÜRGER-PRINZ et KAILA ⁸, de H.

...études très approfondies au point de vue de sa structure psychopathologique...

1. BONHOEFFER, « Der Korsakowsche Symptomenkomplex », *Allg. Z. f. Psych.*, 1905, 61, Cet « amnestische Symptomenkomplex », ou le « Zeitamnestische Syndrom », de BONHOEFFER et KLEIST, s'apparente à l'« Organische Psychosyndrom », de E. BLEULER, et c'est souvent à lui qu'est assimilé purement et simplement le « Syndrome de KORSAKOFF ».

2. PAULIAN et STANESCO, « Existe-t-il une psychose de KORSAKOFF », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1933, pp. 123 à 128.

3. Comme celle de GREGOR, Beiträge zu Kenntniss der Gedächtnisstörungen bei der K. Psychosen, *Monatschr. f. Psych.*, 1909, 21, pp. 19 à 148.

4. PICK (A.), Beiträge zur Pathologie der Denkverlangen beim Korsakow, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1915, 28, pp. 344 à 383.

5. VAN DER HORST, La Psychologie du Syndrome de Korsakoff (en Hollandais), *Psych. Blad.*, 1921, et (en Allemand), *Monatschr. f. Psych.*, 1932, 83, pp. 65 à 84.

6. GRUNTHAL (E.), Zur Kenntniss der Psychopathologie der K. Syndromenkomplexen, *Monatschr. f. Psych.*, 1923, 53, p. 89, et « Ueber der Symptom der Einstellungsstörungen bei exogener Psychosen », *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1924, 92, pp. 355 à 266. GRUNTHAL (E.), et G. E. STORRING, Ueber das Verhalten bei umbeschriebener völliger Merkfähigkeit, *Monatschr. Psych.*, 1930, 74, p. 354.

7. EHRENWALD (H.), « Ueber der Zeitsinn und die gnostische Störungen der Zeitauffassung in K. », *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1931, 134, pp. 512 à 521;

8. BURGER-PRINZ (H.) et KAILA (M.), Ueber die Struktur der amnestischen Symptomenkomplexes, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1930, 124, pp. 553 à 545.

HARTMANN¹, de Werner SCHEID², de H. MULLER-SUUR³, de K. CONRAD⁴, etc. En France, nous devons signaler spécialement celui de P. BERNARD⁵.

D'autre part le problème physiopathologique du syndrome de KORSAKOFF, après avoir flotté pendant longtemps (Gilbert BALLEET. STRÜMPPELL, RAYMOND, MARINESCO, MARCHAND) autour de la question de la diffusion à travers tout le névraxe du processus de « polynévrite » primitivement décrit, s'est concentré depuis vingt ans autour de la question de la localisation corticale (MARCUS⁶, CARMICHAEL⁷, EWALD⁸) ou méso-diacéphalique (GAMPER⁹, GRUNTHAL¹⁰). Cet aspect de la pathologie du syndrome de KORSAKOFF l'a placé, pour ainsi dire, au cœur de la physiopathologie cérébrale de la mémoire, de la conscience et de la régulation temporo-spatiale de la vie psychique, en plein centre de l'actualité neuro-psychiatrique.

2°. DESCRIPTION DE LA FORME TYPIQUE. — Nous allons suivre pas à pas la description « princeps » de KORSAKOFF.

a) *Phase de début*. Elle est marquée par des vomissements, des céphalées, des troubles de la marche, des algies et des paresthésies diverses. Les malades sont irritables et KORSAKOFF insistait sur leurs caprices, les variations de leur humeur. Parfois, ils sont apathiques, indolents et se manifeste « l'épuisement de leur système nerveux ». Ils se montrent fréquemment anxieux. On peut exceptionnellement observer une véritable *forme apoplectique* de début, avec ictus amnésique brutal¹¹. D'autres fois encore, *l'accès confusionnel* se constitue d'emblée et masque pendant plusieurs jours l'installation de la polynévrite. Nous verrons à propos de la forme alcoolique qu'elle se constitue souvent après un accès de « delirium tremens » ou un accès subaigu » d'alcoolisme chronique ».

1. HARTMANN (H.), « Gedächtniss und Lustprinzip. Untersuchungen in Korsakoffkranken », *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1930, 126, pp. 496 à 519.

2. Werner SCHEID, « Psychopathologie der K. Syndrome », *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1934, 151, pp. 346 à 369.

3. MULLER-SUUR (H.), « K. Syndrom und Analyse der amnestisch-struc. Demenz », *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1948, 181, pp. 683 à 711.

4. CONRAD (K.), « Zur Psychopathologie des amnestischen Symptomenkomplexes. Gestalt-analyse einer K. Psychose », *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, 1953, 170, I, pp. 33 à 60.

5. P. BERNARD, Essai psychopathologique sur le syndrome de KORSAKOFF, *La Raison*, 1951.

6. MARCUS, « La maladie de KORSAKOFF », *Revue Neuro.*, 1931, 500.

7. CARMICHAEL et STERN, « KORSAKOW Syndrome, its histopathology », *Brain*, 1931, 54, p. 189.

8. EWALD, « Zur Frage der Lokalisation der amnestischen Symptomenkomplexen », *Allg. Z. Psych.*, 1940, 115, pp. 220 à 237.

9. GAMPER, 17^e Réunion de la « Gesellschaft deutschen Nervenärzten », à Vienne, septembre, 1922, *Zentralblatt f. N. u. P.*, et plus tard *Zentralblatt f. N. u. P.*, 1927, 27, pp. 830 à 834.

10. GRUNTHAL, Ueber das Corpus mamillare und des K. Symptomenkomplex, *Confinia Neuro Psych.*, 1939.

11. CONDELI, *Polynévrite à début apoplectique*, Thèse, Paris, 1910.

b) *Période d'état*. En général, elle s'établit progressivement et parfois en plusieurs semaines.

*La Polynévrite*¹. Les réflexes ostéo-tendineux des membres inférieurs s'affaiblissent et même disparaissent. La marche devient difficile. L'amyotrophie peut être brutale et massive réalisant une véritable fonte musculaire. Au contraire, dans d'autres cas, elle est lente, frappe particulièrement la loge des extenseurs de la jambe. Les troubles électriques (réactions de dégénérescence, troubles des chronaxies) peuvent être mis en évidence même précocement. Des soubresauts musculaires, quelque fois des fibrillations ou des myoclonies apparaissent. On a même signalé des mouvements automatiques plus complexes (mouvements choréiformes et athétosiques). Les paresthésies, les algies font rarement défaut : la douleur à la pression des masses musculaires et sur le trajet des nerfs est caractéristique. Le tonus des sphincters n'est généralement pas atteint. On peut voir — à vrai dire rarement — ces phénomènes paralytiques prendre l'aspect d'une « paralysie ascendante » de type Landry, et constituer une paralysie à forme quadriplégique². Dans ces cas, déjà notés par KORSAKOFF, on peut observer une paralysie du diaphragme et une paralysie du cœur. Les névrites viscérales peuvent même parfois être prédominantes (vomissements, dyspnée). Le liquide céphalorachidien est le plus souvent peu altéré (légère lymphocytose, hyperalbuminorachie). L'électroencéphalographie montre quelques anomalies de rythme sans spécificité³. Les phénomènes généraux sont assez fréquents (fébricule, œdèmes, réduction du volume des urines, inappétence, constipation).

...description « princeps »
de KORSAKOFF...

Le plus souvent, la symptomatologie s'atténue en quelques jours ou quelques semaines et le tableau clinique de la polynévrite se réduit à une amyotrophie plus ou moins considérable, à des paresthésies avec douleur à la pression des masses musculaires et abolition des réflexes ostéo-tendineux et particulièrement des patellaires et des achilléens.

La Triade psychique : Amnésie, Fabulation, Désorientation.

Le syndrome de KORSAKOFF comporte des « troubles de l'humeur », parfois il s'agit de bouffées d'anxiété ou d'agitation. Les malades sont par instants turbulents, instables, « avec conservation relative de la conscience » (KORSAKOFF). Mais le plus souvent, le fond du tableau clinique est constitué par le « syndrome confusionnel » plus ou moins marqué avec désordre des actes, embrouillement des idées, désorientation et fausses reconnaissances.

1. Pour les descriptions cliniques du syndrome polynévritique, cf. BOUDOURESQUES, « *Les polynévrites* », Paris, 1939, et l'article de SIGWALD dans *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Neurologie*, folio 17.000.

2. CARON et NODET, *Ann. Médico-Psycho.*, 1935, I, p. 442.

3. GORMAN (W. F.), STEARNS (E.), et WORTIS (B.), « The electroenc. in K. », *Amer. Jour. of Psych.*, 1950, 107, pp. 20 à 24, (étude de 21 alcooliques avec troubles de type Korsakowien).

Le phénomène le plus caractéristique dans les formes typiques c'est l'« *amnésie de fixation* » : il s'agit d'un *oubli à mesure*. Les malades ne fixent plus leurs souvenirs. Ils ne reconnaissent pas les médecins, leurs infirmiers, même leurs proches. Ils ne savent plus retrouver leur lit. S'ils lisent, ils lisent toujours la même page (KORSAKOFF). Dans cette forme typique, le malade, depuis le début de ses troubles, ne fixe plus ses souvenirs de telle sorte qu'il y a *amnésie antérograde* avec possibilité d'évoquer les souvenirs antérieurement fixés. C'est la « mémoire fraîche » qui est frappée. Il est assez fréquent d'observer cependant un effondrement concomitant des souvenirs constitués récemment (forme antéro-rétrograde). Il peut même arriver que les troubles de la mémoire d'évocation soient prépondérants. KORSAKOFF signale des malades qui avaient perdu le souvenir des mots (aphasie amnésique) et même celui de leur nom. Lauretta BENDER, J. CURRAN, Paul SCHILDER¹ ont étudié l'organisation des souvenirs par « l'épreuve de la reproduction de petites figures simples ; par le dessin, ils ont mis en évidence la faiblesse des fonctions perceptives. D'innombrables travaux ont d'ailleurs, de 1900 à 1930, étudié les troubles de la fixation (*Merkfähigkeit* des auteurs allemands), de l'attention, des associations, etc. dans le syndrome de KORSAKOFF². Nous approfondirons plus loin l'étude de ces troubles ; disons simplement, ici, que si la mémoire de fixation est manifestement touchée, tous les auteurs ne sont pas d'accord sur le mécanisme de cette amnésie. Tandis que les auteurs anciens (KORSAKOFF, PICK, BRODMAN, GREGOR, etc.) croyaient qu'il y avait défaut d'enregistrement, absence de gravure du disque mnésique (*Merkfähigkeit*), avec GRUNTHAL et CONRAD on a maintenant tendance à mettre l'accent sur la déstructuration temporo-spatiale comme condition préalable de cette amnésie qui, somme toute, comme toutes les amnésies de fixation, n'est perceptible au clinicien que par le défaut d'utilisation des souvenirs.

Quoi qu'il en soit, ces troubles mnésiques, non seulement sont enfouis dans un trouble global de l'actualisation des processus psychiques mais ils sont aussi « recouverts » par une *fabulation compensatrice*. Le malade comble les trous de sa mémoire par des souvenirs imaginaires. Il a des faux souvenirs, des pseudo-réminiscences ; il ne se rappelle rien de ce qu'il a fait hier ou avant-hier mais il raconte une journée « plausible ». De telle sorte que si l'on n'y prend garde le trouble de la mémoire peut passer inaperçu surtout à l'entourage familial. Cette fabulation, quand elle est riche et que le malade est expansif, se présente comme une *fabulation spontanée*, mais le plus souvent il s'agit d'une *fabulation provoquée*, « induite » par l'interrogatoire. Celui-ci doit alors s'ingénier à proposer, en même temps que la question (par l'intonation de la

1. Lauretta BENDER, J. CURRAN et P. SCHILDER, « Organisation of memory traces in the K. syndrome », *Arch. of Neuro.*, 1938, 39, I, p. 482.

2. Cf. par exemple GREGOR, « Zur Kenntnis der Gedächtnisstörungen bei der K. Psychose, 1909, *loc. cit.*, p. 373, ou BRODMANN, « Exper. und klin. Beitrag zur Psychopathologie der polyneuritis Psych. », *J. fur Psych.*, 1902-1904.

voix et le choix des termes) une orientation des réponses (« Vous n'êtes pas allé faire un petit tour dans les magasins ? »). Dans le cadre de la question inductrice, le malade alors moule ses réponses et sa fabulation. Il est pris souvent au propre son de sa voix, à l'attitude qui lui a été ainsi imposée et il déroule tout naturellement de faux souvenirs. Cette fabulation provoquée est celle que l'on rencontre le plus généralement. Elle est faite de fragments, de souvenirs et d'automatismes chaotiques puisés dans la mémoire conservée. « Tous ces fragments, dit P. BERNARD, sont assemblés tant bien que mal par un processus de coordination, d'anticipation, de réplication. Ils sont ainsi plus ou moins télescopés dans le temps. La fabulation procède d'une certaine attitude mentale qui sélectionne les expériences passées, constituant de nouveaux ensembles qui n'ont pas toujours été vécus — donc imaginaires — mais « plausibles ». Cette fabulation comme *les fausses reconnaissances* qui sont des ébauches de fabulation, sont « mises là » pour répondre aux questions posées à la conscience du Korsakowien, comme nous le verrons plus loin.

La *désorientation temporo-spatiale* est caractéristique. Le malade vit dans une instantanéité sans perspectives. Tout ce qui « se présente » à son esprit « est », et « est » sans que ses représentations ou ses perceptions soient intégrées dans un système de valeurs de réalités ou dans une structure temporo-spatiale correcte.

...description « princeps »
de KORSAKOFF...

D'autres aspects psychopathologiques de cette symptomatologie ont été mis en évidence et sont pour ainsi dire les corollaires des troubles précédents : troubles de l'attention, impossibilité et défaut de besoin de corriger la fabulation (de la mettre à sa place dans l'échelle des valeurs de réalité) et aussi ce trouble qui a été bien étudié par GRUNTHAL et par BURGER-PRINZ et KAILA et qui a été désigné par eux par le mot allemand « *Einstellung* »: c'est, disent ces derniers auteurs (p. 559), un trouble qui consiste pour l'ensemble de la vie psychique à adhérer à une certaine attitude et à ne pas pouvoir s'en départir. (La persévération en est un indice mais ne résume pas la généralité de ce trouble).

c) *Évolution et formes évolutives*. Elle se fait généralement sur un mode *sub-aigu* et même parfois *chronique*. C'est ce dernier type d'évolution que l'on observe fréquemment à l'hôpital psychiatrique. Il existe cependant de nombreux cas où la psycho-polynévrite se présente comme un syndrome aigu et même mortel, comme un véritable « délire aigu » que l'on observe alors le plus souvent dans les services d'admission ou les services psychiatriques pour malades aigus ; la mort survient assez souvent au cours d'un syndrome de paralysie ascendante et au milieu d'un cortège de symptômes impressionnants¹. Mais la guérison s'observe plus fréquemment dans les formes aiguës de moyenne intensité, elle se produit assez alors rapidement et sans laisser de séquelles importantes.

1. Cf. par exemple, le travail ancien de SOUKHANOFF (*Ann. Médico-Psycho.*, 1907, I, p. 49), et l'observation publiée par CENAC (*Bull. Soc. Clin. Méd. Mental.*, 1923).

Les *formes aiguës* ont été étudiées par MARCHAND et COURTOIS¹. D'après ces auteurs, ces psychoses de KORSAKOFF aiguës s'observent surtout chez la femme. ROSENBAUM et MERITT², étudiant spécialement 50 syndromes alcooliques, en ont rapporté 22 cas mortels.

L'*évolution chronique* est assez fréquente (9 cas sur 50 d'après ROSENBAUM et MERITT), elle est caractérisée par l'installation d'un état polynévritique plus ou moins accusé, auquel s'associent de gros troubles de la mémoire et une fabulation de plus en plus discrète laquelle, le plus souvent, disparaît au bout de quelques mois. Ces formes prolongées³ peuvent d'ailleurs rétrograder complètement au cours de l'année. Mais elles se stabilisent et évoluent généralement sous forme d'un déficit démentiel plus ou moins marqué, caractérisé surtout par l'effondrement des capacités mnésiques (démence amnésique).

Comme on le voit, le syndrome de KORSAKOFF n'a pas un pronostic très favorable puisque un certain nombre de cas aigus sont mortels et qu'un certain nombre des cas deviennent chroniques⁴.

3°. FORMES CLINIQUES SYMPTOMATIQUES. DU SYNDROME DE KORSAKOFF — Elles ont été étudiées particulièrement par Gilbert BALLET qui distinguait :

a) *Une forme délirante à type onirique*, avec fausses reconnaissances nombreuses, fabulation spontanée riche, résidus oniriques, délire et idées fixes post-oniriques, etc. C'est cette forme qu'avait probablement en vue DUPRÉ quand, dans sa description classique, il soulignait la fréquence et la richesse des hallucinations.

b) *Une forme confusionnelle* à forme particulièrement apathique et stuporeuse, avec désordre des actes et des idées, désorientation, perplexité, embrouillement des idées et mauvais état physique.

c) *Une forme amnésique* dans laquelle le symptôme fondamental est l'amnésie. Il s'agit, nous l'avons vu, d'*amnésie antérograde* le plus souvent, mais il peut y avoir aussi *amnésie antéro-rétrograde* et même *amnésie totale* avec disparition de tous les souvenirs et perte des notions fondamentales allant jusqu'à l'oubli de l'identité personnelle.

1. Cf. la thèse de RADU, *Le syndrome de KORSAKOFF aigu*, (Paris, 1933), thèse inspirée par ces auteurs.

2. ROSENBAUM et MERITT, *Archiv. of Neuro. and Psych.*, 1939, 41, I, p. 978.

3. Elles ont été souvent signalées par les anciens auteurs, cf., par exemple, l'observation de FERRET et TERRIER, *Bull. Soc. Mid. Ment.*, 1911.

4. Dans notre service, où nous recevons assez rarement des psychoses alcooliques nous avons soigné, depuis 15 ans, 10 cas seulement de syndrome de KORSAKOFF. Il s'agissait, dans tous les cas, d'intoxication alcoolique mais plus ou moins associée à d'autres facteurs étiologiques. Deux de ces cas ont évolué vers un état chronique de déficit amnésique, (dans un cas, la malade est devenue une délirante persécutée). Trois autres cas ont guéri rapidement et les cinq autres sont décédés dans un état voisin du délire aigu. Nous verrons que MARCHAND et COURTOIS indiquent, pour un matériel clinique beaucoup plus considérable, la même proportion.

Cette forme amnésique se présente sous deux aspects distincts : *Le syndrome amnésique aigu ou subaigu* qui l'apparente à la forme confusionnelle et qui correspond à peu près à ce que l'École allemande appelle « Amnestische Symptomenkomplex » et les *formes amnésiques résiduelles et chroniques* à évolution plus ou moins démentielle. Nous devons à MULLER-SUUR¹ une observation intéressante et une analyse approfondie de la structure des troubles amnésiques que l'on observe dans ce cas. Sa malade (âgée de 53 ans) présenta à la suite d'une forte commotion et d'une forte émotion (bombardement) et après une période d'agitation, un syndrome de déficit mnésique (elle était devenue comme un enfant de 10 ans, et elle ne se rappelait ni son nom, ni son pays) avec quelques troubles apraxiques et aphasiques. Cette forme de démence « à type KORSAKOFF chronique » est analysée par MULLER-SUUR avec le constant souci de mettre en évidence la perte de la spontanéité et le défaut d'empreinte personnelle dans le vécu de la patiente, dont la vie psychique se déroule sans « personnalité ». Il s'agit, dit MULLER-SUUR, d'une forme « d'apersonnalité » (Apersonnalité).

4°. FORMES CLINIQUES ÉTIOLOGIQUES. — KORSAKOFF avait indiqué, dès ses premiers travaux, que si l'alcoolisme constitue un facteur étiologique très fréquent (3 cas sur 5) le tableau clinique de la véritable « cérébropathie psychique toxémique », qui est, disait-il, une « névrite multiple dégénérative », peut également dépendre d'autres étiologies, « bien d'autres causes pouvant produire un effet semblable ». Et il citait : le « séjour du fœtus en décomposition dans la matrice », les « septicémies puerpérales », l'« accumulation des matières fécales », le « typhus », les « empoisonnements par sulfure de carbone et par l'oxyde de carbone ». Depuis lors, on n'a cessé de souligner l'importance des facteurs étiologiques les plus divers : *tuberculose, affections hépatiques, traumatismes crâniens, tumeurs cérébrales, syphilis, avitaminoses* et nombreuses intoxications. Ceci n'empêche pas, répétons-le, les grands traités classiques de décrire le syndrome de KORSAKOFF dans les psychoses alcooliques, en contradiction avec la conception même du « Syndrome » que KORSAKOFF avait considéré d'emblée, comme pouvant être réalisé par de multiples facteurs étiologiques.

a) *Le Syndrome de KORSAKOFF alcoolique*²

C'est incontestablement le plus fréquent (50 cas sur 63, d'après ROSENBAUM et MERITT). Déjà, avant la description de KORSAKOFF, on avait noté des corrélations entre

...Neuf formes étiologiques :

...alcoolique, le plus fréquent...

1. MULLER-SUUR (H.), Beitrag zur Frage des K. Syndrome und zur Analyse des amnestischen-strukturellen Demenz., *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1948, 181, pp. 683 à 711.

2. Outre les descriptions cliniques classiques anciennes, DUPRÉ, KRAEPELIN, SCHRÖDER, qui visent presque tous le syndrome de KORSAKOFF alcoolique, il faut lire la remarquable étude de MARCHAND, (« Maladies Mentales », pp. 46 à 78,) et son article, avec COURTOIS, in *Revue Neuro.*, 1934, n. p. 47.

la polynévrite alcoolique et certains troubles mentaux, depuis que MAGNUS HUSS et MOREL avaient étudié, au milieu du XIX^e siècle, ce que l'on appelait alors les troubles intellectuels de l'alcoolisme. Quant à la notion de troubles sensitivo-moteurs périphériques d'origine alcoolique, elle est également très ancienne (LANCEREAUX). CHARCOT, en 1884, avait mis en lumière les relations étiologiques et cliniques qui unissent chez quelques alcooliques les phénomènes amnésiques et polynévritiques. Nous avons vu comment de 1887 à 1890, KORSAKOFF consacra définitivement l'association des troubles mnésiques et névritiques d'origine alcoolique, comme une éventualité clinique fréquente. DUPRÉ, à son tour, insista sur le rôle des spiritueux et des essences dans l'étiologie du syndrome de KORSAKOFF alcoolique. On le voit parfois survenir après un petit épisode toxi-infectieux et on a souvent insisté sur le rôle de l'association de la tuberculose, des traumatismes et des carences vitaminiques dans le déterminisme complexe de la psychopolynévrite des buveurs.

Le syndrome de KORSAKOFF survient chez les alcooliques suivant deux modalités différentes. Tantôt c'est, chez un alcoolique porteur du syndrome neuro-psychique d'imprégnation toxique chronique, que progressivement, en quelques semaines, s'installe le syndrome de KORSAKOFF. Tantôt c'est à l'occasion d'un accident aigu ou sub-aigu et particulièrement du *delirium tremens* que l'on voit le syndrome de KORSAKOFF se constituer.

Les conditions dans lesquelles se produit ce syndrome sont très variées. C'est ainsi qu'on le voit survenir chez des alcooliques en poussée évolutive tuberculeuse¹, quelquefois après une période de grands excès ou d'intenses émotions, d'autres fois aussi « *a potu suspenso* ». ROGER et BOUDOURESQUES² ont noté l'apparition d'un syndrome de psycho-polynévrite dans des conditions curieuses : au cours d'une suppuration pulmonaire traitée pas des injections intraveineuses d'alcool.

Quoi qu'il en soit, c'est toujours après une période prodromique que s'installe la psychose, assez constamment précédée par l'accentuation du syndrome hépato-digestif de l'intoxication, l'altération de l'état général et l'intensité des petits stigmates psychiques (cauchemars, anxiété matutinale ou vespérale, tendances dépressives, etc.).

On peut décrire trois formes principales de ce syndrome de KORSAKOFF alcoolique : 1° la forme moyenne et typique, 2° les formes aiguës de mauvais pronostic « *quoad vitam* » et 3° les formes chroniques de mauvais pronostic « *quoad mentem* ».

1) *Forme moyenne et typique.* — C'est, au fond, la forme que nous avons décrite comme caractéristique du syndrome de KORSAKOFF en général. Les troubles

1. L'association *alcoolo-tuberculeuse* constitue une éventualité fréquente que LEMIERRE, BOLBANSKI, JUSTIN-BESANÇON (*Revue de Méd.*, 1931, p. 343) ont bien étudiée.

2. ROGER et BOUDOURESQUES, *Ann. Médico-Psycho.*, 1939, 1, p. 293.

polynévritiques¹ et plus généralement les symptômes diffus ou localisés d'atteinte nerveuse, peuvent être très considérables sans que la psychose soit particulièrement grave. Cet écart entre les formes graves *quoad vitam*, la gravité de la psychose et la sévérité de l'attaque polynévritique a été signalée par ROSENBAUM et MERITT² qui ont observé des syndromes polynévritiques graves dans 50% des cas qui ont guéri — et 40 % de polynévrites peu accentuées parmi les cas mortels. — Le liquide céphalorachidien³ présente généralement peu de modifications. On peut toutefois noter une légère hyperalbuminorachie et une extension de la courbe de précipitation colloïdale dans la zone méningée. — Souvent, au point de vue clinique, ce syndrome de KORSAKOFF alcoolique provoque des troubles confusionnels importants et il n'est pas rare de noter un certain degré d'onirisme et des idées délirantes de persécution ou de jalousie. — L'évolution relativement favorable qui caractérise cette forme se fait en quelques semaines ou quelques mois.

2) *Formes aiguës*. — La plupart des travaux de ces vingt dernières années ont mis l'accent par contre sur le caractère grave de l'évolution de certains syndromes psychopolynévritiques alcooliques⁴.

...Forme alcoolique du syndrome de Korsakoff...

C'est ainsi que sur 72 cas de psychoses de KORSAKOFF alcooliques, observées à l'Hôpital Henri ROUSSELLE du 1^{er} janvier 1929 au 1^{er} avril 1933, 44 cas se sont rapidement terminés par la mort (MARCHAND et COURTOIS). Ces auteurs ont admirablement décrit la psychose aiguë de KORSAKOFF des alcooliques, qu'ils considèrent comme une encéphalomyélite parenchymateuse. Pour eux, la présentation clinique de ces cas est « bien différente de celle du syndrome de KORSAKOFF d'évolution subaiguë ou chronique des descriptions classiques ». Ils insistent particulièrement sur l'onirisme, la désorientation, les tendances fabulatoires et les fausses reconnaissances. Les idées délirantes et les hallucinations⁵ y sont également très marquées. Les symptômes généraux sont impressionnants (subictère, déshydratation, refus d'aliments, troubles du sommeil, fièvre (38°-38°5). Le syndrome neurologique est caractérisé par une para-

1. Cf. KLOTZ, « *La Polynévrite alcoolique* », Thèse, Paris, 1937, l'article de TINEL, dans le *Traité*, de WIDAL-TESSIER, et l'article de SIGWALD, dans *L'Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Neurologie, folio 17.101.

2. ROSENBAUM et MERITT, *Arch. of. Neuro and Psych.*, 1939, 41, I, p. 978.

3. COURTOIS (A.) et PICHARD, *Ann. Médico-Psycho.*, 1929, II, p. 153. REINHART, « *Liquorverhältnisse bei Alkool K.* », *Arch. Suisse de Psych.*, 1944, 53, p. 326. Dans la moitié des cas (11 sur 20), observés par COURTOIS et PICHARD, le L. C. R. était normal, pour le reste il y avait des modifications importantes. REINHART insiste au contraire sur le caractère négatif de ses constatations.

4. NÈGRE, *L'évolution des Psycho-polynévrites alcooliques*, Thèse, Lyon, 1929. — RADU, Thèse, Paris, 1933. — MARCHAND et COURTOIS, *Revue Neur.*, 1934. — ROSENBAUM et MERITT, *Arch. of Psych. and Neur.*, 1939.

5. L'observation que cite DELAY (*Les dissolutions de la mémoire*, pp. 68 à 70), est à cet égard intéressante.

plégie rapidement progressive, affectant parfois la forme d'une ataxie aiguë. Il s'agit le plus souvent d'une paraplégie flasque avec amyotrophies rapides, rétention d'urine et escarres sacrées. Il ne serait pas exceptionnel d'observer des troubles pupillaires. La mort survient dans 55% des cas en cinq ou six semaines. Dans les formes rapides (une semaine) c'est le tableau du délire aigu que l'on observe (agitation considérable, sitio-phobie, mouvements automatiques, sueur, hyperthermie, hyperazotémie). Ces formes foudroyantes s'observent principalement chez la femme et surtout de 30 à 55 ans. Elles se présentent souvent avec un tableau clinique où se combinent les troubles nerveux et hépatiques du *syndrome de KLIPPEL* (polynévrite avec cirrhose hypertrophique, fièvre) de pronostic à peu près fatal.

3) *Formes chroniques.* — Il s'agit alors de troubles confusionnels avec fabulation, troubles importants de la mémoire et de l'orientation, et un syndrome polynévritique assez discret et transitoire. Ces troubles persistent et affectent rapidement une allure chronique : l'amnésie de fixation y prédomine, tandis que la fabulation s'éteint progressivement. Ces cas d'organisation durable de la psychopolynévrite alcoolique ne sont pas exceptionnels et ils évoluent généralement vers un syndrome de déficit démentiel ou parfois d'organisation délirante chronique (délire de préjudice et de persécution).

b). *Le Syndrome de KORSAKOFF gravidique* ¹.

KORSAKOFF, nous l'avons vu, avait expressément noté cette forme étiologique. C'est au cours de la gestation qu'apparaît généralement la psychopolynévrite. C'est une complication rare, mais très grave de la grossesse. Elle apparaît généralement dès le premier mois et elle est souvent en relation avec les vomissements incoercibles ². Le tableau clinique de la polynévrite comporte généralement tout un cortège de mouvements anormaux (tétanie, convulsions, mouvements choréo-athétosiques). Le tableau clinique psycho-pathologique est celui d'une amnésie assez marquée avec une fabulation discrète mais les troubles psychiques évoluent favorablement dans la plupart des

1. Les premières observations publiées semblent avoir été celles de BOULTON (1868), et de MADGE (1871). On se rapportera spécialement à la Thèse de M^{lle} RAPOPORT, *Syndrome de K. au cours de la grossesse et de la puerpéralité* (Paris, 1912), et à l'article de F. A. ELY, *Journ. New. and Ment. Diseases*, 1922, 56, p. 115, etc... Le travail de DUPOUY et COURTOIS (Psychoses gravidiques, syndrome de KORSAKOFF, *Encéphale*, 1930), est certainement le plus important paru depuis vingt ans, en raison de sa documentation clinique et l'excellente bibliographie qu'il comporte.

2. Ce fait a été souligné par M^{lle} RAPOPORT (1912). Les vomissements seraient l'expression d'une névrite du phrénique comme la tachycardie correspondrait à une névrite du pneumogastrique. Quand le syndrome de K. paraît, les vomissements cesseraient généralement comme si, après l'irritation du phrénique, on observait une parésie. On se rapportera également à des travaux plus récents comme celui de VERMELIN et LAMPOT (*Bull. Soc. obst. et Gynéco.*, 1936, 25, p. 91). SAKER (*Nervenarzt*, 1937, 2, p. 619) a publié une belle observation avec syndrome de vomissements incoercibles et avitaminose B.

cas. Par contre, le pronostic « quoad vitam » est particulièrement sombre : le pourcentage des cas mortels, d'après M^{lle} RAPOPORT, est de 20 % pour la mère ; quant au risque de mortalité pour l'enfant, il approche de 100 % ¹.

Il existe aussi des syndromes de KORSAKOFF dans le post-partum et leur pronostic est généralement considéré comme moins grave ².

c) Syndrome de KORSAKOFF dans les tumeurs cérébrales.

Naturellement, l'étude clinique des troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales ne pouvait manquer de montrer l'existence du syndrome confuso-amnésique avec fabulation. Naturellement aussi, les signes de polynévrite manquant généralement, on n'a pas manqué de discuter l'authenticité du syndrome de KORSAKOFF dans les tumeurs cérébrales ³. Naturellement encore, l'École allemande qui a plus ou moins identifié le syndrome de KORSAKOFF et le syndrome confuso-amnésique a noté la fréquence de pareils tableaux cliniques au cours de l'évolution des tumeurs cérébrales ⁴. Cependant, plusieurs observations ont été publiées en France ou dans les pays de langue française. Nous devons signaler celle de BONNET ⁵, celle de MARCHAND ⁶, celle de HEERNU ⁷, celle de X. ABÉLY et DESCLAUX ⁸, celle de LHERMITTE, DOUSSINET et AJURIAGUERRA ⁹. Mais si la casuistique clinique, d'ailleurs assez rare, a dirigé l'attention d'abord sur les tumeurs frontales, c'est, depuis vingt ans, vers l'étude des tumeurs de la base et du tronc cérébral que l'attention s'est portée, surtout depuis la fameuse observation de FOERSTER et GAGEL ¹⁰, où les auteurs ont noté l'existence d'un syndro-

...*Syndrome de KORSAKOFF tumoral...*

1. DUPOUY et COURTOIS ont recommandé dans ces cas l'interruption thérapeutique de la grossesse. Mais cette mesure, très controversée, a été rejetée par tous les accoucheurs et psychiatres dans notre pays.

2. BALADO et BIBICONI, Psicose polinevritica en la puerperalidad, *Revue Asso. Méd. Arg.*, 1936, 49, p. 605. — BARON, *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1936, 25, p. 248.

3. C'est ainsi que BARUK dans sa thèse, « *Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales* », (Paris, 1926, p. 33), considère ces cas comme des « formes simulant le syndrome de KORSAKOFF ».

4. PFEIFFER (B.), (*Arch. für Psych.*, 1910, p. 158), considère le syndrome de KORSAKOFF comme assez fréquent dans les tumeurs cérébrales. Il est revenu sur ce point dans son article du *Traité de BUMKE*. Sur 84 cas, il a trouvé 20 fois le syndrome d'hypertension intra-cranienne associé à des troubles de l'attention, des fabulations, des troubles de la mémoire et des faux souvenirs. Sur 19 cas réunis par lui dans la littérature, il a noté que six fois il s'agissait de tumeurs du lobe frontal.

5. BONNET, Tumeur cérébrale et syndrome de KORSAKOFF, *Bull. de la Soc. de Méd. Ment.*, 1912.

6. MARCHAND, Tumeur cérébrale et syndrome de KORSAKOFF, *Bull. de la Soc. de Méd. Ment.*, 1912.

7. HEERNU, Syndrome de KORSAKOFF, d'origine tumorale probable, *Jour. Bel. de Neur. et Psych.*, 1932, I, p. 97.

8. X. ABÉLY, DESCLAUX, NAUDASCHER, SUTTEL, Tumeur frontale méconnue chez un alcoolique épileptique, *Ann. Médico-Psycho.*, 1944, n, pp. 287 à 290.

9. LHERMITTE, DOUSSINET et AJURIAGUERRA, Une observation de la forme Korsakowienne des tumeurs du 3^e ventricule, *Revue Neuro.*, 1937, 11, p. 709.

10. FOERSTER et GAGEL, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1933, 149, p. 312.

me de KORSAKOFF au cours de l'évolution d'un kyste épéndymaire du trou de MONRO. Mais là aussi, il convient de remarquer combien rares sont les observations. Nous avons pu en lire récemment une, d'ailleurs très succincte, dans un travail d'OBRADOR ¹. On comprend dès lors que dans son étude des tumeurs cérébrales WALTHER-BUEL ² ait préféré étudier d'une façon plus générale « le psycho syndrome organique de BLEULER » et un syndrome plus nettement confusionnel (Syndrome de paralysie psychique), dont la prévalence dans le tableau clinique dépendrait d'ailleurs essentiellement de l'âge. Le premier serait plus fréquent dans l'âge avancé. Il semble que l'on puisse apparenter le premier de ces syndromes au syndrome de KORSAKOFF chronique et le second au syndrome de KORSAKOFF aigu. Ces aspects cliniques rappelant plus ou moins le syndrome de KORSAKOFF se sont rencontrés selon l'auteur dans 26 % des cas qu'il a étudiés.

d). Syndromes de KORSAKOFF traumatiques.

Toujours avec la même réserve que nous venons de faire à propos des syndromes de KORSAKOFF tumoraux, on peut dire que de nombreuses observations ont été publiées (surtout à l'étranger) d'états confusionnels Korsakowides avec troubles de la mémoire, de l'orientation, confabulation, etc. soit dans les troubles psychiques immédiatement post-traumatiques soit comme séquelles de traumatismes crânio-cérébraux. C'est ainsi que SCHRÖDER (1915) considérait que la plupart des psychoses confusionnelles traumatiques affectent la forme du syndrome de KORSAKOFF. Par contre, MASQUIN ³ en cite seulement deux observations (Obs. 4 et 17) et, considérant que le syndrome de KORSAKOFF n'est qu'un aspect de la confusion, semble négliger, de propos délibéré (p. 120-124), ce syndrome dans le groupe des confusions post-traumatiques. BENON ⁴ avait réuni cependant un grand nombre d'observations dans la littérature (MEYET, 1904, KRAEPELIN, PASTUREL et QUENOUILLE, 1909, EBBECK, 1909). Il donne lui-même une observation très détaillée de psychose de KORSAKOFF après fracture de la base et coma. LA HUCHE ⁵ a également signalé quelques observations. Dans sa « *Gehirnpathologie* », KLEIST, sans réserver une place spéciale au syndrome de KORSAKOFF, rapporte plusieurs cas intéressants à cet égard, notamment dans les 39 cas de troubles de la personnalité en relation avec des lésions de la région fronto-orbitaire, et dans les 7 cas où prédominaient les troubles de la conscience. TRAUBMANN ⁶ sur

1. OBRADOR, BOXADOS et SANCHEZ, Trastornos psiquicos secundarios a la compresion del diencéfalo por adenoma hipofisario, *Actas luso-espan. de Neur. et Psiq.*, avril, 1951, 108.

2. WALTHER-BUEL (H.), « *Die Psychiatrie der Hirngeschwülste* », Vienne, 1951.

3. MASQUIN, « *Le syndrome confusionnel des grands traumatismes crâniens* ». Thèse, Paris, 1931.

4. BENON, « *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et traumatiques* », Paris, 1913, pp. 285 à 301, et les psychoses traumatiques, *Arch. Suis. de Neuro.*, 1921.

5. LA HUCHE, Thèse, Paris, 1920, « *Psychoses de Korsakoff post-traumatiques* ».

6. TRAUBMANN, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1924.

8 observations en a rencontré 4 de type KORSAKOFF (Obs. 3, 4, 6 et 7). CLAUDE, LE GUILLANT et MASQUIN¹ ont publié une observation assez détaillée des troubles mentaux consécutifs à un traumatisme frontal, avec troubles aphasiques, fabulation et désorientation. Dans son article du traité de BUMKE, sur les psychoses traumatiques, PFEIFFER est très réservé et ne partage pas l'opinion de SCHRÖDER et, pour lui, en effet, il est rare que le syndrome confusionnel soit de type syndrome de KORSAKOFF.

e). *Syndrome de KORSAKOFF anoxique.*

Le plus grand nombre d'observations publiées est fourni par l'intoxication par le CO². On en trouvera des exemples dans un certain nombre de publications comme celles de SCHULZ³, STORRING⁴, AJURIAGUERRA et DAUMEZON³. A ce groupe doivent être rattachés, semble-t-il, deux curieux cas de psychopolynévrites après pendaison et strangulation⁶.

...KORSAKOFF anoxique...

f). *Syndromes de KORSAKOFF infectieux.*

Nous ne pouvons pas songer à passer ici en revue toutes les polynévrites infectieuses⁷. Nous nous bornerons à mentionner les infections neurotropes (névrites et encéphalites secondaires), au cours desquelles la littérature et la clinique nous enseignent que le syndrome de KORSAKOFF peut se rencontrer, mais comme une éventualité assez rare.

...KORSAKOFF infectieux...

La *syphilis* a été naturellement une des premières infections neurotropes qui ont retenu l'attention des cliniciens. On a notamment décrit des formes Korsakowïdes de la paralysie générale (MEYER, JOLY). Mais il s'agit généralement d'observations où les troubles mnésiques sont simplement prédominants au cours de l'évolution de la méningo-encéphalite syphilitique⁸. En dehors de cette éventualité et dans des cas qui laissent

1. CLAUDE, LE GUILLANT et MASQUIN, « Troubles Mentaux consécutifs à un traumatisme frontal », *Ann. Médico-Psycho.*, 1932, 1, pp. 43 à 49.

2. Cf. DESOILLE, « Les troubles nerveux dus aux asphyxies aiguës », *Thèse*, Paris, 1932. ROUAULT DE LA VIGNE, *Thèse*, Paris, 1945, et spécialement le fameux cas d'amnésie de fixation pure de GRUNTHAL et STÖRRING, qui a fait l'objet de beaucoup de discussions récentes, (*Nervenarzt*, 1950, 21, p. 49, et, même revue, 1950, 21, pp. 49 à 522).

3. SCHULZ, *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1908, 45, pp. 16 à 21.

4. STÖRRING, *Arch. f. d. g. Psych.*, 1931, 31, p. 3, et 1936, 95, pp. 436 à 511.

5. AJURIAGUERRA et DAUMEZON, « Pseudo-syndrome de K. consécutif à l'intoxication oxycarbonée », *Paris Méd.*, 1937, 189.

6. Un cas de ce genre, après strangulation, a été rapporté par BUMKE, *Psych. Blad.*, 1942, 46, p. 59, et on trouvera dans l'article de BURGER-PRINZ et KAILA, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1930, 124, p. 191, une très intéressante observation, où après une tentative de pendaison le malade présentait un tableau typique de KORSAKOFF ; il existait notamment un certain nombre de troubles des réflexes aux membres inférieurs. (Babinski, Oppenheim, Gordon), L'ensemble des troubles dura environ 6 mois.

7. Cf. l'article de SIGWALD, dans *l'Encyclopédie Médico-Chir. (Neuro.)*, folio 17.104, pp. 1 à 7.

8. GISCARD, « Les formes amnésiques de la paralysie générale », *Thèse*, Toulouse, 1930.

hésitant le diagnostic de paralysie générale, un certain nombre d'observations plus ou moins démonstratives ont été publiées, il y a déjà longtemps (CHASLIN et PORTOCAELIS ¹, ROEHMHELD ² ou plus récemment ILBERG ³, ALAJOUANINE, BOUDIN, THUREL ⁴).

Les polynévrites *tuberculeuses*, et notamment lorsque s'établit une combinaison étiologique tuberculo-alcoolique, peuvent aussi se manifester par un tableau clinique de psycho-polynévrite (BETHOUX ⁵).

On trouvera également, éparses dans la littérature, une série d'observations de psycho-polynévrites au cours des infections les plus diverses : dans les séquelles d'une *encéphalite épidémique* (TSIMEINAKIS ⁶), — au cours de la sclérose en plaques (BILLET et CHAMPIONNET ⁷) — au cours d'une typhoïde (ROGER ⁸) — dans le *rhumatisme articulaire aigu* (SAUGUET ⁹) — dans la mélitococcie (DEVIC et BARBIER ¹⁰ et JAUBON et ARNAUD ¹¹) — dans la *diphthérie* (DE VOS et ZIMMERMAN ¹²), etc..

... exotoxiques...

g). *Syndromes de KORSAKOFF exotoxiques.*

Outre les psycho-polynévrites alcooliques ou oxycarbonées que nous avons déjà signalées, on a rapporté des cas de syndrome de KORSAKOFF en rapport avec des intoxications *apioliques* ¹³, au cours de tentatives d'avortement par cette drogue, avec des intoxications médicamenteuses, au cours de l'emploi de *sels d'or* ¹⁴. Naturellement des observations semblables sont parfois signalées dans les diverses polynévrites toxiques industrielles ou médicamenteuses (intoxications sulfocarbonée, barbiturique, par les sulfamides, thallique, phosphocréosotique), tout de même qu'il y a quelques années on insistait particulièrement sur l'intoxication saturnienne et mercurielle.

...auto-toxiques, caren-
tiels...

h). *Syndromes de KORSAKOFF auto-toxiques, caren-
tiels ou dyscrasiques.*

Les polynévrites qu'on observe au cours du diabète ¹⁵, de l'urémie, des accidents rénaux et des syndromes d'avitaminose sont bien connues et s'accompagnent parfois de syndromes de KORSAKOFF.

-
1. CHASLIN et PORTOCAELIS, « Syphilis mentale ou syndrome de KORSAKOFF à forme amnésique pure », *Jour. de Psych.*, 1908, 303.
 2. ROEHMHELD, « Ueber der K. Symptomenkomplex bei Himlues », *Archiv. f. Psych.*, 1906, 41, p. 703.
 3. ILBERG (G.) *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1930.
 4. ALAJOUANINE, BOUDIN, THUREL, « Polynévrite syphilitique, Syndrome de KORSAKOFF », *Revue Neuro.*, 1934.
 5. BETHOUX, « Syndrome de KORSAKOFF au cours d'une tuberculose lymphoganglionnaire suppurée évolutive », *Revue Neuro.*, 1935, 1, p. 748.
 6. TSIMEINAKIS, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1934.
 7. BILLET et CHAMPIONNET, *Congrès des aliénistes de langue française*, Lille, 1930, 255.
 8. ROGER, *L'encéphalite typhoïdique*, *Ann. Méd. Psycho.*, 1951, 1, p. 508.
 9. SAUGUET, « Troubles mentaux et rhumatisme articulaire aigu », *Thèse*, Paris, 1939.
 10. DEVIC et BARBIER, *Lyon Méd.*, 1935, 475.
 11. JAUBON et ARNAUD, *Soc. de Scien. Méd. de Montpellier*; 1938, 27.
 12. ZIMMERMAN, *Monatschr. f. Nervenheil*, 1936, 66, p. 4.
 13. DUCROS, « Les polynévrites apioliques », *Thèse*, Paris, 1938.
 14. Observations de GERNEZ et NAYRAC, *Revue Neurol.*, 1934, 11, p. 839; BOURRAT, *Lyon Méd.*, 1935, pp. 156 à 517, de FIAMBERTI, *Il Cervello*, 1935, 14, p. 59.
 15. Rappelons les observations de KRAEPELIN et FROMM, 1908.

i) *Syndromes de KORSAKOFF dans le syndrome neuro-anémique.*

Divers auteurs ont observé depuis longtemps des syndromes de KORSAKOFF dans les états d'anémie¹ ; on en trouvera un intéressant exemple dans l'observation de PETIT et DELMOND².

...dans le syndrome neuro-anémique...

5°. PSYCHOPATHOLOGIE. — Naturellement depuis KORSAKOFF, on n'a cessé d'étudier ce curieux tableau clinique avec ses troubles de la mémoire, cette fascination euphorique ou de tonalité affective neutre et insouciance de la conscience par un flux imaginaire qui dévide sans profondeur ni perspective son « n'importequisme », ses fabulations « compensatrices » et le déroulement instantané et automatique d'une pensée sans efficacité.

...Approches psychopathologiques : vers l'essence des troubles...

C'est tout d'abord avec les méthodes de la « psychologie » expérimentale et « associationniste » que l'on a abordé³ ce problème et qu'on a détaillé et analysé tous les « éléments » de ce syndrome : troubles de l'altération de la mémoire ou fixation de la mémoire immédiate, de l'enregistrement des « engrammes », de l'évocation, du sens du temps, de l'orientation topographique, temporelle ou « autopsychique », etc.

Dans tous ces travaux ont été mis en évidence la faiblesse de l'attention, le défaut de concentration efficace, les troubles de la mémorisation immédiate, parfois les troubles de la perception ou du langage, etc. Le travail de Lauretta BENDER, CURRAN et P. SCHILDER⁴, pour prendre un exemple parmi les travaux relativement récents, est dans l'exact prolongement de ces vieilles études de « psychologie expérimentale ».

Par contre, nous trouvons déjà dans le travail de A. PICK⁵ une tentative très intéressante pour saisir l'essence des troubles dans les oscillations de niveau de la croyance et les possibilités de correction de la fabulation. Un des traits les plus caractéristiques de la « conscience korsakowienne » c'est en effet ce que JANET a appelé la *croyance assertive* : tout ce qui s'y présente est doté d'une valeur de réalité, ou plus

...que PICK saisi dans les oscillations de niveau de la croyance...

1. PICKETT (1904), BONHOEFFER (1911), BARRET (1913).

2. PETIT et DELMOND, Syndrome de Adie et syndrome neuro-anémique à type de psychose polynévritique, *Ann. Médico-Psycho.*, 1936, 1, pp. 106 à 113.

3. Cf. Les travaux de TOULOUSE et PIERON (*La Mémoire*, 1911), CLAPARÈDE, Expérience sur la mémoire dans les cas de psychose de K., *Revue Méd. Suisse Romande*, 1907, 301, etc. ou de GREGOR (1909), *loc. cit.*, p. 373, de BRODMANN (1902), *loc. cit.*, p. 376, de BONHOEFFER (*Die akute Geisteskrankheiten*), de JEWORLICH TRINKER, Iena, 1901, etc.). Le travail de M^{lle} SOSSET, *Ann. Médico-Psycho.*, 1933, II, notamment, p. 146), donne une bonne idée des études de ce genre. Pour elle, les deux « Korsakoff », qu'elle a examinés ne présentaient pas de déficit mnésique, mais plutôt une certaine hypermnésie... et elle met l'accent surtout sur les troubles de la croyance. C'est sur ce point qu'insiste également GRUNTHAL, *loc. cit.*, P- 373) quand il parle de « désordre de la mémoire », plutôt que de l'impossibilité de fixer les souvenirs. Les travaux anglosaxons (WELLS, WECHSLER, CATTELL, etc.), sur l'application des méthodes psycho-métriques de la « psychologie clinique » sont de la même veine.

4. Lauretta BENDER, CURRAN, et P. SCHILDER, Organisation of Memory traces in the Korsakoff, *Archiv. of Neuro and Psych.*, 1938, 39, p. 482.

5. A. PICK, « Beitrag zum Psychologie des Denkverlanges bei K. Psychose », *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1915, 28, pp. 344 à 383.

exactement est pris dans la perspective de la fonction perturbée du réel. Tout est réel, tout va de soi, tout est affirmé et cru, sans discrimination ni discernement.

Avec les analyses de GRUNTHAL¹ nous touchons un autre aspect de la psychopathologie du syndrome de KORSAKOFF, c'est l'impossibilité pour le malade de sortir d'un « cercle idéique », de changer l'orientation intentionnelle du champ de sa conscience. Comme « prisonnier » de ce courant univoque², il est « pris » dans la nécessité d'une conduite, d'une attitude, d'une disposition affective qui, disent BURGER-PRINZ et KAILA³, constituent un trouble tout à la fois plus grand et moindre que le trouble de la direction intentionnelle de l'acte, moindre parce que l'intentionnalité de l'acte n'est pas altérée et est encore possible mais plus grand parce que c'est l'ensemble des dispositions de la personnalité engagée dans sa totalité consciente et inconsciente qui est altéré. Ce trouble est pour GRUNTHAL, l'expression de l'indigence de la pensée actuelle et de sa potentialité, il réside d'après lui en un défaut d'actualisation ordonnée.

VAN DER HORST⁴ a mis l'accent sur un amoindrissement de la temporalisation, en ce sens que les vécus de la conscience perdent leur signe temporel⁵. Le trouble fondamental n'est pas, pour lui, ce que l'on appelle généralement les « troubles de la mémoire », il réside essentiellement dans une rupture des relations du contenu de la conscience avec le temps vécu personnel. EHRENWALD⁶ a très profondément analysé la structure temporelle de la conscience korsakowienne et notamment la réduction de son champ qui tend à devenir « punctiforme », le présent (Gegenwart) affectant ainsi la forme d'un point presque virtuel. Et c'est de ce trouble essentiel qu'il fait dériver le défaut de fixation et la fabulation⁷.

BURGER-PRINZ et KAILA⁸ ont insisté, de leur côté, sur la faiblesse de la personnalité qui, pour ainsi dire absente, laisse se dérouler la vie psychique en série « d'instants », en « coupes instantanées » du « Dasein » purement actuelles et sans liaisons historiques avec la personne.

1. GRUNTHAL, *loc. cit.*, p. 373.

2. Les termes allemands de « Haft » (prison), et de « Einstellungstörung » (défaut de déplacement), expriment ce « monodéisme », et cette « persévération ». J. DELAY (Dissolution de la Mémoire p. 60), rapporte une petite scène empruntée à une observation de RANSBURG, qui peut très bien illustrer l'essentiel des troubles dont il s'agit : « Quelles sont les dernières nouvelles de votre frère? demande-t-on au malade. Le pauvre est gravement malade. Hélas, je suis obligé de vous apprendre qu'il est mort hier ». Le malade devient alors pâle et exprime une vive émotion mais quelques minutes après le même scénario se reproduit exactement répété...

3. BURGER-PRINZ, *loc. cit.*, p. 373.

4. VAN DER HORST, 1912 et 1932, *loc. cit.*, p. 373.

5. Une analyse de l'enregistrement des impressions du temps avait été faite dans un style tout différent par GREGOR (A.), Kenntniss der Zeitsinnes bei der K., *Monatschr. f. Psych.*, 1908, 6.

6. EHRENWALD, 1931, *Loc. cit.*, p. 373.

7. L'observation de GRUNTHAL et STORRING (*Monatschr. Psych.*, 1947, 113), psycho-polynévrite par intoxication oxycarbonée, est souvent citée dans ces travaux. EHRENWALD s'y réfère expressément.

8. BURGER-PRINZ et KAILA, 1930, *loc. cit.*, p. 373.

...l'impossibilité pour le malade de sortir d'un « cercle idéique »...

...rupture des relations du contenu de la conscience avec le temps vécu personnel...

P. BERNARD (1951) conclut ainsi sa pénétrante étude (qu'il avait exposée en 1947 à nos réunions du mercredi) : « Dans le syndrome de KORSAKOFF, les symptômes négatifs l'emportent de beaucoup sur les symptômes positifs. Ils peuvent se résumer en une faiblesse du pouvoir d'intégration. L'étude du comportement dans ce syndrome nous a surtout montré la faiblesse de ce pouvoir dans l'organisation de la conscience dans le temps. Le syndrome de KORSAKOFF est une désintégration de la pensée selon le temps. L'étude de la symptomatologie positive nous a révélé une activité fabulante somme toute assez proche de la pensée normale qui lui est sous-jacente. Cette activité est très épisodique et demeure enfermée dans une structure serrée, comme nous l'avons montré, gardant un caractère communicable, non symbolique. En dehors de la fabulation et même dans la fabulation, la dissolution à ce niveau engage très peu l'organisation inconsciente et personnelle du sujet. Le trouble du comportement chez le Korsakowien se déroule sur le plan de la synthèse à un niveau où les éléments personnels entrent peu en jeu, où le fonctionnement psychique emploie surtout des matériaux acquis tardivement : notion du temps, perception du réel, etc. Et c'est sans doute le peu d'importance du facteur affectif, subjectif qui donne cette impression de « lucidité » du Korsakowien. »

...désintégration de la pensée selon le temps...

La déstructuration du champ de la conscience propre à ce niveau a été encore récemment très bien analysée par K. CONRAD¹ à propos d'une observation très approfondie d'un malade de 37 ans atteint d'une psychopolynévrte alcoolique. C'est la « Gestaltisation » correcte de la reproduction du souvenir dans la perspective temporo-spatiale qui était atteinte comme si la situation d'ensemble dans sa construction temporo-spatiale ne pouvait plus s'effectuer et se représenter. Une « Gestaltisation » de détail venait alors au premier plan. Pour CONRAD ce trouble est typique de l'indifférenciation et de la désintégration de la « Gestaltisation » — de la substitution au plein exercice de cette fonction d'un type de « formation » de niveau inférieur (prototypische Gestaltwandel). De telle sorte que la « déformation » ou la « non formation » de la conscience du Korsakowien « débraye » son contenu de l'ensemble de l'activité synthétique de sa personne.

...désintégration de la « Gestaltisation »...

Il s'agit somme toute, selon les plus récentes études du syndrome de KORSAKOFF, d'un déroulement d'images qui se situe comme « à la périphérie du moi » et c'est en cela que le trouble fondamental de la Psychose de KORSAKOFF est apparu à tous les auteurs comme la manifestation d'une lésion organique, comme un type de « réaction » à un processus exogène qui altère la vie psychique dans sa base. Mais ce trouble fait partie intégrante d'une psychose confusionnelle aiguë à laquelle il imprime une marque spécifique originale sans cesser d'en dépendre.

1. K. CONRAD, 1953, *loc. cit.*, p. 374.

Ceci dit, nous pouvons essayer de pénétrer au fond de la conscience korsakowienne au point où la déstructuration de la conscience atteint l'altération maxima de sa constitution en tant que régularisation et intégration des moments du temps dans l'ordre de la vie psychique — en tant qu'elle est « acte d'actualisation ».

La « conscience korsakowienne » ne peut plus organiser le *présent*. Elle est tellement « punctiforme » qu'il n'y a de place que pour un fugitif instant. On a parfois dit que ces malades ne vivaient que dans le présent parce qu'ils sont incapables de rappeler correctement le passé et qu'ils fabulent dans l'instantané. Mais l'instantané n'est pas le présent : celui-ci suppose une unité de structure et une organisation temporelle ou temporo-spatiale du champ phénoménal qui, ici, fait entièrement défaut. Spontanément, le malade est indifférent tout à la fois au temps, aux situations et aux valeurs de réalité qu'elles impliquent. Il ne recouvre le besoin de construire un présent que s'il est stimulé et mis dans une situation de question-réponse et il répond alors « n'importe quoi ». Ce « n'importe quoi » répond à une certaine et furtive intentionnalité de « plausibilité » dont le patient s'accommode rapidement et sans réflexion (il comble, dit-on, le trou de sa mémoire). Prise dans la question, la réponse en épouse les contours et dessine ou ébauche une situation aussi imaginaire que celle qui est suggérée par le vide de la question. D'où les habituels « clichés » (promenades, visites reçues professionnelles ou familiales) qui constituent la matière de la fabulation. Celle-ci coule non pas « de source » mais « au compte-goutte » et découle plutôt de l'artifice des situations suggérées ou automatiquement représentées. Ce jeu constitue une si parfaite réussite, que sans gêne, sans heurts et sans peine, le malade fabule doucement comme il vit et respire. Euphorique et indifférent, accroché à l'instantané, mais incapable de l'intégrer dans la trame historique de son existence ni dans les perspectives d'une « mondanité » constituée, il fabule comme on rêve en dotant chaque image de sa fabulation d'un fragment d'inconsistante mondanité. De telle sorte que son « monde » est une apparence de monde fugace, glissant, variable, élastique et extemporané, c'est un pur dévidement de fragments chaotiques, à la mesure de son impuissance à constituer les « formes de la réalité ».

6°. ANATOMOPHYSIOPATHOLOGIE. — Un très grand nombre de travaux ont été publiés depuis 1890 sur l'histopathologie, la pathogénie, et les localisations cérébrales des lésions du névraxe qui constituent le substratum du syndrome de KORSAKOFF ¹. Nous allons en exposer brièvement l'essentiel.

Nous pouvons distinguer trois aspects fondamentaux des conceptions anatomo-

1. Pour la période qui va de 1890 à 1920, on se rapportera spécialement aux travaux suivants : A. STRÜMPELL, « Untersuchungen auf die pathologische Anatomie der Polynevritis, *Deutsche Arch.f. Klin. Med.*, 1899, 64, p. 146. — RAYMOND, « Leçons cliniques », 1897-1898, p. 402. — SIEFFERT, « Anatomopathol. der Polynevritis Psychose », *Arch. f. Psych.*, 1901, 34. .../...

...La « conscience korsakowienne » ne peut plus organiser le présent...

...histopathologie, pathogénie, localisations...

physiopathologiques qui ont successivement fixé l'attention des cliniciens histopathologistes et physiopathologistes du système nerveux :

- 1° Le caractère névraxique diffus de l'atteinte dont la polynévrite n'est qu'un aspect.
- 2° La pathogénie toxique.
- 3° Le problème de localisation cérébrale.

a) *Polynévrite et névraxite*. La grande discussion anatomopathologique dont on trouvera l'écho dans tous les travaux de 1890 à 1910 a porté sur la question de savoir quelle était l'étendue des lésions du névraxe dans la psychopolynévrite. Voici comment on peut schématiser les connaissances acquises à cette époque¹.

...discussion anatomopathologique...

Méninges. Il n'y a généralement pas de lésions importantes ; on note seulement l'hyperhémie.

Moelle. On observe particulièrement des lésions des cornes antérieures surtout dans la moelle lombaire (chromatolyse cellulaire, atrophie cellulaire, karyolyse,

.../...- G. BALLET (et collab.) « Nouvelles observations sur la valeur des lésions cérébrales dans les psychoses d'origine toxique », *Encéphale*, 1906. — SIMS, « Anatomie of K. Syndrome », *Jour. of Nerv. and Ment. Diseases*, 1905. — DUPRÉ, *Traité*, de G. BALLET, 1906. — P. SCHRÖDER, *Traité*, d'ASCHAFFENBUCH, 1911. — MEYER, « Anatomopathol. der K. Syndrome », *Arch. f. Psych.*, 1912, 49.

Pour les trente dernières années signalons d'abord les *travaux généraux* sur la question :

OKHUMA (T.), « Anatomopathologie der Psych. Alkohol. », *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1930, 126, pp. 94 à 128. — STECK, « Des lésions du tronc cérébral dans le delirium tremens et la psychose de K. », *C. R. Congrès des aliénistes de RABAT*, 1933, pp. 353 à 357. — COURTOIS et MARCHAND (L.), « La psychose aiguë de K. alcoolique », *Revue Neuro.*, 1934, 11, pp. 433 à 453. — BUMKE (O.), et KANT (F.), « *Traité* de BUMKE et FORSTER, t. XII, 1936. — St. KÖRNYEY et H. SAETHRE, « Die hypothalamische Lok. in K. », *Acta Psych.*, Copenhague, 1937, 491. — MARCHAND (L.), « *Maladies Mentales* », 1939, pp. 46 à 78. — EWALD (G.), « Zur Frage der Lokalisation der amnestischen Symptomenkomplexen », *Allg. Z. Psych.*, 1940, 15, pp. 220 à 237. — BENEDEK (L.), et JUBA (A.), « Ueber das anatomische Substrat der K. Syndrome », *Arch. Suisses de Neuro.*, 1941, 46, p. 178.

Enfin voici les *principaux travaux et mémoires spéciaux* qui ont fait l'objet depuis 30 ans des *principales controverses* :

GAMPER (E.), « Zur Frage der Polioencephalitis hoemor. der chron. Alkohol. Anatomische Befunde etc. », *Zentralblatt f. Psych.*, 1927, 47, p. 830. — CREUTZFELDT (F.), « Hirnveränderungen bei Gewohnheitsalkool » (courte note), *Zentralblatt*, 1928, 50, p. 321. — GAMPER (E.) Schlaf — Delirium tremens — K. Syndrom., *Zentralblatt f. N.*, 1929, 51, 236-239. — MARCUS (H.), La maladie de KORSAKOFF (brève communication), Congrès de Neurologie de Berne in *Revue neurologique*, 1931, 11, p. 560. — NEUBERGER (K.), Ueber Hirnveränderungen bei alkoholischen Krank., *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1931, 125, pp. 159 à 209. — CARMICHAEL (F.), et STERN (O.), « KORSAKOW Syndrome », Its Histopathology, *Brain*, 1931 » 54, p. 189. — KANT (F.), « Die pseudoencephalitis Wernicke in Alkoholiker », *Archiv. f. Psych.*, 1933, 98, pp. 702 à 768. — GRUNTHAL (E.), Ueber das corpus mamillare und das K. Symptomenkomplex, *Confinia Neuro*, 1939, 11. — BENEDEK (L.), et JUBA (A.), K. Syndrome Störungen der zentralvegetativer Regulatio, *Arch. f. Psych.*, 1940, et *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1944, 177, pp. 282 à 292.

1. Le syndrome de KORSAKOFF, ayant été étudié surtout dans sa forme de psychose de KORSAKOFF alcoolique, on ne perdra pas de vue que l'anatomo-pathologie de ce syndrome constitue en même temps une étude anatomo-clinique de l'imprégnation alcoolique de l'ensemble du système nerveux.

vacuoles, granulations en voie de disparition, dégénérescence neurofibrillaire, surcharge en pigments jaunes, excentration du noyau et parfois évacuation hors du corps cellulaire). Les cellules de la colonne de CLARK sont toujours très atteintes. Les petites cellules des cornes postérieures sont également lésées, mais d'une façon moins intense que les cellules des cornes antérieures. Il y a peu de réaction inflammatoire péri-vasculaire.

Racines et nerfs. Les lésions considérées généralement comme constantes et caractéristiques évoluent en plusieurs phases : a) *Névrite pigmentaire périaxiale de GOMBAULT*, qui altère irrégulièrement les fibres ; les lésions sont limitées à un certain nombre de segments intergranulaires et elles frappent la myéline (fragmentation de la myéline, prolifération des noyaux de la gaine de Schwann). b) *Dégénérescence wallérienne*, disparition de la gaine de myéline, atteinte du cylindraxe (fragmentation et aspect granulaire caractéristique).

Nous devons signaler, à ce propos, que MARCHAND et COURTOIS n'ont pas retrouvé de lésions de racines ou de nerfs ni au Weigert, ni au Bielchowski, ni au Marchi.

Lésions cérébrales. Les anciens auteurs (Gilbert BALLET, RAYMOND, KRAEPELIN, MEYER, etc.) ont décrit généralement deux sortes de lésions. D'une part, des lésions chroniques assez banales, ce sont des altérations cellulaires (dégénérescence et surcharge pigmentaire, atrophie, prolifération névroglie, altération des parois vasculaires, hémorragies capillaires). D'autre part, des altérations du cortex qui ont été considérées à l'époque comme représentant le substratum spécifique de la psychopolynévrte. « Il s'agit de lésions constantes, diffuses et accusées des cellules pyramidales petites, moyennes et grandes. Les petites et moyennes présentent au Nissl un aspect spongieux de dégénérescence granuleuse. Les grandes cellules pyramidales, surtout celles de la région motrice, prennent une forme globuleuse, les granulations chromophiles sont réduites en poussière, le noyau est rejeté au bord de la cellule. Au Bielchowski, les cellules pyramidales paraissent bourrées de granulations. Contrairement à ce que l'on observe dans le délire aigu et le delirium tremens mortel, peu de cellules disparaissent par lyse, le tissu névroglie est généralement hyperplasié. Les cellules micronévroglie ne sont pas plus abondantes que normalement. Dans la substance blanche souscorticale, surtout dans les lobes frontaux, on note assez souvent une réaction vasculaire nette autour du capillaire et des petites veines. » (Cette description est tirée du travail de MARCHAND et COURTOIS.) NOUS ne parlons pas pour l'instant de la localisation du processus dans les diverses parties de l'encéphale.

Lésions Viscérales. Selon LHERMITTE et KLIPPEL et les auteurs du début du siècle, mais aussi d'après des constatations anatomo-cliniques plus récentes, les lésions du foie sont à peu près constantes (hépatite scléro-graisseuse). On note généralement

une prolifération ganglionnaire des cellules de soutien envahissant les espaces canaliculaires. La sclérose prédomine au niveau des espaces portes. Les *reins* sont généralement moins altérés que le foie (sclérose périglomérulaire et péricubulaire). — On comprend que si les premières études n'ont paru déceler que des lésions des nerfs, ou tout au moins des lésions tellement prépondérantes du nerf qu'il paraissait bien s'agir essentiellement d'une névrite et d'une névrite primitive, à mesure que des lésions étaient décelées au niveau de la moelle et du cerveau, tous les auteurs ont fini par substituer à la notion de névrite ou de polynévrite celle d'une véritable *névraxite*.

b) *Le problème histopathogénique.* Pour RAYMOND l'attaque du système nerveux était essentiellement *périphérique* et l'atteinte primitive de fibres à myéline par l'agent toxique constituait la phase primordiale du processus. D'après cette théorie, les lésions cellulaires seraient secondaires à cette atteinte initiale du nerf. On sait comment elle s'est longtemps appuyée sur des expériences de MARINESCO. Une autre conception défendue par DUPRÉ admettait une atteinte *bipolaire* du corps cellulaire et des fibres à myéline ; c'est-à-dire, somme toute, une atteinte de *tout le neurone*. C'est dans ce sens que WILSON a parlé, à propos de polynévrites, de *neuronite* ou de *poly-neuronite*. Quant au mécanisme du processus neurotrope, la plupart des auteurs ont attribué à l'insuffisance hépatique le rôle d'agent déterminant : le *foie* lésé ne protégerait plus le névraxe contre les toxines. Depuis que cette thèse a été défendue (KLIPPEL, DUPRÉ, LHERMITTE, etc.) on a attribué une importance également considérable aux *carences vitaminiques* et aux facteurs métaboliques généraux. C'est ainsi que GIRARD, GARDE et DEVIC¹ rapprochent le syndrome de Korsakoff de l'encéphalopathie décrite par GAYET (1874) et par WERNICKE sous le nom de *poliencéphalite supérioritaire aiguë hémorragique*. Ils pensent que la carence de vitamine B1 y joue un rôle déterminant et comme GREEN, CARLSON et EVANS², comme DE WARDENER et LENNOX³, ils estiment que cette forme d'encéphalite est un « beriberi cérébral ». SCHWOB et ses collaborateurs⁴ tout dernièrement aussi ont insisté sur la nature avitaminique et enzymatique de ce processus encéphalitique.

c) *Le problème de la localisation cérébrale du syndrome de Korsakoff.*

Aux yeux de la plupart des neuropathologistes du début du siècle il ne faisait guère de doutes que le processus cortical ne constituât le substratum nerveux du syndrome de KORSAKOFF. Tout ce que nous avons dit à propos des lésions des cellules pyramidales ne pouvait que renforcer cette opinion. Une série de travaux récents a

1. GIRARD, GARDE, DEVIC, *loc. cit.* (1953).

2. GREEN, CARLSON et EVANS, *J. of Nutrition*, 1941, 21, 243-256.

3. DE WARDENER et LENNOX, *Lancet*, 1947, 252, 11-17.

4. SCHWOB et collab., *loc. cit.*, 1953.

tenté de confirmer cette manière de voir. C'est ainsi que MARCUS ¹ il y a quelques années, s'est fait en quelque sorte le champion de la localisation corticale du syndrome de KORSAKOFF. Il a rapporté cinq cas, dont l'examen histopathologique lui a permis d'affirmer que « dans toutes ces observations le processus pathologique s'est localisé d'une manière si prépondérante aux lobes frontaux et surtout à leurs parties antérieures que l'on peut à peine douter que ce ne soit là un lieu de prédilection du processus ». Il a noté des altérations des couches les plus profondes du cortex (6^e couche de Brodman), et les lésions consistaient en une dégénérescence des cellules ganglionnaires avec une intense neuronophagie. MARCUS a déduit de ces altérations que la fonction mnésique est l'apanage des couches profondes du cortex — DE MORSIER ² s'est beaucoup attaché aussi à l'hypothèse du rôle prédominant des lobes frontaux et préfrontaux dans le mécanisme des amnésies du type KORSAKOFF — CREUTZFELDT ³ a également souligné l'importance des lésions corticales des troubles amnésiques. Mais ce sont les travaux de CARMICHAEL et STERN ⁴ qui sont à cet égard les plus intéressants. En examinant des coupes du cerveau de malades atteints du syndrome de KORSAKOFF et colorées par la méthode de Scherlach, CARMICHAEL décrit les lésions suivantes : 1) gros dépôts de lipoides colorés en rouge vif, 2) grosses gouttes de lipoides dans les cellules ganglionnaires et névrogliques, prédominant dans les aires préfrontales et motrices. Ce lipotide présentait toutes les réactions et propriétés du lipochrome telles que les a décrites HURST ⁶. Il se comportait donc comme un lipotide normal du système nerveux, et ainsi il apparaît comme un produit de désintégration des mitochondries des cellules ganglionnaires (Ivan BERTRAND). L'intérêt de ce travail est donc tout à la fois de souligner l'importance de la localisation cortico-frontale et aussi de rapprocher le processus des psychopolynévrites des affections hérédodégénératives et des troubles métaboliques de longue évolution ⁶.

Mais depuis GUDDEN (1896) et surtout depuis les travaux de WERNICKE sur la *polioencéphalite supérieure hémorragique*, on n'a jamais cessé de considérer l'importance des lésions du mésodiencephale dans le déterminisme des troubles confuso-oniriques du « Korsakowien ». Il convient de rappeler notamment que KLEIST a attribué, depuis longtemps, une importance majeure au tronc cérébral dans le dynamisme des

1. MARCUS, 1931, *loc. cit.*, p. 374.

2. DE MORSIER, *Encéphale*, 1929.

3. CREUTZFELDT, « Hirnveränderungen bei Gewohnheitstrinker », *Zentralbl.*, 1928, 50, p. 321.

4. CARMICHAEL et STERN, 1931, *loc. cit.*, p. 374.

5. Ces coupes ont été trempées dans l'alcool absolu, puis dans le sulfate de zinc, et ensuite remises dans l'alcool absolu. Après quoi, le lipotide n'était pas modifié dans ses propriétés.

6. Cette accumulation du lipochrome au niveau des cellules corticales et la chromatolyse des cellules de BETZ, se rencontrent également dans la pellagre. C'est un processus commun aux deux maladies.

fonctions mnésiques. En 1928, GAMPER¹ sans parler d'une lésion spécifique ni pathomonique du syndrome de KORSAKOFF a émis l'hypothèse de la participation des centres végétatifs dans le déterminisme de ces troubles. Depuis 1939, on n'a pas cessé d'épiloguer sur le rôle des *corps mamillaires* et des *systèmes mamillo-thalamiques* à l'occasion du travail fondamental de GRUNTHAL. Il s'agissait d'un crânio-pharyngiome qui avait effectivement détruit les corps mamillaires. Le syndrome présenté chez ce malade a été bien étudié par l'auteur qui a mis en évidence chez le malade une remarquable impuissance à reproduire le passé : il vivait plongé dans « le présent » de telle sorte qu'il ne pouvait plus utiliser ses connaissances acquises, ni établir de relations entre elles (Einstellungstörung). De l'examen anatomique de ce cas, GRUNTHAL déduisit que les corps mamillaires sont le siège d'une certaine fonction psychique établissant la connexion des expériences vécues entre elles-mêmes et le monde extérieur. Pour lui, le syndrome de KORSAKOFF proviendrait d'un défaut d'impulsions partant des corps mamillaires par le faisceau mamillothalamique jusqu'au noyau antérieur du thalamus, pour aboutir ensuite à la partie dorsale de la circonvolution frontale. Le travail d'EWALD² représente un nouvel élargissement de ce point de vue. Pour lui, comme pour KLEIST (et peut-être pourrait-on dire comme pour BERGSON,) il faut distinguer deux formes de mémoire : la mémoire pour les faits anciens, qui siègerait dans le cortex, et la mémoire « diencéphalique » qui constituerait la mémoire de fixation, pour autant que celle-ci paraît liée aux fonctions d'attention, de concentration et à la conscience de déroulement du temps et de la durée. Cette idée de lier l'expérience intime du temps vécu au dynamisme du tronc cérébral, peut-être n'est-il pas sans intérêt de rappeler que nous la devons à H. JACKSON, pour qui l'enregistrement vital du temps devait se faire dans les formations végétatives qui sont en rapport, disait-il, avec ce « métronome » qu'est le cœur³. — Tout récemment J. DELAY et S. BRION⁴ ont illustré par une belle observation les lésions mamillaires dans un cas de polynévrite alcoolique. Nous avons déjà fait remarquer à propos de la physiopathologie de l'activité psychique que, entre le tronc cérébral et l'archipallium du rhinencéphale, existe un vaste système psycho-vital qui intègre l'activité et la structure de la conscience. Une sorte de confirmation de l'unité dynamique de ce système semble avoir été fournie par l'observation de ULE⁵, d'un syndrome de KORSAKOFF avec double dégénérescence des cornes d'Ammon et des corps mamillaires.

...discussions sur la localisation du syndrome de KORSAKOFF...

1. GAMPER, *loc. cit.*, p. 391.

2. EWALD, 1940, *loc. cit.*, p. 391.

3. Ce sont BENEDEK et JUBA (*loc. cit.*, p. 391), qui rappellent cette curieuse intuition de JACKSON.

4. J. DELAY et S. BRION, Syndrome de K. et corps mamillaires, *Encéphale*, 1954.

5. ULE (G.), « K. psychose nach doppelseitiger Ammonhornzerstörung mit transversale Degeneration der Corpora mamillaria », *Deutsche Z. Nervenheit*, 1951, 165, pp. 446 à 456, cf. aussi CONRAD et ULE, *Deutsche Z. Nervenheit*, 1951, 165, p. 430.

Si, enfin, nous faisons état des conceptions de PENFIELD sur le siège de la mémoire dans le lobe temporal et des observations de « dreamy states » dans la crise de l'un-cus par H. JACKSON, nous pouvons ainsi à propos de la physiopathologie du syndrome de KORSAKOFF relier les points de vue les plus modernes aux conceptions les plus anciennes, la « localisation » mésodiencéphalique et la « localisation » rhinencéphalique dans la même représentation celle d'un dispositif cérébral situé tout à la fois à la base du cerveau et de l'activité psychique et qui se trouve électivement modifié dans la « psychopolynévrite ».

IV. *Le délire aigu.*

L'expression « *Délire aigu* » ou « *Delirium acutum* » a désigné autrefois et désigne parfois encore pour beaucoup d'auteurs des états morbides d'étiologie et même de symptomatologie très diverses n'ayant de commun entre eux que l'allure aiguë et même suraiguë des troubles confusionnels avec agitation, atteinte le plus souvent très grave de l'état général (hyperthermie, sitiophobie, dénutrition rapide et déshydratation). Dans ce sens, ancien et très large, le « délire aigu » correspond à peu près à la « phrenitis » d'Hippocrate.

Mais, depuis CALMEIL¹ on réserve le nom de « délire aigu » (on a dit aussi « délire aigu idiopathique ») à un tableau clinique très particulier progressivement dégagé par les cliniciens français du XIX^e siècle, des états confusionnels, des accès d'agitation maniaque, des bouffées délirantes, des paralysies générales aiguës et des délires toxico-infectieux. Si les travaux sur le « délire aigu » sont dans leur grande majorité dus à l'École française, il faut cependant remarquer que sous des noms divers (« Manie aiguë », « acute Delirium », « Akutische Verwirrtheit » ou simplement « Delirium ») les Écoles étrangères n'ont pas manqué de s'intéresser à la question. Il semblerait même² que le mérite de la première description en revient aux pays anglo-saxons et nommément à LUTHER BELL.

Quoi qu'il en soit, les descriptions mémorables de CALMEIL ont été reprises en France par un grand nombre de cliniciens (FALRET, MARCÉ, FOVILLE, BAILLARGER, BRIERRE DE BOISMONT). Si certains auteurs (PARCHAPPE, LINAS, LUNIER, etc.) ont répu-gné à voir dans le délire aigu une « entité distincte » de la manie aiguë (opinion qui a été et est encore débattue) la plupart des aliénistes français ont accepté cette nouvelle forme de psychose qui leur a paru assez typique pour constituer une espèce distincte.

1. CALMEIL, *Traité des Maladies inflammatoires du cerveau*, Paris, 1859, t.1, p. 142, et *Dictionnaire de Médecine*, en 30 vol., (article « Aliénés », p. 136).

2. S. H. KRAINES (Bell's Manie, *Amer. J. of Psych.*, 1934, 91, pp. 29 à 40), rappelle le travail de LUTHER BELL (*Amer. J. of Psych.*, octobre, 1849). Les auteurs français (Rapport de CARRIER et MARTIN, 1901), connaissaient cette « maladie de Bell », mais l'ont un peu oubliée...

La thèse de BRIAND ¹ et le rapport de A. CARRIER ² ont classiquement consacré cette manière de voir.

Par contre, à l'étranger, cette « entité » a conquis difficilement droit de cité. Si MAUDSLEY (1867) en Angleterre avait, avec beaucoup d'autres auteurs, accepté cette notion, la plupart des psychiatres anglo-saxons parlent plutôt de formes aiguës ou mortelles de manie. Ainsi, par exemple, pour ne citer que des travaux récents, C. MILLING ³ en 1941, K. SCHULACK ⁴ en 1946 et JARVIE ⁵ en 1952 ont rapporté un certain nombre de cas de « syndromes d'épuisement » chez des maniaques que nous appellerions « délires aigus ». Aussi n'avons-nous pas été étonnés en lisant récemment un petit article de Max LEWIN ⁶ qui reproche à ses collègues anglo-saxons de méconnaître trop souvent ce syndrome, somme toute classique même chez eux.

L'École allemande est restée assez réfractaire à l'étude de ce syndrome. C'est ainsi que si nous nous rapportons au traité de KRAEPELIN, à celui d'ASCHAFFENBUCH (article de P. SCHRÖDER) ou à celui de BUMKE (article d'EWALD) aucun paragraphe n'est consacré à cette « réaction exogène » qui se trouve plus ou moins confondue avec les délires fébriles, les délires confusionnels aigus, etc. Et c'est souvent dans les cas mortels de « catatonie aiguë » de « psychoses d'épuisement », « de psychoses graves de la motilité » et peut-être même (?) dans certaines « formes fébriles de schizophrénie aiguës » que l'on peut retrouver des descriptions de cette forme grave de troubles mentaux ⁷. En Italie, en Belgique, dans les pays Scandinaves par contre, plusieurs cliniciens ou chercheurs ⁸ se sont occupés attentivement de ce problème.

1. BRIAND, *Le délire aigu*, Thèse, Paris, 1885.

2. A. CARRIER, (G. CARRIER et MARTIN), Du délire aigu, *Rapport au Congrès des Aliénistes de Limoges*, 1901, pp. 249 à 311.

3. C. MILLING, Exhaustion due to mental excitement, *J. nerv. and ment. Dis.*, 1941, 93, 297.

4. K. SCHULACK, Exhaustion syndrome in exerted Psychotic Patients, *Amer. J. of Psych.*, 1946, 102, 466-475-

5. JARVIE (H. F.) et HOOD, *Amer. J. of Psych.*, 1952, 108, 758-763.

6. Max LEWIN, Delirium, *Amer. J. of Psych.*, 1951, 107, pp. 689 à 693.

7. Cf. par exemple les travaux comme celui de NEUBURGER, (Sektionsbefunde bei plötzlichen und unklären Todesfällen Geisteskranken, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1934, 150, pp. 670 à 685), de STEFAN, (Ueber die plötzlichenatürlicherTod infolge hochgradig Erregung bei akuten Psychosen ohne wesentl. anatomisch nachweisbaren Ursachen, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1935, 152, pp. 480 à 482), de K. SCHEID, (*Fébrile Episoden bei schizophrene Schübe*, I vol., 1937, p. 97). Cf. également notre Étude n° 10, sur la « Catatonie » (p. 97), où nous avons rappelé un certain nombre de cas de catatonies aiguës.

8. En Italie (.nous l'avons déjà vu à propos de la physiopathologie de la Confusion), on s'est toujours passionné pour ces formes de confusion aiguës et de « délire aigu » : RIZZONICO (1887), CRISTIANI (1902), G. ANISATONE (1912), etc. (cf. MONACI, *Rivista di Pato nev. e ment.*, 1940, 56, pp. 542 à 544). De même en Belgique (ROUVROY, DEHALLE, 1946) » dans les pays Scandinaves (HERMANN, LUND, YDE, etc.) ou en Russie (JOUKOWSKY, 1898 ; DOBROTWOSKY, 1899 ; WEIDBNHAMER et BROWKANSKI, 1901, etc.).

...« l'encéphalite psychosique aiguë azotémique » de TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS...

Il faut bien dire que les limites de ce syndrome sont restées assez floues jusqu'aux recherches anatomo-bio-cliniques de TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS ¹. Ces auteurs ont isolé dans leurs travaux sur les « encéphalites psychotiques » un ensemble anatomo-bioclinaire : L'ENCÉPHALITE PSYCHOSIQUE AIGÜ AZOTÉMIQUE, remarquablement décrite par eux et englobant l'ancien « délire aigu idiopathique » classique.

Malgré des critiques même récentes (DELAY ², SINGER et BATZEN-SCHLAGER ³) mais fragmentaires de la conception de TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS, l'exposé du « délire aigu » classique paraît pouvoir être désormais présenté dans le cadre des travaux de MARCHAND sur l'encéphalite psychosique aiguë azotémique; ils représentent les études les plus modernes, les plus complètes, les plus objectives et les plus claires sur cette question si obscure et si controversée.

L'originalité foncière de la conception de MARCHAND est de considérer le « délire aigu » (l'encéphalite psychosique aiguë azotémique) comme un « mode de réaction » univoque du système nerveux de certains sujets à des facteurs étiologiques variés. Ce n'est pas un microbe ou une intoxication qui fait le délire aigu, c'est *le terrain* et cela quelle que soit l'agression subie. Cette conception s'oppose absolument à celle défendue autrefois par BALLET qui voyait dans le « délire aigu » une maladie dont on ne connaissait pas encore la cause, mais que l'on supposait spécifique (et certains, bien entendu, comme BIANCHI et PICCININO ⁴ avaient cru avoir découvert l'agent pathogène du délire aigu). Il faut bien insister sur cette notion trop méconnue et tout à fait fondamentale de l'œuvre de MARCHAND « *L'encéphalite psychosique aiguë azotémique n'est pas une maladie, c'est un mode de réaction* ». C'est aussi en cela que le groupe « encéphalite psychosique aiguë azotémique » se distingue d'une certaine conception du « délire aigu idiopathique » qui permettait de réunir sous ce concept trop vague des états cliniques et même anatomiques divers de telle sorte qu'on ne trouvait entre eux qu'un lien : *l'absence d'étiologie connue*, dès lors si un état confusionnel présentant la symptomatologie du « délire aigu idiopathique » paraissait dû à un facteur étiologique connu (infection par exemple) il sortait *ipso facto* du groupe « délire aigu » pour entrer

1. Les travaux de MARCHAND, les plus importants, sont rassemblés dans le livre de MARCHAND et COURTOIS, « *Les encéphalites psychosiques* », Paris, 1935, (Édit. Le François), et dans le chapitre qu'il consacre à ce problème dans son livre « *Maladies mentales* », (1939) ; Cf. également son Rapport au « *Congrès des Aliénistes*, de Rabat », 1933. Ses premiers articles ont été publiés en 1929-1930, (TOULOUSE, MARCHAND et SCHIFF, *Les encéphalites psychosiques*, *Encéphale*, 1929, 413, et TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS, *L'encéphalite psychosique aiguë azotémique*, *Presse Médicale*, 12 avril, 1930).

2. LEMIERRE, J. DELAY et TARDIEU, Azotémie et troubles psychiatriques. L'encéphalose azotémique, *Presse Médicale*, 1941, 50-51, pp. 617 à 619 et 55-60, pp. 689 à 691.

3. L. SINGER et A. BATZENSCHLAGER, Les syndromes confusionnels aigus de type délire aigu dans leur rapport avec l'azotémie, etc., *Cahiers de Psychiatrie* (Strasbourg), 1952, 8, PP. 33 à 55.

4. BIANCHI et PICCININO, *Annali di Neurologia*, 1899 (1, 2, pp. 5 à 10).

dans le groupe des psychoses ou encéphalites infectieuses. La conception de MARCHAND tout en réservant soigneusement la possibilité d'encéphalites spécifiques a montré qu'en dehors de ces encéphalites spécifiques il existait, avec une étiologie connue ou non, un certain mode constitutionnel de réaction du système nerveux à des agressions diverses (toxiques, infectieuses, émotionnelles ou inconnues), mode de réaction qui est toujours le même : anatomiquement (« encéphalite »), cliniquement (« psychose aiguë ») et biologiquement (« azotémie »).

On comprend de quelle actualité est l'intérêt de ce point de vue et que AUBIN et CHIARAMONTI aient pu récemment montrer que les conceptions bio-physiologiques de REILLY sur le syndrome d'irritation et de Hans SELYE sur le « Stress » pouvaient s'appliquer au délire aigu ¹.

Quelle que soit l'attitude que l'on adopte à l'égard de la conception de MARCHAND, la description clinique de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique reste valable comme étant la plus complète et la plus moderne description du « délire aigu » classique. Aussi est-ce elle qui va nous servir de guide et de modèle.

L'encéphalite psychosique aiguë azotémique a été ainsi dénommée pour résumer les quatre critères basiques de l'affection décrite :

1° C'est une *encéphalite*. C'est-à-dire que les lésions cérébrales sont à la fois inflammatoires et dégénératives. Dans une discussion, MARCHAND ² a, il y a quelques années, de nouveau précisé ce point.

2° Elle est « *psychosique* », c'est-à-dire que les manifestations cliniques se présentent sous la forme d'une psychose.

3° *Aiguë* : à évolution rapide (le plus souvent mortelle).

4° *Azotémique* : en raison de la constance de la rétention azotée toujours intense.

1°. CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES. — Trois modalités étiologiques se présentent cliniquement : 1° *Encéphalite psychosique aiguë azotémique unique primitive* dite encore idiopathique, essentielle ou cryptogénétique, survenant sans cause appréciable chez des individus paraissant en bonne santé. — 2° *Encéphalite psychosique aiguë azotémique apparaissant au cours d'une psychose récente, ancienne ou récidivante*. — 3° *Encéphalite psychosique aiguë azotémique secondaire* : survenant à la période prodromique, à l'acmé et sur tout au décours des infections les plus diverses (au cours, par exemple, de l'état puerpéral ou après une intervention chirurgicale).

...Trois modalités étiologiques de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique...

MARCHAND ³ a indiqué que sur 56 cas de délire aigu, 14 entraient dans la première catégorie, 15 dans la deuxième et 17 dans la troisième.

1. Nous avons déjà vu à propos de la physiopathologie de la confusion, l'intérêt et l'actualité des conceptions de ce genre (AUBIN, CHIARAMONTI, LOO, etc.).

2. MARCHAND, *Société Médico-Psycho.*, 1940.

3. MARCHAND, Comptes rendus du Congrès de RABAT, 1933, p. 98.

CAPGRAS et DAUMEZON¹ ont donné respectivement les chiffres de 8, 9 et 11 pour 28 cas observés.

Ces trois modalités étiologiques étaient déjà connues pour le « délire aigu » des classiques et c'est au fond autour de ces faits que toutes les discussions depuis CALMEIL ont gravité.

L'encéphalite psychosique aiguë serait d'ailleurs une affection rare. La proportion, pour l'hôpital Henri Rousselle, est de 0,35 à 0,55 % du total des entrées (MARCHAND et COURTOIS). Elle n'est cependant pas exceptionnelle et MARCHAND et COURTOIS en ont observé 120 cas en cinq ans. Les services du Centre de Sainte-Anne en reçoivent plusieurs chaque année. Mais on comprend que ces données statistiques sont essentiellement fonction de la définition même des cas que l'on range dans le « délire aigu » au sens strict de MARCHAND ou au sens plus vague de « délire aigu » de style ancien.

C'est une affection de l'adulte (exceptionnelle avant 20 ans et après 50 ans). Elle est trois fois plus fréquente *chez la femme* que chez l'homme, sans qu'il soit possible d'établir une corrélation avec le cycle hormonal féminin. La grande majorité des cas s'observe l'hiver. La maladie apparaît très souvent chez les *individus prédisposés* dont le système nerveux est, soit épuisé (traumatisme, chocs émotionnels, hémorragie, misère physiologique), soit d'une particulière « fragilité » (troubles mentaux antérieurs² ayant ou non nécessité l'internement, complications encéphaliques de maladies infectieuses, crises névropathiques, irritabilité, débilité mentale). Des troubles mentaux et l'alcoolisme sont fréquemment relevés dans les *antécédents héréditaires*. Ceux-ci constituent une prédisposition importante.

Certaines « formes étiologiques » ont pu être spécialement relevées. Elles sont innombrables. Citons-en quelques-unes. Par exemple les « *délires aigus puerpéraux* » (MARCHAND, COURTOIS et SIVADON³) qui s'observent, d'après ces auteurs, plus particulièrement dans le « *post-partum* » (11 fois sur 15 cas) et dont le pronostic est extrêmement grave. Parfois le syndrome s'observe dans les conditions paraissant anodines : *grippe* (HAMEL, LALANNE et CHAVARD⁴), *vaccination antityphique et jennérienne*

1. CAPGRAS et DAUMEZON, Délires secondaires et intermittents, *Ann. Médico-Psycho.*, 1937, pp.271 à 278.

2. Ce fait que le « délire aigu » s'observe comme une suite ou une complication d'une psychose à évolution intermittente ou chronique est, répétons-le, fondamental. Les corrélations avec la manie ont été de tout temps avancées. Récemment encore (*Ann. Méd. Psycho.*, 1953, 1, 214) GUIRAUD, X. et P. ABÉLY, etc., y ont fait allusion. Dans la première observation de ce travail, la malade avait eu précédemment quatre accès de manie et succomba à son cinquième accès (délire aigu ou « manie aiguë »)... Ceci n'est pas pour nous étonner, nous, dont le plan même de ce volume illustre les parentés et les affinités de toutes les « Psychoses aiguës ». Le tableau II (p. 100) du Rapport de MARCHAND, au Congrès de Rabat, est à cet égard très significatif.

3. MARCHAND, COURTOIS et SIVADON, Encéphalites psychosiques puerpérales, *Presse Médicale*, 1953.

4. HAMEL, LALANNE et CHAVARD, *Revue méd. de l'Est*, 1935.

(TRILLOT¹), *infection ourlienne* (PAINCHAUD et CARON²). Il peut survenir au cours des agressions les plus variées : *thyroïdectomie* (MARCHAND et AJURIAGUERRA³), *coup de chaleur* (DELAY, SUTTEL⁴), etc. Certains cas ont été observés au *début de la paralysie générale* (SENGES, THUILLIER, DIATKINE⁵) ou ont manifesté une évolution *tumorale* comme dans le cas (kyste séreux optochiasmatique) qui a été publié par DELAY, MAILLARD, DESCLAUX et ROUAULT DE LA VIGNE⁶. Le rôle de l'*émotion* a encore été mis en évidence récemment (LE GUILLANT et CHERTOCK⁷).

2°. DESCRIPTION CLINIQUE — Nous tenterons de donner ici une sorte d'image composite des travaux anciens sur le délire aigu et des travaux de l'École française contemporaine sur l'encéphalite psychosique aiguë azotémique⁸.

a) *Forme commune*. NOUS prendrons comme type de description la forme la plus commune, conduisant la malade à la mort après une évolution aiguë de 8 à 15 jours dans laquelle CALMEIL ainsi que MARCHAND et COURTOIS décrivent : *une période d'état, une période de collapsus ou de rémission apparente et une période terminale*. C'est l'encéphalite psychosique azotémique primitive survenant chez un sujet apparemment normal. La maladie peut se déclarer brutalement, sans signes prémonitoires. Le plus souvent, cependant, le délire aigu est précédé d'une période prodromique, d'une durée variable, de quelques jours à trois ou quatre semaines. Les signes prémonitoires peuvent être d'ordre psychique ou d'ordre général.

1) *Les prodromes* psychiques peuvent revêtir des aspects très divers et, somme toute, ils sont du même type que ceux que nous avons décrits au début des états confusionnels. Dans sa thèse consacrée à ce sujet BEAUCHESNE⁹ a insisté sur le polymorphisme de ces prodromes. Souvent le malade se sent « changé ». Il se plaint d'avoir de la peine à rassembler ses idées, à faire des comptes. Le monde extérieur lui

...description clinique du
Délire aigu et de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique...

...prodromes poly-
morphes...

1. TRILLOT, *Ann. Médico-Psycho.*, 1937.

2. PAINCHAUD et CARON, *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, Québec, 1935, 65.

3. MARCHAND et AJURIAGUERRA, *Ann. Méd. Psycho.*, 1943, II, 87.

4. DELAY, SUTTEL et SIZARET, *Ann. Médico-Psycho.*, 1948, 1, pp. 442 à 446.

5. SENEGES, THUILLIER et DIATKINE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1948, 1, p. 198.

6. DELAY, MAILLARD, DESCLAUX et ROUAULT DE LA VIGNE, *Ann. Méd. Psych.*, 1945, II, 77-80-

7. LE GUILLANT et CHERTOCK, *Ann. Médico-Psycho.*, 1951, 1, p. 616, (1^e observation).

8. Pour les descriptions anciennes cf. BRIAND (*loc. cit.*, p. 397), l'article de CALMEIL (*loc. cit.*, p. 396), A. CARRIER, (*loc. cit.*, p. 397), etc. Pour les descriptions récentes, outre les travaux de MARCHAND, et de son École, nous devons signaler une série de thèses parues depuis vingt ans et qui témoignent de l'intérêt des diverses Écoles françaises pour ce problème. BEAUCHESNE (Thèse, Bordeaux, 1930), CHAILLET (Thèse, Lyon, 1932), LENEUVILLE (Thèse, Paris, 1932), POUFFARY (Thèse, Paris, 1932), FARDET (Thèse, Paris, 1934), MILLOT (Thèse, Nancy, 1937), ASSO (Thèse, Marseille, 1938), PACOLET, (Thèse, Paris, 1938). Enfin, nous devons signaler l'excellent travail de TUSQUES publié malheureusement dans une revue difficile à consulter (*Médecine* « 36 », 1936).

9. BEAUCHESNE, 1932, cf. *supra*.

semble modifié, bizarre, menaçant. Il ne se sent plus capable de travailler, il abandonne son métier, reste alité. Il s'agit là d'un « état dépressif » qui peut aller jusqu'à la mélancolie ; des malheurs vont s'abattre sur le sujet et son entourage, le père va perdre sa situation, la ruine guette la famille, le sujet ne pourra plus travailler, il en est incapable, il est un misérable... L'anxiété apparaît fréquemment et il n'est pas rare de relever des tentatives de suicide. Au contraire, des signes de la série maniaque peuvent apparaître. Le malade devient enjoué, gai, euphorique, content de soi ; l'entourage est étonné de ses excentricités. Parfois ce sont des idées délirantes de persécution, de jalousie qui se manifestent et peuvent entraîner des réactions antisociales ¹. Fréquemment, les prodromes psychiques sont plus discrets et consistent simplement en un état de subconfusion, d'obtusité intellectuelle, avec troubles du caractère et irritabilité inaccoutumée. Les cauchemars sont habituels. Des signes généraux accompagnent ces prodromes psychiques. Ils consistent en asthénie, inappétence, amaigrissement rapide, troubles digestifs, céphalées. Des états syncopaux, des lipothymies ont été signalés. Ainsi, soit après de tels prodromes, soit brutalement, la maladie entre dans la phase aiguë de l'affection.

...début agité...

2) *Le début* est marqué par l'apparition de l'*excitation psychomotrice*. L'agitation apparaît avec son habituel cortège de cris, de chants et de vociférations, d'impulsions, de gestes désordonnés et incohérents. « *Le délire onirique* » s'installe et se manifeste dans le comportement du malade (hallucinations visuelles terrifiantes, parfois hallucinations auditives entraînant presque toujours une véritable pantophobie). Ce délire onirique est à la fois intense et pauvre, généralement variable, sans suite ni organisation. La température s'élève, le pouls s'accélère, la langue est sèche, très précocement parfois. Les malades à ce moment ne peuvent plus rester chez eux, leur état inquiète leur entourage et en raison de leur agitation ils sont conduits en maison de santé, à l'hôpital ou à l'hôpital psychiatrique.

...à la période d'état :

3) *Période d'état* : Rapidement, en quelques heures parfois, le tableau se complète ; la maladie entre dans la *période d'état* qui va durer de 5 à 8 jours. On peut dès lors distinguer : des signes psychiques et psychomoteurs, des signes neurologiques, des signes généraux, des signes humoraux.

— *Le syndrome psychique et psychomoteur* comporte quatre composantes : *L'agitation*. Elle est continue et intense. Cette intensité d'agitation peut varier, ou rester constante, se maintenant à son maximum pendant plusieurs jours sans la moindre atténuation. C'est une excitation à la fois motrice et intellectuelle. Les malades sont sans cesse en proie à des mouvements stéréotypés : ils se roulent par

1. Il est facile de saisir la loi générale de la déstructuration de la conscience qui passe par des niveaux structuraux hiérarchisés et tels que les niveaux supérieurs s'observent au début du processus ou dans la forme mineure et sont plus ou moins impliqués dans les niveaux inférieurs.

- un syndrome psychique et psychomoteur...
- un syndrome neurologique...
- atteinte de l'état général...
- un syndrome humoral...

terre ; maintenus au lit, ils se découvrent, se dénudent, déchirent le linge, se dressent en arc de cercle, tendus de la tête aux talons, pour retomber lourdement et recommencer, souvent sur un rythme endiablé. Leurs membres inférieurs sont animés de mouvements rapides de gigotement et de soubresauts. Ils décrivent avec leurs bras des moulinets ou des arabesques sans fin ; il s'agit parfois de mouvements globaux mais à prédominance distale, lents et sans nette finalité, d'automatismes coordonnés (se gratter, se frotter la jambe avec la paume de la main) et itératifs (flexion et extension des bras répétées indéfiniment, etc.). Les agressions clastiques sur le personnel ou sur eux-mêmes (coups de poings, égratignures, morsures, arrachement de la literie, bris d'objets) ne sont pas rares. Parfois, le comportement demeure encore plus ou moins adapté (agrippement, efforts incessants pour se lever, se promener). L'excitation érotique peut être vive surtout au début. Très souvent aussi les malades projettent en l'air, sur les murs, sur leur entourage, sur le médecin, des crachats épais et sanguinolents ; ils répandent et rejettent violemment les liquides qu'on essaye de leur faire boire. Cette « fureur » s'accompagne de vociférations incohérentes, de cris, de hurlements monotones et variés. Des jérémiades, des chansons, des lambeaux de poésie, des cantiques religieux ou des chants patriotiques sont déclamés ou chantés à tue-tête d'une voix enrouée par l'épuisement. Des souvenirs décousus parfois lointains sont évoqués par bribes, traduisant une surexcitation désordonnée de la mémoire. Des litanies, des prières entrecoupées, des propos obscènes ou grossiers sont proférés avec une tonalité théâtrale. L'insomnie est généralement complète.

Le *délire* n'est pas continu, mais survient plutôt par bouffées très rapprochées. C'est un « délire onirique » instantanément vécu par le malade, véritablement kaléidoscopique. Il est nourri d'hallucinations auditives et visuelles qui peuplent la conscience onirique de visions ou de scènes atroces et terrifiantes. Le malade entend des voix annonciatrices de malheurs, de calamités, de catastrophes : on va le mettre en prison, le tuer, le laisser mourir, le sacrifier. Il se débat contre la police ou le diable, contre des ennemis qui veulent l'empoisonner, des suppôts de la mafia, des monstres qu'il entrevoit ou qu'il devine dans les personnes qui l'approchent (illusion de fausses reconnaissances). On observe rarement des réactions graves : tentatives de meurtre ou de suicide par coups de couteau, défenestration, tentatives d'enfoncement de la tête contre les murs, contre les montants du lit. Les péripéties de ce délire se devinent parfois dans la conduite empreinte d'émotions successives et tumultueuses, comme il arrive aussi que l'on ne puisse en suivre le déroulement qu'au travers des propos furtifs ou de la mimique du malade. Il arrive même qu'on ne le connaisse que plus tard à l'aide des récits plus ou moins confus que le malade en donne quand il guérit de son cauchemar terrifiant et chaotique.

La confusion n'est pas toujours très profonde, ni surtout continue. Il est certes

très difficile d'obtenir des réponses cohérentes, mais on y parvient cependant quelquefois, ce qui montre que le sujet peut émerger, tout au moins épisodiquement, de sa confusion.

La sitiophobie (refus d'aliments et de boisson) mérite d'être signalée tout spécialement. Généralement elle n'est motivée ni par le délire (sauf dans quelques cas d'idées d'empoisonnement) ni par l'excès de confusion. Elle est totale, systématique et exige l'alimentation artificielle, car les malades s'opposent, de toutes leurs forces désordonnées, à la moindre tentative d'introduction de liquide dans leur bouche : toute boisson est repoussée, rejetée, crachée. Il s'agit d'une véritable *hydrophobie* qui épuise l'organisme et exprime la défaillance des instincts vitaux.

— *Le syndrome neurologique* est généralement discret. On peut observer une exagération des réflexes rotuliens et achilléens qui restent égaux. Un faux clonus du pied a été signalé (MARCHAND et COURTOIS). Les pupilles réagissent à la lumière, mais elles sont quelquefois inégales. La céphalée est de règle. Son siège et son intensité sont variables. Des crises épileptiformes ont pu exceptionnellement être notées.

— *L'état général* est d'emblée sévèrement atteint. La peau est chaude, couverte d'une sueur abondante et visqueuse. Le subictère n'est pas exceptionnel. Des ecchymoses, des pétéchies s'observent fréquemment, conséquence de l'agitation, des mesures de contention et aussi des troubles de la coagulation, traduisant une atteinte hépatique ou la déshydratation. Les yeux sont excavés, rendus plus brillants par un cerne profond noirâtre. On constate, dans l'ensemble, un état de dénutrition brutale, véritable *fonte tissulaire*, avec *déshydratation massive* de l'organisme. Il existe toujours un état saburral intense des voies digestives ; l'haleine est d'une fétidité repoussante, la langue rôtie, rétractée, racornie, couverte de fuliginosités qui se reforment peu de temps après qu'on les a nettoyées. La constipation ne manque jamais. On observe régulièrement des troubles sphinctériens (gâtisme urinaire, quelquefois par regorgement, gâtisme et barbouillage fécal). Enfin, *la fièvre* est un signe capital. Elle existe toujours, mais son intensité est variable (38 à 40⁰ et plus). Il n'y a pas de courbe typique. L'hyperthermie paraît souvent paradoxale et irrégulière, indépendante de l'état général. Le pouls est rapide (à 120) mais encore bien frappé.

— *Le syndrome humoral* est constitué par des *éléments négatifs* et des *éléments positifs*. *L'hémoculture* est presque constamment négative (ce qui distingue le délire aigu idiopathique des délires symptomatiques des septicémies). Le liquide *céphalo-rachidien* est normal, ou présente des modifications minimales, telles qu'une légère albuminose à 0,35gr, 0,40gr ou une légère hypercétose à 3 ou 4 éléments. Par contre, *l'hyperazotémie* est un symptôme constant et précoce (MARCHAND et COURTOIS). Les taux d'azotémie sont variables, mais toujours nettement supérieurs à ceux que l'on peut observer dans les différentes affections aiguës. Ils sont parfois énormes, montant progressivement jusqu'à 2, 3 et même 4 grammes, dans cette pério-

de d'état. Le chlore sanguin est très souvent augmenté. La leucocytose est la règle (jusqu'à 30.000 avec polynucléose) dans 88 % des cas d'après MARCHAND et COURTOIS. Elle s'accompagne d'anémie. Le rapport *sérine-globuline* est diminué. Par ailleurs, de multiples recherches biologiques et physiopathologiques ont été effectuées, que nous ne signalerons pas en raison de l'inconstance de leurs résultats et parce qu'elles feraient le plus souvent double emploi avec ce que nous avons déjà dit à propos de la confusion en général (cf. supra p. 362).

4) *Cinq ou huit jours* après le début de cette période d'état, les signes paraissent régresser. Le malade entre dans la *période de collapsus* (CALMEIL) ou de *rémission apparente* (MARCHAND et COURTOIS). L'excitation tombe. La grande agitation fait place à l'épuisement ou à une simple turbulence intermittente. L'excitation gestuelle se réduit à quelques mouvements stéréotypés de flexion et d'extension des membres, de rotation de la tête. L'exaltation psychique s'apaise : les malades ne crient plus, ils restent silencieux ou prononcent à voix basse des paroles incompréhensibles. Quelques éclats de voix peuvent encore, de temps en temps, rappeler l'état précédent. Le délire s'estompe également et si les sujets restent encore fréquemment hallucinés, leur onirisme est plus passif. Ce n'est plus que par instants que les malades cherchent encore à se soulever pour répondre à un personnage imaginaire, ou ébauchent un geste de défense contre un danger hallucinatoire. *La confusion* par contre ne se modifie que pour s'accroître, la torpeur, l'assoupissement et la stupeur augmentent. Il arrive cependant que les malades paraissent, par lueurs, reconnaître leurs parents, et même parfois qu'ils s'informent de leur situation en exprimant quelque étonnement et en se plaignant de leur difficulté à rassembler leurs idées. *La sitiophobie* s'atténue également. Dans l'ensemble, le sujet paraît épuisé, abruti mais nettement amélioré, d'autant plus que la température et les phénomènes généraux marquent, eux aussi, une détente sensible. La famille, le médecin même sont tentés de reprendre espoir.

...période de collapsus ou de rémission apparente...

5) *Période terminale*. Mais l'état général resté inquiétant ne tarde pas à s'aggraver de nouveau. La fonte tissulaire et la déshydratation s'accroissent. Le faciès devient cendré et la langue se rôtit de plus en plus. La tachycardie persiste malgré la chute de température. Des syncopes se produisent à l'occasion du moindre effort, d'un changement de position, d'une tentative de mobilisation ou d'alimentation. En même temps, on observe que le taux de l'urée continue à croître (4, 5, 6 grammes) ; la température s'abaisse atteignant parfois jusqu'à 35° ou au contraire elle monte subitement à 40°, 41°, 42° même ; les escarres, les troubles du rythme respiratoire, la carphologie et le coma ne tardent pas à précéder la mort. L'urée sanguine peut atteindre dans cette phase agonique un taux de 9 grammes (MARCHAND et COURTOIS).

...période terminale...

b) *Formes cliniques du « délire aigu »* : Rappelons que l'on peut observer un tableau de « délire aigu » symptomatique survenant au cours d'une psychose caracté-

risée ou au cours d'une infection ou d'une intoxication (puerpérale, choc opératoire, hémorragie grave, grippe, rhumatisme, etc). Il s'agit alors de formes dites *secondaires*. Dans le premier cas, on peut considérer l'état psychotique antérieur comme une sorte de période prodromique. Dans le second cas, il s'agit d'une affection paraissant entrer dans le vaste cadre des encéphalites primitives ou secondaires des toxi-infections, et le tableau clinique est alors celui des délires fébriles ou encéphalitiques empruntant à la spécificité du processus causal sa symptomatologie propre.

— *La forme stuporeuse aiguë* décrite par SCHULE peut être considérée comme une forme de délire aigu remarquable par l'absence d'excitation : le mutisme, l'opposition, la catalepsie, parfois un syndrome de stupeur catatonique, sont les seuls signes accompagnant la confusion. La température est peu élevée (38°, 38,5°).

— Dans 10 % des cas, MARCHAND et COURTOIS ont observé une *forme hémorragique*. Elle est caractérisée par l'apparition d'hémorragies cérébrales entraînant une hémiplégie, des monoplégies, des crises convulsives Bravais-Jacksoniennes, sans signes méningés ni hypertension artérielle. FARDET¹ a spécialement étudié cette forme dont il a réuni onze observations. Cliniquement, on observe dans ces cas des crises épileptiques et des syndromes pyramidaux parfois même avec une hémiplégie constituée. Il s'agit anatomiquement de petits foyers corticaux d'hémorragies miliaires (de la grosseur d'un pois à celle d'une mandarine) dues à un processus phébitique de thrombose des petites veines cérébrales et méningées.

— TRENEL² a décrit une *variété choréiforme* caractérisée par l'apparition d'une instabilité motrice, simulant la chorée : « la malade grimace, jette de côté et d'autre ses bras, étend et replie les jambes, se contorsionne et ceci sans arrêt et sans fatigue apparente ; mais les gestes commandés, quand on en obtient l'exécution, se font sans aucune incoordination. Cette « pseudo-chorée » peut être transitoire ou persister pendant tout le cours de la maladie ».

— Les *formes extrapyramidales* ont été signalées notamment par GUIRAUD³. Il a décrit une forme grave avec légère hypertension artérielle, hypertonie, tremblement, anxiété figée, cénestopathies et collapsus cardio-vasculaire. Avec BOITELLE, il a observé, dans deux autres cas⁴, un syndrome articulaire fugace ; mais dans ces deux dernières observations il s'agissait de « confusion aiguë » et non de « véritable délire aigu ».

Outre ces formes symptomatiques, on peut distinguer des formes cliniques évolutives *suraiiguës, prolongées, intermittentes, non mortelles*.

1. FARDET, Thèse, Paris, 1934.

2. TRENEL, *Paris Médical*, septembre, 1930.

3. GUIRAUD et ROUAULT DE LA VIGNE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1947, 1, p. 88.

4. GUIRAUD et BOITELLE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1947, 1, p. 312.

Dans la forme *suraiguë*, la maladie brûle les étapes déjà brèves de l'évolution typique. La mort survient après un début brusque et trois ou quatre jours d'excitation intense. Dans la forme *prolongée*, la rémission apparente persiste longtemps, la mort ne survenant que trois ou quatre semaines après le début des troubles. MARCHAND et COURTOIS ont observé deux cas où une guérison apparente ayant duré respectivement dix jours et un mois avait précédé une rechute mortelle (*forme intermittente*). Enfin, notons que, dans quelques cas, l'encéphalite psychosique aiguë azotémique ne se termine pas par la mort (8 à 15 % des cas de MARCHAND et COURTOIS). On observe alors une baisse du taux de l'azotémie annonciatrice de cette heureuse évolution.

c) *Pronostic du « délire aigu »*. Poser un diagnostic d'encéphalite psychosique aiguë azotémique, c'est donc pratiquement pronostiquer une *issue fatale*. Nous avons vu que l'évolution habituelle de la maladie se faisait vers la mort, à tel point que les cas non mortels nous ont paru mériter d'être décrits comme des « formes cliniques » rares (8 à 15 %). On ne devra pas se laisser favorablement impressionner par une amélioration apparente du tableau clinique. Seule, une baisse du taux de l'azotémie pourra permettre d'espérer la guérison. Encore faudra-t-il prévoir qu'une complication infectieuse, qu'une défaillance cardiaque pourront emporter le malade plus ou moins brutalement. Et même lorsque le délire aigu guérit, le pronostic reste sombre pour l'avenir mental du sujet. Un déficit intellectuel persiste, qui peut certes s'améliorer, mais parfois lentement, un syndrome hébéphrénocatatonique, une confusion mentale chronique, un syndrome de démence précoce simple ou délirante peuvent s'installer sous forme définitive (MARCHAND et COURTOIS). Ces séquelles sont, disent ces auteurs, un bon exemple de la pathogénie encéphalitique des psychoses.

...Poser un diagnostic d'encéphalite psychosique aiguë azotémique, c'est [...] pronostiquer une issue fatale...

3°. ANATOMO-PHYSIO-PATHOLOGIE DU « DÉLIRE AIGU ». — Nous ne décrirons pas les altérations contingentes que l'on peut parfois constater dans tous les viscères. Des lésions de néphrite (jamais rencontrées par MARCHAND) ont été décrites par GUIRAUD et CHAPOULAUD (*loc. cit.* p. 412) ce qui a soulevé des problèmes pathogéniques dont nous parlerons plus loin. Nous rapporterons simplement et schématiquement¹ les principales lésions que présente le système nerveux en insistant avec MARCHAND sur le contraste entre l'intensité des lésions nerveuses et l'inexistence ou la rareté des lésions viscérales. Macroscopiquement, rien d'important n'est à relever ; les altérations constatées sont banales (congestion pie-mérienne, aspect « hortensia » de la substance cérébrale, avec parfois piqueté hémorragique à la coupe). Seuls les examens histopathologiques montrent dans le névraxe les aspects caractéristiques du processus. On y observe des lésions de deux ordres : *dégénératif* et *inflammatoire* (MARCHAND et

1. Pour les travaux anciens sur l'Anatomie pathologique du délire aigu cf. par exemple le rapport d'A. CARRIER (Congrès de Limoges, 1901, pp. 280 à 302).

COURTOIS) portant sur tout le système nerveux central avec prédominance sur l'encéphale. Ces lésions constituent une encéphalite au sens histopathologique du mot, affirmant ces auteurs, opinion qui, comme nous le verrons, a été discutée.

Les *lésions dégénératives* sont intenses et résultent d'un processus de *neurolyse* (TUSQUES¹). On observe plusieurs degrés dans cette destruction cellulaire. Certaines cellules nerveuses paraissent simplement atteintes de tigrulyse. A l'extrême, on observe des cellules dont le cytoplasme n'est plus représenté que par une poussière plus ou moins teintée en bleu par la méthode de Nissl, en gris sale par les imprégnations à l'argent. On observe tous les intermédiaires entre ces deux images. Cette cytolyse, rare dans le moelle, peu intense généralement dans le bulbe, est plus étendue dans les noyaux gris centraux et le plancher du troisième ventricule, mais surtout dans le cortex (en particulier au niveau du cortex frontal et temporal). Là certaines zones apparaissent comme des plages désertes, ainsi que l'avaient vu, les premiers, CLAUDE et CUEL, à côté de zones cellulaires intactes. TUSQUES a noté que les grandes cellules de Betz résistent mieux que les autres cellules corticales.

Les *lésions inflammatoires* sont représentées par des processus de *neurolyse* et de *neurophagie* qui ont été bien étudiés par TUSQUES (spécialement la neurophagie). Certaines cellules nerveuses sont entourées d'oligodendrocytes (en plus grand nombre que normalement) et surtout d'éléments lymphoïdes (lymphocytes, cellules lymphoïdes jeunes, plasmazellen) constituant les images de satellitose caractéristiques de la phagocytose. La neurolyse et la neurophagie sont deux processus indépendants. On observe en effet tantôt des neurones peu ou pas lysés mais en neurophagie et d'autres fortement lysés sans neurophagie.

Quant aux *nodules inflammatoires périvasculaires* (MARCHAND et COURTOIS) il s'agit de réactions lymphocytaires périvasculaires, intéressant sur tout les vaisseaux de substance blanche sous-corticale, de la couche optique et du tuber, sans démyélinisation périvasculaire. Ces nodules sont inconstants : ils mettent un certain temps à se constituer et n'apparaissent que lorsque la mort est survenue au bout d'un certain temps seulement. De toutes façons, ils sont assez discrets, beaucoup moins marqués que dans les encéphalites infectieuses. Dans la *forme hémorragique* (MARCHAND et COURTOIS), on note des hémorragies miliaires à topographie périvasculaire. Dans aucun cas on ne rencontre d'éléments bactériens.

...problème anatomopathologique du délire aigu...

— Le problème *anatomopathologique* du délire aigu a donné lieu à un certain nombre de controverses importantes. Tout d'abord, comme nous le verrons plus loin, en ce qui concerne la nature « inflammatoire » de l'encéphalite psychosique. C'est

1. TUSQUES, Contribution à l'histologie du délire aigu, *Ann. Médico-Psycho.*, 1933, 11, pp. 482 à 491.

ainsi que LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN ¹ l'ont contestée et ont proposé de parler plutôt d'encéphalopathie. MARCHAND ² n'a pas eu de peine à s'expliquer sur ce point et a souligné le peu d'intérêt de changer un mot pour un autre. Un travail de MONACI de la même époque ³ montre très clairement comment beaucoup d'auteurs (notamment de l'École allemande) et lui-même, sont partisans plutôt d'une conception dégénérative et non inflammatoire du processus. Quant à la localisation de ce processus essentiellement « dégénératif » tous les auteurs et particulièrement MARCHAND sont d'accord pour dire qu'il s'agit d'une « encéphalite » (ou « encéphalose » ou « encéphalopathie » comme on voudra) qui atteint l'encéphale dans son entier. Signalons cependant que GUIRAUD et SAUNET ⁴ et GUIRAUD ⁵ et ROUAULT DE LA VIGNE ont insisté spécialement sur la localisation des lésions encéphaliques à l'*hypothalamus*.

— Les conceptions pathogéniques sont évidemment liées à la définition que les auteurs donnent du « délire aigu ». Tout le monde est actuellement d'accord pour rejeter la notion de « délire aigu-maladie », notion qui avait fait rechercher, comme nous l'avons vu, un agent pathogène spécifique du délire aigu. En effet, les circonstances étiologiques variées que nous avons énumérées suffisent à montrer que le « délire aigu » n'est pas une maladie mais un syndrome. Quant à l'interprétation pathogénique de ce syndrome, deux conceptions s'opposent encore :

...conceptions pathogéniques :

...le « délire aigu » n'est pas une maladie mais un syndrome...

1° Le fait que toutes les infections générales, toutes les maladies infectieuses peuvent, au cours de leur évolution ou pendant leur convalescence, se compliquer d'un « Délire aigu » évoluant avec le même tableau clinique et conditionné par les mêmes lésions cérébrales que le « délire aigu primitif » survenant sans cause apparente, a fait appliquer par de nombreux auteurs au délire aigu les mêmes hypothèses pathogéniques proposées pour les troubles psychiques toxi-infectieux en général. C'est en ce sens que les Écoles étrangères ont tendance à englober cette « réaction exogène » dans le groupe des psychoses aiguës toxi-infectieuses dont elle représenterait seulement l'aspect suraigu.

2° S'opposant à cette conception à la fois traditionnelle et vague MARCHAND, contrairement à l'idée qui lui a été souvent prêtée (mais qu'il n'a jamais soutenue),

1. LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN, *Société Méd. des Hôpitaux* de Paris, 15 sept. 1940, p. 567.

2. MARCHAND, A propos de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique, *Ann. Médico-Psycho.*, 1940, 11, p. 280.

3. MONACI, *loc. cit.*, 1940.

4. GUIRAUD et SAUNET, Pathogénie et symptômes du délire aigu, *Ann. Médico-Psycho.*, 1938, 11, p. 574.

5. GUIRAUD et ROUAULT DE LA VIGNE, 1947, *loc. cit.*, p. 406.

considère le délire aigu, identifié à l'encéphalite psychosique aiguë azotémique d'une toute autre façon et c'est encore une fois autour de sa conception que nous centrerons ce débat pathogénique.

Il a, en effet, vivement critiqué les « théories toxi-infectieuses » par des arguments étiologiques, cliniques, biologiques et anatomopathologiques que nous allons exposer.

...La conception de
MARCHAND...

La conception de MARCHAND peut se résumer en trois points :

1° *Le délire aigu n'est pas une encéphalite toxi-infectieuse.*

a) Arguments étiologiques. Les circonstances étiologiques d'apparition du délire aigu sont trop diverses et trop différentes (typhoïde, érysipèle, grippe, fièvre éruptive, oreillons, infection vésicale, accès de R. A. A., simple opération chirurgicale, accouchement normal, choc émotionnel, coup de chaleur, vaccination antityphique et jennérienne, etc.) et il y a souvent trop de disproportion entre la bénignité de l'agression et l'énormité des conséquences supposées pour que l'on puisse considérer le délire aigu comme une sorte de manifestation simple et directe d'une toxi-infection cérébrale.

b) Arguments cliniques. On connaît des localisations encéphalitiques des infections. Elles n'ont pas l'allure clinique du « délire aigu » qui, lui, est toujours le même quelles que soient les circonstances étiologiques. C'est une erreur d'inférer d'une attaque sévère de l'état général qu'il s'agit d'une maladie infectieuse alors que le délire aigu peut se rencontrer par exemple au cours d'une tumeur cérébrale ou comme complication de l'épilepsie.

c) Arguments biologiques. Les hémocultures sont constamment négatives. Les cultures de pulpe cérébrale également, de même les inoculations de sang et de liquide céphalo-rachidien (même dans le cerveau) chez le lapin. Le liquide céphalo-rachidien est généralement indemne d'altération de type infectieux.

d) Arguments anatomo-pathologiques. Ce sont toujours les mêmes lésions quelles que soient les circonstances étiologiques qui sont rencontrées, et il s'agit avant tout de lésions dégénératives des cellules ganglionnaires toujours très accusées (contrairement aux lésions inflammatoires plus discrètes) ce qui n'est pas le cas dans les encéphalites infectieuses où l'on rencontre une périvasculite très abondante avec démyélinisation périvasculaire. On ne décèle à l'examen nécropsique, ni endocardite, ni lésions de la rate.

2° *Le délire aigu est une modalité de réaction somato-encéphalique à une agression.* MARCHAND ayant conclu que l'origine toxi-infectieuse du délire aigu est discutable puisque la toxi-infection ne joue qu'un rôle effacé, considère qu'il s'agit d'une « *intolérance nerveuse* » individuelle à type cérébral, d'un type de « réaction » du système nerveux cérébrospinal pouvant survenir sous l'influence de causes dans lesquelles aucune toxi-infection ne peut être, sinon décelée, tout au moins rendue entièrement responsable du délire aigu. Toutes les causes affaiblissant la résistance de l'individu sont susceptibles de léser la cellule nerveuse. C'est le problème de la « *prédisposition individuelle* » qui est ainsi posée au premier plan et aussi tout le problème des

processus réactionnels biologiques que l'on tend actuellement à classer dans le cadre des « réponses » univoques de l'organisme aux divers agents « stressants ». Peut-être à cet égard, les suggestions d'AUBIN ¹, de Loo ², etc., ou les observations de LINGJAERDE ³ et de CHIARIMONTI ⁴ sont-elles de nature à nous montrer que le « Délire aigu » doit être rapproché du « *Delirium tremens* » et des « neurotoxiques » du nourrisson, tous syndromes qui peuvent s'éclairer par la physiopathogénie ⁵ du *syndrome d'irritation* (REILLY), du *syndrome malin* (REILLY, MARQUEZY, M^{lle} LADET) ou du *syndrome d'adaptation* (Hans SELYE). Quoi qu'il en soit, les travaux de MARCHAND sont certainement promis à des développements très intéressants, tous impliqués dans les belles observations de ce grand clinicien et anatomo-pathologiste. Voici comment lui-même résume sur ce point sa conception :

...La conception de
MARCHAND...

« Ces états nerveux et mentaux décrits comme d'origine toxi-infectieuse représentent en réalité, en prenant l'expression de TZANCK, des formes de réaction d'intolérance ; il s'agit d'un processus réactionnel. Les causes apparentes sont multiples et non spécifiques : elles peuvent être graves aussi bien que bénignes et il n'y a aucune proportionnalité entre l'intensité de la cause apparente et la gravité des troubles. Puisque l'agent nocif est si variable, on doit admettre que l'état morbide tient au sujet lui-même, au terrain. »

Autrement dit, le syndrome « Délire aigu » est une réaction catastrophique de l'organisme malade.

3° *Le délire aigu est caractérisé biologiquement par une hyperazotémie.* Voici maintenant ce que dit MARCHAND au sujet de la pathogénie :

« On a émis diverses hypothèses pour interpréter la pathogénie de l'azotémie. Plusieurs facteurs semblent la conditionner. Nous pensons que l'on peut éliminer d'abord un trouble rénal. Si des troubles fonctionnels rénaux sont constatés, ceux-ci sont toujours peu accusés. Dans les cas non mortels, cet organe reprend facilement un fonctionnement normal. Dans les cas mortels, on ne constate pas à l'examen histologique de lésions de néphrite. De même l'azotémie par hypochlorémie ne peut pas être retenue. On a invoqué comme autres hypothèses la formation exagérée de déchets azotés par désintégration tissulaire (uréogénie histolytique), par désassimilation profonde du tissu nerveux (HESNARD et BAYLE) par résorption et destruction des protides (protéolyse), par dénutrition rapide des malades, par une hémolyse sanguine considérable, par la lésion d'un centre nerveux régulateur de la teneur du sang en urée (GUIRAUD et SAUNET, GUIRAUD et CHAPOULAUD), par une hyperuréogénie d'origine hépatique (TARGOWLA et CAHANE).

Il faut reconnaître que l'azotémie est un symptôme qui accompagne d'habitude tous les syndromes qui traduisent une sidération cérébrale (COURTOIS) et que le taux de l'urée revient à un chiffre moyen parallèlement à l'amélioration clinique (PARFITT ⁶). Dans le délire aigu, cette rétention uréique atteint des taux énormes. Or, dans cette affection, une seule lésion est constante et considérable, c'est l'altération de la cellule

1. AUBIN, *loc. cit.*, p. 365.

2. LOO et BRETON, *loc. cit.*, p. 365.

3. LINGJAERDE, *loc. cit.*, p. 365.

4. CHIARIMONTI, *loc. cit.*, p. 365.

5. Cf. à ce sujet le récent travail de GOLSE (J.) et MOREL, Délire aigu, neurotoxicose, syndrome malin et syndrome d'irritation. *Encéphale*, 1953, 5, 422-454.

6. PARFITT (D. N.), *J. of Ment. Sc.*, juillet, 1933.

nerveuse dans toutes les régions du névraxe. La cellule nerveuse est un centre trophique réglant la nutrition de nos muscles, présidant également au fonctionnement des glandes et en particulier du rein ; sa lésion nous paraît commander l'azotémie sans qu'il soit nécessaire de supposer celle d'un centre régulateur. C'est ainsi que même pendant les rémissions cliniques généralement trompeuses du délire aigu, l'azotémie reste élevée malgré le retour au calme moteur, l'abaissement de la température et la reprise de l'alimentation ».

Le fait même de la constance de l'*hyperazotémie* a pu être contesté, mais tout le monde est d'accord pour dire qu'elle existe dans les formes les plus typiques. Aussi est-ce surtout au sujet de la *pathogénie* de cette accumulation si anormale de l'urée sanguine que l'on a le plus discuté. L'origine rénale a été soutenue par certains auteurs et c'est le sens de la thèse de CHAPOULAUD¹ que d'admettre que c'est à une néphrite aiguë fonctionnelle (elle-même pouvant être déterminée par des lésions cérébrales) qu'il faut, à ses yeux, rapprocher l'hyperazotémie. Avec GUIRAUD² il a insisté sur la lésion de néphrite épithéliale et parfois de glomérulo-néphrite. De leur côté, A. LEMIERRE, J. DELAY et G. TARDIEU³, examinant le problème, ont estimé que l'hyperazotémie est une « azotémie rénale » car « de quelque façon que l'on envisage le problème, on est obligé de reconnaître que toute rétention uréique relève d'une discordance entre la proportion de l'azote excrémental apporté au rein par la circulation, et les moyens dont dispose cet organe pour les éliminer ». Tout récemment SINGER et BATZENSCHLAGER⁴ ont très minutieusement étudié en 1951 un cas de délire aigu mortel (une crise excito-motrice). Ils ont établi un bilan physiopathologique complet. On notait chez ce malade des antécédents néphritiques. L'urée a augmenté progressivement au cours de la maladie terminale (jusqu'à 3 gr. 85). Les protides après une ascension rapide ont subi une chute brutale. La chlorémie a subi la même modification, l'acide urique a suivi la courbe de l'urée. La rétention chlorurée et la légère albuminurie montraient une atteinte rénale d'autant plus plausible qu'il existait une insuffisance hépatique. (L'autopsie a montré l'absence de néphrite).

Les travaux de Ch. RICHEL et DUBLINEAU⁵ ont permis d'étayer la théorie de l'*origine cérébrale* de l'hyperazotémie. Pour BOUVET⁶ qui a étudié les encéphalites

1. CHAPOULAUD, Thèse, Paris, 1939.

2. GUIRAUD et CHAPOULAUD, Lésions rénales dans le délire aigu, *Ann. Médico-Psycho.*, 1939.

3. A. LEMIERRE, J. DELAY et G. TARDIEU, Azotémie et troubles psychiques. L'encéphalose azotémique, *Presse Médicale*, 1941, 50-51, pp. 617 à 619, et Encéphalose azotémique et encéphalites psychosiques azotémiques. Le problème des azotémies extra-rénales, *Presse Médicale*, 1941, 55-56, pp. 689 à 691.

4. SINGER et BATZENSCHLAGER, Les syndromes confusionnels à type D. A. dans leurs rapports avec l'azotémie à point de départ rénal ou cérébral, *Cahiers de Psychiatrie de Strasbourg*, 1952, 8, pp. 33 à 35.

5. Ch. RICHEL et DUBLINEAU, Pathogénie des troubles du métabolisme azoté dans les maladies mentales, *Ann. Médico-Psycho.*, 1931, 11, pp. 183 à 189.

6. BOUVET (M.), Troubles du métabolisme azoté et lésions nerveuses, Thèse, Paris, 1939.

toxiques expérimentalement réalisées par le chlorhydrate de guanidine, il semble que l'azotémie massive soit le résultat d'une protéolyse tissulaire et notamment du tissu cérébral. Même s'ils n'acceptent pas cette interprétation, la plupart des auteurs sont disposés à voir dans la dérégulation du métabolisme azoté un trouble d'origine cérébrale (cf. ASSO¹, BELSANTI²). Ce dernier auteur se rapproche de l'opinion de DELAY³ qui a admis que le délire aigu ne correspond pas toujours à un mécanisme unique et que notamment l'hyperazotémie peut-être d'origine cérébrale, tantôt rénale. Ces faits, assez peu convaincants dans l'ensemble pour ce qui est de l'origine rénale de l'hyperazotémie conduisent les auteurs à admettre qu'il s'agit dans ce cas d'une « maladie de tout l'organisme ». Revenant sur ce problème, GOLSE⁴ attribue l'hyperazotémie à l'hypercatabolisme protidique; il pense que, comme cela arrive pour les néphrites anuriques (DEROT, HAMBURGER), c'est bien cet hypercatabolisme azoté qui est la source de l'azotémie. Une pareille distinction cellulaire bouleversant les divers secteurs liquidiens de l'organisme serait d'après LABORIT en relation avec la sécrétion anarchique d'adrénaline. DENIKER et FOURMENT⁶ défendent l'hypothèse qu'il s'agit d'une sidération fonctionnelle du rein retrouvée constamment au cours des déshydratations extracellulaires. Ceci conduit d'ailleurs ces auteurs à émettre une hypothèse de physiologie générale sur ce qui se passe dans le cas (typique du délire aigu) où l'organisme perd ses électrolytes, ce qui entraîne d'abord une déshydratation extracellulaire massive puis une déshydratation cellulaire. Quand la déshydratation devient globale elle s'accompagnerait de l'élévation progressive de l'urée sanguine⁶.

V. Les formes de stupeur et d'agitation confusionnelle catatoniques.

Nous avons déjà parlé⁷ des syndromes catatoniques confusionnels aigus. Et effectivement certaines formes de confusion soit avec leur akinésie, leurs impulsions, un certain degré de raideur et de catalepsie, soit avec leurs hyperkinésies, leur impulsivité, leur pathétisme, posent au clinicien de sérieuses difficultés quant à leur diagnostic.

...Cinquième forme symptomatique de la confusion : les stupeur et agitation catatoniques...

1. ASSO (V.), Thèse, Marseille, 1938.

2. BELSANTI, Sul comportamento dell'azote negli psicosi confusionali e acute, *Acta Neurologica*, (Naples), 1950, pp. 279 à 286.

3. DELAY, 1941, *loc. cit.*, p. 412.

4. GOLSE, Encéphalite psychosique et hypercatabolisme azoté, *Ann. Médico-Psycho.*, 1952, 11, pp. 538 à 541 et article récent, *loc. cit.*, p. 411.

5. DENIKER et FOURMENT, *Ann. Médico-Psycho.*, 1953, 11, p. 59.

6. L. MARCHAND, A propos des azotémies dites extrarénales au cours des affections neuro-mentales aiguës, *Ann. Médico-Psycho.*, 1953, II, pp. 203 à 206, a opposé à cette manière de voir dans l'hyperazotémie l'effet d'un processus rénal entraînant une perte d'eau extra cellulaire, quelques arguments généraux, mais il paraît accepter l'idée qu'il peut y avoir des réserves à faire sur le caractère dit « extrarénal » de l'hyperazotémie.

7. Étude n° 10, p. 107.

Sans doute peut-on dire que lorsqu'il s'agit de confusion on est en présence de « cata-tonisme » plutôt que de catatonie. Sans doute peut-on parler de schizophrénie aiguë, etc., mais ces solutions verbales ne nous aident guère à établir sérieusement le pronostic d'un accès confuso-catatonique, si nous ne nous libérons une fois pour toutes de ce préjugé qui fait de la « catatonie » sous tous ces aspects une forme appartenant exclusivement à la démence précoce. Comme nous avons fait dans le Tome précédent un sérieux effort dans ce sens nous pouvons voir les choses comme elles sont. C'est-à-dire qu'il y a incontestablement des psychoses confusionnelles aiguës qui comportent un aspect catatonique. Elles entrent dans ce que, avec WERNICKE et KLEIST, les psychiatres allemands ont appelé les « Motilitätspsychosen ».

— Ainsi ces formes symptomatiques de la confusion mentale nous font atteindre le dernier niveau de déstructuration de la conscience au point où, avec un minimum de possibilités d'adaptation aux circonstances, au milieu, au « présent », au « réel », elle réagit pour ainsi dire d'après les seuls mouvements désordonnés et chaotiques d'un imaginaire lui-même incapable de se constituer en monde, et seulement animé de pulsions et de tendances fragmentées. C'est le niveau même de la « conscience décomposée » (*zerfallende Bewusstsein*) des auteurs allemands. C'est à ce niveau de « Delirium » que l'onirisme lui-même très « confus », tout à la fois intense et incohérent, constitue un défilé discontinu et automatique d'images qui ne parviennent même pas à se constituer en film, en « scénario », chacune d'elles absorbant, sans pouvoir s'enchaîner aux autres, l'actualité de l'acte défaillant de la conscience.

B. FORMES ÉVOLUTIVES DE LA « CONFUSION MENTALE ».

La crise de confusion, l'accès confuso-onirique, le « délire aigu » sont des états de troubles de la conscience à la fois profonds et transitoires. Si l'on excepte le pronostic *quoad vitam* des délires aigus et des formes de confusion maligne, on peut dire, comme nous l'avons précédemment noté, en rappelant l'opinion unanime de tous les psychiatres de toutes les Écoles, que ces états de niveau profond de la dissolution de l'activité de conscience sont d'un pronostic bénin en ce sens qu'ils ont une tendance naturelle à régresser et que la restitution *ad integrum* de l'activité psychique est généralement complète. Mais à côté de ces formes évolutives typiques il existe des modalités d'évolution qui élargissent pour ainsi dire le champ des psychoses aiguës de ce niveau (comme celui des niveaux que nous avons précédemment étudiés) vers les psychoses chroniques. Nous indiquerons ici deux éventualités principales qui sont d'une grande importance pratique et théorique.

I. *Formes périodiques ou récidivantes.*

Après ce que nous avons déjà dit de toutes les « crises » dans nos « Études » pré-

cédentes, nous ne nous étonnerons pas que, comme toutes les psychoses aiguës, les formes confuso-oniriques ou délirio-stuporeuses aient une forte propension à récidiver. Il suffit, nous semble-t-il, d'avoir assez de recul dans l'observation des faits pour s'apercevoir que beaucoup de malades qui, à l'occasion d'un accouchement, d'une congestion pulmonaire, d'un coup de soleil, d'une forte émotion, etc. avaient présenté une crise de confusion mentale, cinq, dix ou quinze ans après, sont l'occasion d'une nouvelle consultation ou d'un nouveau placement hospitalier pour des troubles analogues (paraissant généralement dépendre de facteurs étiologiques différents). Quand ces crises successives souvent inaperçues en raison du très long intervalle qui les sépare, se répètent à peu de distance et parfois affectent une sorte de « périodicité » qui dépend naturellement des facteurs exogènes de dissolution et des facteurs endogènes d'abaissement du seuil de ces « réactions » pathologiques, on les décrit sous le nom de « *confusions cycliques, épisodiques, récidivantes ou intermittentes* ». SÉGLAS (1895), PILCZ (1896), ANTHEAUME (1907) et plus récemment LANGE (1928), LARRIVE (1928), etc. se sont particulièrement occupés des cas de ce genre.

...forte propension à récidiver...

...sorte de « périodicité »...

Naturellement cette forme récidivante à plus ou moins longue échéance a donné lieu à beaucoup de discussions relativement à son appartenance au groupe des psychoses périodiques maniaco-dépressives. Pour la plupart des auteurs en effet, les psychoses périodiques admettent dans leurs récidives à titre de complication des formes confusionnelles de manie ou de mélancolie et c'est dans cette perspective que ces cas ont été étudiés par LANGE, CHATAGNON et SOULAIRAC ¹. KIRN a insisté sur la brièveté et l'intensité de l'agitation dans ces formes appartenant à la psychose périodique. Pour KRISCH, il s'agirait dans ces cas d'une association génétique avec l'épilepsie.

Généralement l'École française n'accepte pas volontiers cette assimilation au groupe maniaco-dépressif. Notamment, ANTHEAUME ² l'a formellement rejetée et DAMAYE ³ tenait la « périodicité » confusionnelle pour une périodicité différente de celle du niveau maniaco-dépressif. C'est également l'opinion de LARRIVE ⁴.

Pour ceux qui voient dans les « confusions périodiques » non pas un simple effet d'un « abaissement de seuil de réaction » mais une sorte de « périodicité interne », selon le vieux concept de SWOBODA (1904) les confusions périodiques sont alors envisagées dans la perspective des psychoses cycloïdes atypiques et épisodiques de KLEIST ⁵.

1. CHATAGNON et SOULAIRAC, *Épisodes confusionnels au cours de l'évolution de la psychose maniaco-dépressive*, *Encéphale*, 1939, 1, p. 20.

2. ANTHEAUME, *La Psychose périodique*, C. R. *Congrès des Aliénistes de Genève-Lausanne*, 1907.

3. DAMAYE, *La Confusion Mentale et ses Associations*, *Ann. Médico-Psycho.*, 1911, 11, p. 251.

4. LARRIVE (E.), *Les confusions mentales récidivantes*, Thèse, Lyon, 1928.

5. KLEIST, SCHRÖDER, (Cf. supra pp. 41 et 42). Cf. spécialement P. SCHRÖDER, 1918, *loc. cit.*, p. 331.

En France, par contre, on a particulièrement parlé des formes périodiques de la confusion mentale en faisant appel au caractère récidivant du processus exogène en même temps qu'à une prédisposition, à une fragilité spéciale du système nerveux dont SANTENOISE et VIDAKOVITCH ¹ ont voulu préciser les conditions en les rapportant à un déséquilibre vago-sympathique.

Si aucune solution des problèmes nosologiques et pathogéniques ne paraît bien satisfaisante, il n'en demeure pas moins que ces faits, qu'ils soient « symptomatiques » de processus eux-mêmes intermittents ou variables ou l'effet d'une « disposition maniaco-dépressive », pure et endogène, existent. Et ils existent même avec une fréquence plus grande que ne laisserait supposer cette façon d'escamoter ces cas qui consiste à les assimiler purement et simplement aux formes de manie et de mélancolie périodiques en appelant « crises de manie ou de mélancolie » ces accès véritablement confusionnels.

II. *Formes chroniques.*

Les formes chroniques, « paradoxales » à l'égard de ces grands « accès aigus » que sont les états confuso-oniriques ou confuso-déliro-stuporeux, doivent ici être classés en deux catégories :

1° LES CONFUSIONS CHRONIQUES OU DÉMENTIELLES.

C'est RÉGIS ² qui a spécialement étudié ces cas où le syndrome confusionnel (généralement stuporeux ou à forte charge confusionnelle) se prolonge, dure et passe à la chronicité. On sait qu'il voyait dans cette évolution le prototype des états de « démence précoce » laquelle pour lui, dans la mesure où il ne s'agissait pas d'états dégénératifs mais de syndrome toxi-infectieux, devait entrer dans le groupe très vaste d'une « confusion » élargie jusqu'à englober la « démence ». Il a inspiré à son élève LAURES ³ un travail qui constitue un des ouvrages les plus importants à consulter encore sur ce point. Sans aller si loin, beaucoup d'auteurs français ⁴ ont accepté à la même époque cette notion qui reçoit parfois de la clinique une certaine justification. Cette forme de « confusion chronique » à allure démentielle est caractérisée par le syndrome confusionnel (obtusité, troubles de l'attention et de la synthèse psychique, dysmnésie, etc.) qui, sans être aussi accusé que dans la forme aiguë, en reflète les troubles fondamentaux, mais ici tout à la fois mineurs et tenaces. Le passage de la confusion

1. SANTENOISE et VIDAKOVITCH, Physiologie des psychoses d'intoxication, *Ann. Médico-psycho.*, 1925, 11, p. 133.

2. RÉGIS, *Précis de Psychiatrie*, 4^e édition 1909.

3. G. LAURES, *La Confusion mentale chronique et ses rapports avec la Démence Précoce*, Thèse, Bordeaux, 1907.

4. CHASLIN, SÉGLAS, GOMBAULT, (Thèse, Paris, 1898), G. BALLEST, ANGLAISE, etc...

...[il existe] des formes chroniques, « paradoxales » à l'égard de ces grands « accès aigus » :
deux catégories :
- Démentielles
- Délirantes post confuso-oniriques...

aiguë à cet état chronique est signalé généralement par le « refroidissement » du tableau clinique, la reprise de l'état général et de l'embonpoint (chez la femme, par la restauration du cycle ovarien). Généralement il s'agit d'une « *confusion mentale chronique simple* », c'est-à-dire d'un état de torpeur, d'hébétéude, d'indifférence, de trouble de la productivité psychique, de l'activité synthétique et de la mémoire, c'est-à-dire d'une confusion qui ressemble à la démence et, somme toute, est démence si elle entraîne effectivement une détérioration non seulement des fonctions synthétiques intellectuelles, mais aussi du jugement et une altération de la personnalité ¹. Parfois, d'après RÉGIS, il peut s'agir d'une « *confusion mentale chronique délirante* » mais ceci nous conduit à l'examen du groupe suivant.

2° LES DÉLIRES POST-CONFUSO-ONIRIQUES.

Nous avons déjà noté combien la fin de l'accès confuso-onirique appelé par RÉGIS « phase du réveil » (véritable phase que l'on pourrait appeler « amphibole » pour marquer l'incertitude de son pronostic) était délicate en raison de la forte empreinte laissée par les expériences délirantes oniriques — de la charge émotionnelle qui s'attache aux événements délirants et hallucinatoires fraîchement et intensément vécus au cours du bouleversement de la conscience confusionnelle — et de l'émergence, au travers des souvenirs confus et de l'orientation en voie de reconstruction, d'une *idée fixe post-onirique*. Cette « idée », cette « image » est comme un morceau de rêve et il n'est pas rare qu'elle représente précisément dans sa condensation, sa dramatisation et son symbolisme, un événement capital. Ainsi un malade, après un accès confuso-onirique restait persuadé que pendant qu'il avait été amené à l'hôpital l'agent de police avait essayé de lui faire des propositions obscènes et lui avait déclaré qu'il voulait violer sa fille. Ce fantasme où se projettent des pulsions homosexuelles et incestueuses est tout à fait typique. Les scènes de jalousie, de prostitution, de meurtre, d'aventures bizarres ou d'événements mystérieux sont caractéristiques justement par cet aspect à la fois fulgurant et symbolique de la pensée onirique qui persiste encore sinon en activité, tout au moins très vivace comme un « îlot » d'imaginaire.

Mais à un degré de plus nous avons ce que A. DELMAS ² a appelé les *délires*

...Evolution paradoxale du Délire aigu : idée et délire post confusionnels

1. Nous avons déjà parlé au début de cette Étude du problème des relations de la confusion et de la démence, (« Ce diagnostic différentiel est capital en Psychiatrie, écrivaient RÉGIS et HESNARD. Traité d'A. MARIE, t. II, p. 849 et nous n'hésitons pas à dire qu'il constitue un des problèmes délicats de la médecine mentale »). Nous aurons l'occasion de le reprendre encore dans notre Étude sur les Démences. Rappelons simplement notre point de vue : la démence comporte un aspect de confusion mais dont la structure pour autant qu'elle suppose une organisation — fût-ce à un niveau très inférieur de conscience — de la personne du dément, n'est pas réductible à la « simple » confusion.

2. A. DELMAS, Les Psychoses post-oniriques, *Congrès de Strasbourg*, 1921.

d'évocation transitoires. Ici, il ne s'agit pas seulement d'un faux souvenir ou d'une scène qui a gardé la fixité et l'acuité d'un « événement sensationnel », il s'agit d'un complexe idéo-affectif constitué en système de croyances, croyances passionnelles et dogmatiques qui entraînent le confus à s'en tenir aux exigences d'une situation affective ou circonstancielle et engageant, dans ce sens, tout son comportement : il a été volé par son voisin par exemple et il doit vérifier, porter plainte, rechercher les preuves, susciter les témoignages, agir et prévoir en conformité avec cet embryon de système délirant. Il puise dans les souvenirs (et les élaborations secondaires dont il le surcharge) de son délire, non seulement une conviction, mais toute une « histoire » qu'il développe et poursuit.

Mais après l'expérience onirique des délires plus organisés, proprement chroniques, peuvent se constituer ; ce passage de l'état confuso-onirique de l'expérience délirante au délire systématique ou organisé sur le plan de l'existence et de la personnalité, nous l'avons déjà saisi à plusieurs reprises au cours de cet ouvrage comme un phénomène *capital*.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de ces *délires post-oniriques*¹ ont pensé que l'état confusionnel étant le seul état qui comporte le « délire de rêve », les « *délires post-oniriques* » se rencontraient seulement dans la confusion mentale. Nous avons, par contre, la conviction que c'est aux niveaux supérieurs et spécialement à celui de la conscience hallucinante et oniroïde que correspond (avec son maximum de fréquence et de probabilité) cette éventualité. Voilà pourquoi, ayant déjà insisté (à leur place plus naturelle, Étude n° 23) sur ces organisations secondaires, nous nous contenterons d'en rappeler ici brièvement l'essentiel.

Les *idées permanentes post-oniriques* peuvent constituer l'ossature d'un système délirant tenace et irréversible. Certains délires systématiques sont à cet égard typiquement « résiduels » et nous nous rappelons une malade dont toute l'existence n'a cessé de se réfracter dans le souvenir « sacré » et « magique » d'une aventure (scène érotique au cours de laquelle, quand elle avait 25 ans, elle avait été, racontait-elle, assaillie dans sa maison par une « bande » de jeunes militaires « masqués » et « aux yeux de velours ») gardée et regardée comme la clé de voûte de son existence : depuis, tout s'y est rapporté, tout s'en est suivi et la construction du délire de persécution s'est cristallisée autour de cette scène imaginaire et cruciale dont le souvenir et ses corollaires ont duré jusqu'à sa mort, à 70 ans.

1. CHASLIN, RÉGIS, SANTE DE SANCTIS, KLIPPEL et TRENAUNAY, ALLAMAGNY, NEVEU, (cf. notre Étude n° 8 et les Études précédentes de ce volume).

2. Elles aussi, elles surtout, sont plus fréquentes après les « bouffées délirantes » et les expériences délirantes hallucinatoires aiguës des états oniroïdes, ALLAMAGNY (*Séquelles de l'onirisme chronique*, Thèse, Paris, 1914). NEVEU (*Le délire chronique des alcooliques*, Paris, 1941), etc.. ont bien étudié ces faits et en rapportent des observations. A l'étranger, .../...

Mais les *psychoses hallucinatoires chroniques post-oniriques* sont encore plus intéressantes à considérer². Ici l'expérience hallucinatoire par la « communication » ouverte avec le monde fantasmique a introduit dans la vie psychique comme un « doublage » fantastique, un moyen de représentations de pensées « transmises » ou « entendues » qui constitue un système de références permanent pour tous les événements de l'existence. L'habitus hallucinatoire¹ s'installe, nourri et renouvelé par des « moments féconds » souvent hypnagogiques. Cette forme de troubles (qui, peut-être, a été plus ou moins clairement perçue par MEDUNA² dans son Étude d'ailleurs assez rudimentaire de *L'oneirophrénie*) se développe comme un roman qui puise dans la vie onirique vécue sous forme d'expériences délirantes, primaires, non seulement ses faux-souvenirs et ses événements, mais aussi l'expérience cruciale d'une « communication » avec le monde « invisible » du fantastique. Ici l'hallucination est plus près de la croyance et du jugement systématique que du trouble perceptif. Elle est plus sentie ou pensée que vécue, elle est comme une exigence interne et passée, une survivance actuelle d'un bouleversement qui a déchiré l'être une fois pour toutes et l'a divisé contre lui-même³.

III. FORMES ÉTIOLOGIQUES DE LA « CONFUSION MENTALE ».

Il est presque traditionnel — nous l'avons noté et déploré déjà — de confondre « confusion » et « toxi-infection » de telle sorte que la plupart des Traités ou bien introduisent purement et simplement les psychoses confusionnelles dans le catalogue des toxi-infections⁴ ou bien passent en revue toutes les toxi-infections dans l'étude de la confusion⁶. Nous ne tomberons pas dans ce travers. Ici, l'étude structurale que nous poursuivons suppose que nous prenons pour objet l'état confusionnel, le « syndrome confusion » comme tel et en lui-même. Quand nous étudierons plus tard les processus étiologiques générateurs, nous verrons que l'intoxication alcoolique, la puerpéralité, une thyroïdectomie, les traumatismes cranio-cérébraux, etc. provoquent souvent des

*Quatre types étiologiques
pour les Confusions :*

- alcooliques
- puerpérales
- émotionnelles
- fébriles

.../...c'est à propos de l'*hallucinose* des buveurs qui comporte des formes chroniques (23 sur 113 d'après BENEDETTI, *Die Alkoholalluzinosen*, Stuttgart, 1952) que les délires chroniques post-confusionnels ont été envisagés et spécialement dans leurs rapports avec la schizophrénie (E. BLEULER, WOLFENSPERGER, etc.). Cf. plus loin p. 421, note 1.

1. Cf. notre livre : H. EY, *Hallucinations et Délire*, Paris, 1934.

2. MEDUNA (L. J.), *Oneirophrénie, The confusional state*, 1950.

3. Ce thème sera repris naturellement en conformité avec une analyse structurale des hallucinations et des délires chroniques dans le prochain tome de cet ouvrage.

4. Par exemple le *Traité* de BUMKE, (article de G. EWALD, t. VII, pp. 46 à 151, à l'exception, il est vrai, d'une bonne étude générale, pp. 14 à 46).

5. Par exemple A. POROT, *La confusion mentale*, 1928.

états confusionnels. Mais, ne confondant pas ces plans, nous serons au contraire ici très bref pour nous contenter de « silhouetter » quatre types de confusion tellement classiques, tellement fréquents et tellement caractéristiques que nous ne saurions en effet nous soustraire à l'usage traditionnel de les inclure nécessairement dans une étude du syndrome confusionnel : *Confusion alcoolique* — *Confusion puerpérale* — *Confusion émotionnelle* — *Confusion des états fébriles*.

1° LES CONFUSIONS ALCOOLIQUES.

...L'alcool, toxique
confusogène par excel-
lence...

L'alcool, poison (et objet de toxicomanie vulgaire), est naturellement le toxique confusogène par excellence et la psychiatrie a mis depuis MAGNUS HUSS et LASÈGUE l'intoxication alcoolique au premier rang de la clinique des états confuso-oniriques et du delirium. C'est surtout chez l'alcoolique imprégné, saturé d'alcool et atteint dans son système nerveux (polynévrites, encéphalopathies alcooliques), que l'on observe les accidents aigus et subaigus de l'alcoolisme chronique¹. Excès alcooliques, traumatismes, infections, ivresses ou au contraire brusque sevrage (a potu suspenso) ces diverses conditions favorisent chez le buveur invétéré (quelquefois peu buveur mais particulièrement intolérant à l'imprégnation nerveuse) le déclenchement des accès.

Le *delirium tremens* constitue (avec la confusion épileptique) le niveau de déstructuration paroxystique le plus bas et le plus violent de l'activité de la conscience², celui qui correspond aux états confuso-oniriques les plus profonds : au délire aigu. Son début brusque seulement précédé parfois de troubles du sommeil, de crampes, de tremblements et de troubles sensoriels, l'agitation forcenée, est caractéristique ; l'absence d'hyper-azotémie, et l'installation d'un gros tremblement sont la règle. La généralisation de ce tremblement qui, sensible parfois aux membres et à la face, doit être recherché au tronc par la main appliquée sur les masses musculaires dorsales³, constitue le signe pathognomique de cette forme de delirium. On lui décrit généralement depuis MAGNAN une forme grave pyrétique et une forme apyrétique. Du point de vue de la séméiologie délirante, il faut noter les hallucinations visuelles⁴, l'onirisme terrifiant, mais comme dans le délire aigu il s'agit d'un délire très décousu, sans organisation,

1. Pour l'étude biologique des « délires alcooliques aigus » on pourra se rapporter au Rapport de BARGUES, Congrès des Aliénistes de Nancy, 1937.

2. Outre les descriptions de MAGNAN (L'alcoolisme, 1874), et des grands cliniciens de son époque, on consultera le travail de PIRON (J.), Contribution à l'étude du delirium tremens, *J. Belge de Neuro.*, 1946, pp. 9 à 31, et celui de CASTELLA DEL PINO (C), Sobre algunas peculiaridades del cuadro clínico del D.T. etc., *Actas luso españolas de N. y P.*, 1948, 7, pp. 53 à 62.

3. Le tremblement du tronc, écrivait MAGNAN, « est le véritable cri de souffrance de la moelle ».

4. Les troubles « psycho-sensoriels » ont été rapprochés des troubles « sensoriels » anciennement et plus récemment par MOREL (scotomes), *Encéphale*, 1932, et par A. RUBINO, *Acta Neurologica*, Naples, 1951, pp. 151 à 161, qui a mis en évidence des modifications du champ visuel.

violent dans ses expressions discontinues et souvent amnésique (sauf, parfois et transitoirement, pour une ou quelques scènes cruciales de l'onirisme vécu dans cette confusion profonde et agitée).

L'accès subaigu » dit « confuso-onirique » est plus fréquent. L'alcoolique zoopique empêtré dans ses fils et son « travail délirant », couvert de sueur, parfois épuisé par son agitation hallucinatoire et ses angoisses pantophobiques, vivant les cauchemars horribles de la menace, de l'homicide (à l'arme blanche, comme le notait DE CLÉRAMBAULT) entendant derrière la porte les rumeurs de la foule, de son assassin et des policiers ou des préparatifs de la guillotine, terrorisé par des scènes intenses d'émotion ou de visions de feu, de monstres, de bêtes, se défendant contre les rats, les araignées qui pullulent sur son lit, etc. est en plein « délire » mais « délire » dont LASÈGUE disait qu'il « n'est pas un délire mais un rêve », car au fond il se rapproche plus de l'état crépusculaire oniroïde que de l'état confuso-onirique proprement dit.

Ce que l'on a appelé à l'étranger « l'hallucinoze des buveurs ¹ » répond à peu près à l'accès subaigu de l'acoolisme chronique de l'École française. Mais en insistant sur l'altération moins apparente de la conscience, la prévalence et la richesse des phénomènes hallucinatoires, on a eu surtout en vue des états qui s'apparentent plus nettement encore au niveau des psychoses hallucinatoires aiguës et des états oniroïdes. Une observation récemment publiée par CENAC, PARIENTE et M^{lle} GUSDORF ² montre précisément que sous ce nom on range en effet des états d'anxiété délirante à forte charge imaginative.

Ainsi et surtout si nous ne perdons pas de vue ces états d'excitation ou de dépression anxieuse qui s'observent dans la dégradation des états de conscience en rapport avec l'alcoolisme et qu'on appelle souvent manie ou états dépressifs « arrosés » pour ne pas transgresser le dogme qui veut qu'une intoxication ne produise pas une forme de trouble mental « endogène », — c'est bien toute la gamme des psychoses aiguës que les états alcooliques dits confusionnels parcourent. Ceci dit, il est vrai que la forme proprement confuso-onirique et le delirium sont les plus fréquents et les plus caractéristiques.

1. « Trinker Halluzinose », de WERNICKE. Cf. à ce sujet le travail de HARDER (A.), Das Wesen der Alkoholhalluzinose, *Archives Suisses de Neuro.*, 1946, 58, pp. 102 à 129, et celui de L. MARTIN-SANTOS, El problema de la alucinosis alcoholica, *Actas luso españolas, de N. Y. P.*, 1950, 9, pp. 136 à 148. Dans ces deux auteurs est discutée l'opinion de BLEULER, sur la nature « schizophrénique » de cette forme de déstructuration de la conscience. Pour HARDER elle est à placer hors du cadre des schizophrénies dans celui des psychoses exogènes et MARTIN-SANTOS indique (tableau pp. 146 à 147), quels sont les éléments diagnostiques différentiels. On se rapportera spécialement à l'ouvrage de BENEDETTI (*loc. cit.*, p. 419) ; l'auteur sur 113 « hallucinoses ou états hallucinatoires alcooliques a relevé 90 cas aigus (à évolution de quelques semaines généralement) et de telles psychoses n'entrent pas à ses yeux dans le cadre des schizophrénies.

2. CENAC, PARIENTE, et M^{lle} GUSDORF, Alcoolisme chronique. Hallucinoze alcoolique, *Ann. Médico-Psycho.*, 1950, 1, pp. 198 à 201.

Mais l'intoxication aiguë, l'ivresse alcoolique réalise elle aussi une dégradation, un état de déstructuration de la conscience du même ordre, qu'il s'agisse des ivresses anormales (formes excitomotrices délirantes, épileptiques, amnésiques etc.)... ou des ivresses normales qui ont été décrites chez nous par GARNIER et en Allemagne par HEILBRONNER avec une grande richesse et une grande précision. Nous pouvons nous reporter à l'étude la plus récente et la plus approfondie de la question, celle de H. BINDER¹. Après avoir étudié 208 cas d'ivresses, il les divise en *ivresses simples* qui, selon lui, varient seulement d'intensité d'un individu normal à l'autre comme peut varier l'état de « Benommenheit » (obnubilation de la conscience dans le sens d'un assoupissement « plus ou moins » marqué de la pensée vigile) — et en *ivresses anormales* soit simplement sous forme encore d'ivresses *quantitativement anormales* soit sous forme d'*ivresses pathologiques* qui, elles, supposent une forme de déstructuration de la conscience dont il reconnaît deux types : les *formes crépusculaires* et celles qui répondent au niveau confuso-onirique ou au *delirium*. Pour nous, nous verrions dans ces diverses catégories la dégradation même des divers états de déstructuration de la conscience plutôt que des espèces cliniques hétérogènes et distinctes. Et par là, nous serions en mesure de considérer les formes anormales et pathologiques de l'ivresse dans la même perspective où nous envisagions plus haut les psychoses alcooliques aiguës et plus généralement dans celle qui constitue le cadre même de nos « Études » des psychoses aiguës.

2° CONFUSIONS PUERPÉRALES.

Il n'existe presque pas d'ouvrages ou de travaux sur la « confusion » qui ne fasse une large part aux « confusions puerpérales ». Là aussi il s'est souvent établi une sorte de synonymie entre psychose gravidique, psychoses de post-partum ou psychose de la lactation d'une part, et psychose confusionnelle. C'est évidemment parce que les états confusionnels, confuso-oniriques, les formes de délire aigu, le syndrome de KORSAKOFF constituent les variétés les plus fréquentes de ces troubles².

Dans sa thèse³, SIVADON, en parlant des *psychoses gravidiques* souligne que les formes mentales sont soit « purement confusionnelles » soit « confusionnelles et déli-

1. H. BINDER, Ueber alkoholische Rauchzustände, *Archives Suisses de Neuro.*, 1935, 35 » pp. 209 à 228, et 36, pp. 17 à 51. Il y a dans ce travail (35, pp. 211 à 218), une analyse de la déstructuration de la conscience dont nous parlerons longuement dans notre Étude n° 27.

2. Cf. DUPOUY, *Les Psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication*, Thèse Paris, 1904—l'article d'EWALD, Die Generationspsychosen der Weiber, in *Traité de BUMKE*, t. VII, pp. 122 à 132. — STEINMANN (I.), Die Versuchung der Wochenbettpsychosen, *Archiv. f. Psych.*, 1935, 103, 552-579. Dans son étude clinique, ce dernier rapporte 34 cas dont 15 de type confusionnel.

3. SIVADON (P.), *Les psychoses puerpérales et leurs séquelles*, Thèse, Paris, 1933.

rantes » ; la confusion peut aller depuis la simple obnubilation jusqu'aux états d'inertie totale avec refus d'aliments et gâtisme. Quant au délire il est presque toujours mélancolique. Généralement le pronostic est assez sombre. Parfois l'accouchement amène une rémission passagère. Ces formes de confusion ne présentent rien de bien spécial au point de vue séméiologique. Les psychoses du post-partum peuvent être soit du type *délire aigu* (encéphalite psychosique postpuerpérale) qui éclate en général quelques jours après l'accouchement (généralement de 2 à 20 jours après) et affecte une évolution très rapide, souvent mortelle, soit de type *délire infectieux postpuerpéral* qui réalise un état confusionnel aigu avec hallucinations et agitation. Cet accès confusionnel est assez souvent de bon pronostic et guérit en 15 jours ou quelques semaines. Quant aux psychoses de la lactation, elles apparaissent plus ou moins loin de l'accouchement et paraissent témoigner d'un épuisement de l'organisme. Les symptômes d'asthénie, de dépression, de stupeur y prédominent. Parfois, mais plus rarement, il s'agit de véritables états confusionnels de niveau plus profond.

Souvent, là encore tous ces états appelés « confusions » répondent plus exactement aux états oniroïdes que nous avons décrits, états dont la durée est plus longue et qui posent des problèmes particulièrement difficiles à l'égard de la schizophrénie. Notons aussi que souvent on observe des crises de mélancolie que l'on appelle « *confuso-anxieuses* » ou de manie que l'on appelle « *manies confusionnelles* », parce qu'elles sont « puerpérales », mais qui se reproduisent quelquefois 5 ans ou 10 ans après sans aucune relation avec une condition pathologique de l'appareil génital et on les classe alors dans les psychoses périodiques¹. C'est dire que si la psychose puerpérale est souvent du niveau des psychoses aiguës, confuso-stuporeux, confuso-onirique ou de type délire aigu, d'autres niveaux structuraux des psychoses aiguës peuvent être réalisés par le processus complexe (hormono-toxi-infectieux, émotionnel, etc.) qui constitue le substratum organique de ces psychoses.

3° CONFUSIONS ÉMOTIONNELLES.

Nous pouvons rappeler ce que nous disions au début de cette Étude à propos de la première description de « l'idiotisme » par PINEL. C'est pendant la Révolution² que le célèbre aliéniste nota l'apparition de ces troubles aigus qui devaient être isolés plus tard sous le nom de confusion. Les observations faites à cette époque furent nombreuses et les anciens auteurs ont beaucoup insisté sur les cas de stupeur, de

1. Ce petit travail de rectification, nous l'avons fait presque à propos de tous nos cas de psychoses puerpérales dans notre service depuis 20 ans, quand tous les ans nous classons notre fichier...

2. Le fameux cas de l'artilleur, inventeur de canon (cf. supra p. 326).

stupidité ou de démences aiguës survenus après des émotions et ébranlements nerveux¹. ESQUIROL, GUISLAIN, MOREL, etc. qui s'appliquèrent à mettre en évidence l'importance du *choc émotif* dans la détermination de beaucoup de troubles mentaux rapportent naturellement des observations intéressantes pour le sujet qui nous occupe. Rappelons une fois de plus, que lorsque RÉGIS décrit le délire onirique ce fut pour le comparer à l'état second du somnambulisme hystérique.

Nous avons ainsi les deux coordonnées de l'histoire et de la clinique des « psychoses émotionnelles² », d'abord le « stress » de l'émotion avec le déroulement de son processus dit « d'auto-intoxication », le « choc », l'ébranlement nerveux — et aussi le « réaction psychogène » en tant que mise en œuvre des processus psychiques de défense (Todreflexe, inhibition, refoulement) ou de fuite (refuge dans la maladie, défense contre la situation catastrophique, plongée dans le monde des fantasmes, etc.) formes de l'« abréaction cathartique ».

Au cours de la première guerre mondiale et surtout en France on a insisté sur le premier aspect des « *confusions émotionnelles de guerre*³ ». Tous les observateurs de cette époque ont mis l'accent sur la complexité des facteurs étiologiques (choc, épuisement, anxiété, dénutrition, prédisposition, etc.), sur le temps de latence (de quelques heures ou même de quelques jours) qui sépare l'émotion de la crise confuso-onirique. Celle-ci est généralement constituée par un état de confusion plus ou moins profond avec parfois onirisme terrifiant (« onirisme des batailles » avec reviviscence des scènes de combat) ; les formes stuporeuses avec sidération⁴, catalepsie et sitiophobie ne sont pas rares non plus. Les troubles de la mémoire (perte des souvenirs récents, ou de l'évocation, lacunes systématisées, oubli de l'identité ou amnésie systématisée, faux souvenirs, paramnésie) sont fréquents et profondément liés au mécanisme psycho-physiologique de l'émotion. C'est-à-dire que c'est autour du problème de l'angoisse et des procédés de défense qu'exige celle-ci que le malade cristallise les forces d'organisation de sa mémoire déficiente⁵.

1. Cf. Ch. FERÉ, *Pathologie des émotions*, 1892, notamment le chapitre VI, sur l'ivresse émotionnelle et les chapitres IX et X.

2. On trouvera dans la *Revue Neurologique*, 1909, pp. 1549 à 1687, la fameuse discussion sur le rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques (Rapport de P. JANET, CLAUDE, DUPRE, etc.), discussion qui n'a pas perdu son actualité.

3. CAFGRAS et JUQUELIER, (Rapport sur « La confusion mentale dans ses rapports avec les événements de guerre ». *Bull. de la Soc. Méd. Mentale*, 1917 (n° spécial, pp. 42 à 85). Parmi les nombreux travaux de cette époque, nous rappelons notamment ceux de MAIRET et PIERON, la thèse de BROUSSEAU, le petit livre de PAETTI (*Les états seconds après les batailles*, Lyon, 1920), etc. On trouvera toute cette bibliographie dans l'article de SUTTER, STERN et SUSINI : *Évolution du problème des névroses de guerre*, *Ann. Médico-Psycho.*, 1947, 2, pp. 248 à 270.

4. PAETTI, (p. 38), parle de fascination.

5. Cf. notre Étude n° 9.

Au cours du dernier conflit mondial ce sont au contraire tous les aspects dits « psychogénétiques » de l'émotion qui ont été bien étudiés notamment par les anglosaxons¹. La confusion onirique est toujours rapprochée (comme à l'origine historique de la notion) des états crépusculaires hystériques² et traitée, on le sait, comme une « névrose aiguë ». Il est certain que, pour y voir clair dans ce problème, il faut une fois encore recourir à la notion de niveaux de dissolution de la conscience. L'émotion ne se comporte pas très différemment des autres agressions de l'organisme, elle est seulement un « stress » à deux degrés, c'est-à-dire que le *processus* de désorganisation est lui-même la conséquence d'une *situation* soudainement et intensément « choquante » mais son action désorganisatrice de la vie psychique n'est pas en soi différente de celle d'un autre processus. Si la part « psychogénique » est séméiologiquement plus apparente, elle n'est évidemment pas la seule³. Quant aux dégradations que ce processus provoque, elles s'étagent elles aussi tout au long de l'échelle des niveaux de déstructuration de la conscience que nous étudions : il s'agit le plus souvent, comme dans les agressions physiopathologiques aiguës et exogènes, d'une brusque chute à des niveaux profonds qui réalise précisément avec une extrême fréquence les états confuso-oniriques, stuporeux et parfois même le syndrome de « délire aigu ». (LE GUILLANT et CHERTOCK, *loc. cit.*, p. 401).

4° DÉLIRES FÉBRILES⁴.

Nous ne parlerons ici que des états confusionnels fébriles, mais ils se confondent

...*Confusions au cours d'états hyperthermiques...*

1. Neuroses in war, 35, GRINKER et SPIEGEL, *Men under stress*, 1945, KARDINER, *The traumatic neuroses of war*, 1941, SARGANT et SLATER, CRICHTON et MILLER, (Lancet 1940 et 1941), GILLESPIE, *Psychological effects of war*, 1947, L. S. KUBIE, *War Med.* 1943, etc.

2. Un autre aspect de ces confusions de guerre a été notamment réalisé par la pathologie de l'exode chez nous et plus généralement des conditions d'épuisement, de famine et de terreur. Cf. M^{lle} GRAVEJAL par exemple (*Psychoses d'épuisement somatopsychique*, Thèse. Paris, 1941). Enfin la psychopathologie des camps de concentration a comporté naturellement beaucoup d'études de ce genre : cf. à ce sujet le très bel ouvrage paru à Copenhague récemment, (P. HELWEG, LARSEN, KIELER, P. THYGESEN et collabor., *Pantin disease in german concentration camp, complication and signes*, 1 vol., 460 p. 1952, (et notamment p. 243), où les auteurs signalent que les psychoses aiguës ont été dans ces conditions moins fréquentes que les états de torpeur et d'apathie.

3. Cf. par exemple l'observation de S. NOBILE, Sindromi confusionali di natura reattiva in sorte contemporeamente in due membri della stessa famiglia, *Rivista sper. Freniatria*, 1953, 77, 343.

4. Ces « Délires fébriles » ont été étudiés au début du XIX^e siècle par ESQUIROL, GEORGET, JACOBI etc. puis, plus tard, par RÉGIS (Précis, pp. 730 à 732, 6^e édit.), par ROUBINOVITCH (*Traité*, de Gilbert BALLET, 1902), et plus récemment par MARCHAND (*Maladies Mentales*, 1939) et BARUK (*Psychiatrie Médicale*, 1939). Le travail ancien de PILCZ (*Traité international de Psycho-Patho.*, 1911, t. II, pp. 766 à 793, est une assez bonne mise au point de la question au début du siècle. Mais les pages que KRAEPELIN consacre aux délires fébriles et aux délires infectieux (8^e édit. 1920, t. II, pp. 236 à 263), sont bien plus intéressantes. On pourra se rapporter aussi à l'étude de BONHOEFFER dans le *Traité* d'ASCHAFFENBUCH, 1912, pp. 2 à 60, et à l'article d'EWALD, dans le *Traité* de BUMKE, (t. VII). Cependant si la forme spéciale à chaque infection est abondamment /

plus ou moins avec le « syndrome infectieux aigu en général » puisque celui-ci est le plus généralement accompagné de fièvre. RÉGIS insistait sur quatre éventualités possibles : tantôt le délire survient à la phase prodromique et avant tout autre symptôme, tantôt à la phase d'hyperhémie, tantôt à la période de défervescence et parfois seulement au cours de la convalescence. Dans la période aiguë fébrile, le « délire » est du type onirique et hallucinatoire avec agitation, tendance à la fugue, à la défenestration. Naturellement le type peut évoluer comme un « délire aigu » à évolution mortelle. A l'étranger on se réfère souvent aux descriptions de LIEBERMEISTER ¹ et à celles de H. WEBER ² sur le *délire de collapsus* caractérisé par l'obnubilation, une forte confusion, des hallucinations oniriques, la fuite des idées, les variations de l'humeur et généralement une vive agitation.

Mais à vrai dire, il est très difficile de séparer ces troubles de l'évolution de la maladie infectieuse dont ils ne sont qu'un aspect symptomatique. Il est très difficile aussi d'y voir une forme de confusion différente de celles que nous avons pu étudier jusqu'ici et, là encore, tout va de soi si on considère que l'atteinte primitive ou, plus souvent, secondaire d'un processus infectieux sur l'encéphale peut réaliser ou déclencher toute une gamme d'états dont, répétons-le, l'état confusionnel est le plus typique car il est le type même de la « crise » qui constitue la dissolution la plus rapide et la plus profonde de la structure hiérarchisée de la conscience.

*
* * *

Cette Étude du « Délire onirique » et de la « Confusion » nous a donc permis de saisir l'état agonique de la conscience non plus seulement impuissante à assurer l'ordre temporel éthique de son mouvement interne et l'ordre du champ phénoménal de la perception, mais incapable même de constituer l'ordre d'une réalité objective selon les schémas temporo-spatiaux nécessaires à sa « Gestaltisation » basale. De telle sorte qu'elle s'anéantit jusqu'à devenir une pure et vide représentation d'images oniriques par quoi l'organisme réagit à une agression souvent brutale et toujours assez grave pour compromettre l'activité d'intégration du système nerveux. C'est pourquoi l'étude de la confusion conduit tout naturellement à souder sa clinique à sa physiopathologie cérébrale et somatique.

.../... documentée dans le travail d'EWALD, on peut se rendre compte que la notion et la description de ce « syndrome fébrile infectieux », de type « réaction exogène », commun à diverses maladies infectieuses aiguës a, depuis BONHOEFFER OU RÉGIS, été moins systématiquement étudiée.

1. LIEBERMEISTER, *Deutsches Archiv. f. Klin. Medizin*, 1, p. 543.

2. H. WEBER, (cité par KRAEPELIN-BONHOEFFER donne comme référence : *Medico chirurgical Transactions*, Londres, 1865 ?).

CONFUSION ET DÉLIRE CONFUSO-ONIRIQUE

Par là toute la série des états de déstructuration de la conscience dont nous venons de décrire les modalités (manie, mélancolie, psychoses hallucinatoires et oniroïdes aiguës, confusion onirique) nous apparaît bien être l'effet d'un processus de désorganisation qui doit faire l'objet d'abord et nécessairement d'une *pathologie organique*. Mais nos analyses structurales nous ont également permis de saisir à chacun de ces niveaux une forme d'organisation de la conscience qui a été et doit être toujours pour le psychiatre l'objet d'une *analyse psycho-dynamique* seule capable de lui permettre de pénétrer dans le vécu de la conscience à ses divers degrés de déstructuration.

Bibliographie des principaux ouvrages.

Nous signalons ici seulement les principaux travaux sur la « *Confusion Mentale* » auxquels nous nous sommes constamment référés au cours de cette Étude. Pour la Bibliographie du *Syndrome de Korsakow* et du *Délire aigu* on se reportera aux bibliographies qui accompagnent notre texte.

ÉTOC-DEMAZY, *De la stupidité considérée chez les aliénés. Recherches faites à Bicêtre et à la Salpêtrière*, Thèse, Paris, 1833.

GEORGET, Article « *Folie* », Dictionnaire de Médecine, 2^e édition, 1836, t. XIII, p. 277.

DELASIAUVE, Série d'articles dans le « *Journal de Médecine Mentale* ». (Editeur Masson, Paris), de 1861 à 1863.

RITTI, Article « *Stupidité* ». Dictionnaire Dechambre, 1883.

MEYNERT, Amentia. Die Verwirrtheit, *Jahrbuch Psych. und Neuro*, 1890, 9, 1.

CHASLIN (Ph.), *La confusion mentale primitive, (Stupidité. Démence aiguë. Stupeur primitive)*. Éd. Asselin et Houzeau, Paris, 1895, 264 pp.

SÉGLAS (J.), *Leçons cliniques* (6^e leçon. Confusion mentale primitive), Paris, 1895.

RÉGIS (E.), Le délire onirique des intoxications et des infections, *Bulletin Académie de Médecine*, 7 mai, 1901.

FAURE, *Sur un syndrome mental...* Thèse, Paris, 1900.

CARRIER (A.), Du délire aigu, *Rapport au Congrès des Aliénistes de Limoges*, 1901, pp. 249 à 311.

RÉGIS et HESNARD, Les confusions mentales, *Traité international de Psychologie pathologique*, d'A. MARIE, 1911.

BONHOEFFER, *Handbuch der Psychiatrie* d'ASCHAFFENBUCH, 1912, pp. 2 à 60.

TOULOUSE et MIGNARD, Théorie confusionnelle et auto-conduction, *Ann. Médico-Psycho.*, 1914, t. I, p. 641, et t. II, p. 18.

BONHOEFFER, Die exogenen Reaktionstypen, *Arch.f. Psych.*, 1917, 58, p. 368.

CAPGRAS et JUQUELIER, La confusion mentale dans ses rapports avec les événements de guerre, *Bull. Soc. Méd. Ment.*, de Paris, numéro spécial, 1917, pp. 42 à 85.

DELMAS (A.), Les psychoses postoniriques, *Rapport au Congrès des Aliénistes* de Strasbourg, 1920.

KRAEPELIN, *Traité*, 8^e édition, 1920, t. II, pp. 236 à 263.

MAYER-GROSS (W.), *Selbtschilderungen der Verwirrtheit. Die oneiroïde Erlebnisform*, 1 vol., 296 pp. Edition Springer, Berlin, 1924.

HARTMANN (H.), et SCHILDER (P.), Zur Klinik der Amentia, *Zeitschr. f. d. g. Neuro*, 1924, 92, pp. 531 à 596.

RÉGIS (E.), *Précis de Psychiatrie*, 6^e édition, 1923, pp. 345 à 387.

POROT (A.), *Les Syndromes mentaux, La confusion mentale*, Édition Doin, Paris, 1928, 370 p.

EWALD, *Handbuch der Psychiatrie*, de BUMKE, t. VII, 1929.

MARCHAND (L.), *Rapport au Congrès des Aliénistes de Rabat*, 1933.

MARCHAND (L.), et COURTOIS (A.), *Les encéphalites psychosiques*, éditeur Le François, 1935.

MARCHAND (L.), *Maladies mentales*, 1938.

BARUK (H.), *Psychiatrie médicale* (chap. Sommeil et onirisme, pp. 454 à 470). Éditeur Masson, Paris, 1938.

Étude n° 25

LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES MANIACO-DÉPRESSIVES

20. La classification des M. mentales.
21. Manie.
22. Mélancolie.
23. Bouffées délirantes.
24. Confusion.
25. *Psychoses périodiques maniaco-dépressives.*
26. Epilepsie.
27. Structure et destruction de la conscience.

Certaines « crises » de celles dont nous venons dans les « Études » précédentes d'étudier la structure en fonction des niveaux de déstructuration de la conscience, se groupent pour former des évolutions typiques.

...Certaines « crises » [...] se groupent pour former des évolutions typiques...

Une de ces évolutions typiques à forme de crises périodiques de manie et de mélancolie n'a pas tardé à être isolée par les anciens cliniciens. Selon les diverses modalités de succession ou de combinaison des accès, cette « psychose périodique » a été désignée comme *folie circulaire* par FALRET ¹, comme folie à double forme par BAILLARGER ², comme *psychose maniaco-dépressive* par KRAEPELIN ³, comme *folie alterne* par DELAYE ⁴, comme *psychose cyclothymique* par HECKER ⁶ et DENY et CAMUS ⁸, ou encore comme *folie intermittente* par MAGNAN ⁷.

Le déclenchement spontané d'accès paraissant surgir de la profondeur de l'organisation ou plutôt de l'inorganisation de l'individualité somato-psychique du malade, a imposé l'idée qu'il s'agit d'une psychose « endogène » ou « constitutionnelle ». Cela est en grande partie démontré par le rôle considérable du tempérament, du biotype et de l'hérédité des malades atteints de cette « affection ». Mais on comprend dès le premier examen du problème que l'apparition successive et intermittente des crises pose le problème du processus exogène de leur périodicité interne car on peut aussi bien imaginer que le fait pour un sujet de réagir par des crises peut dépendre, en plus ou moins grande partie, du seuil anormalement et spécifiquement bas des réactions mais aussi des facteurs externes qui modifient ce seuil ou lui fournissent l'occasion de se laisser déborder.

...l'apparition successive et intermittente des crises pose le problème du processus exogène de leur périodicité interne...

Ce sont tous ces problèmes que nous devons envisager.

1. FALRET (J. P.), *Gazette des Hôpitaux*, 1851, et *Bull. Acad. Med.*, 1854, 19, p. 382.

2. BAILLARGER, *Bull. Acad. Med.* 1854, 19, p. 352.

3. KRAEPELIN, 6^e Édition 1899.

4. DELAYE, *J. de Med.*, de Toulouse, 1860.

5. HECKER (E.), *Zeitschr.f. praktischer Aerzte*, 1^{er} janvier, 1898.

6. DENY et CAMUS, *Les folies intermittentes. La psychose maniaco-dépressive*, 1907.

7. MAGNAN, *Recherches sur les centres nerveux*, 2^{ème} série, 1893, p.499.

§ I. — HISTORIQUE ET POSITION
DES PROBLÈMES GÉNÉRAUX SOULEVÉS PAR LA NOTION
DE « PSYCHOSE PÉRIODIQUE MANIACO-DÉPRESSIVE »

C'est au début du siècle dernier que le groupe des psychoses périodiques a été fondé par la « découverte » de l'identité ou tout au moins de la parenté de la manie et de la mélancolie. Sans doute dès la plus haute antiquité un fait clinique aussi éclatant n'avait-il pas manqué de frapper les observateurs, mais il est vrai qu'en tant qu'entité clinique la « *psychose périodique* » ou « *maniaco-dépressive* » est née avec BAILLARGER, J. P. FALRET et KRAEPELIN, quelle que soit la lointaine filiation de cette psychose jusqu'aux temps les plus reculés.

A.— LES RAPPORTS DE LA MANIE ET DE LA MÉLANCOLIE DE L'ANTIQUITÉ AUX TEMPS MODERNES.

La collection hippocratique (comme le dit RITTI ¹ à qui nous empruntons les éléments de cette « histoire ancienne » des folies périodiques), ne contient sur ce point que bien peu de choses. On trouve dans l'ouvrage d'ARÉTÉE DE CAPADOCE des descriptions de la manie et de la mélancolie et quelques aphorismes sur leur transformation l'une dans l'autre : « la mélancolie est un commencement ou une espèce de demi-manie », « les mélancoliques deviennent maniaques plutôt par les progrès que par l'intensité du mal », « tant que le mal réside dans les hypocondres, le malade reste seulement mélancolique mais si cette cause agit sympathiquement sur le cerveau l'excès de tristesse se change en une joie et des rires immodérés qui durent une partie de la vie » — GALLIEN signalait également que lorsque l'agitation maniaque se calme, les malades deviennent taciturnes et timides. — ALEXANDRE DE TRALLES avait, semble-t-il, plus justement discerné l'intermittence des accès de mélancolie et de manie.

Depuis ces auteurs, presque tous les « manigraphes » des siècles suivants n'ont fait que répéter leurs observations. Thomas WILLIS ² soulignait l'importance des transformations de la manie en mélancolie et vice versa : « Saepe haec duo quasi fumus et flamma se mutuo excipiunt ceduntque ». MORGAGNI ³ et LORRY ⁴ acceptèrent la

1. RITTI, Folie à double forme. *Dictionnaire Dechambre*, 1877, et *Traité clinique de la folie à double forme*, Paris, 1883.

2. THOMAS WILLIS, *De anima brutorum*, 1676. Cf. aussi *The Anatomy of Melancholy* de DEMOCRITUS JUNIOR (ROBERT BURTON), 1617. Nouvelle édition, Londres 1924.

3. MORGAGNI, *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies*. Traduction fr., Destouet, 8^{ème} lettre, t. I, p. 13.

4. LORRY, *De melancholia et morbis melancholicis*, Paris, 1765.

conception de la transformation des accès maniaques et mélancoliques qui se trouve ainsi représenter une tradition dans l'histoire des idées en psychiatrie.

B.— L'ENTITÉ « PSYCHOSE PÉRIODIQUE » OU « PSYCHOSE MANIAQUE-DÉPRESSIVE »

PINEL¹ dans son « *Traité médico-philosophique* » sur l'aliénation mentale a naturellement admis en conformité avec cette tradition, la mutation de la mélancolie en manie et réciproquement : il a même observé l'alternance de ces deux formes morbides. Mais ces deux « maladies mentales » paraissaient affecter, à ses yeux, seulement entre elles des rapports de juxtaposition ou d'association. C'est dans le même esprit que DUBUISSON² considérait la manie « comme une complication de la mélancolie ». Cette complication, dit-il, est assez fréquente et beaucoup d'auteurs depuis ARÉTÉE jusqu'à nos jours en ont rapporté des exemples : alors la manie est extraordinairement périodique ou par accès ». A ce propos et un peu dans le même sens, ESQUIROL³ a écrit : « Il n'est pas rare de voir la manie alterner d'une manière très régulière avec la phtisie, l'hypocondrie et la lypémanie ». Il avait également remarqué que la mélancolie et l'accès de manie, dans certains cas du moins, ne sont séparés que par de simples rémittences et non par des intermittences complètes. En 1845, GRIESINGER⁴ déclarait : « la transition de la manie et de la mélancolie et l'alternance de ces deux formes sont très ordinaires, il n'est pas rare de voir toute la maladie consister dans un cycle de deux formes qui alternent souvent très régulièrement ». C'est à lui que l'on doit les descriptions cliniques les plus intéressantes de cette époque.

En 1851, J. P. FALRET décrivit dans une de ses leçons à la Salpêtrière une « *forme circulaire des maladies mentales* ». « Cette forme consiste, disait-il, non, comme on l'a dit fréquemment, dans l'alternative de la manie et de la mélancolie, mais dans le roulement de l'exaltation maniaque, simple suractivité des facultés, avec la suspension de l'intelligence. Une période d'excitation alterne avec une période d'affaiblissement ordinairement plus longue ». Trois ans plus tard, en 1854, BAILLARGER lut à l'Académie de Médecine⁵ un mémoire sur la « *folie à double forme* », se basant sur sept observations. Il caractérisait ce genre de folie « par la succession de deux périodes régulières, l'une d'excitation, l'autre de dépression ». Quelques jours après la lecture du mémoire de BAILLARGER, J. P. FALRET⁶, d'après RITTI, publia un tirage à part de son

...1851, J. P. FALRET...

...1854, BAILLARGER...

1. P. PINEL, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2^{ème} édition, p. 167.

2. J. DUBUISSON, *Des visanies*, p. 128.

3. ESQUIROL, *Des maladies mentales*, t. II, p. 170.

4. GRIESINGER, *Die Pathologie und Therapie der psychischer Krankheiten*, 1845, p. 216.

5. *Académie de Médecine*, séance du 31 janvier 1854, (*Bulletin*, XIX, p. 352).

6. J. P. FALRET, Leçons publiées dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1851, Séance de l'Académie de Médecine du 14 février 1854, (*Bulletin* XIX, p. 382).

cours professé à la Salpêtrière en revendiquant la priorité de la « découverte », il lut lui-même à l'Académie de Médecine, quinze jours après la communication de BAILLARGER, un mémoire « *sur la folie circulaire, forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé* ». A la suite de ces discussions retentissantes, la plupart des auteurs ont considéré que les crises de manie et de mélancolie se succédaient dans une même évolution de troubles pour constituer par leur combinaison une maladie distincte.

Cependant, la nouvelle « *entité* » ne fut pas accueillie sans critiques, c'est ainsi que MOREL ¹ déclara : « Je ne puis accepter pour des formes distinctes, pour des genres spéciaux des situations pathologiques qui sont observées dans toutes les variétés de folie en général ». DAGONNET ⁸ en 1862, et plus tard en 1876, observa la même attitude de réserve. BILLOD ³ par contre, s'intéressa particulièrement à cette « *folie à double phase* ».

Mais c'est l'étude fondamentale de RITTI ⁴ qui a consacré en France cette notion que la succession de crises de manie ou de mélancolie s'observant chez un même individu caractérise une maladie spéciale. ANTHEAUME, dans son fameux rapport ⁵, présente une belle synthèse des idées de KRAEPELIN et de MAGNAN, synthèse qui malgré les critiques de RÉGIS est devenue le point de vue classique de l'École française.

En Allemagne, L. MEYER ⁶, KIRN ⁷, KRAFFT-EBING ⁸, SCHULE ⁹, ont étudié la « folie circulaire » des Français sous le nom de psychoses périodiques. Mais ce fut KRAEPELIN qui, par sa description et ses analyses des états mixtes, fonda cette variété de « psychose endogène ¹⁰ ». En 1899 il décrivit complètement et définitivement la maladie déjà bien connue, en soulignant que les psychoses dites par les divers auteurs « intermittentes », « périodiques », « circulaires », « à double forme », « alterne » présentaient toutes la même origine, de telle sorte qu'il était plus logique de considérer tous ces états comme les manifestations, les équivalents d'une seule maladie fondamentale : la *folie maniaque-dépressive* (Das manisch depressive Irresein). Le mérite de KRAEPELIN a été d'analyser plus profondément qu'on ne l'avait fait les transitions et les intrications des

1. MOREL, *Traité des Maladies mentales*, Paris, 1859, p. 477.

2. DAGONNET, *Traité élémentaire des Maladies mentales*, Paris, 1862, pp. 114 et 276, (2^{ème} édition, 1876).

3. BILLOD, *Ann. Médico-Psycho.*, 1852 et 1856.

4. RITTI, *loc. cit.*, (1883), ouvrage dédié à BAILLARGER.

5. ANTHEAUME, *Congrès de Genève*, Lausanne, 1907.

6. L. MEYER, *Ueber zirkuläre Geisteskrankheiten*, *Arch. f. Psych.*, 1874.

7. L. KIRN, *Die periodischen Psychosen*, Stuttgart, 1878.

8. KRAFFT-EBING, *Lehrbuch des Psych.*, 3^{ème} édition, Stuttgart, 1888.

9. SCHULE, *Klinische Psychiatrie*, 3^{ème} édition, Leipzig, 1886, (Trad. fr. 1888).

10. KRAEPELIN, 6^{ème} édition, 1899.

...c'est l'étude fondamentale de RITTI qui a consacré en France cette notion...

En Allemagne [...] ce fut KRAEPELIN qui [...] fonda cette variété de « psychose endogène »...

crises maniaques et mélancoliques (notion d'états mixtes) pour démontrer l'identité profonde de ces troubles. Dès lors l'unité clinique de la psychose était constituée.

La conception kraepelinienne de cette unité a été acceptée en France, notamment par DENY et CAMUS¹. Quelques résistances se sont cependant manifestées surtout de la part de RÉGIS comme en témoigne le référendum qui se trouve dans l'article de REMOND et VOIVENEL², travail qui constitue une critique virulente et parfois injuste de la conception de KRAEPELIN. Sa lecture est encore pleine d'intérêt.

C.— ÉTAT ACTUEL DES PROBLÈMES QUE POSE LE GROUPE DES PSYCHOSES PÉRIODIQUES

Une fois constituée, l'entité connue sous le nom de psychose périodique ou maniaque-dépressive, sa délimitation s'est heurtée à deux grandes difficultés : l'une relativement à ses formes chroniques, — l'autre relativement à certaines formes « étiologiques » de mélancolie survenant dans le présénium (mélancolies *d'involution*) ou « en réaction avec les situations vitales » (manie et mélancolie *réactionnelles*).

En ce qui concerne le premier problème, c'est-à-dire la délimitation du groupe maniaque-dépressif à l'égard du groupe des états chroniques à évolution plus ou moins intermittente qui entraînent dans le vieux cadre des démences vésaniques ou des délires chroniques et qui furent ensuite placés dans celui des « démences précoces » et puis des « schizophrénies », la position de la psychiatrie classique de tous les pays est assez nette. On admet généralement que le caractère périodique, cyclique et typique des accès maniaques et dépressifs sépare nettement l'évolution des psychoses périodiques des diverses formes caractéristiques des évolutions du type démence précoce ou schizophrénie. Il n'en reste pas moins que c'est un problème toujours ouvert que celui des rapports entre certaines formes plus ou moins chroniques ou plus ou moins dementielles de folie périodique et les formes cycliques ou intermittentes des schizophrénies.

Quant à l'autre difficulté, opposée à la limitation des formes m. d. « pures », elle vient de la fréquence notamment des *formes mélancoliques d'involution* qui se présentent, dit-on, avec quelques caractères séméiologiques et évolutifs particuliers. Les mélancolies d'involution (car il s'agit presque exclusivement de formes dépressives) ou « mélancolies préséniles » entrent-elles ou n'entrent-elles pas dans le groupe des psychoses périodiques ou maniaque-dépressives ? Si en France une certaine résistance s'est toujours manifestée contre l'assimilation de la mélancolie d'involution aux psychoses

...Problème de la délimitation du groupe maniaque-dépressif à l'égard du groupe des états chroniques à évolution plus ou moins intermittente...

...fréquence des formes mélancoliques d'involution...

1. DENY et CAMUS, *Les folies intermittentes, La psychose maniaque-dépressive*, 1907, Ed. Baillier, Paris.

2. REMOND et VOIVENEL, Essai sur les valeurs de la conception kraepelinienne de la manie et de la mélancolie, *Ann. Médico-Psycho.*, 1920, II, pp. 353 à 379, et 1911, I, pp. 19 à 51.

...distinction des formes manico-dépressives endogènes et des formes « réactionnelles »...

périodiques, dans beaucoup de pays on a généralement tendance à intégrer les mélancolies d'involution dans le cycle des psychoses maniaques-dépressives mais cela reste encore un problème fort débattu. — De même reste encore en suspens le problème de l'identité ou de la distinction des formes manico-dépressives *endogènes* et des formes « *réactionnelles* ».

Nous avons naturellement déjà rencontré tous ces problèmes à propos de la manie et de la mélancolie, aussi pourrions-nous être ici plus schématiques dans cette « Étude » clinique psychopathologique et pathogénique de cette forme typique de maladie mentale.

Mais disons d'emblée que l'actualité de ces problèmes pour si « rabattus » qu'ils soient, est toujours vive, ne serait-ce qu'à l'égard des indications et des appréciations statistiques des thérapeutiques et aussi à l'égard des approfondissements sinon des clartés que la psychanalyse et les études biologiques ont ajouté depuis cinquante ans à la seule « morphologie » clinique ¹.

§ II. — *TYPES D'ÉVOLUTION ET MODALITÉS CLINIQUES DES CRISES MANIACO-DÉPRESSIVES PÉRIODIQUES*

Avant d'étudier les modalités d'évolution, nous allons d'abord exposer quelques aspects étiologiques plus ou moins occasionnels ².

A.— ASPECTS ÉTIOLOGIQUES.

I. *Age de début.*

Les accès manico-dépressifs s'observent très rarement dans l'enfance et même dans l'adolescence. Sans doute sous le nom de psychoses affectives, crises d'excitation, de dépression, de temps en temps on publie quelques observations comme celles de

1. Nous avons déjà rédigé cette « Étude » lorsque nous avons pris connaissance de l'article de WEITBRECHT (H. J.) (Offene Probleme bei affektiven Psychosen, *Nervenarzt*, 20 mai 1953, 187-191). Nous avons été frappé et satisfait de voir posés par cet auteur (qui s'est beaucoup occupé de cette question) à peu près les mêmes problèmes que nous venons d'exposer ici.

2. Cf. sur ces aspects, les données des « vital statistics » qu'exposent L. BELLAK (*Manic-Depressive Psychosis*, New-York, 1952, pp. 20 à 52), et aussi le livre récent d'ÅKE STENSTEDT, (*A study in manic depressive Psychosis. Clinical, social and genetic Investigations*, Stockholm, 1952), pp. 29 à 39 et 57 à 67.

KASANIN¹, de DUSSIK², RICE³, ACHILLE DELMAS⁴, BARUK et GEVAUDAN⁶, etc. On peut même trouver dans les anciens, auteurs des observations comme celles d'ESQUIROL⁶, de RITTI⁷, de NITSCHKE⁸, de SIEFERT⁹, etc. qui montrent que le diagnostic d'états de type maniaque et plus rarement mélancolique, peut se poser dans l'enfance. Mais la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question tiennent cette éventualité pour rare. Tout au moins en ce qui concerne les crises à périodicité typique. Cependant A. DELMAS admettait que les manifestations cyclothymiques infantiles ne sont pas aussi exceptionnelles qu'on le dit et il se rapproche naturellement des « constitutionnalistes » allemands (LANGE¹⁰, PFISTER¹¹) pour dire que les manifestations de tempérament cyclothyme sont précoces (PFISTER les a notées même chez le nourrisson !).

A la puberté, les crises se manifestent déjà plus nettement quoiqu'elles soient assez rares encore sous leur forme typique; les réactions hystériques se mêlent souvent à la « symptomatologie » et posent naturellement des problèmes difficiles à l'égard des formes de début de la schizophrénie.

Aussi pour apprécier les choses avec plus de certitude essaie-t-on de partir plutôt de l'âge de début de malades maniaco-dépressifs confirmés. LANGE¹² admet que moins de 5 % ont présenté des crises avant 15 ans. Par contre, 18 % commencent à en avoir entre 15 et 20 ans, 13 % entre 20 et 25 ans, 18 % entre 20 et 50 ans. Par conséquent, un peu plus de la moitié des malades ont une crise avant 30 ans. Par contre, il faut noter que 25 % ne commencent qu'à partir de 50 ans. On trouvera dans le travail de PASKIND¹³ une très bonne et très claire documentation sur ce point (graphiques).

...le diagnostic d'états de type maniaque et plus rarement mélancolique, peut se poser dans l'enfance...

...un peu plus de la moitié des malades ont une crise avant 30 ans...

1. J. KASANIN, The affective psychoses in children, *Amer. J. Psych.*, 1931, 10, pp. 897 à 926. Étude de six observations dont le pronostic a paru à l'auteur particulièrement défavorable.

2. K. DUSSIK, M. D. psychoses in an 11 year old child. *Psych. Neuro Wochenschr.*, 1934, 36, p. 305.

3. K. K. RICE, Regular 40 to 50 day cycle of psychotic behaviour on a 14 year old boy, *Arch. N. and P.* 1944, 51, pp. 478 à 480. Cette observation est à rapprocher de celles de M. BERGOUIGNAN (Périodicité et hypophyse), *Ann. Méd. Psych.*, 1947, I, pp. 370 à 377), qui avaient trait également à deux adolescents.

4. ACHILLE DELMAS, Cyclothymie infantile, *Ann. Médico-Psycho*, 1937, 1, p. 71.

5. H. BARUK et Y. GEVAUDAN, La psychose périodique chez l'enfant. Formes pures et formes associées à la chorée et aux syndromes infundibulo-hypophysaires. *Ann. Médico-Psycho.*, 1937, 1, pp. 296 à 312.

6. ESQUIROL, *Maladies mentales*, I, pp. 30 à 31.

7. RITTI, *Traité de la folie à double forme*, p. 133.

8. NITSCHKE, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1910.

9. SIEFERT, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1902.

10. LANGE, *Traité de BUMKE*, VI, p. 137.

11. PFISTER (cité par LANGE).

12. LANGE, cf. tableau, *Traité de BUMKE*, V, p. 179. On trouvera un tableau équivalent dans l'ouvrage de STENSTEDT (p. 21), mais la fréquence (surtout pour les hommes), des crises à début tardif y paraît moindre.

13. PASKIND, Sex distribution and age incidence of first Attacks, *Archiv. f. Psych.*, 1930, 23, pp. 152 à 158.

D'après son matériel, c'est entre 25 et 30 ans que la première crise se produit le plus souvent. Ce problème a fait l'objet, à l'Institut de Munich, de deux grandes études, celle de E. SLATER¹ qui considère que la période du plus grand risque d'apparition de la maladie est entre 30 et 60 ans, et celle de B. SCHULZ² qui a mis en évidence que l'atteinte avant 50 ans paraissait manifester plus directement l'influence génotypique. Pour STENSTEDT³ cependant l'apparition avant et après 50 ans ne serait pas significative à cet égard et l'âge moyen de début était, dans son matériel, de 38 ans.

...la moindre fréquence de la manie par rapport à la mélancolie ... va croissant avec l'âge...

Quant à la moindre fréquence de la manie par rapport à la mélancolie, elle va croissant avec l'âge (20 % d'accès mélancoliques, 50 % d'états mixtes et 30% de manie vers l'âge de 20 ans — pour 50% de mélancolie, 34% d'états mixtes et 16% de manie à 40 ans et 1 ou 2% d'accès maniaques seulement dans les formes de grand âge), faits qu'illustre un tableau du *Traité* de BUMKE⁴.

II. Sexe.

En ce qui concerne la plus grande fréquence de ce type de psychose dans le sexe féminin, tout le monde était à peu près d'accord il y a 30 ans. KRAEPELIN mettait ce fait (100 femmes pour 70 hommes) sur le compte des fonctions hormonales qui ont une activité plus cyclique et « critique » chez la femme que chez l'homme. D'après REHM⁵ à qui nous devons une des premières études statistiques sur cet aspect du problème, étude basée sur 250 observations prolongées, le fait paraissait absolument établi. RÜDIN (1923) l'avait également noté (196 femmes pour 100 hommes). Chez nous PLANES⁶ avait aussi mis l'accent sur cette différence et surtout pour les formes mélancoliques (2038 femmes sur 3137 mélancoliques). Depuis lors, SLATER (1938), LANGE (1939), FREMMING (1947), etc. ont dénoncé cette opinion comme une illusion et c'est également l'avis de STENSTEDT⁷, avis motivé par l'étude statistique de son propre matériel.

1. E. SLATER, Zur Erbpathologie der m. d. Irresein, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1938, 163, pp. 1 à 47.

2. B. SCHULZ, Auszählungen in der Verwandtschaft von nach Erkrankungsalter und Geschlecht gruppierte M. D. *Archiv.f. Psych.*, (*Zeitschr. f. d. g. Neuro.*), 1951, 186, p. 560. Son étude comporte deux groupes : les malades internés avant 50 ans et les malades internés après 50 ans.

3. STENSTEDT, *loc. cit.*, p. 434 (p. 20 à 21).

4. BUMKE, *Traité*, t. VI, p. 139.

5. REHM, *Das m. d. Irresein*, (Monogr. Gesch. N. und P. XVII) Éd. Springer, Berlin, 1919.

6. PLANES, Mouvement de l'aliénation mentale à Paris (1872-1885). *Ann. Médico-Psycho.*, 1887, pp. 60 à 70 et 229 à 253, et *Thèse*, Paris, 1886.

7. STENSTEDT résume et donne les références des travaux de RÜDIN, FREMMING, etc. (p. 57).

III. Race.

La corrélation de cette forme cyclique de troubles mentaux avec le biotype pycnique a fait soupçonner qu'il pouvait y avoir des différences raciales tant de fréquence que de forme clinique. Il est certain qu'il y a beaucoup de différences géographiques, tout au moins dans le « diagnostic » de ces sortes de malades. Cela est particulièrement sensible quand on étudie les chiffres de fréquence moyenne dans une population donnée, ils varient de 0,5 % à 1 ou 2 % facilement. « L'erreur standard » (si l'on peut dire !) ne dépend pas ici seulement de la probabilité et du hasard, mais aussi de l'aune un peu élastique avec laquelle on mesure l'objet de la statistique... Chez nous par exemple SIVADON ¹ signale que le taux d'internement pour psychose maniaco-dépressive est deux fois plus grand dans la région de Clermont-Ferrand que dans celle de LAON... Pour notre part, nous voyons en Beauce une proportion de formes maniaco-dépressives qui nous paraît très supérieure à celle indiquée par la plupart des auteurs. En Allemagne, d'innombrables études ont été consacrées à ces différences raciales. RITTERSHAUS ² signalait la rareté des formes maniaco dépressives dans le nord du pays. KEHRER³ tient aussi la population du sud (à type alpin, romanique, mélanochrome, pycnique, etc.) pour plus prédisposée aux formes cycliques (cf. les tableaux de ROHDEN ⁴ et les dernières études de LANGE⁵ sur ce point). Des discussions du même genre ont eu lieu à propos des juifs et des nègres spécialement ⁶, mais la psychologie raciale est si compliquée qu'il est bien difficile de s'y retrouver et nous ne nous y attarderons pas.

IV. Conditions sociales et économiques.

Signalons que DUNHAM ⁷, OWEN ⁸, LANDIS et PAGE ⁹, TIETZE, LEMKAU et COOPER ¹⁰ ont, il y a quelques années, signalé en partant de l'étude d'une population

1. SIVADON, *Géographie humaine et Psychiatrie*, Congrès des aliénistes, Marseille, 1948.

2. RITTERSHAUS, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1926, pp. 284 à 360.

3. KEHRER et KRETSCHMER, *Veranlagung su Seelischen Störungen*, 1926.

4. ROHDEN (VON) et W. GRÜNDLER, *Körperbau und Psychosen*, *Zeitschr. Neuro.*, 1925, 95, p. 37 et notamment tableau 4, p. 70.

5. LANGE, *Das zirkuläre Irresein*. Handbuch der Erbkrank de GÜTT (tome IV, 1942) et *Handbuch der Erbbiologie* de JUST (tome V, 1939).

6. B. KLOPPER, Is inclination to mental disease within a population group a « racial » factor, *Psychiatrie Quart.*, 1944, 18, pp. 240 à 278. Étude des immigrants italiens-allemands, etc. dans les états de New-York et de Massachussets.

Le tableau 13 du livre de BELLAK est pour nous inutilisable car il faudrait connaître les proportions des « groupes nationaux » à quoi correspond le nombre des psychoses maniaco-dépressives.

7. H. W. DUNHAM, The ecology of the function Psychosis in Chicago, *Amer. Soc. Rev.*, 1937. 2, pp. 467 à 479.

8. OWEN, *Amer. J. of Socio.*, 1941, 47, pp. 48 à 52.

9. LANDIS et PAGE, *Modem Society and mental Disease*, New-York, 1938.

10. C. TIETZE, P. LEMKAU et H. COOPER, Schizo, M. D. and socioeconomic status, *Amer. J. Socio.*, 1941, 17, pp. 167 à 175.

suivie depuis 1906 à 1912 que la psychose maniaco-dépressive se rencontre dans les couches socio-économiques où le « still living » est élevé, avec une plus grande fréquence que dans les couches pauvres (où les schizophrénies seraient plus nombreuses). STROMGREN ¹ et les autres auteurs scandinaves ou danois (LUNDQUIST, STENSTEDT, etc.) sont beaucoup moins sûrs de la chose et font remarquer que la dispersion des malades au cours d'une très longue durée de la maladie qui impose des tribulations d'existence et souvent un long internement, ne permet pas une étude très méthodique. Il en est un peu de même et pour les mêmes raisons en ce qui concerne le mariage. Tout dépend en effet de l'âge de début de la maladie. De son étude rigoureuse au point de vue statistique, STENSTEDT ² tire la conclusion, conforme à ce que l'on observe, en effet, en gros, c'est que les célibataires (et surtout les hommes) sont plus nombreux chez les malades maniaco-dépressifs que dans la population générale.

B.— LES CRISES ET LEURS MODALITÉS CLINIQUES ET D'ÉVOLUTION.

La grande diversité des modalités des accès et de leur succession ont valu à cette affection la description de nombreuses formes ³. Rappelons-nous cependant les réserves que MAGNAN faisait au sujet de l'intérêt de tant de formes décrites : « *La folie intermittente*, a-t-il écrit, est une espèce pathologique se traduisant par la répétition [...] d'accès maniaques et mélancoliques isolés ou combinés de diverses manières, ces accès peuvent offrir dans leur marche des variétés d'évolution que certains auteurs ont considérées comme suffisantes pour constituer des espèces pathologiques distinctes. C'est ainsi qu'on admet les folies intermittentes, les folies alternes, les folies circulaires, etc... mais on s'assure aisément par l'histoire clinique des malades que ces distinctions reposent sur des caractères assurément très apparents, très saillants, mais néanmoins secondaires... (MAGNAN)

I. Principaux types.

Voici classiquement (d'après RÉGIS), comment il convient de classer diverses modalités d'évolution des crises dans le cadre de la psychose maniaque-dépressive ⁴ :

1. STROMGREN, *Beitrag zur psychiatrischen Erblehre*, Copenhague, 1938.

2. STENSTEDT, *loc. cit.*, p. 434 (p. 22 à 24).

3. Cf. RITTI, pp. 177 à 239.

4. RÉGIS : Cf. sa représentation graphique de ces divers types d'évolution dans la 6^{ème} édition de son *Précis*, pp. 339 à 342. Des schémas analogues se retrouvent dans beaucoup de Manuels, Traités, etc. Mais cette « morphologie » ayant perdu beaucoup de son intérêt, nous jugeons inutile de la reproduire et il nous suffira de renvoyer encore au *Traité*, de Gilbert BALLEZ,...

1° ACCÈS ISOLÉS DE MANIE OU DE MÉLANCOLIE (manies et mélancolies aiguës simples). A propos de ces cas, nous verrons qu'une longue discussion s'est instituée pour savoir si de telles crises existaient réellement, c'est-à-dire si vraiment elles étaient sans récurrence et si, en admettant leur existence, on pouvait dès lors les considérer comme entrant dans le groupe des psychoses « périodiques ».

2° FORMES DE MANIES RÉMITTENTES, c'est-à-dire de cas où à un accès de manie succède un accès de manie sans un intervalle lucide.

3° FORMES DE MANIES INTERMITTENTES caractérisées par une succession plus ou moins régulière d'accès de manie laissant entre eux un intervalle lucide de durée plus ou moins longue.

4° FORMES DE MÉLANCOLIES RÉMITTENTES.

5° FORMES DE MÉLANCOLIES INTERMITTENTES.¹

6° Une forme d'évolution dite à DOUBLE FORME CIRCULAIRE caractérisée par le fait qu'un accès de manie ou de mélancolie succède à un accès différent de telle sorte que le malade passant insensiblement d'une forme à l'autre, sa maladie se présente comme un cycle ininterrompu à « double forme ».

7° Forme à évolution dite à DOUBLE FORME INTERMITTENTE caractérisée par le fait que chaque accès est lui-même à double forme, c'est-à-dire qu'une attaque de manie ou de mélancolie succède immédiatement à une crise de forme différente, c'est à cette forme particulière que J. P. FALRET avait réservé le nom de FOLIE À DOUBLE FORME.

8° FORME PÉRIODIQUE ALTERNE caractérisée par l'alternance de crises de manie et de mélancolie après des intervalles lucides plus ou moins longs.

Certes, l'arbitraire de toutes ces distinctions – plus ou moins géométriques – et descriptions de tant de variétés de formes cliniques évolutives n'échappe à personne et on a un peu perdu l'habitude de cette casuistique. Heureusement car, répétons-le, il ne s'agit là que de schémas auxquels s'adapte assez imparfaitement l'évolution naturelle des troubles.

C'est ainsi que l'évolution qui nous paraît être la plus fréquente est aussi la moins schématique, c'est celle des formes sans alternance, ni rythme ni régularité ; il s'agit de cas où chez un même malade se succèdent de loin en loin des crises répétées de manie ou de mélancolie sans que l'on puisse découvrir un « ordre » dans ce désordre. Nous paraissent être plus fréquentes les formes intermittentes (retour des accès selon le

...Diverses modalités cliniques d'évolution d'après RÉGIS...

...Heureusement, il ne s'agit là que de schémas auxquels s'adapte assez imparfaitement l'évolution naturelle des troubles...

.../... (1903), abondamment illustré à ce sujet (tableau pp. 579, 598 à 612), et aussi aux diagrammes d'observations de KRAEPELIN, (8^{ème} édition, t. III, pp. 1328 à 1338), de LANGE, (Traité de BUMKE, VI, pp. 186 à 187), etc.

1. PEDERSEN (A.), POORT (R.) et SCHOU (H.), (*Acta. Psychiatrica Scand.*, 1948, 23, 285-319) ont récemment proposé de considérer ces formes de « dépression périodique » comme une entité autonome à pronostic relativement favorable.

même type) que les formes alternes (succession plus ou moins régulière de type de crises) et plus fréquentes aussi les crises mélancoliques que les crises maniaques.

Si l'on réduit les variétés précitées à un schéma plus simple comportant les formes de *manie intermittente*, de *mélancolie intermittente* et des formes *maniaco-dépressive*, voici quel est d'après KRAEPELIN leur pourcentage de fréquence :

Type de mélancolie intermittente.....49 %

Type de manie intermittente.....17 %

Type maniaco-dépressif.....35 %

Les pourcentages indiqués par LANGE sont analogues : 49 %, 10 % et 41 %.

Mais tous ces accès, plus ou moins réguliers, ne peuvent pas être considérés dans la combinaison des crises maniaques et mélancoliques comme s'il s'agissait de deux formes « pures » et indépendantes. Nous l'avons souligné à propos de la structure de la manie (Étude n° 21) et de la structure de la mélancolie (Étude n° 22), il s'agit là de deux polarisations extrêmes de la conscience désorganisée au niveau de la structure temporelle éthique. De telle sorte que la proportion de manie ou de mélancolie dans chaque accès ou les oscillations de l'un à l'autre de ces pôles sont pour ainsi dire constantes. D'où l'importance des *états mixtes*, les fameux « *Mischzustände* » de KRAEPELIN ¹.

...importance des états mixtes, les fameux « *Mischzustände* » de KRAEPELIN...

KRAEPELIN a donné des modalités de ces « *États mixtes* » un schéma certes un peu artificiel, mais qui fait bien comprendre les formes de transitions entre la mélancolie et la manie ². Ces divers « états mixtes » sont, d'après KRAEPELIN et selon qu'on s'éloigne davantage de la mélancolie pure pour se rapprocher de la manie pure : 1° — la dépression avec fuite des idées ; 2° — la mélancolie agitée ; 3° — la stupeur avec éléments maniaques ; 4° — la manie improductive ; 5° — la manie dépressive ; 6° — la manie akinétique.

Cette dégradation introduite dans la crise maniaco-dépressive a naturellement suscité beaucoup d'opposition et de critique de la part de ceux qui se sont refusés à voir dans la psychose maniaco-dépressive autre chose qu'une mosaïque fortuite d'états d'excitation et de dépression en méconnaissant le lien interne qui les unit. C'est ainsi qu'il faut comprendre l'opposition de RÉGIS ³, celle de REMOND et VOIVENEL ⁴ et plus

1. KRAEPELIN, 8^{ème} édition, t. III, p. 1303.

2. On trouvera dans l'*Encéphale* de 1909 (t. II), deux schémas, l'un de Gilbert BALLET, et l'autre de DENY. DIDE et GUIRAUD ont très bien schématisé également ces « *états mixtes* », dans leur « *Psychiatrie du Praticien* » (1^{ère} édition 1922, p. 132).

3. REGIS, 6^{ème} édition, pp. 318 à 139.

4. REMOND et VOIVENEL, *loc. cit.*, p. 433 (1910).

récemment celle de MICHAUX¹ qui (avec SAULNIER et BUREAU), dans une étude approfondie et documentée a insisté sur l'association de plusieurs aspects psychotiques (confusion, démence, oligophrénie) *hétérogènes* aux états proprement maniaco-dépressifs. « Parfois, dit-il, l'alternance rapide de l'excitation et de la dépression en impose pour le diagnostic de « faux états mixtes ». Cependant, si le concept d'états mixtes demande à être à ses yeux sérieusement épuré, il reste quelques cas, admet-il, où il existe une dissonance affective qui résulte de la persévération, d'une sorte de ténacité thématique d'idées dépressives au milieu de contextes maniaques et qui réalise ces mécanismes conditionnels qui interviennent plus aisément lorsque l'idée délirante a pris naissance dans le degré inférieur de dissolution de la conscience surtout dans la confusion mentale².

Nous reparlerons plus loin du travail de SOMMER³ sur les profondes analogies des états de manie et de mélancolie.

Pour le moment il nous suffit d'avoir pu préciser ici que le déroulement typique des accès maniaco-dépressifs nous est offert en clinique non seulement comme une succession d'accès maniaco-dépressifs intermittents, rémittents, alternés, circulaires, etc. mais comme une *double forme maniaco-dépressive* des crises qui composent son évolution cyclique

II. Le type de la crise initiale.

La plupart des auteurs admettent que la première crise est à type dépressif. KRAEPELIN avait noté ce fait et indiquait le pourcentage de 60 % de crises initiales dépressives. STENSTEDT⁴ sur 288 cas parvient aux taux de 83 % de premiers accès mélancoliques. Mais on ne saurait perdre de vue la plus grande fréquence *en général* des accès mélancoliques par rapport aux crises de manie, proportion qui, nous l'avons vu, augmente encore avec l'âge. STENSTEDT fait remarquer encore à ce sujet que la forme dépressive paraît être la forme de début la plus fréquente pour toutes les psychoses.

III. La durée moyenne de la crise.

Les accès dont la succession plus ou moins régulière donne à la psychose sa morphologie clinique, sont de « durée variable ». Formule vague qui, dans tous les anciens

... MICHAUX [...] a insisté sur l'association de plusieurs aspects psychotiques [...] hétérogènes aux états proprement maniaco-dépressifs...

...La plupart des auteurs admettent que la première crise est à type dépressif...

1. MICHAUX, SAULNIER et BUREAU, A propos des états mixtes, *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1950, pp. 42 à 75.

2. Citons parmi les rares auteurs qui se sont occupés récemment de ce problème, D. E. CAMERON. Some relationships between excitement, depression and anxiety, *Amer. J. Psych.*, 1945, 102, pp. 385 à 394.

3. SOMMER (A.), Analogies et différences des états maniaques et mélancoliques, *Évol. Psych.*, 1949, 241-271.

4. STENSTEDT, *loc. cit.*, p. 434 (p. 18).

...Kraepelin estimait que les crises durent en moyenne de 6 à 8 mois...

travaux, revient sous la plume de la plupart des auteurs. Cependant depuis 50 ans on a tenté de donner des chiffres et d'établir des « statistiques ». C'est ainsi que KRAEPELIN¹ estimait que les crises durent en moyenne de 6 à 8 mois. ZIEHEN² fixait cette durée moyenne à 6 mois et SWIFT³ à 7 mois (pour la première crise). H. A. PASKIND⁴ est moins pessimiste. Il estime la durée moyenne à 4 mois (cf. son tableau 1); 78 % de ses malades auraient présenté « des crises d'une durée de 3 mois. Nous reviendrons sur ce point à propos des controverses sur l'action de l'électrochoc.

On n'a pas tardé d'ailleurs à s'apercevoir que la durée était fonction de l'âge et de la répétition. En se répétant les accès seraient plus longs (SWIFT), fait que KRAEPELIN a contesté. Pour ce qui est de l'âge, LUNDQUIST signale une durée moyenne de 6 mois au-dessous de 30 ans et de 8, 6 mois au-dessus.

Cette durée moyenne laisse naturellement subsister aux deux extrémités de la courbe de fréquence la possibilité de crises très courtes et de crises très longues. Certains accès brefs (parfois de quelques jours et même quelques heures) ont retenu spécialement l'attention de quelques auteurs. On en trouvera un petit répertoire dans le travail de PASKIND. Quant aux crises de très longue durée, elles peuvent dépasser 1 ou 2 ans et même parfois persister pendant 10 et 15 ans⁵.

...Thèse de P. DELMAS (Les accès mélancoliques de longue durée, Paris, 1921)...

La durée des crises a été aussi examinée du point de vue de savoir si les crises de manie et les crises de mélancolie ont une durée moyenne égale. RÉGIS⁶ admettait une durée moyenne de 2 à 8 mois (!) pour la manie, et il estimait que les crises de mélancolie sont généralement plus longues ; il est rare, ajoutait-il, que les crises dépressives guérissent avant 3 ou 4 mois. Des recherches systématiques plus récentes que nous devons à PANSE⁷, à DEDICHEN⁸, à LUNDQUIST⁹, etc. montrent que la durée moyenne de la manie et de la mélancolie est à peu près la même. PANSE a trouvé une durée moyenne de 28,2 semaines pour la mélancolie et de 27,3 semaines pour la manie.

1. KRAEPELIN, 8^{ème} édition, p. 1313.

2. T. ZIEHEN, Unter seltene Fälle des periodische Irresein, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 63, p. 760.

3. H. M. SWIFT, Prognosis of recurrent insanity, *Amer. J. of. Insan.*, 1907, 64, p. 311.

4. H. A. PASKIND, M. D. Psychosis in private practice. Length of the attack and length of the interval (*Arch. of. Neuro.*, 1930, 23, pp. 789 à 794). Il a trouvé dans son matériel de 633 cas, 13,9 % (88 cas) de crises défensives d'une courte durée, (de quelques jour seulement).

5. Des observations comme celles de ARNAUD, SOLLIER et VIGNAUD (*Congrès des aliénistes*, Bruxelles, 1924), où il s'agissait d'une mélancolie délirante durant depuis 16 ans, ont été publiées par KREUSER, PETREN, DREYFUS, GAUPP, HOESSZIN, KRAEPELIN, ALBRECHT, etc. (cités par LANGE, p. 182). BÜRGER-PRINZ, (*Nervenarzt*, 1950, 505), a rapporté un cas d'une durée de 20 ans. On se rapportera à la thèse de P. DELMAS (*Les accès mélancoliques de longue durée*, Paris, 1921), et au rapport de J. ROBERT, *La guérison tardive des maladies mentales*. Congrès des aliénistes, Paris, 1925.

6. RÉGIS, 6^{ème} édition, p. 303.

7. PANSE, Untersuchungen über Verlauf und Prognose beim m. d. Irresein, *Monatschr. f. Psych.*, 1924, 56 p. 15.

8. DEDICHEN A, *comparison of 1149 shocks treated Psychoses in Norwegian Hospitals*, 1946.

9. LUNDQUIST, *Prognosis and courses in M. D. Psychoses*, 1934.

On comprend que ce problème de la durée moyenne des crises en cours d'évolutions spontanées ait suscité beaucoup d'intérêt depuis 15 ans quand il s'agit précisément d'apprécier l'efficacité thérapeutique des chocs (cardiazol et électrochoc) sur la durée des crises. Pour comparer l'évolution des cas traités avec les cas non traités, certains auteurs ont fait des statistiques rétrospectives... C'est ainsi que RENNIE ¹ sur 208 cas, parmi les 1.300 entrées de la « *Henry Phipps Psychiatric Clinic* » de 1913 à 1916, a relevé une durée moyenne de 2 mois 1/2 seulement. Ce taux rejoint celui de PASKIND que nous avons cité plus haut. D'autres auteurs ont comparé deux lots de malades, les uns traités et les autres non traités par convulsivothérapie. C'est ainsi que DEDICHEN ² a comparé l'histoire clinique de 146 cas de type maniaco-dépressif traités par cardiazol et 78 cas non traités. Pour le premier groupe : 41 % ont été hospitalisés moins de 6 mois, 23 % de 6 mois à un an et 10 % au moins 5 ans. Pour le deuxième groupe : 64 % sont restés moins de 6 mois, 21 % de 6 mois à un an et 1 % au moins 5 ans.

H. LEWRENZ ³ a fait également une étude rigoureuse de la longueur de la maladie selon que l'évolution spontanée est abandonnée à elle-même, ou que l'on soumet le malade à l'électrochoc. Pour le groupe de ses malades de moins de 35 ans, les patients non traités ont eu une longueur de maladie de 3,5 mois et celle-ci a été de 3,7 mois chez ceux qui ont été traités. Quant au groupe de malades de plus de 45 ans, la longueur de la maladie (5,6 mois) a été la même dans les deux groupes.

De telles statistiques laissent évidemment fort perplexes. Pour notre part nous avons essayé de sortir de cette perplexité en comparant 50 cas de notre service non traités et 60 cas traités, la durée d'hospitalisation était dans le premier groupe de 206 jours et dans le second de 91 jours ⁴.

IV. La longueur des rémissions.

Voici, d'après KRAEPELIN, quelle est la longueur moyenne des rémissions au fur et à mesure de leur répétition. La 1^{ère} rémission a une durée moyenne de 4 [ans], la 2^{ème} aurait une durée moyenne de 3 ans, la 3^{ème} de 2 ans, la 4^{ème} de 1 an et demi. C'est encore une réduction proportionnelle progressive des « intervalles lucides » mais non de même ordre de grandeur que signale LANGE dans le traité de BUMKE ⁵. D'après cet auteur la première rémission aurait une durée de onze ans, la 2^{ème} de 4 ans, la 3^{ème} de 4 ans, la 4^{ème} de 4 ans et demi ; la 5^{ème} de 4 ans. Pour PASKIND ⁶ la première rémission a une durée moyenne de 8 ans, la deuxième de 5 ans, la troisième de 4 ans.

Des cas de rémission de très longue durée ont pu être signalés, ainsi celui de HUBNER ⁷ d'une durée de 44 ans, celui de WALKER ⁸ d'une durée de 48 ans, etc. Nous

...[travaux statistiques pour] apprécier l'efficacité thérapeutique des chocs (cardiazol et électrochoc) sur la durée des crises...

...réduction proportionnelle progressive des « intervalles lucides »...

1. T. A. C. RENNIE. Prognosis in M. D. Psychosis, *Amer. J. of Psych.*, 1942, 98, pp. 800 à 814.

2. DEDICHEN, *loc. cit.*, p. 442.

3. H. LEWRENZ, Untersuchungen über den Wert des Schocktherapie bei endogenphasieten Psychosen, *Nervenarzt*, 1951, pp. 205 à 209.

4. Henri EY et J. BURGUET, Action des électrochocs dans la psychose maniaco-dépressive et dans la mélancolie d'involution, *Ann. Médico-Psycho.*, 1951, pp. 214 à 219. Cf. aussi DENIS (J. E.), *Pronostic des états mélancoliques* (Thèse, Paris, 1954).

5. BUMKE, t. VI, p. 180.

6. PASKIND, *Archives of Neuro*, 1930, 23, p. 789.

7. HUBNER, Ueber die manisch depressive Anlage und einige ihrer Ausläufer, *Arch. f. Psych.*, 1919, 60, p. 783.

8. WALKER, Ueber m. d. Psychosen, *Archiv. f. Psych.*, 1907, 42, p. 788.

avons pu observer dans notre service une malade qui, ayant eu une crise de manie en 1875, ne présenta la suivante que peu avant sa mort en 1938 (63 ans), mais on comprend que dans ce cas la notion même de périodicité soit conjecturale...

Nous retrouvons plus loin ce problème à propos du pronostic du premier accès et de l'importante question de savoir si la crise de manie ou de mélancolie se répète ou peut demeurer dans la vie de l'individu une crise unique.

C.— LE PRONOSTIC À LONG TERME ¹.

C'est une controverse sans cesse alimentée que celle qui s'établit périodiquement depuis cent ans dans toutes les Sociétés psychiatriques et qui porte sur la question de savoir quels sont le sort et la fin des malades atteints d'accès maniaco-dépressifs. Généralement la majorité des auteurs insiste sur le bon pronostic « quoad mentem » de la psychose maniaque-dépressive. Répondant aux exigences mêmes du concept de folie périodique évoluant par accès, le pronostic communément porté dans ces cas est celui d'une succession certainement très fâcheuse de crises, mais ne compromettant pas l'intégrité de la personnalité et notamment les capacités noétiques du malade. Si la psychose maniaque-dépressive correspond à quelque réalité, ce qui paraît bien établi, il est certain que les choses doivent se passer effectivement de la sorte. Nous ne parlerons donc pas du pronostic de récurrence qui va pour ainsi dire de soi. Mais ceci mis à part, deux problèmes de pronostic demeurent généralement fort difficiles. C'est, d'une part, la question de savoir si à un ou plusieurs accès de type maniaco-dépressif ne succèdent pas des accès rémittents ou rapprochés, réalisant un *habitus maniaco-dépressif chronique* qui exige un internement de longue durée. C'est, d'autre part, la question de savoir si à une succession intermittente d'accès ne succédera pas un état de troubles permanents de type plus ou moins *démontiel*. Ces deux questions nous les envisageons plus loin à propos du problème de l'autonomie du groupe maniaco-dépressif relativement, d'une part, à la question des « crises uniques » et, d'autre part, à celle des formes chroniques.

Mais nous devons ici indiquer que, à côté de la « forme moyenne » comportant 5 ou 6 accès dans la vie d'un individu qui meurt à 60 ou 70 ans, la clinique nous offre des cas (de fréquence assez grande) d'évolutions défavorables que l'on peut réduire à *trois types* : Dans un premier groupe de cas, il s'agit de *crises innombrables* entravant l'existence normale du sujet ².

1. « Long-distance prognosis » — « Richtungsprognose ».

2. C'est un peu dans ce sens que Ruth POORT, Catamnestic investigations « on manic depressive psychoses with special reference to the prognosis. *Acta Psychiatrica*, (Copenhague), 1944, 20, pp. 59 à 74, met en garde (après avoir étudié 141 cas), sur le pronostic trop favorable porté sur les malades maniaques-dépressifs. Un tiers de ses malades étaient devenus de véritables « invalides ».

... la succession certainement très fâcheuse de crises, ne compromet pas l'intégrité de la personnalité et notamment les capacités noétiques du malade...

Dans le deuxième groupe de cas, il s'agit de *formes chroniques de manie ou de mélancolie* qui s'installent à l'occasion d'un accès sous forme de manie ou de mélancolie chronique ou de délire chronique. Dans un troisième groupe de cas, on peut observer chez des maniaco-dépressifs un certain degré *d'affaiblissement intellectuel*, ce que l'on a appelé un état de *démence secondaire* ou encore, selon l'École française, « *démence vésanique* ».

On a essayé de savoir lesquelles des formes *maniaques* ou *mélancoliques*, évoluaient le plus facilement vers la chronicité. KRAEPELIN estimait que les formes maniaques seraient d'un pronostic favorable et c'est également l'opinion de LANGE. Par contre, pour STRANSKY les formes maniaques auraient tendance à évoluer fâcheusement.

C'est MAUZ¹ qui a le plus approfondi l'étude biotypologique des malades comme facteur de pronostic. Il est d'avis que le type pycnique le plus pur, s'il semble être la condition même de la récurrence périodique des accès, est un bon pronostic, quant à leur durée et à l'évolution constamment et franchement intermittente des troubles. Nous ne sommes pas très sûrs que la pycnicité mette à l'abri les malades des formes de manie ou de mélancolie chroniques; mais par contre il nous paraît possible d'admettre que même dans ce cas il n'y a pas ou il y a peu de détérioration démentielle.

Le travail d'AUBREY LEWIS² constitue le type même d'une investigation méthodique mais assez décourageante aux yeux même de son auteur en raison du caractère hétérogène du groupe mélancolique, seul envisagé (61 cas). En effet, comme tout clinicien (qui prend assez de recul pour juger de l'évolution de ces malades), A. LEWIS n'a pu mettre en évidence aucun facteur de pronostic certain.

LUNDQUIST³ a étudié l'évolution de 319 cas pendant des années. Voici ses conclusions principales. Tout d'abord — et nous l'avons déjà signalé plus haut — la rémission d'une première crise est la règle dans 92 % des cas quand il s'agit de manie et dans 80 % quand il s'agit de dépression (pour les malades jeunes, ce pronostic est encore plus favorable). Mais le gros risque de chronicité de la crise dépressive se rencontre lorsque le malade est âgé de 30 ans ou plus. Quand il s'agit de premiers accès de type de mélancolie tardive, le risque de chronicité paraît signalé par la monotonie du tableau clinique et les idées délirantes. Quand l'affection tardive débute par des crises de manie, le passage à la chronicité se rencontre surtout après 45 ans et l'irritabilité persistante en constitue un symptôme pronostique. L'état confusionnel mêlé au tableau clinique⁴ est de pro-

1. F. MAUZ, *Die Pronostik der endogenen Psychosen* (Préface de KRETSCHMER), Leipzig, 1930. L'étude porte sur la biotypologie de 1050 schizophrènes et de 420 maniaques dépressifs.

2. AUBREY LEWIS, *Melancholia Prognostic study*, *J. of. ment. Sc.*, 1936, pp. 488 à 558. C'est un rapport présenté au Symposium organisé par la Royal Medico Psych. Assoc. à Folkestone en juillet, 1936, sur le thème Manic-depressive Psychosis.

3. LUNDQUIST, 1945, *loc. cit.*, p. 442.

4. C'est-à-dire les états de déstructuration plus profonde.

nostic plutôt favorable. Les hallucinations n'ont pas de valeur pronostique spéciale, mais les idées délirantes mélancoliques chez les jeunes malades sont de mauvais pronostic. Quand le début est brutal, la crise est plus courte, et cela vaut spécialement pour les accès dépressifs tardifs.

A. STENSTEDT¹ a de son côté beaucoup insisté sur les conditions défavorables de milieu et notamment les conditions familiales pathogènes de l'enfance comme facteur de pronostic.

Nous retrouverons également ce problème à propos des formes chroniques un peu plus loin.

§ III. — AUTONOMIE ET LIMITES DE LA PSYCHOSE PÉRIODIQUE MANIACO-DÉPRESSIVE

Les difficultés que l'on rencontre au sujet de la limitation du groupe maniaco-dépressif expriment l'embarras dans lequel on se trouve à propos d'un certain nombre de faits. Les formes auxquelles se heurtent le diagnostic et le concept même de psychose maniaque-dépressive peuvent être réparties en quatre groupes :

...les quatre difficultés empiriques et logiques auxquelles se heurte le concept même de « psychose périodique maniaco-dépressive »...

1° Les cas qui ne paraissent pas récidivants.

2° Les cas qui paraissent évoluer malgré leur caractère intermittent vers un état de délire chronique ou de déchéance intellectuelle.

3° Les cas qui paraissent relever si immédiatement d'un processus étiologique dont ils sont une manifestation symptomatique, que leur parenté avec la psychose maniaco-dépressive essentiellement définie comme constitutionnelle et endogène apparaît difficile à admettre.

4° Les cas où les crises maniaco-dépressives se présentent avec un tableau clinique atypique.

Telles sont les quatre difficultés empiriques et logiques auxquelles se heurte le concept même de « *psychose périodique maniaco-dépressive* ».

A. — TOUTE CRISE DE TYPE MANIACO-DÉPRESSIF EST-ELLE RÉCIDIVANTE ?

C'est là une des questions les plus controversées touchant les problèmes cliniques et théoriques que pose la psychose maniaco-dépressive. Pour la plupart des auteurs classiques en effet, toute crise « typique » ou « pure » de manie ou de mélancolie fait nécessairement partie du cadre maniaco-dépressif et par conséquent tend à récidiver. Pour d'autres, au contraire, la crise de manie ou de mélancolie est indépendante du fait

1. STENSTEDT, *loc. cit.*, p. 434 (chapitres 2 et 3).

qu'elle appartient ou n'appartient pas à la psychose maniaco-dépressive. C'est ainsi que se pose le vieux problème de savoir s'il y a lieu de distinguer les mélancolies ou les manies « simples » des « accès maniaco-dépressifs », des psychoses périodiques.

Des études statistiques plus ou moins méthodiques ont été entreprises dans le dessein d'établir qu'il existe ou qu'il n'existe pas d'accès isolés de type maniaco-dépressif. Si nous nous en rapportons à des statistiques classiques comme celle de LANGE, il est bien évident que les crises maniaco-dépressives ont une tendance considérable à la récurrence sans qu'on puisse affirmer que tous les cas récidivent en fait. Voici comment il présente les choses ¹ :

Parmi l'ensemble de ses malades :

12 % (âge moyen actuel de 49 ans) ont fait 1 accès	
33 % » » » 45 » 2 »	
17 % » » » 49 » 3 »	
2 % » » » 54 » 5 »	
2 % » » » 60 » 6 »	
2 % » » » 55 » 7 » ou plus	

...les crises maniaco-dépressives ont une tendance considérable à la récurrence sans qu'on puisse affirmer que tous les cas récidivent en fait... (LANGE)

D'après ce matériel clinique 12 % de malades seulement n'ont présenté qu'un accès isolé, pourcentage qui coïncide avec les 10 % indiqués par P. ABÉLY ².

Cependant, entre 1900 et 1910 spécialement, un certain nombre d'auteurs dans le but d'ébranler l'entité Kraepelinienne définie justement par la récurrence, ont voulu montrer que les récurrences n'étaient pas fatales. D'après KRAEPELIN lui-même, sur un total de 471 malades ayant fait un accès (263 mélancolies, 102 manies, 106 formes alternes), seuls 215 ont fait une récurrence (102 mélancolies, 24 manies, 89 formes différentes) et 57 seulement ont fait deux récurrences ou plus ³. Mais on a donné des chiffres bien plus optimistes : HINRICHSEN ⁴ sur 233 cas ne comptait que 51 cas de récurrences. La statistique de RÉGIS ⁵ est également favorable à l'accès isolé sans récurrence ; pour cet auteur 74 % des cas ne récurreraient pas : sur 181 cas, dont 46 observés pendant plus de 50

...pour RÉGIS 74 % des cas ne récurreraient pas...

1. *Traité* de BUMKE, VI, p. 179.

2. P. ABÉLY, Les terminaisons de la Mélancolie, *Thèse*, Paris, 1923.

3. Cf. *Traité* de BUMKE, VI, p. 184.

4. HINRICHSEN, Statistische Beitrag zur Frage nach den Häufigkeit der einfachen akuten Manie bei Verhalt zu den periodischen Formen derselben, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 54-786. Il importe de faire remarquer à propos de ce travail que si on ne prend que les cas supérieurs à une durée de 14 ans, le pourcentage de « non récurrences » tombe naturellement à 5 %.

5. RÉGIS, Comptes rendus du *Congrès des Aliénistes* de Genève-Lausanne, 1907, p. 17.

ans, on notait 48 cas de manies simples sans récurrence. RIVIÈRE ¹ conclut à un pourcentage de 74 % sans récurrence. VALIDIRE ² trouvait 69 % de cas sans récurrence sur un matériel statistique comprenant 1261 malades. SEVESTRE ³ répartit ses cas de la manière suivante : Manie sans récurrence : 221 (73 hommes ; 148 femmes) — Mélancolie sans récurrence : 248 (75 hommes, 173 femmes) — Psychoses périodiques avec récurrences : 635 (218 hommes, 417 femmes). Dans leur travail, REMOND et VOIVENEL ⁴ examinant en détail ce problème, concluent aussi qu'il y a lieu de retenir *comme une possibilité fréquente* l'accès de manie ou de mélancolie unique.

Au contraire, un certain nombre de statistiques, toujours à la même époque, furent publiées dans le but de montrer que la récurrence d'un accès maniaco-dépressif est la règle. A la clinique de KRAEPELIN, DREYFUS ⁵ avait rencontré 36 récurrences sur 42 observations personnelles. En France, nous pouvons nous rapporter à trois statistiques principales : celle de Gilbert BALLET et CHARPENTIER ⁶, celle de LALLEMANT et DUPOUY ⁷ et enfin celle de LERAT ⁸. Gilbert BALLET et CHARPENTIER ont étudié 356 cas de manie à l'asile Ste-Anne et ils ont noté des résultats synthétisés dans le tableau suivant :

...Statistique de Gilbert
BALLET et CHARPENTIER...
(1909)

Age	Total des malades	Proportion des récurrences
de 15 à 20 ans	20	5 %
de 20 à 25 ans	49	16 %
de 25 à 30 ans	45	20 %
de 30 à 35 ans	36	42 %
de 35 à 40 ans	54	46 %
de 40 à 45 ans	55	71 %
de 45 à 50 ans	46	67 %
de 50 à 55 ans	43	79 %
de 55 et plus	38	95 %

LALLEMANT et DUPOUY, étudiant également des cas de manie à l'asile de St-Yon, ont aussi obtenu un pourcentage croissant de récurrences en fonction de l'âge :

-
1. J. M. RIVIÈRE, *Statistique: 71 cas de manie et de mélancolie*, Thèse, Bordeaux, 1908.
 2. VALIDIRE, *Étude statistique de la psychose périodique*, Thèse, Bordeaux, 1908-1909.
 3. SEVESTRE, *Statistique sur la psychose périodique*, Thèse, Paris, 1909.
 4. REMOND et VOIVENEL, *loc. cit.*, p. 433 (1910 et 1911).
 5. DREYFUS, *Die Melancholie, ein Zustandsbild des M. D. Irresein*, Jena, 1907.
 6. Gilbert BALLET et CHARPENTIER (R.), *Encéphale*, 1909, 1, p. 601.
 7. LALLEMANT et DUPOUY, *Encéphale*, 1909, p. 602.
 8. G. LERAT, *Contribution à l'étude statistique de la Psychose périodique*, Thèse, Paris, 1909.

LES PSYCHOSES MANIACO-DÉPRESSIVES

<i>Age</i>	<i>Pourcentage de récédives</i>
10 à 25	10 %
25 à 30	40 %
30 à 35	60 %
35 à 40	50 %
40 à 45	65 %
45 à 50	72 %
50 à 55	91 %
55 à 60	64 %
plus de 60	72 %

...Statistique (1909) de LALLEMANT et DUPOUY...

Quant à la statistique de LERAT, elle aboutit au tableau suivant :

<i>Age</i>	<i>Total des cas</i>	<i>Proportion des récédives</i>
15 à 20	21	0 %
20 à 25	35	2 %
25 à 30	50	28 %
30 à 35	46	28 %
35 à 40	65	39 %
40 à 45	42	59 %
45 à 50	22	65 %
50 à 55	27	68 %
plus de 55	20	78 %

...Statistique (1909) de LERAT...

Tous ces chiffres tirés de travaux anciens sont particulièrement intéressants actuellement où l'on essaie de comparer les [risques] de récédives, le rythme et la fréquence des accès voués à leur mouvement naturel et les modifications thérapeutiques que l'on peut espérer apporter à leur évolution spontanée.

...Tous ces chiffres tirés de travaux anciens sont particulièrement intéressants actuellement [pour] le rythme et la fréquence des accès voués à leur mouvement naturel...

Mais il faut maintenant consulter les travaux « modernes ». Une certaine tendance à mettre l'accent sur les « mélancolies réactionnelles » d'une part et sur certaines formes symptomatiques d'autre part, a, comme nous l'avons vu en étudiant la manie et la mélancolie, incliné certainement à faire la part plus grande aux états maniaques ou mélancoliques (ceux-ci appelés plus généralement dépressifs) qui n'entrent pas ou entrent mal dans le concept d'une périodicité endogène.

RENNIE ¹ tient les accès mélancoliques isolés pour assez fréquents au contraire de ce qui lui paraît être la règle (récédive) pour les accès maniaques.

Les chiffres fournis par LUNDQUIST sont intéressants. Il a décompté 61 % de crises uniques dans son matériel statistique. Il donne en ce qui concerne les probabilités de

1. T. RENNIE, *loc. cit.*, 1945.

récidives les chiffres suivants ¹ : un accès de manie, à moins de 30 ans, a 30 % de risques de récurrence dans les 3 ans, 7 % dans 6 ans, 11,5 % dans 9 ans et 4,5 % dans 12 ans. Un accès de mélancolie, à moins de 30 ans, a 12 % de risques de récurrence dans les 3 ans, 13 % dans 6 ans et 4 % dans 9 ans. Par contre, si les malades sont âgés de plus de 30 ans, les possibilités de récurrence sont pour la manie de 12 % dans 3 ans, 7 % dans 6 ans, 8,4 % dans 8, 9 ans et 25 % dans 15 ans, et s'il s'agit de mélancolie de 10 % dans 3 ans, 12 % dans 6 ans, 9 % dans 9 ans, 8 % dans 12 ans et 6 % dans 15 ans. Il faut remarquer à ce sujet que les accès maniaques survenant chez les jeunes ont tendance à se répéter rapidement (30 % au bout de 3 ans), tandis que, chez les malades âgés de plus de 30 ans, la répétition de la crise maniaque a plus de risque de se produire 15 ans après (25 %).

A. STENSTEDT (chapitre 2) parmi ses 288 malades a trouvé un pourcentage de 58 % d'accès sans récurrences. Ceci est important si l'on tient compte de la durée d'observation de ce matériel clinique qui a été très longue (seuls deux « proposants » furent suivis moins de 2 ans, 25 % le furent pendant 5 à 10 ans, 30 % de 10 à 20 ans et 30 % plus de 20 ans).

Nous n'avons pu entreprendre dans notre service une investigation systématique. Mais pour nous qui suivons personnellement depuis 20 ans un grand nombre de malades d'une population fixe, nous avons l'impression que les chiffres de STENSTEDT doivent correspondre à la réalité. En effet, sur les quelque 1.000 crises que nous avons soignées, certainement une bonne moitié a formé dans la suite un contingent récidivant de type maniaco-dépressif ². Pour les autres, ou bien il s'agissait d'un épisode isolé ou bien ils ont évolué vers une forme de chronicité autre que la psychose maniaco-dépressive.

...pour nous, [...] sur les quelque 1.000 crises que nous avons soignées, certainement une bonne moitié a formé dans la suite un contingent récidivant de type maniaco-dépressif... (H. Ey)

B.— LES FORMES DE PSYCHOSES PÉRIODIQUES QUI S'ORGANISENT EN NÉVROSES OU EN DÉLIRES CHRONIQUES OU ABOUTISSENT A UN ÉTAT D'AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL PLUS OU MOINS SCHIZOPHRÉNIQUE, FONT-ELLES PARTIE DE LA PSYCHOSE MANIAQUE-DÉPRESSIVE ?

Il suffit de jeter un regard sur le paragraphe que J. LANGE consacre aux formes atypiques ³, pour avoir du même coup une sorte de panorama psychiatrique dont la psychose maniaco-dépressive représente le centre. Il existe en effet toute une série de formes « marginales », « atypiques », etc., qui sont comme autant de ponts jetés entre cette « entité » et les autres.

1. LUNDQUIST, 1945, *loc. cit.*, p. 442. (Tableau 12, p. 59, et figure 3, p. 60).

2. A ce contingent sont certainement venus s'ajouter beaucoup de cas de psychoses aiguës (bouffées délirantes, confusions, etc), qui ont ensuite évolué comme des « psychoses périodiques ».

3. « Atypische Gestaltungen ». *Traité* de BUMKE, t. VI, pp. 133 à 178.

Nous avons mis en lumière dans nos précédentes études ces profondes et multiples anastomoses. Leur considération ici nous entraînerait si loin dans ces grands problèmes des relations des psychoses périodiques avec l'épilepsie, avec la schizophrénie, avec la paranoïa, avec les névroses, que nous préférons renoncer à les approfondir dans cette perspective pourtant fondamentale. Nous nous contenterons ici de quelques indications. Mais nous les retrouverons dans notre volume suivant à propos des psychoses chroniques et des névroses. Au surplus, nous nous sommes assez familiarisés avec ces faits, à propos de la manie et de la mélancolie (et de leurs formes inférieures de déstructuration hallucinatoire, oniroïde, confuse, etc.) pour rendre presque inutile un nouvel examen de la question dans le cadre de ces études sur les psychoses aiguës.

...les grands problèmes des relations des psychoses périodiques avec l'épilepsie, avec la schizophrénie, avec la paranoïa, avec les névroses...

— Dans quelle mesure le malade maniaco-dépressif présente avant l'éclosion des accès ou entre eux, un type *d'organisation névrotique* ? Nous avons déjà indiqué que ce fait est solidement établi à propos des rapports réciproques de l'hypomanie, des formes d'anxiété et de dépression, des types de personnalités psychopathiques, des réactions de comportement ou bien d'exaltation, d'agressivité, d'amoralité d'une part — et les crises « névropathiques », « réactionnelles », « hystérisées » et les phases d'anxiété, de dégoût, de « cafard », de chantage au suicide, d'éréthisme passionnel et émotionnel et des états d'insatisfaction affective (frustration, jalousie, etc.) que l'on rencontre chez les névrosés d'autre part. C'est naturellement autour du problème de l'angoisse que se déroulent toutes ces manifestations de déséquilibre cyclothymique ou de « crises névrotiques ». Le mélange d'exubérance et de dépression, d'exaltation et de découragement, d'avidité et de refus, équivaut assez souvent à une sorte d'état mixte maniaco-dépressif névrotique. Généralement, il s'agit d'une persistance plus ou moins évidente d'angoisse ou de dépression qui constitue l'habitus morbide entre les accès (quelle que soit leur forme) : une extrême sensibilité aux conflits éthiques, l'inquiétude, le besoin de lutter contre la culpabilité (par le développement des tendances mystiques exagérées, par des générosités excessives, des sacrifices auto-punitifs ou des réactions d'échec) sont très fréquents chez ces malades qui présentent ces *dépressions névrotiques* dont le caractère tout à la fois « réactionnel » et « endogène » est fort embarrassant pour les auteurs qui accordent à cette distinction une valeur un peu trop absolue ¹. Parfois enfin il s'agit de structures névrotiques plus accentuées et notam-

...C'est naturellement autour du problème de l'angoisse que se déroulent toutes ces manifestations de déséquilibre cyclothymique ou de « crises névrotiques »...

1. Cf. ce que nous avons exposé dans l'étude n° 21, sur les dépressions mineures et réactionnelles... A. PEDERSEN, R. POORT, H. J. SCHOU (Periodical depression as an independent nosological entity. *Acta Psychiatrica*, 1948, 23, pp. 285 à 327, et J. LOPEZ IBOR (*La angustia vital*, Madrid, 1950), en décrivant le cycle thymopathique soulignent les relations naturelles que ces formes d'angoisse et de dépression névrotique contractent avec la cyclothymie même si cliniquement elles constituent des aspects sémiologiques particuliers.

ment des angoisses *phobiques* ¹. Pour ce qui est des rapports avec les grandes psychonévroses, les faits sont plus discutables, mais on rencontre de temps en temps dans la clinique des cas de névroses obsessionnelles avec la phénoménologie compulsive caractéristique qu'il est bien difficile de séparer de la cyclothymie et du cycle maniaco-dépressif personnel ou familial. Quant aux structures hystériques quand elles s'apparentent par leur mécanisme de conversion aux cénestopathies, à l'hypocondrie et aux angoisses systématisées et cristallisées par investissement des fonctions et des organes, elles sont encore bien près de ces névroses cyclothymiques ou plus exactement elles n'en sont séparées que par un artifice de définition. Tout cela est d'autant plus vrai que, comme nous l'avons vu et y reviendrons, les investigations, les conduites thérapeutiques et les théories psychanalytiques s'appliquent aux accès maniaco-dépressifs dans la mesure même où ces accès manifestent, eux aussi, la structure conflictuelle profonde de la personnalité ².

...délire d'influence ou de revendication, de psychoses passionnelles rythmées par la manie ou encore de délires de persécution ou de négations mélancoliques, il existe des cas bien troublants...

— Les relations que soutiennent entre elles les crises de type maniaco-dépressif et les *organisations délirantes chroniques* sont aussi bien connues (SPECHT, ANGLADE, BESSIÈRE, EWALD, CAPGRAS, etc.). Nous les avons déjà étudiées ailleurs ³. Qu'il s'agisse de délire d'influence ou de revendication, de psychoses passionnelles rythmées par la manie ou encore de délires de persécution ou de négations mélancoliques, il existe des cas bien troublants au point que l'on ne sait s'il faut les ranger ou non dans les psychoses périodiques.

C'est autour du problème des délires passionnels, de revendication, de la paranoïa d'involution et des délires systématisés de persécution non hallucinatoire que se groupent ces faits. Mais il convient de rappeler que les paraphrénies, les délires hallucinatoires d'influence et le syndrome d'automatisme mental se constituent, eux aussi, parfois sur une base expansive, d'excitation psychique, d'anxiété, d'agitation, avec crises qui constituent les « moments féconds » de ces délires surtout à leur période initiale ou dans l'effervescence de leurs poussées évolutives.

Ceci nous conduit naturellement à examiner maintenant le rapport de la psychose

1. Les relations des phobies (de l'hystérie d'angoisse) et de la cyclothymie ont toujours été discutées dans toutes les Écoles. En France, MOREL, PITRES et RÉGIS, ARNAUD, SÉGLAS, en Allemagne, WILLE, KAHN, FRIEDMANN, BONHOEFFER, STOECKER (contre l'avis de KRAEPELIN et LANGE, soulignons-le), ont soutenu la nature et la genèse mélancolique et dépressive des phobies.

2. Cf. V. ZAHLE, On manic depressive psychosis and neurosis, *Acta psychiatrica*, 1951, 26, pp. 25 à 111. Ce travail contient outre des réflexions approfondies sur ce thème, deux observations qui illustrent ce que nous venons d'exposer.

3. Études n° 21 et 22 (à propos des organisations délirantes « secondaires », de la manie et de la mélancolie). Cf. LANGE, (*Traité de BUMKE*, t. VI, pp. 163 à 166), et CAPGRAS. Psychose mixte. Paranoïa maniaco-dépressive, *Semaine des Hôpitaux*, 1933, n° 13. On trouvera un court résumé et bien documenté de la question des relations entre psychose maniaco-dépressive et délires dans un travail d'HALBERSTADT (Syndromes anormaux au cours de la Psychose maniaco-dépressive, *Ann. Médico-Psycho.*, 1930, 1, pp. 122 à 127).

maniaco-dépressive et des *schizophrénies*. KRAEPELIN voyait dans l'évolution typique de la psychose maniaco-dépressive une absence caractéristique d'affaiblissement intellectuel. DENY et CAMUS qui se sont faits en France les défenseurs de la conception kraepelinienne, ont écrit que la « folie manie-dépressive n'aboutit jamais à la démence quels que soient le nombre et l'intensité de ses paroxysmes ». Cette opinion était aussi celle des grands classiques (BAILLARGER, FALRET, KRAFFT-EBING). Cependant, comme nous l'avons précédemment noté, on observe des cas, appelés anciennement « démences vésaniques », qui évoluent vers la « détérioration mentale » plus ou moins marquée. Citons à titre d'exemple les cas de LEROY, ROUBINOVITCH et TREIXES ¹, de LEROY et MONTASSUT ², de CAPGRAS et ABELY ³, de CLAUDE et LEVY-VALENSI ⁴, de ROUART ⁵, de RONDEPIERRE et COLOMB ⁶. Cet affaiblissement intellectuel correspond à la fameuse démence vésanique des anciens auteurs. Sans doute ne convient-il pas d'exagérer ni la relative fréquence de ces formes démentielles, dont l'estimation statistique est d'une part bien difficile (GOLDKUHL cité par LUNDQUIST donne le taux de 1,9 %), ni le fait que l'on observe au cours de l'évolution des démences précoces des formes rémittentes ayant beaucoup d'analogies symptomatiques avec les crises maniaco-dépressives. Mais ces faits posent en matière de nosographie et même tout bonnement dans la pratique clinique quotidienne la question des rapports que soutiennent entre elles la *psychose maniaque-dépressive*, la *démence kraepelinienne* et les *psychoses schizophréniques* ⁷.

Pour CLAUDE et LEVY-VALENSI, il y a lieu d'envisager les relations de la psychose périodique avec l'ensemble des faits groupés sous le nom de démence précoce à la lumière de la distinction des états schizophréniques et des états démentiels proprement dits. Il existerait des formes schizophréniques à évolution intermittente présentant des crises schizo-maniaques tandis qu'au contraire l'évolution des formes de type « démence précoce vraie » n'affecterait guère ce genre d'évolution cyclique.

Quant à ROUART, il indique qu'entre les formes pures et typiques caractéristiques d'évolution nettement différente, il y aurait toute une série d'états intermédiaires, des « formes marginales », sorte de lieu d'interférence des deux groupes opposés l'un à

...Pour CLAUDE et LEVY-VALENSI [...] il existerait des formes schizophréniques à évolution intermittente présentant des crises schizo-maniaques...

...Thèse de J. ROUART...

1. LEROY, ROUBINOVITCH et TRELLES, Psychose maniaco-dépressive ou Schizophrénie évolutive, *Ann. Médico-Psycho.*, 1931, II.

2. LEROY et MONTASSUT, *Soc. Médico-Psycho.*, 30 novembre, 1925.

3. CAPGRAS et ABÉLY, Psychoses atypiques, folie intermittente ou démence précoce, *Bull. Soc. Clin. Med. Ment.*, 1922.

4. CLAUDE et LEVY-VALENSI, Psychose périodique et Démence précoce, *Encéphale*, 1931, 1, pp. 377 à 414. Travail bien documenté avec trois observations.

5. J. ROUART, *Psychose maniaque-dépressive et folies discordantes*, Thèse, Paris, 1935. Cet ouvrage est le plus considérable écrit en français sur ce problème qui y est envisagé sous tous ses aspects.

6. RONDEPIERRE et COLOMB, Les psychoses discordantes à forme périodique, *Ann. Médico-Psycho.*, 1944, 11, pp. 97 à 113. Article bien documenté à propos d'une seule observation.

7. NOBILE (S.). Psicosi m-d e schizofrenie, *Rivista Sper. di Frematria*, 1953.

...les formes de transition expriment la résistance que la nature oppose à un trop grand schématisation théorique...

...schizophrénie n'exclut pas intermittence tout de même que « périodicité » n'est pas synonyme d'état maniaco-dépressif...

l'autre par la psychiatrie allemande. A l'égard de ces formes atypiques où se mêlent à la fois l'intermittence, la discordance, les tableaux cliniques maniaco-dépressifs, il paraît tout aussi difficile de les faire entrer dans le groupe maniaco-dépressif que de les placer dans le cadre de la démence précoce : il s'agit là de formes de transition qui expriment la résistance que la nature oppose à un trop grand schématisation théorique. On pourra discuter longtemps sur la légitimité de tel ou tel diagnostic si on ne prend pas acte du fait qu'il existe entre des formes d'évolution absolument typiques, des « formes marginales ».

Pour RONDEPIERRE et COLOMB, il y aurait des formes périodiques des psychoses discordantes, de telle sorte que poser le diagnostic de schizophrénie n'exclut pas l'intermittence tout de même que « périodicité » n'est pas synonyme d'état maniaco-dépressif...

A l'étranger, c'est tout d'abord sur les relations de la catatonie et des psychoses périodiques que l'attention des auteurs s'était concentrée. On connaît la discussion entre URSTEIN ¹ et les Kraepelinien WILLMANN et DREYFUS. URSTEIN a montré combien étaient fréquents les traits catatoniques dans un grand nombre de psychoses périodiques. Or on pense pouvoir réduire cette difficulté en faisant intervenir le patrimoine hérédo-pathologique mixte et la constitution biotypologique, ce qui a permis à l'École allemande de proposer cette formule : « Entre le cycle maniaco-dépressif et le cycle schizophrénique il y a un large domaine mixte de psychoses intermédiaires ² ». Et on a ainsi introduit un groupe, somme toute typique, de « Psychoses atypiques » (HOFFMANN) ou « dégénératives » (KLEIST ³). Comme on le voit le fait que certaines psychoses maniaco-dépressives « tournent » à l'évolution schizophrénique n'est pas discuté, mais la nosographie des entités ne perd jamais ses droits en invoquant alors une « association » de deux psychoses... Pour notre part, nous nous contenterons de les considérer toutes deux non comme des entités mais comme des évolutions qui peuvent s'écarter de leur forme typique.

Toutes ces formes chroniques ⁴ de manie et de mélancolie que nous venons de rappeler aggravent les difficultés que rencontre la définition du groupe maniaco-dépressif en jetant un pont naturel, une fois de plus, entre les crises et les formes d'organisation chroniques psychotiques et névrotiques.

1. A. URSTEIN, *Die D. P. und ihre Stellung zum m. d. Irresein*, Berlin, Vienne, 1909, et *M. D. Psychose und periodische Irresein als Erscheinungsform der Katatonie*, Berlin-Vienne, 1912.

2. Cf. BUMKE, t. VI, pp. 170 à 178. LANGE y a placé un tableau récapitulatif des cas de URSTEIN (p. 171). KRETSCHMER, BLEULER, MAUZ, HOFFMANN, WYRSCH, etc. ont adopté à peu près cette manière de voir.

3. C'est à un point de vue analogue que s'était rangé, Achille DELMAS, (Psychose périodique et Démence précoce, *Ann. Médico-Psycho.*, 1934, 92, pp. 570 à 580).

4. O. BRODWALL, The course of the M. D. psychosis, *Acta Psych. Scandinava*, 1947, 22, pp. 195 à 210. Les formes chroniques, d'après la statistique d'O. BRODWALL, atteindraient chez les mélancoliques le taux de 5 % environ.

C.— LES FORMES RÉACTIONNELLES OU SYMPTOMATIQUES ENTRENT-ELLES DANS LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE ?

La grande question qui se pose à cet égard est celle de savoir si le caractère des psychoses périodiques est, ou bien leur *évolution* ou bien leur nature *constitutionnelle*. Mais dire d'une maladie qu'elle est constitutionnelle ne peut pas exclure l'idée qu'elle est rattachable à un processus étiologique, puisque celui-ci peut être héréditaire. Si bien qu'il apparaît très difficile d'exclure, tout au moins du point de vue théorique, les formes d'évolution maniaco-dépressive du groupe des psychoses périodiques pour la simple raison qu'on croit (à tort ou à raison) avoir la chance de pouvoir les rattacher à un « facteur étiologique ». Ceci dit, il est clair que dans l'état actuel de nos connaissances, il existe un certain antagonisme nosographique entre les cas de psychoses maniaco-dépressives « endogènes » bien caractérisées, récidivantes, à accès typiques et les accès symptomatiques. Ce problème de la nature endogène ou exogène de la mélancolie ou de la manie et plus généralement de la psychose maniaco-dépressive a été étudié surtout par l'École allemande. Un récent article de A. LITWAK ¹ pose le problème et tend à le résoudre dans le sens contraire aux conceptions trop étroitement constitutionnalistes. K. SCHNEIDER ², E. KAHN ³, etc... ont à propos des états dépressifs tenté une analyse pathoplastique de l'articulation des facteurs de milieu et réactionnels (« Precipitating factors » comme disent les anglo-saxons) ⁴ et des facteurs endogènes du tempérament et des prédispositions.

Nous renvoyons là encore à ce que nous avons déjà dit des « manies réactionnelles » et des « dépressions réactionnelles » (p. 51 et p. 175). On peut tourner autour du problème comme on voudra. Nous verrons plus loin que le « facteur héréditaire » est énorme, mais de là à assurer qu'il est suffisant ou même nécessaire, personne ne peut s'y aventurer. Et il est évident aussi, comme le souligne STENSTEDT, que les facteurs écologiques et familiaux jouent un rôle très important. C'est dire que là encore un pont doit être jeté entre les psychoses endogènes et réactionnelles, car une psychose n'est *probablement* jamais purement endogène ni jamais purement « réactionnelle ». De telle sorte qu'il ne nous paraît pas possible de détacher les « crises réactionnelles » du cadre de la psychose maniaco-dépressive.

Il existe aussi des formes maniaco-dépressives symptomatiques d'un processus étiologique exogène déterminé ⁵ et ces cas, comme nous l'avons souligné dans nos pré-

...une psychose n'est probablement jamais purement endogène ni jamais purement « réactionnelle »...

1. A. LITWAK, Contribution à l'étude des facteurs acquis dans l'évolution de la psychose maniaco-dépressive, *Encéphale*, 1949, pp. 388 à 417.

2. K. SCHNEIDER, *Nervenarzt*, 1950.

3. E. KAHN, *Nervenarzt*, (1950), p. 507.

4. Cf. statistique sur ce point dans DEDICHEN, pp. 37 à 39, et tableaux, pp. 135 à 137.

5. Cf. sur ce point les exposés de KRAEPELIN, t. III, 8^{ème} édition, pp. 1360 à 1370, de RÉGIS, 6^{ème} édition, pp. 329 à 330, de STRANSKY, pp. 120 à 133, et parmi les travaux de ces 3 dernières années les pages que LANGE, 28-34, et BELLAK, 65-71, consacrent à cette question .../...

...simples « facteurs déclenchant » des dispositions cyclothymiques profondes... mais montrant que « la constitution n'est pas tout »...

cédentes Études (21 et 22), pour être rares, n'en sont pas moins importants. La plupart des auteurs les considèrent comme de simples « facteurs déclenchant » des dispositions cyclothymiques profondes. Mais comme le dit A. LITVAK, même minimisés, ces faits tendent à démontrer que « la constitution n'est pas tout ».

On a anciennement mis en évidence les rapports des états maniaco dépressifs avec l'auto-intoxication (RÉGIS), avec la puerpéralité, les affections glandulaires et notamment celles de la thyroïde, avec les chocs opératoires, la castration, etc... Rappelons simplement quelques observations. La *syphilis cérébrale* a été invoquée par les auteurs du début du siècle comme facteur étiologique des formes intermittentes et naturellement, le diagnostic (et le problème même) des psychoses périodiques s'est parfois posé à propos des formes intermittentes des troubles de l'humeur dans la paralysie générale¹ et plus spécialement à l'occasion des formes dépressives². Mais c'est surtout *l'encéphalite épidémique* qui a donné lieu (comme le note DICKMEISS) à des observations curieuses. Il n'est pas rare de voir en effet dans ce cas des phases d'excitation et de dépression à type de crise de manie et de mélancolie anxieuse ou stuporeuse avec impulsions au suicide³. Les *traumatismes cranio-cérébraux* ont aussi alimenté cette rubrique et si des cas comme celui de SCHUSTER⁴ montrent qu'il faut être prudent, certaines observations publiées sont intéressantes⁵.

.../... l'article de DICKMEISS. Les facteurs étiologiques dans la psychose maniaco-dépressive, *Ann. Médico-Psycho.*, 1930, 11, pp. 774 à 781, et celui de A. LITVAK, *loc. cit.*, p. 455, (1949).

1. Cas de MOSNY et BARAT, *Revue de Psychiatrie*, 1910, de CARRETTE, *Soc. Méd. Mentale*, 1924, etc.

2. REDALIÉ, Syphilis cérébrale et Psychose, *Archives Suisses de N. et P.*, 1922, XI, pp. 230 à 243, cf. la 2^{ème} observation.

3. On en trouvera un exposé dans l'article de RUNGE, *Traité de BUMKE*, t. VII, pp. 564 à 568. Citons aussi les observations de LAIGNEL-LAVESTINE et P. KAHN, *Ann. Médico-Psycho.*, 1922, II, pp. 68 à 74, de G. PETIT (plusieurs publications à la *Soc. Méd. Psych.*, de 1920-1921, et *Rapport du Congrès des aliénistes de Quimper* 1912, notamment pp. 14 et 15), les cas de STENGEL, *Wien med. Wochenschr.*, 1937, 87, pp. 283 à 285, et *Archiv. f. Psych.*, 1937, 106, pp. 726 à 743, le cas de FOSTER KENNEDY, A case of post encephalitic cyclothymie, *J. Neu. and ment. Disease*, 1944, 100, pp. 192 à 197, qui a donné lieu à une discussion animée, (JAMEISON, BUCKNER, etc.). Récemment encore R. WOLF a publié une observation d'hypomanie chronique qui est très intéressante à cet égard, *Nervenarzt*, 1948, pp. 57 à 63.

4. SCHUSTER, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1913, pp. 70 à 348, Il s'agissait de deux jumeaux dont un présenta après un traumatisme un accès de manie que l'autre présenta également... sans traumatisme.

5. On en trouvera dans un livre ancien, le *Traité clinique et médico légal de troubles psychiques post-traumatiques*, de BENON, Paris, 1913. KLEIST, dans sa *Gehirmpathologie*, en rapporte quelques cas personnels ou empruntés à la littérature, pp. 1234, 1239. L'étude approfondie du cas d'un traumatisé qui présentait un syndrome complexe, trouble de la conscience et de l'orientation, agitation, logorrhée, a permis à G. ZILLIG (Zur Symptomatologie traumatischen Psychosen und expansive Syndrom, *Nervenarzt*, 1941, pp. 145 à 158), une étude très intéressante du problème des rapports de la psychose périodique et du diencephale. Plus récemment HOHEISEL (H. P.) et WALCH (R.) (Ueber m-d verwandte Verstimmungszustand nach Hirnverletzung. *Archiv. f. Psych.* — *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1952, 188) ont publié cinq cas dont un cas de relation évidente avec les lésions de l'hypothalamus et deux autres cas où une atteinte diencephalique paraissait plausible. Dans un seul cas, il y avait une « disposition endogène ».

A vrai dire, ces cas sont beaucoup plus souvent des états confuso-oniriques ou confuso-anxieux. Les *tumeurs cérébrales* ont donné l'occasion de mettre en évidence des manifestations cliniques qui se rapprochent des états maniaco-dépressifs. Pendant longtemps, les travaux sur ce point n'ont fait que mentionner dans leurs statistiques des états dépressifs ou d'excitation maniaque. Ainsi SCHUSTER ¹ signale 13 cas de manie que REDLICH ² tient d'ailleurs pour douteux. Lui-même insiste sur les troubles de la vie affective et signale les états neurasthéniques et hypocondriaques (THOME, SCHUSTER) mais surtout les formes euphoriques avec excitation moriatique ; il cite le cas de LADAME (tumeur cérébrale, 1865), de BERNHARDT (tumeur frontale, 1881). Les cas de véritable manie (UHLENHUT, sarcome temporo-pariétal droit) ou de mélancolie (MONAKOW, tumeur pariétale — KERN, tumeur temporale gauche) lui paraissent exceptionnels. BARUK ³ sur 55 observations en rapporte une (n° 19) où il s'agissait d'un état d'excitation à type de moria et 4 observations (n° 2, 7, 8 et 9) où il s'agissait d'états mélancoliques ou dépressifs. JAMEISON et HENRY ⁴ font mention de deux cas de ce genre dans leur statistique de 22 cas. PFEIFER ⁵ rappelant les cas de REDLICH en signale le leur rareté.

WALTHER BUEL ⁶ mentionne aussi quelques cas (2,7 %) d'états maniaco-dépressifs parmi les 60 cas personnels et les 540 observations dépouillées à la clinique neuro-chirurgicale de KRAYENBUHL ; il insiste, avec M. BLEULER, sur l'ensemble et la totalité des facteurs personnels dans le déterminisme des troubles psychiques de ces processus tumoraux.

En dehors de ces travaux généraux, de nombreuses publications ont été faites depuis 20 ans sur des cas intéressant le sujet qui nous occupe. Pour nous en tenir à celles qui ont été publiées en France, mentionnons celle de MARCHAND et DUPOUY ⁷ : gliome envahissant les deux hémisphères, agitation anxieuse intermittente — celle de LARRIVÉ et MATHON ⁸ : méningiome de l'étage antérieur — 9 ans de troubles mentaux à type d'état mélancolique — celle de RONDEPIERRE et CUEL ⁹ : méningiome temporo-pariétal gauche avec troubles d'allure maniaco-dépressive — celle de MARCHAND et DUPOUY ¹⁰ : tumeur secondaire du lobe temporal droit et syndrome mélancolique (cette observation a donné lieu à une intéressante discussion entre MARCHAND et

...Les tumeurs cérébrales ont donné l'occasion de mettre en évidence des manifestations cliniques qui se rapprochent des états maniaco-dépressifs...

1. SCHUSTER, *Psychischen Störungen bei Hirntumoren*, Stuttgart, 1902.

2. REDLICH, *Traité d'Aschaffenbuch*, 1911.

3. BARUK, Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales, *Thèse*, Paris, 1927.

4. G. R. JAMEISON et HENRY, Mental aspects of *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 1933,2, pp. 333 à 353, et 500 à 518.

5. PFEIFER, *Traité de BUMKE*, tome VII.

6. WALTHER BUEL (H.), *Die Psychiatrie der Hirngeschwülsten* (1951).

7. MARCHAND et DUPOUY, Congrès des aliénistes de Nancy, 1937.

8. LARRIVÉ et MATHON, *Ann. Médico-Psycho.*, 1936.

9. RONDEPIERRE et CUEL, *Soc. Méd. Psych.*, 28 décembre, 1936.

10. MARCHAND et DUPOUY, *Ann. Médico-Psycho.*, 1940, 1, p. 48, discussion avec LHERMITTE, p. 251.

LHERMITTE) — celle de PUECH, BUVAT et DESCLAUX ¹ : adénome hypophysaire et excitation maniaque — celles de RISER et LABOUCAIRÉ ² : 1 mélancolie et 2 états dépressifs — celle de MAURICE et TROTOT ³ : tumeur du 3^{ème} ventricule avec état maniaque à type de « moria » — celles enfin de PUECH, MORICE et BAUDON ⁴ : 5 tumeurs de la fosse postérieure comportant trois syndromes maniaco-dépressifs...

Nous devons maintenant ajouter qu'un intérêt spécial s'est attaché aux *tumeurs diencéphaliques* juxta-ventriculaires hypophysaires, hypothalamiques, etc. c'est-à-dire à toutes celles qui semblent atteindre électivement les dispositifs de la régulation de l'humeur (d'après J. DELAY ⁵). Un certain nombre d'observations de tumeurs diencéphaliques ont été retenues comme particulièrement intéressantes surtout, pour la plupart, parce qu'elles ont permis une étude expérimentale des réponses de la région juxta-ventriculaire aux stimuli opératoires. Comme nous l'avons noté (observation de PUECH, BUVAT et DESCLAUX) « les états d'excitation » sont plus souvent mentionnés dans ces travaux et nous avons déjà fait remarquer (Étude n° 22) que pour la mélancolie, sauf l'observation de R. GRINKER ⁶ les faits précis demeurent assez rares. En 1929, FULTON et BAILEY ⁷ avaient observé 3 cas d'excitation maniaque après intervention pour tumeur du 3^{ème} ventricule. COX ⁸ au cours d'une extirpation d'un volumineux adénome hypophysaire constata aussi une crise d'agitation avec excitation bruyante et DOTT ⁹ nota chez une fillette atteinte d'un cranio-pharyngiome (qui nécessita d'ailleurs l'excision d'une partie du lobe frontal) une période post-opératoire d'excitation. Mais ce sont les observations de FOERSTER et GAGEL ¹⁰ qui ont eu le plus de retentissement. Dans leurs trois cas (cranio-pharyngiome suprasellaire — papillome des plexus choroïdes et tumeur kystique suprasellaire), la « manipulation » de la région du 3^{ème} ventricule pendant l'intervention déclencha un état d'exaltation. Ces faits laissent un peu perplexes car

...Les observations de tumeurs diencéphaliques ont été retenues comme particulièrement intéressantes surtout [...] parce qu'elles ont permis une étude expérimentale des réponses de la région juxta-ventriculaire aux stimuli opératoires... (voir J. DELAY, *Les dérèglements de l'humeur*, 1946)

1. PUECH, BUVAT et DESCLAUX, *Ann. Médico-Psycho.*, 1944, II, p. 282.

2. RISER et LABOUCAIRÉ, Congrès des aliénistes de Genève-Lausanne, 1946.

3. MAURICE et TROTOT, *Ann. Médico-Psycho.*, 1947, 2, pp. 535 à 540.

4. PUECH, MORICE et BAUDON, *Ann. Médico-Psycho.*, 1950, 1, pp. 351 à 354.

5. J. DELAY, *Les dérèglements de l'humeur*, Paris, 1946. On y trouvera (comme nous l'avons déjà indiqué à plusieurs reprises) une documentation sur le rôle du diencéphale et de l'hypothalamus dans l'équilibre de l'humeur, notamment pp. 100 à 110. Le travail de DAVID, HECAEN et TALAIRACH, Troubles psychiques à type expansif au cours des interventions sur la région du 3^{ème} ventricule, *Revue Neurologique*, 1946, pp. 541 à 560, complétera cette documentation.

6. R. GRINKER, Hypothalamic functions in psychosomatic interrelations, *Psychosomatic Medicine*, 1939, I, pp. 19 à 22.

7. J. F. FULTON et BAILEY (P.), Contribution to the study of tumors in the regions of the third ventricle : the diagnosis and relation to pathological sleep, *J. of New. and Ment. Disease*, 1929, 69, pp. 1 à 25, 145 à 164, et 261 à 277.

8. J. B. COX, Tumours of the base of the brain, their relation to pathological sleep and other changes in the conscious state, *Med. J. Australia*, 1937, pp. 742 à 750.

9. N. M. DOTT, *Surgical aspects of the thalamus. The hypothalamus*, 1 vol., 1938.

10. FOERSTER et GAGEL, *Article de GAGEL, ou Traité de BUMKE*, et FOERSTER, t. V, pp. 482 à 516.

il s'agit souvent d'observations cliniques sommaires, mais nous nous devons de les souligner spécialement en raison de leur importance et de leur actualité.

Quant aux *syndromes hormonaux* dans leur rapport avec la psychose maniaco-dépressive, nous ne pouvons pas ici entrer dans le détail de cet immense problème ¹. Contentons-nous, puisque nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin à propos de la pathologie organique des psychoses périodiques et que nous en avons touché déjà un mot à propos de nos études particulières de la manie et de la mélancolie, contentons-nous de dire ici qu'il y eut d'abord une *ère thyroïdienne* et du temps de KRAEPELIN on tenta d'assimiler, en effet, la nature endogène du processus à une insuffisance ou à un trouble thyroïdien ; aussi avait-on fait beaucoup de recherches sur les relations de la psychose maniaco-dépressive et du myxœdème ou la maladie de BASEDOW. Puis vint l'*ère hormonale sexuelle* et on mit alors en cause les rapports des folies périodiques avec la puberté, la ménopause, la gestation, l'accouchement, sans oublier naturellement le cycle de la menstruation. Pour si perfectionnées que soient nos techniques actuelles et pour si incontestables que soient les rapports entre les crises et le cycle œstral et ses variations normales ou pathologiques de l'équilibre folliculine-progesterone, l'incertitude d'une causalité profonde a toujours découragé jusqu'ici les chercheurs les plus acharnés. L'*ère hypophysaire* ² a succédé à celle qui s'intéressait spécialement aux gonades. D'abord les études sur le brome et les rapports hypophyso-infundibulaires puis l'action de la « reine des glandes » sur la thyroïde, le tractus génital, la cortico-surrénale, etc. enfin la physiopathologie du vaste et complexe système des hormones « régularisatrices » des défenses de l'organisme ont donné une certaine actualité à cette pathologie endocrinienne de la psychose maniaco-dépressive. En France, X. et P. ABÉLY s'y sont beaucoup intéressés. C'est maintenant dans les *corrélations hypophyso-cortico-surrénales* que s'est concentré l'intérêt comme nous l'avons spécialement indi-

...à l'ère thyroïdienne...
succéda l'ère hormonale
sexuelle... puis l'ère
hypophysaire ...et enfin
l'ère hypophyso-cortico-
surrénale...

1. On trouvera dans les principaux ouvrages de Pathologie hormonale appliquée à la Psychiatrie, la documentation indispensable. Signalons à ce sujet, le livre de R. G. HOSKINS, *Psychoses and the Internal Secretions*, Cyclopedie of Medecine, Édit., Piersol, Philadelphie, 1934, et le rapport de TUSQUES, *Ann. Médico-Psycho.*, 1937. On se rapportera aussi aux livres de M. D. ALTSCHULE, *Bodily Physiology in mental and emotionnal Disorders*, New-York. Grune et Stratton, 1953, de Paul ABÉLY, *Introduction à l'étude de l'endocrino-psychiatrie*, Paris, 1949, au chapitre XVII écrit par R. A. CLEGHORN dans *The Biology of mental Healt and Disease*, Éd. Hoebner, New-York, 1950 ; aux comptes rendus de la réunion de la Société Suisse de Psychiatrie, novembre, 1952, (Rapports de REISS, M. BLEULER, Ch. DURAND) ; au rapport de M. REISS, *Endocrinology in depression*, à l'*American Psychopathological Association*, juin 1952 et au récent ouvrage de M. BLEULER sur l'endocrino psychiatrie (1954). Pour la pathologie cortico-surrénale qui est actuellement très en vogue, on consultera les comptes rendus du Symposium sur « Endocrinologie et Psychiatrie », Compte rendu in « *International Record of Medecine and gen. Practice Clinic* », mai, 1953, où R. A. CLEGHORN, Hudson HOAGLAND, M. D. ALTSCHULE, M. REISS et A. MIRSKY, ont étudié les divers aspects des corrélations psycho-cortico-surrénales.

2. Nous faisons allusion ici aux travaux sur le brome et la réaction de ZONDECK, dont nous avons parlé antérieurement.

qué dans nos études particulières de la manie et de la mélancolie. Il est bien connu que l'administration d'A. C. T. H. de cortisone ou d'adrénostéroïdes « perturbe l'humeur » et entraîne des états d'excitation avec euphorie ou plus rarement de dépression ¹, ce qui laisse supposer évidemment que les anomalies d'activité de la cortico-surrénale peuvent intervenir dans la pathogénie des états maniaco-dépressifs. C'est ainsi que récemment ALTSCHULE ² rappelle (p. 190) que les anciens auteurs avaient déjà signalé l'éosinopénie au cours des crises et un certain degré d'éosinophilie au moment de la rémission, ce qui paraît confirmer ce que nous savons sur les manifestations sanguines du « stress ». On ne peut certes pas faire fond sur ces recherches anciennes et d'ailleurs contradictoires, mais il semble que l'on peut (p. 192) considérer d'après les travaux récents que l'hyperactivité du cortex surrénalien joue un rôle dans les syndromes maniaco-dépressifs (variations de tolérance au glucose, éosinopénie, insulino-résistance, accélération de la glycogénèse, acétonémie, créatinurie, hypercholestérolémie, légère augmentation de l'élimination de 17 cétostéroïdes, phosphatémie, inversion du rythme nyctéméral du débit urinaire, etc.). Mais ce syndrome de la « crise » cortico-surrénale ne paraît pas aux yeux de l'auteur être le facteur pathogénique primordial, il ne serait que secondaire à ce trouble physiopathologique plus général ³.

Après avoir noté quelles « formes étiologiques » on pourrait ainsi décrire à la psychose maniaco-dépressive, il est bien clair que de deux choses l'une, ou bien on a des raisons sérieuses pour confondre la psychose maniaco-dépressive avec un ou plusieurs processus organiques bien assurés, et il n'y a aucune raison, même si on la conçoit comme la maladie hérédo-familiale (qu'elle est incontestablement), pour vouloir maintenir cette psychose au rang d'une psychose « pure » alors qu'elle paraît précisément « symptomatique » — ou bien on se trouve en présence de facteurs étiologiques seulement occasionnels et impuissants à rendre compte de la genèse de la psychose et, dans l'état actuel de nos connaissances, on n'est pas fondé à séparer des formes symptomatiques réactionnelles ou essentielles dans l'ignorance où nous sommes de la causalité profonde de cette forme typique de maladie mentale. Il est donc plus sage de considérer, répétons-le, que le fond de la maladie est constitué par un *abaissement pathologique du seuil de réaction* d'un niveau élevé, et que c'est dans cet *abaissement de seuil* que réside la condition des crises en *réaction* avec une multitude d'événements et sous l'influence de multiples processus de nature à faire varier ce seuil.

...le fond de la maladie est constitué par un abaissement pathologique du seuil de réaction d'un niveau élevé...

1. CLEGHORN (R. A.), *International Record of Medecin*, mai 1953, p. 181.

2. ALTSCHULE (M. D.), Adrenal function in some psychiatry disorders, *International Record of Medicine*, mai 1953, p. 194.

3. Nous retrouverons tous ces problèmes dans leur généralité plus loin, pp. 497 à 499.

D.— FAUT-IL FAIRE ENTRER DANS LE GROUPE MANIACO-DÉPRESSIF LES CRISES DE MANIE OU DE MÉLANCOLIE ATYPIQUES ?

Généralement la clinique impose une sorte de « synonymie » entre la notion de *périodicité* d'accès et les concepts d'accès de *manie* et *mélancolie*, pures et franches. Les choses ne se présentent pourtant pas toujours ainsi et il y a lieu de distinguer à cet égard deux éventualités : tantôt ce sont des formes autres que la manie et la mélancolie qui sont périodiques, tantôt ce sont les crises maniaco-dépressives qui ont un caractère atypique.

Le fait que l'on rencontre en clinique des formes périodiques qui ne soient pas rigoureusement maniaco-dépressives a été fréquemment masqué par la « synonymie » verbale qui fait nécessairement parler de manie ou de mélancolie quand des crises se répètent; [cependant] elles n'en existent pas moins. Les études de l'École de MAGNAN avaient bien montré la fréquence chez les « dégénérés » de « psychoses intermittentes » et, nous l'avons vu (Étude n° 23), la notion de « bouffées délirantes » ne signifie pas autre chose. Nous avons rappelé aussi que plus récemment l'École allemande (KLEIST, SCHRÖDER, POHLISCH) semble avoir « redécouvert » cette vérité clinique. Des cas de psychose confusionnelle récidivante, de « crises délirantes et hallucinatoires épisodiques », d'état plus ou moins apparenté à la manie ou à la mélancolie et à la confusion chez les épileptiques posent sur le plan clinique et théorique le problème de la limitation du groupe maniaco-dépressif. La parenté du groupe des psychoses intermittentes maniaco-dépressives et des psychoses comitiales à accès paroxystiques de manie, confusion, états dépressifs, etc., a été bien souvent discutée ¹. D'autre part — et nous pouvons nous rapporter à nos Études antérieures où nous avons étudié les formes symptomatiques de la Manie et de la Mélancolie — il est incontestable que certains accès évoluent chez des malades nettement maniaco-dépressifs avec des caractères qui les éloignent au cours de certaines crises des tableaux typiques de la manie ou de la mélancolie.

On comprend qu'un des représentants les plus fidèles de la conception kraepelienne en France, HALBERSTADT, se soit préoccupé de cette question. Nous lui devons en effet une excellente mise au point ² des syndromes anormaux au cours de la

...[critique de] la synonymie entre la notion de « périodicité » d'accès et les concepts d'accès de manie et mélancolie...

...[il existe] des cas de psychose confusionnelle récidivante, de « crises délirantes et hallucinatoires épisodiques », de psychoses comitiales à accès paroxystiques...

1. Nous devons signaler notamment les travaux de MARCHAND, et de son élève PICARD. Et en effet, depuis le fameux cas de DOUTREBENTE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1886, p. 179, des observations fort intéressantes ont été publiées. Cf. J. PICARD. Les parentés psychologiques et cliniques de l'épilepsie et de la psychose maniaco-dépressive, *Evol. Psych.*, 1934, 4, pp. 59 à 74, et L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA, Psychose périodique endogène et psychose épileptique périodique, *Ann. Médico-Psycho.*, 1944, 1, p. 329. Nous avons rapporté (pp. 117-118) l'observation de la malade Ber-Gou, qui avait fait des crises d'épilepsie jusqu'à 28 ans et qui à 60 ans a fait une série d'états mélancoliques typiques, avec un tracé électroencéphalographique comital. Mais nous envisagerons ce problème dans notre *Étude* n° 26.

2. HALBERSTADT, *Ann. Médico-Psycho.*, 1930, pp. 117 à 142, (bibliographie importante).

...nous devons à HALBERSTADT une excellente mise au point des syndromes anormaux au cours de la Psychose maniaco-dépressive...

Psychose maniaco-dépressive. Son travail embrasse d'ailleurs toute l'étendue des aspects que nous avons mentionnés plus haut en relatant les difficultés que le clinicien et le théoricien rencontrent relativement aux formes chroniques. C'est ainsi qu'il s'étend sur les délires, la schizophrénie, les obsessions. Mais pour le point qui nous intéresse ici, l'atypicité des crises elles-mêmes, il rappelle surtout l'aspect catatonique de certains accès de la folie intermittente et adopte l'opinion de LANGE qui les a dépeints comme appartenant soit aux « états mixtes » et aux états maniaques, soit aux malades ou très jeunes ou très âgés. Il analyse également les caractères du maniérisme et des stéréotypies, c'est-à-dire des symptômes qui « combinent » l'état maniaco-dépressif et la symptomatologie schizophrénique. Depuis lors ANDERSON et MALLINSON ¹ ont insisté sur le caractère de ces comportements (syndrome de GANSER) à propos de deux observations d'états dépressifs. HALBERSTADT décrit aussi des variétés de confusion ou d'états crépusculaires — dont nous avons tant parlé dans nos Études précédentes et qui ont été si bien étudiés par KLEIST — et il se range à l'opinion de LANGE et d'EWALD qui en définitive les incorporent à la psychose périodique maniaco-dépressive. Nous avons déjà fait état des cas d'onirisme signalés par ROUART ², BONNAFÉ et TOSQUELLES ³ au cours des psychoses périodiques. DESANA ⁴ a publié une observation de 34 accès récidivants à forme confuso-stuporeuse. BOWMAN et RAYMOND ⁵ ont étudié spécialement la question de formes hallucinatoires du point de vue du diagnostic que ces symptômes, les hallucinations, peuvent poser avec les évolutions schizophréniques. Mais nous n'en finirions pas de citer des cas et des travaux. Cela est d'ailleurs ici d'autant moins important que c'est le thème principal et sans cesse renouvelé de notre étude structurale des psychoses aiguës que de montrer que toutes ces formes et degrés de « crises », tout en étant de niveau différent, et précisément parce qu'elles ne sont qu'une organisation structurale de niveaux différents, se pénètrent, se « mâtinent » et se transforment les unes dans les autres.

...toutes ces formes et degrés de « crises », tout en étant de niveau différent [...] se pénètrent, se « mâtinent » et se transforment les unes dans les autres.

Si donc « la psychose périodique » est une psychose qui généralement est de type maniaco-dépressif, on peut dire qu'il existe d'autres psychoses périodiques composées de crises de niveaux plus profonds. Ce qui définit du point de vue de la périodicité et de la typicité des crises une « psychose périodique », c'est, comme le dit très bien ELSÄSSER ⁶, le retour périodique chez le même individu du même type de crises aux

1. ANDERSON et MALLINSON, Psychogenic episodes in the cours of major psychoses, *J. Mental, Sc.*, 1941, 87, pp. 383 à 396.

2. ROUART, *Évolution Psychiatrique*, 1936, 4, pp. 61 à 94.

3. BONNAFÉ et TOSQUELLES, Expérience oniroïque : début d'un accès maniaque, *Ann. Méd.-Psycho.*, 1944, I, 168-174.

4. G. DESANA, *Rivista sper. di Preniatria*, 1943, 67, pp. 491 à 493.

5. BOWMAN (K. H.), et RAYMOND (A. F.), A statistical study of delusion, *A research of Nerv. and Ment Disease*, 1931, n, pp. 313 à 323.

6. ELSÄSSER C., Ueber atypische endogene Psychosen, *Nervenarzt*, 1950, pp. 194 à 190.

diverses phases de son existence ¹.

A cet égard la constance du type de crise est assez remarquable chez un grand nombre de malades à type maniaco-dépressif comme l'ont montré KISKER² et SLATER³, sans exclure naturellement des variantes qui ne sont pas faites pour nous surprendre.

...la constance du type de crise est assez remarquable chez un grand nombre de malades à type maniaco-dépressif ...

E.— LE PROBLÈME DE L'AUTONOMIE DES FORMES MANIACO-DÉPRESSIVES D'INVOLUTION.

D'après ce que nous venons de dire, l'autonomie de la psychose maniaco-dépressive se trouve compromise toutes les fois que l'observation clinique nous offre : 1° des accès uniques, 2° des formes chroniques, 3° des crises paraissant rattachables à un processus étiologique dont elles ne seraient que l'expression syndromique, 4° des formes atypiques.

Or il existe en clinique des formes de manie et de mélancolie (ce sont celles-ci qui sont les plus fréquentes) qui se présentent parfois sous forme récidivante mais souvent aussi ne se manifestent que sous l'aspect d'un seul accès plus ou moins prolongé ou qui, au contraire, affectent une évolution chronique plus ou moins démentielle, et qui enfin relèvent d'un processus étiologique (la sénescence), ce sont les *manies* et les *mélancolies d'involution*.

...la question des mélancolies préséniles a été et reste la pierre d'achoppement sur laquelle vient sans cesse buter le problème de l'autonomie de la psychose maniaco-dépressive...

C'est pour toutes ces raisons que la question des mélancolies préséniles a été et reste la pierre d'achoppement sur laquelle vient sans cesse buter le problème de l'autonomie de la psychose maniaco-dépressive.

A l'égard de tels faits, KRAEPELIN⁴ avait eu d'abord la pensée de séparer les mélancolies d'involution du groupe maniaco-dépressif. Certains auteurs, notamment THALBITZER⁵, protestèrent contre cette opinion et un élève de KRAEPELIN, DREYFUS⁶, publia sur ce point en 1907 un travail qui connut un grand retentissement et entraîna l'adhésion de KRAEPELIN lui-même. Si bien qu'en Allemagne depuis lors une tendance s'est affirmée, celle d'englober, purement et simplement, toutes les formes maniaco-dépressives d'involution dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive. C'est ainsi

1. Il ajoute: et le même type dans la famille, ce qui constitue une condition « idéale » un peu excessive, car, d'après notre expérience, comme nous le dirons plus loin, chez beaucoup de malades on ne rencontre pas d'antécédents héréditaires, ce qui ne veut pas dire d'ailleurs que les conséquences héréditaires de leurs cas ne se manifesteront pas chez leurs descendants.

2. KISKER (G. W.), Constancy in the M. D. depressive, *J. Ner. and. Med. Dis.*, 1941, 93, pp. 163 à 168.

3. SLATER (E.), Periodizität des M. D. Psychosen, *Zeitschr. f. d. g. Neuro*, 1938, 162, pp. 794 à 801.

4. KRAEPELIN, 6^{ème} édition.

5. THALBITZER, Die M. D. Psychosen, *Arch. f. Psych.*, 1908, 43, p. 1071.

6. DREYFUS, *Die Melancolie, ein Zustandbild des M. D. Irresein*, Jena, 1907.

...en France on est resté très fidèle à l'idée d'une autonomie de la mélancolie d'involution, sorte de bastion anti-kraepelinien...

que KEHRER ¹, LANGE ², E. BLEULER ³, tout en admettant certaines nuances, ne séparent pas radicalement le groupe des « mélancolies d'involution » du cycle maniaco-dépressif. Cependant en France on est resté très fidèle à l'idée d'une autonomie de la mélancolie d'involution, sorte de bastion de la défense antikraepelinienne, et dans les pays anglo-saxons l'autonomie de la psychose mélancolique d'involution ⁴ relativement aux psychoses périodiques est consacrée par la nature réactionnelle ou psychogénétique correspondant à la situation vitale de l'âge critique, du « climatérium » (FESSLER ⁵, BENEDEK ⁶, etc.).

CAPGRAS ⁷ dans sa thèse a plaidé la foncière indépendance de la mélancolie d'involution allant jusqu'à soutenir que cette mélancolie d'involution constituait la forme pure, « vraie », de la mélancolie qu'il opposait aux états mélancoliques de l'évolution des psychoses périodiques. Depuis ce travail fondamental, divers auteurs français (HALBERSTADT notamment ⁸) se sont appliqués à montrer que la mélancolie d'involution n'entrait pas dans le groupe maniaco-dépressif.

GAUSSEN ⁹ s'était fait au début du siècle le champion de cette conception. Il plaidait l'indépendance de la mélancolie présénile en montrant qu'il s'agit le plus souvent d'un *seul accès*. D'après les statistiques qu'il a publiées dans sa thèse, il y aurait un pourcentage (allant de 68 à 93 %) de cas de mélancolies survenues, après 45 ans, *sous forme d'un seul accès*. Il insistait aussi sur le caractère favorable du pronostic de ces états. Parmi les cas observés, il notait :

- 27 % de guérisons
- 30 % d'améliorations
- 9 % de passage à la chronicité
- 4,5 % d'affaiblissements intellectuels
- 16 % de démences
- 14 % de décès

Il semblerait donc que, d'après ses propres chiffres (27 % seulement de guérisons),

1. F. KEHRER, Die Psychosen den Um. und Rückbildungsalter, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1921, 25, p. 1, et son Rapport au Congrès de Wiesbaden, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1939, 167, pp. 65 à 70.

2. LANGE, *Traité de BUMKE*, t. VI, pp. 119-120. D'ailleurs l'ensemble de son étude n'en fait presque pas mention, même pas au chapitre du diagnostic (p. 129).

3. E. BLEULER, *Lehrbuch der Psychiatrie*, 8^{ème} édition, 1950.

4. D. HENDERSON et GILLESPIE, *A Text book of Psychiatry*, 7^{ème} édition, 1950.

5. L. FESSLER, The Psychopathology of climatetic depression, *Psychoanal. Quart.*, 1950, 19. PP. 28 à 42.

6. T. BENEDEK, Climatérium : a developpemental phase, *Psychoanal. Quart.*, 1950, 19, pp. 1 à 27.

7. CAPGRAS, Essai de réduction de la mélancolie à une psychose d'involution, *Thèse*, Paris, 1910.

8. HALBERSTADT, *Ann. Médico-Psycho.*, 1928, *Encéphale*, 1934.

9. GAUSSEN, *Thèse*, de Bordeaux, 1911.

ce qui caractérise l'affection, contrairement à ce qu'il affirme, soit une évolution généralement défavorable des troubles.

GAUSSEN a tenté par ailleurs de tracer une discrimination clinique entre le tableau de la mélancolie, de la psychose périodique et celui de la mélancolie d'involution ¹ ; avec lui, d'autres auteurs ont, en effet, voulu mettre en évidence un certain nombre de caractères qui permettraient de distinguer plus ou moins nettement les mélancolies d'involution de la mélancolie « endogène » de type « périodique » ou « maniaco-dépressif ». Naturellement tous mettent l'accent sur le fait qu'il n'y a pas eu, jusqu'au moment de l'involution, d'accès antérieur ni de tendances cyclothymiques. Mais la plupart d'entre eux ont insisté surtout sur l'absence d'inhibition comme caractéristique de la mélancolie d'involution. DREYFUS avait indiqué que dans les mélancolies de l'âge critique ou tardif, il n'y avait pas de « barrage de la volonté » ; il distinguait dans l'arrêt psychomoteur une composante objective et une composante subjective et il estimait que dans la mélancolie d'involution, l'inhibition n'est que subjective et partielle. GAUSSEN a donné cette absence d'inhibition comme un trait tout à fait remarquable. RUNGE ² et O. KANT ³ ont même souligné le caractère d'excitation psychomotrice de ces malades. — On a noté un autre aspect qui se rencontre, en effet, surtout dans les psychoses de la ménopause et de l'âge critique, c'est un mélange d'hypocondrie et de réactions hystériques (KEHRER, RUNGE, HOVEN ⁴). D'autre part HENDERSON et GILLESPIE accordent une certaine valeur diagnostique aux délires de négation, aux hallucinations et aux idées hypocondriaques. Nous devons enfin noter que le tableau clinique comporte des symptômes neurologiques assez fréquents (hypertonie, tremblement parfois même — cela a été signalé par CLAUDE, TARGOWLA, etc. — un syndrome cérébelleux, cf. plus loin p. 482).

Quant aux formes cliniques les plus connues nous devons signaler les formes aiguës mortelles, véritables « délires aigus » survenant surtout chez les femmes (ALBRECHT ⁵, OKSALA ⁶, RAWAK ⁷) — les formes de mélancolie figée (MEDOW ⁸), les formes de délire de négation — les formes hallucinatoires avec délire fantastique (ALBRECHT) — et enfin les formes démentielles qui ont fait l'objet d'une étude très intéressante d'HALBERSTADT ⁹ et qui rendent bien difficile la question du pronostic comme nous le verrons plus loin.

...l'absence d'inhibition (...et même une excitation psychomotrice...) comme caractéristique de la mélancolie d'involution... (Thèse de Gausсен, 1911)

1. GAUSSEN, op. cit. : Cf. le tableau des caractères distinctifs à la p. 303 de cette thèse.

2. RUNGE, *Traité de BUMKE*, t. VIII, 1930.

3. KANT (O.), Zur Strukturanalyse der klimakterischen Psychosen, *Zentralblatt Neuro.*, 1926, 104, p. 174.

4. H. HOVEN, *J. belge de N. et P.*, 1936, 36, pp. 639 à 644.

5. ALBRECHT, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1914, 22, p. 306.

6. H. OKSALA, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1923, 1, p. 81.

7. RAWAK, *Monatschr. f. Psychiatrie*, 1929, 72, p. 196.

8. MEDOW (W.), Eine Gruppe depressioner Psychosen der Rückbildungsaltern mit ungünstiger Prognose, Erstarrende Rückbildungsdepression, *Archiv. f. Psych.*, 1921, 64, pp. 480 à 506.

9. HALBERSTADT, *Ann. Médico-Psycho.*, 1930, pp. 419 à 425.

On a enfin particulièrement analysé la *structure affective* de ces mélancolies mineures plus près, a-t-on pu dire, de la « réaction » dépressive au déclin de la vie et spécialement de la vie génitale que de la grande crise de dépression mélancolique. C'est ainsi que FESSLER ¹ a étudié le mécanisme de la frustration vécue par la femme comme elle l'avait été par la petite fille et à laquelle elle réagit par une projection d'agressivité notamment dans l'idée délirante de persécution. T. BENEDEK ² situe au centre de ces « réactions dépressives » le problème psychosexuel de la femme conditionné par le tarissement de la production hormonale ³, laquelle est nécessaire pour que l'individu se maintienne au niveau des exigences d'une intégration satisfaisante du comportement psychosexuel. L'insertion de cette crise dans l'histoire psychosexuelle de l'individu a été également admise comme typique de cette forme de dépression notamment par PALMER ⁴ qui a mis en évidence dans la personnalité prépsychotique, la rigidité, les tendances à l'introversión et les tendances obsessionnelles, « patterns » vitaux qui sous-tendent l'angoisse et le système symbolique de défenses qu'elle implique, de telle sorte que la crise « ferait le pont » entre l'angoisse actuelle et les traumatismes psychiques anciens. Quel que soit le bien fondé de ces analyses, il semble, en effet, que — comme pour beaucoup de crises maniaco-dépressives d'ailleurs — une sorte de longue méditation névrotique prépare ce vertige mélancolique de la période de déclin des gonades et des espoirs de la vie. Cela vaut aussi bien pour l'homme que pour la femme et il est bien connu en effet que l'homme connaît aussi un âge critique (un peu plus tard de 50 à 65 ans). Généralement cette crise masculine est moins brutale car selon le mot de HOICHE (rapporté par KEHRER) « à la ménopause la femme heurte une marche d'escalier tandis que l'homme accède de plein pied à l'âge critique », mais les facteurs « psychodynamiques » de ces dépressions de l'âge critique sont les mêmes chez lui que dans le sexe féminin (YOUNG ⁵, GIBSON ⁶, BENEDEK ⁷).

Quant au *pronostic des mélancolies d'involution* il serait favorable par définition, pour certains auteurs. Dans 30 % des cas d'après GAUSSEN — dans 50 % d'après ALBRECHT — dans 75 % d'après FARRAR et FRANKS ⁸, la guérison de la crise survient

1. L. FESSLER, The psychopathology of climacteric depression, *Psychoanal. Quart.*, 1950, 19, pp. 28 à 42.

2. T. BENEDEK, Climacterium a develop. phase, *Psychoanal. Quart.*, 1950, 19, pp. 1 à 27.

3. HEMPHILL et REISS, (Investigations into the significance of the endocrines in involuational mel.) *J. ment. Sc.*, 1940, 86, pp. 1065 à 1077.

4. H. D. PALMER, Involut. Psych. melancholie. Pub. Healt. Rep. Supl., 1942, 168, pp. 118 à 124, et « Mental disorders of old age », *Gériatrics*, 1946, I, pp. 60 à 79.

5. YOUNG (F. F.), Involution Mel., *New Orléans. M. and S.*, 1930, 83, p. 375.

6. GIBSON (R.), Correlation between dep. of the M. D. and invol. mel. types and ethnic elements in the population of Britain, *Amer. J. of Psych.*, 1945, 102, pp. 164 à 167.

7. BENEDEK (T.), *loc. cit.*

8. FARRAR (C. B.), et FRANKS (M.), Menopaus and psychosis, *Amer. J. Psych.*, 1931, 10, p. 1031.

...comme pour beaucoup de crises maniaco-dépressives d'ailleurs — une sorte de longue méditation névrotique prépare ce vertige mélancolique de la période de déclin des gonades et des espoirs de la vie...

au bout de quelques mois. PALMER et SHERMAN ¹ estiment que cette guérison survient dans 55 % entre 40 et 50 ans, mais seulement dans 20 % entre 50 et 60 ans ². On a cependant signalé des crises très longues (7 à 8 ans dans un cas de GAUPP et BUMKE et 16 ans dans un cas de MEDOW). Beaucoup de crises si elles n'atteignent pas cette durée peuvent se prolonger toutefois de 1 ou 2 ans et encore faut-il ajouter comme élément de pronostic de la longue durée possible, l'éventualité de formes chroniques et dementielles ³. De sorte que si l'on a voulu définir ces mélancolies par leur pronostic favorable on n'a abouti qu'à une définition imparfaite et discutable (JACOBI ⁴, COULÉON ⁵, ANDERSON ⁶). Nous avons rassemblé dans notre service 25 cas de mélancolie qui entrent dans le cadre de cette notion et de ce problème. Dans 4 cas nous avons vu se développer une périodicité maniaco-dépressive typique (un de ces cas s'est terminé dans une sorte de démence avec incohérence et agitation comme cela se voit parfois chez les vieux malades maniaco dépressifs), 7 autres cas sont devenus des mélancolies chroniques, 14 cas enfin ont fait un seul accès plus ou moins lent, traînant et rémittent. Somme toute, il paraît bien difficile, si on veut envisager une différence de pronostic entre le groupe « maniaco-dépressif » et le groupe des mélancolies d'involution, de ne pas considérer ces dernières formes comme d'un pronostic plus grave. Ce qui d'ailleurs va de pair avec la gravité croissante des attaques maniaco-dépressives avec l'âge...

Enfin on a tenté de discriminer le groupe « périodique » et le groupe « d'involution » en comparant les familles des malades. RUNGE ⁷ rappelle que LUTHER ⁸ et HOFFMANN ⁹ ont d'après leurs recherches généalogiques montré une certaine affinité des mélancolies d'involution (surtout à forme de délire de négation) avec le cycle héréditaire schizophrénique. BROCKHAUSEN ¹⁰ étudiant les antécédents de 32 malades a dénombré dans leurs ascendants directs 2 cas de mélancolie d'involution, 1 cas de psychose maniaco-dépressive, 1 cas de presbyophrénie, 2 cas de déséquilibre constitutionnel, 1 démence sénile, 1 paralysie générale et un syndrome artériopathique. Parmi les collatéraux : 3 mélancolies d'involution, 1 manie, 3 schizophréniques, 6 déséquilibrés. Il accepte avec quelques réserves que l'on puisse admettre une certaine

...Nous avons rassemblé dans notre service 25 cas de mélancolie [d'involution] ... ces dernières formes sont d'un pronostic plus grave... (H. Ey)

1. H. D. PALMER et S. H. SHERMAN, *Arch. Neuro and Psych.*, 1938, 40, pp. 762 à 788.

2. Il est remarquable que ni DEDICHEN ni STENSTEDT ne s'occupent dans leurs fameuses statistiques sur la psychose maniaco-dépressive du problème de l'autonomie des mélancolies d'involution qu'avec l'École allemande ils ont tendance à fondre dans le cadre maniaco-dépressif.

3. MEDOW (W.), *loc. cit.*, p. 465.

4. E. JACOBI, *Arch. Psychiatr.*, 1931, 95, pp. 423 à 438.

5. COULÉON, *La Mélancolie présénile, Thèse*, Paris, 1935.

6. E. W. ANDERSON, *J. Ment. Sc.*, 1936, 82, pp. 559 à 588.

7. RUNGE, *Traité de BUMKE*, tome VIII, p. 561.

8. LUTHER (A.), *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1914, 25, 12-81.

9. HOFFMANN in *Handbuch d. Physiologie* de BATHE, 1926.

10. BROCKHAUSEN, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1937, 157, pp. 17 à 34.

autonomie de groupe. Par contre, SCHNITZENBERGER¹, étudiant 228 parents (ascendants et collatéraux) d'un groupe de mélancolie d'involution, conclut... que l'on ne peut pas conclure. PALMER et JARDON² comparant l'hérédité de 100 cas maniaco-dépressifs et de 75 cas de mélancolie d'involution ont noté des antécédents héréditaires dans 27% dans ces derniers cas contre 40% pour le groupe de maniaco dépressifs. — Dans notre service nous avons relevé le taux 33% pour le groupe d'involution et 34% pour le groupe maniaco-dépressif.

Il semble que, si l'on s'en rapporte à l'expérience clinique, cette fameuse mélancolie d'involution se présente tout de même avec quelques caractères spéciaux : 1° Apparition d'un accès de mélancolie au moment de l'involution sans notion de crises antérieures. — 2° Intrication d'éléments confuso-anxieux et souvent oniriques. — 3° Tendance à la chronicité. — 4° Peu de tendance à l'évolution intermittente. — 5° Importance des troubles somatiques et neurologiques.

Quant au critère thérapeutique, si nous nous fions au travail de I. L. FISCHBEIN³ ou à la statistique de notre service publiée à la Société Médico-Psychologique⁴, il ne semble pas qu'il y ait de différence entre les psychoses d'involution du type maniaco-dépressif et les psychoses maniaco-dépressives « pures ».

— En ce qui concerne la *manie d'involution*, peu de discussions se sont établies à son sujet. Les travaux sur ce point sont même rares. Signalons cependant la thèse ancienne de MOLIN de TESSIEUX (1911). C'est pourtant un problème très analogue à celui que pose la mélancolie d'involution qui, lui, a fait couler tant d'encre.

— De tout cela que conclure sinon que, si l'on admet que la psychose maniaco-dépressive peut éclater à tout âge, elle a encore plus de chance de se manifester à cet âge critique et spécialement sous la forme de mélancolie. Quant à l'opposition des caractères *endogène* des folies périodiques et *exogène* (ou plutôt de l'influence réciproque ou respective du « milieu » extérieur et du « milieu » intérieur) des psychoses d'involution, cette question revient à celle que nous avons examinée plus haut à propos du problème plus général des crises « pures » et des crises « symptomatiques ». Ainsi tout nous conduit à une pathologie multidimensionnelle de ces crises (qu'elles soient périodiques, précoces ou tardives et même nettement cycliques), dans cette perspective que nous préciserons plus loin et où ces faux problèmes tombent d'eux-mêmes à mesure que l'on prend conscience des faits, savoir : 1° qu'une maladie héréditaire ou un processus endogène ne peuvent pas être radicalement séparés d'un acci-

...Ainsi tout nous conduit à une pathologie multidimensionnelle de ces crises...

1. SCHNITZENBERGER, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1937, 159, p. II.

2. PALMER et F. J. JARDON, *Archiv. Neuro and Psych.*, 1941, 46, p. 740.

3. I. L. FISCHBEIN, *Involutional Mel. and convulsive Therap.*, *Amer. J. of Psych.*, 1949, 106, pp. 128 à 139, avec bibliographie importante des travaux anglo-saxons sur ce point, (HUSTON, TAYLOR, etc.).

4. Henri EY et J. BURGUET, *Ann. Médico-Psycho.*, 1952.

dent évolutif survenu au cours du développement et de la vie d'un organisme — 2° que survenant dans le jeune âge ou à un âge avancé, une maladie tout en conservant sa structure globale et caractéristique est fonction de la situation vitale, de l'âge de l'individu. A cet égard, nous ne pensons pas que les difficultés rencontrées à propos des mélancolies d'involution soient tellement différentes ou plus insurmontables que celles que nous avons déjà mentionnées quand nous avons vu dans certains cas les conditions actuelles et accidentelles prendre le pas sur les conditions constantes et constitutionnelles de cette forme « périodique » de troubles mentaux.

F.— COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE SUR LA NOSOGRAPHIE ET LA PATHOLOGIE DES PSYCHOSES PÉRIODIQUES MANIACO-DÉPRESSIVES.

Nous pouvons maintenant, après avoir exposé chaque partie du problème général, considérer celui-ci dans son ensemble.

Nous avons dégagé un certain nombre de points :

1° — Il existe une psychose caractérisée par l'évolution typique d'accès plus ou moins nombreux et réguliers de manie et de mélancolie.

2° — Cette psychose peut comporter des accès atypiques, c'est-à-dire que certains accès sont de niveau plus profond que la crise typique de manie et de mélancolie, mais pour un même malade périodique maniaco dépressif, les accès sont généralement à peu près toujours du même type (maniaque, mélancolique et état mixte).

3° — Cette psychose évoluant généralement par accès intermittents peut comporter aussi des formes d'organisation chroniques, névrotiques ou psychotiques.

4° — La psychose périodique maniaco-dépressive se constitue sur un fond cyclothymique du tempérament et du caractère. Ce fond est souvent héréditaire et familial mais sans qu'il soit possible d'opposer radicalement les formes endogènes et exogènes, essentielles ou symptomatiques.

5° — Il ne semble pas que l'on puisse séparer ni du point de vue étiologique ni du point de vue séméiologique le groupe des mélancolies d'involution du cycle général des états périodiques maniaco-dépressifs.

...Coup d'oeil d'ensemble...

*
* *

A quelle conception générale nous conduit cette analyse des *faits* qui entrent dans le *concept* de « Psychose périodique maniaco-dépressive » ?

Nous pouvons retirer de nos études sur la Manie et sur la Mélancolie quelques enseignements de première importance. Le niveau de déstructuration de la conscience à quoi correspondent les accès *d'expansion* et de *dépression* est celui de la désintégration temporelle éthique de l'être dont l'état de « paroxysme émotionnel » nous fournit

...désintégration temporelle éthique de l'être dont l'état de « paroxysme émotionnel » nous fournit un assez bon modèle...

...La synonymie de ces trois termes est à nos yeux absolue...(note 1)

un assez bon modèle. Tout de même que l'émotion oscille entre les deux pôles (joie — douleur — surexcitation — inhibition), les crises de mélancolie et de manie constituent une mobilisation ou une immobilisation de la dynamique de l'être en fonction de son élan et de son « moral ». Or, si cette forme de déstructuration de la conscience peut se rencontrer dans des conditions psycho-physiopathologiques, très diverses, l'éventualité que nous envisageons ici et qui confère à la psychose périodique maniaco-dépressive son originalité est essentiellement caractérisée par un *déséquilibre fondamental de la vie émotionnelle, ou une « instabilité essentielle de la structure temporelle éthique de la conscience »* ou, si l'on veut encore, par une *disposition cyclothymique basale*¹, autrement dit la maladie se définit avant tout par la précarité de contrôle des réactions expansives et dépressives de masse, par un abaissement du *seuil* des réactions expressives du désir effréné de vivre ou de mourir, d'aller en avant ou de revenir en arrière.

La pathologie de cette forme de troubles engagée dans la dynamique même de l'existence maniaco-dépressive ne peut pas être simple. Elle doit être au sens de BIRNBAUM et de KRETSCHMER et de CLAUDE multidimensionnelle. C'est-à-dire que la maladie mentale que nous devons envisager ici, après avoir été soumise à l'analyse structurale que nous avons présentée dans les Études 21 et 22, doit être « traitée » du point de vue pathogénique ou mieux « pathoplastique » de telle sorte que nous comprenions aussi clairement que possible le rôle du processus organique, du caractère, des situations vitales, des facteurs exogènes et endogènes, de l'hérédité et du milieu, etc. Car la résultante de tous ces multiples aspects de la causalité pathogène c'est la forme, la « physionomie », l'évolution des crises de manie et de mélancolie dans la psychose périodique maniaco-dépressive, chez l'homme maniaco-dépressif.

Tout d'abord, la « constitution cyclothymique » est un aspect de l'arrêt du développement, de la vie psychique, en ce sens que l'individu maniaco-dépressif est un être psycho-infantile². De telle sorte que la pathologie fondamentale de cet abaissement du « seuil émotionnel » sera nécessairement pour nous la constitution, le tempérament, le biotype et le caractère. Mais comme ce « déséquilibre » se confond, l'immatrité ou la fragilité des fonctions nerveuses, des conditions pathologiques du système nerveux ou des corrélations somato-nerveuses peuvent intervenir, en abaissant le seuil des

1. La synonymie de ces trois termes est à nos yeux absolue et si nous les employons ici tous les trois c'est pour — 1° faire éclater l'évidence de leur identité de sens quand ils s'appliquent à un trouble profond maniaco-dépressif, — 2° mettre en évidence que cette synonymie même interdit de ramener le trouble maniaco-dépressif à un trouble élémentaire de l'humeur.

2. C'est la raison pour laquelle « il n'y a pas de psychose maniaco-dépressive chez l'enfant ». Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de crises maniaco-dépressives chez l'enfant, mais plutôt que l'enfant, n'ayant pas achevé la structuration de sa conscience, est constamment en « crises » de telle sorte que celles-ci ne se constituent pas en formes pathologiques.

manifestations de ce déséquilibre. De telle sorte que hérédité et affections organiques sont non pas deux séries de facteurs s'excluant l'une l'autre, mais complémentaires.

Enfin la tension interne des conflits comme l'action externe des situations constituent également des forces qui entrent dans le système énergétique de la maladie et déterminent le sens psychologique de la crise.

C'est dire qu'une pathologie complète de la psychose périodique maniaco-dépressive doit comprendre l'étude de l'hérédité, l'étude des désordres organiques nerveux et généraux et enfin l'étude de la vie psychologique. Toute conception qui n'intègre pas *profondément* — et non pas simplement par éclectisme ou juxtaposition verbale — ces trois ordres de causalités dans le déterminisme des troubles maniaco-dépressifs a bien des chances d'être fausse.

§ IV. — PATHOLOGIE DE LA PSYCHOSE PÉRIODIQUE MANIACO-DÉPRESSIVE

Nous allons maintenant exposer les connaissances et les hypothèses qui peuvent nous permettre d'expliquer cette « maladie mentale ». Nous verrons ainsi que, comme nous venons de l'indiquer, *l'explication causale* devra se compléter par la *compréhension psychologique* car une forme d'existence pathologique ne peut être saisie dans sa totalité que si nous saisissons l'articulation des causes profondes de la maladie et aussi comment cette maladie a elle-même un sens pour le « malade mental », pour « l'homme malade dans son humanité ». Car les crises de la psychose maniaco-dépressive sont tout à la fois des crises comme on dit que les attaques de goutte ou d'asthme sont des crises et des crises comme celles qui marquent pour un homme les tournants de son existence.

...l'explication causale
devra se compléter par la
compréhension psychologique...

A.— LES CONDITIONS BIOLOGIQUES CONSTITUTIONNELLES

I. *Biotype.*

Dans son livre fondamental « *Körperbau uni Charakter* », KRETSCHMER analyse très méthodiquement et minutieusement le type *pycnique* (breviligne, mains larges et courtes, cou bref, clavicules minces, tendance à l'embonpoint localisé au tronc, à l'abdomen, visage rond, court, de forme pentagonale et plate, les cheveux se laissant facilement séparer, haut implantés, tendances à la calvitie, peau de couleur rosée ou rouge).

Les *cycloïdes* qui correspondent à cette biotypologie pycnique du point de vue *diasthésique*, sont sociables, bons, aimables, vifs, emportés, tranquilles et doux. Il y a quelque chose de « doux » et de « chaud » en eux; ils comprennent la plaisanterie, leur

colère est brusque ; lorsqu'on cherche leur société, ils se montrent affables, naturels et accessibles; au point de vue de la *tonalité affective*, leur diapason de variations entre la gaieté et la tristesse est très étendu. « Nous donnons, dit KRETSCHMER (probablement pour rendre les choses encore plus obscures), à la proportion qui s'établit entre les éléments hypomaniaques et les éléments dépressifs qui viennent se joindre pour constituer la personnalité cycloïde, le nom de proportion diasthésique ou affective ». Au point de vue du *rythme psychique* et de la *psychomotilité*, les particularités du dynamisme (tempo) psychique sont : accélération, sérénité, rapidité des perceptions, agilité, lenteur, hésitation, lourdeur, sobriété, etc... Quelques variétés sont à signaler parmi les cycloïdes : type hypomaniaque-alerte, type de contentement tranquille, type à « sang lourd ». Enfin, au point de vue social, les cycloïdes sont des natures pratiques, « l'état affectif est tout, la réflexion est nulle ». Ils mettent beaucoup d'entrain et de chaleur dans leurs relations sociales ; ils ont une tendance à un certain matérialisme, au réalisme ; ils sont entreprenants sans fanatisme. « Comme curés de campagne ou braves artisans, ces types sont des gens bien capables et sympathiques ! ». Parmi les grands cycloïdes que cite KRETSCHMER, se trouvent Luther, Heine, Frédéric le Grand, Nietzsche, Zola, Mirabeau.

...Parmi les grands cycloïdes que cite KRETSCHMER, se trouvent Luther, Heine, Frédéric le Grand, Nietzsche, Zola, Mirabeau...

D'innombrables travaux et statistiques ¹ ont été consacrés, il y a une trentaine d'années, aux relations entre ce biotype, ce tempérament et la psychose maniaco-dépressive. Le fait fondamental qui s'en dégage est une corrélation très significative, sans être absolue, entre ces trois ordres de faits. Si nous nous rapportons au travail de LUXEMBURGER ² et au tableau de MAUZ ³ nous pouvons tenir compte des pourcentages suivants parmi les maniaco-dépressifs :

- 64,6 % sont de biotypologie pycnique.
- 19,2 % sont de biotypologie leptosome.
- 6,7 % sont de biotypologie musculaire.
- 1,1 % sont de biotypologie dysplastique.

Chez nous il y a eu peu d'études systématiques conduites dans le sens de la typomorphologie kretschmerienne. Par contre, nous disposons d'études très approfondies des relations entre le tempérament et le caractère qui n'ont rien à envier aux travaux étrangers. C'est CORMAN qui depuis plus de vingt ans a méthodiquement étudié le tem-

1. Citons particulièrement celui de ROHDEN (Fr. DE) et GRUNDLER (W.), (Ueber Körperbau und Psychose, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1925, 95, 37-78), celui de KOLLE (K.) (Klinische Beiträge zum Konstitution problem. *Archiv. f. Psych.*, 1925 et 1926).

2. LUXEMBURGER, Traité de BUMKE, Tome supplémentaire 1939, p. 19.

3. MAUZ (1930), *loc. cit.*, p. 445.

pérament et cela dans une perspective beaucoup plus résolument physiologique ¹. On trouvera pour le problème qui nous occupe une grande richesse de descriptions et une interprétation très dynamiste des relations du tempérament et de la mélancolie dans l'ouvrage qu'il a avec LONGUET consacré à la structure morpho-physiologique des déprimés ². Pour ces auteurs, le type « dilaté » se rencontre dans 60%, les alliages de ce type avec le type rétracté latéral, le rétracté de front s'observent ainsi qu'avec le « type réagissant », mais il s'agit là de types qui s'apparentent au type dilaté par une certaine épaisseur des chairs et les arrondis de leur modelé, de telle sorte que la réaction dépressive apparaît comme une manifestation d'un tempérament actif, ce qui vaut certainement, nous semble-t-il, pour l'ensemble du groupe maniaco-dépressif ³.

...les études très approfondies des relations entre le tempérament et le caractère n'ont rien à envier aux travaux étrangers...
(CORMAN, LONGUET)

II. Lois de Mendel et psychoses maniaques-dépressives ⁴.

Ragnar VOGT ⁵ a d'abord pensé à une hérédité récessive. En 1913, JOLLY ⁶ a étudié 21 familles et il concluait à une hérédité dominante dépendante du sexe (sex linked). En 1919, HOFFMANN ⁷ reprenant l'hypothèse de LENZ a défendu la même opinion. Son matériel d'investigation comprenait des observations d'ALBRECHT ⁸, LUTHER ⁹, etc... et des observations personnelles de la clinique de Tübingen, dirigée à l'époque par GAUPP. Il a cru ainsi établir que les cyclothymiques héritent leurs tendances pathologiques surtout de la mère ¹⁰. En 1920, il conclut à une homométrie dominante (dans le sens de PLATE), c'est-à-dire que l'affection dépendrait d'un couple de facteurs dont l'un dominerait l'autre, et il justifiait sa théorie par celle de STRANSKY ¹¹ sur l'origine hor-

1. CORMAN (L.), Le diagnostic du tempérament par la morphologie. Éd. Legrand, 1947.

2. CORMAN (L.) et LONGUET (Y.), Structures morpho-psychologiques en Psychiatrie, Éd. Expansion Sc., Paris, 1953.

3. Pour ce qui concerne la littérature anglo-saxonne sur ce point, notons que pour SHELDON les maniaco-dépressifs peuvent être aussi bien mésomorphiques qu'endomorphiques.

4. Consulter sur ce point spécialement ENTRES — Traité de BUMKE, 1928, t. I, pp. 168 à 190. LUXEMBURGER, — Traité de BUMKE, Tome supplémentaire 1940, pp. 62 à 74, — le rapport de A. BROUSSEAU, Congrès des aliénistes de Zurich, 1936, — les actes de la ligue italienne d'hygiène mentale, 1936, journées de Firenze, — et 7^e Congrès international de génétique de Cambridge, 1941 etc.

5. Travail en danois : *Tidskrift for dern norske laege forening*, 1910, cf. WITTERMANN, Psychiatrische Familienforschungen, *Zeitschr. f. d. g. N.*, 1943.

6. JOLLY (Ph.), Die Heredität der Psychosen, *Arch.f. Psychiat.*, 1913, 52, pp. 377 à 492.

7. HOFFMANN (H.), Erblichkeitsforschung endogener Psychosen, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1919, 49, pp. 336 à 356.

8. ALBRECHT, Gleichartige und ungleichartige Vererbung der Geisteskrankheiten, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1912, 11, p. 540.

9. LUTHER, Erblichkeitsbeziehungen der Psychosen, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 191, 25.

10. L'importance du cytoplasme et de la matroclinie est naturellement peu conforme aux conceptions classiques du pangénéisme chromosomique.

11. STANSKY, Zur Theorie der M. D. Irresein, *Wien. med. Wochenschr.*, 1910, 61, p. 126.

monale double de la folie périodique.

Dans son travail de 1921, HOFFMANN ¹ a étudié 124 descendants de 61 « propo- sants » maniaco-dépressifs. Il partage, dans son investigation, cette descendance en 4 groupes (cf. tableau ci-dessous).

<i>Groupes</i>	<i>Cyclothymes (au sens large)</i>	<i>Cycloïdes (au sens strict)</i>	<i>Accès bien caractérisés</i>
I (dont le plus jeune avait plus de 60 ans)	61,5 %	38 %	23 %
II (dont le plus jeune . avait plus de 50 ans)	68 %	52 %	20,4%
III (dont le plus jeune avait plus de 40 ans)	47 %	38 %	26,4 %
IV (dont le plus jeune avait plus de 30 ans)	65 %	53 %	40,3 %
Moyennes	65 %	47,5 %	31,4 %

S'il s'agissait d'un mode récessif, dit l'auteur, on ne devrait pas trouver un taux de 31,4% (qui est trop élevé). Il conclut donc qu'il s'agit d'une affection dominante. Cependant contre cette hypothèse, il y a lieu de remarquer que 7 familles seulement sur 61 présentaient une hérédité directe.

RÜDIN ² a repris à la même époque le problème et nous donnons ici les grandes lignes de son travail très caractéristique de cette recherche de « l'unité génotypique » de « la psychose maniaque-dépressive ».

Il fait remarquer que, à première vue, certains faits plaident en faveur d'une modalité récessive. C'est ainsi que les 3/4 des parents de ses 650 proposants maniaco-dépressifs étaient indemnes eux-mêmes et que leurs enfants n'étaient eux-mêmes atteints que dans une faible proportion (1/13) et que les demi-frères des proposants n'étaient malades que dans une très faible proportion (1,42%). Pour le 1/4 de parents atteints eux-mêmes de l'affection leur descendance donnait (fratrie des proposants) 24,6% de malades, il ne saurait s'agir d'une récessivité monohybride simple. Contre la récessivité il y a lieu de noter d'ailleurs que le taux de consanguinité est normal.

1. HOFFMANN, Die Nachkommenschaften bei endogener Psychosen, *Studien über Vererbung*, dirigées par E. RÜDIN, (t. II).

2. RÜDIN (E.), Ueber Veerbung geistiger Störungen, *Zeitschr. f. d. g. Neuro*, 1923, 81 (cf. spécialement pp. 463 à 468).

L'hypothèse d'une dominance simple ne concorde pas non plus. Cela résulte notamment du matériel statistique de nombreuses séries de germains (fratries). Sur 566 séries de germains dont les parents étaient indemnes, le taux de morbidité maniaco-dépressive était de 7,43% (et de 1,42% chez les demi-frères). Sur 84 séries de germains issus d'un parent atteint de psychose maniaco-dépressive le taux de morbidité dans les fratries était de 23,82% (et dans le cas où un parent malade avait épousé un deuxième conjoint, les demi-frères étaient atteints dans 47,61% des cas.) Tout cela semble bien indiquer que les parents indemnes ont une structure génotypique mixte et il faut, dit RÜDIN, recourir à l'hypothèse d'une *trimérie* (deux paires de facteurs récessifs et une paire de facteurs dominants).

Dans ce cas le croisement de type :

non maniaco-dépressif X non maniaco-dépressif
devrait donner un taux de 10,5% et, en fait, on trouve 7,47%.

Le croisement de type :

maniaco-dépressif X non maniaco-dépressif
devrait donner 12,5%, et on trouve 23,82%.

Le croisement de type :

non maniaco-dépressif X non maniaco-dépressif (mais tare M. D.)
devrait donner 14,4%, et on trouve 14,9%.

Quant aux demi-frères, le taux théorique serait de 3,3% et on trouve 1,42%.

On comprend que dans ces conditions et malgré les « hypothèses auxiliaires » qu'elle nécessite, l'hypothèse de la dominance ne se soit pas absolument imposée à l'évidence de tous. Elle a été soutenue cependant par l'école de RÜDIN (LUXEMBURGER, etc.), par WIMMER ¹, par LENZ ² et STENSTEDT ³ a conclu encore tout récemment qu'il est vraisemblable d'admettre un mode dominant (simple dominance mais en tenant compte des facteurs d'inhibition à la manifestation phénotypique).

III. Les jumeaux dans le groupe maniaco-dépressif.

Les anciennes observations de RUSH ⁴, FLINTOFF MICKLE ⁵, CHATELAIN SAINT BLAISE ⁶, SCHUTS ⁷, LEROY et SCHUTZENBERGER ⁸, GORDON ⁹,

1. WIMMER (A.), Sur l'hérédité des maladies mentales (en danois), pp. 203 à 225, 1921.

2. LENZ, Die krankhaften Erbanlagen. *Handbuch* de BAUR, FISCHER et LENZ (3^e édition 1927).

3. STENSTEDT, *loc. cit.*, pp. 70 à 73.

4. RUSH (B.), *Medical inquiries and observations upon the disease of the mind*, Philadelphie, 1812.

5. FLINTOFF MICKLE, Insanity of twins suffering from melancholia, *J. of Ment. Sc.*, 1889, pp. 67 à 74.

6. CHATELAIN-SAINTE BLAISE, *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1884, 6.

7. SCHUTS, Beitrag zur Kasuistik der Zwillingspsychosen, *Charite Annalen*, 1887, pp. 421 à 438.

8. LEROY et SCHUTZENBERGER, *Annales Médico-Psycho.*, 1924,1, pp. 43 à 45 et 123 à 129.

9. GORDON, Psychoses in twins, *Amer. Med.*, 1925, 31, p. 603.

... tous les cliniciens peuvent, à l'occasion, observer que des jumeaux univitellins présentent souvent tous deux des troubles maniaco-dépressifs...

I. BRADNEY¹, etc... ont montré ainsi – ce que tous les cliniciens peuvent, à l'occasion, l'observer – que des jumeaux univitellins présentent souvent tous deux des troubles maniaco-dépressifs. Le travail de LUXEMBURGER² constitue une documentation énorme de tous les cas publiés. On en trouvera également des exemples dans la thèse de CARRERE³. Dans leurs rapports BROUSSEAU en 1936 et KAMMERER en 1953⁴ ont familiarisé les psychiatres français avec ce problème. Nous allons en reprendre, à notre tour, l'exposé.

LUXEMBURGER⁵ a étudié une série méthodiquement dénombrée de 21 paires de jumeaux à la « période dangereuse » de leur existence au point de vue du risque maniaco-dépressif. Parmi eux 4 groupes de jumeaux paraissent être monozygotes et 3 frères jumeaux présentaient aussi des accidents maniaco-dépressifs. En 1933⁶ il a étudié 3 autres paires de jumeaux dont un des deux était maniaco-dépressif : dans le premier couple il y avait concordance et dans le deuxième une sœur jumelle présentait des troubles anxieux avec goitre et sa partenaire mourut à 64 ans sans avoir présenté de troubles. Dans le troisième couple une jumelle présenta 37 accès de dépression et l'autre seulement des troubles d'allure cyclothymique. En 1939⁷ il donne un tableau de 64 paires concordantes (dont 47 homozygotes) et de 85 paires discordantes (dont 71 hétérozygotes). Le matériel d'observation personnellement sérié par lui en 1930 est incorporé à ce tableau.

ROSANOFF⁸ a étudié 90 paires de jumeaux dont 23 de type monozygote qui donnent 69,6 % de concordance alors que les dizygotes ne donnaient que 16,4 % de concordance. Le fait que l'on trouve un pourcentage relativement élevé de concordance chez les dizygotes n'a pas manqué de retenir l'attention. C'est justement ce point sur lequel BROUSSEAU a exercé sa critique en soulignant que chez les bivitellins qui n'ont pas la même structure génotypique on obtient un pourcentage cependant beaucoup plus élevé que pour de simples frères, ce qui paraît constituer une « corrélation significative » avec la grosseur gémellaire elle-même. KALLMANN⁹ sur 23 paires mono-

1. BRADNEY I., cité dans le rapport de M. BROUSSEAU, sans référence, p. 167.

2. LUXEMBURGER, Zentralblatt, 1930.

3. CARRERE, *Troubles mentaux et gémellité*, Thèse, Paris, 1939.

4. BROUSSEAU (A.), *Rapport du Congrès des Aliénistes à Genève-Lausanne* 1936. L'hérédité des affections circulaires, pp. 166 à 173. KAMMERER, *Rapport au même Congrès des Aliénistes à Luxembourg* (1952).

5. LUXEMBURGER, *loc. cit.*, Tableau, p. 166.

6. LUXEMBURGER, Ueber einige praktisch wichtige Probleme aus der Erbpathologie des Zyklithymen Kreises, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1933, 146, pp. 87 à 125.

7. Tome complémentaire du Traité de BUMKE, p. 65.

8. ROSANOFF (A. J.), HANDY (L. M.) et ROSANOFF-PLESSET (I.), The etiology of maniaco-depressive syndromes — with special reference to their occurrence in twins, *Amer. J. of Psych.*, 1934, pp. 35 à 91, II, pp. 725 à 761.

9. KALLMANN, Rapport du Congrès mondial de Paris (1950). Dans ce document d'une grande importance, l'auteur donne les pourcentages minutieux de la psychose maniaco-dépressive dans la population générale : 0,40 %, chez les demi-frères 16,7 %, chez les frères 23 %. chez les jumeaux dizygotes 26,3 % et chez les jumeaux homozygotes 95,7 %.

zygotes a trouvé 95,7 % de concordance (avec un taux de morbidité maniaco-dépressive de 21,2 % dans la famille). Généralement on ne trouve pas de cas où un jumeau est exclusivement atteint de manie et l'autre de mélancolie. Mais il peut se faire ¹ que l'un ait plutôt des crises de manie et l'autre des crises de mélancolie. SLATER et SHIELDS ² ont recensé récemment 23 paires (mono et dizygotes). ROSANOFF, LUXEMBURGER, KALLMANN et SLATER sont d'accord pour dire qu'ils n'ont jamais rencontré de jumeaux monozygotes dont l'un serait maniaque et l'autre schizophrène. Pour KALLMANN il n'y a pas de schizophrène dans l'ensemble des familles des jumeaux maniaco-dépressifs. Cependant SLATER a rencontré un schizophrène dans la famille d'un de ses jumeaux maniaco-dépressifs. On trouvera dans le rapport de KAMMERER (p. 14) des observations de LUXEMBURGER qui donnent à penser que certaines formes maniaco-dépressives sont bien près parfois des états schizophréniques... Nous nous heurtons là à un problème nosographique fondamental et irrésolu. Notons aussi que si KLEIST ³ a pu soutenir que la mélancolie et la manie sont biologiquement différentes, l'étude des jumeaux d'après les observations de LANGE, NOVY et LOBSTEIN, SLATER, ENTRES et ROLL, etc... montrent au contraire qu'il n'en est rien.

...[tous les auteurs sont d'accord]: ils n'ont jamais rencontré de jumeaux monozygotes dont l'un serait maniaque et l'autre schizophrène...

IV. *Le pronostic héréditaire pour le groupe maniaco-dépressif.*

L'étude des familles maniaco-dépressives, circulaires, périodiques, etc.. montre un grand nombre d' « antécédents héréditaires familiaux ». Pour MORDRET (1883) dans 14 cas sur 35, pour KARRER (1881) dans 60 %, pour MENDEL (1881) dans 53 % des cas, pour ZIEHEN (1902) dans 80 %, pour MOTT (1911) dans 55 % des cas, pour WIMMER (1922) dans 85 %, pour LANGE (1928) dans 90 % ⁴.

En ce qui concerne le caractère similaire ou dissemblable de l'hérédité dans ces familles, voici un certain nombre de chiffres : PILCZ (1907) ⁵ étudiant l'hérédité de 2.000 malades trouve une prépondérance habituelle d'une hérédité similaire. WIMMER en 1921 a trouvé ⁶ chez 1.183 enfants issus de 224 familles de maniaco-dépressifs, 320 psychoses de ce type et 81 psychoses différentes. TRILLOT (1932) a

1. Graphique 3 du rapport de KALLMANN.

2. SLATER et SHIELDS, manuscrit inédit cité par KAMMERER dans son rapport au Congrès des Aliénistes, Luxembourg (1952). Depuis lors a paru le livre d'ELIOT SLATER (*Psychotic and neurotic illnesses in Twins*, 1953). La concordance est de 67% chez les univitellins (8 paires) et de 12% (en y englobant les personnalités cyclothymes) chez les monozygotes.

3. Comme le rappelle LUXEMBURGER dans le tome supplémentaire du Traité de BUMKE, p. 64.

4. Tous ces pourcentages sont cités par BROUSSEAU, sans références. Congrès de Genève-Lausanne, 1936.

5. PILCZ, Beitrag zur Lehre von der Heredität, Travaux du Wiener Neuro Institut XV, p. 282, analysé dans le *Neuro-Zentralblatt*, 1908, p. 36.

6. WIMMER, article en danois paru en 1921, et analysé dans le *Zentralblatt*, 1922-27, p. 410.

étudié ¹ l'hérédité de 250 familles de malades maniaco-dépressifs : 37 % des familles de maniaques avaient des malades mentaux (25 % de type cyclothymique et 12 % de type différent). Quant aux familles de *mélancoliques*, 40 % présentaient des malades dans la parenté (30 % d'hérédité et 10 % d'hérédité dissemblable). Les familles des malades circulaires présentaient 65 % des « tares » héréditaires (dont 45 % de semblables). DESHAIES a publié ² 113 cas dont 54 % provenant de « souches tarées ». Parmi les cas de psychose dans les familles, il y avait 60 % de similarité pure (comportant généralement des accès maniaques et dépressifs). La similarité semble se rencontrer surtout chez les parents et particulièrement chez la mère (à noter que dans 17 % d'hérédité dissemblable il s'agissait de schizophrénie). PRIVAT DE FORTUNIE et VALDENNAIRE ³ ont enregistré pour 64 cas de malades cyclothymiques, 53 % de cas similaires. E. SLATER (1938) a étudié à l'Institut généalogique de Munich 3.000 cas mais il en a retenu seulement 315 répondant à toutes les exigences de l'observation et il a trouvé 11% de psychoses maniaco-dépressives chez les parents — 22 % chez les enfants. Si l'on intègre les cas de suicide dans cette hérédité similaire on obtient 17,5% chez les parents et 26,4% chez les enfants. Les états schizophréniques figurent dans la parenté pour 0,80% (taux à peu près normal) chez les parents et 3,10 % chez les enfants (taux anormal).

Tout ceci nous montre donc à l'évidence, combien cette forme de troubles est héréditaire et que l'homologie est très grande sans être constante dans le cycle héréditaire cyclothymique (environ 60 à 70% des malades de ces familles sont aussi de type maniaco-dépressif).

Voyons maintenant le *taux de pronostic héréditaire*. Dans la population générale le chiffre de 0,30 à 0,50 est le plus souvent avancé (0,20 % d'après STROMGREN, 0,36 % chez les hommes, d'après E. SLATER, et 0,40 % chez les femmes). Or, d'après HOFFMANN ⁴, si les deux parents sont atteints de troubles maniaco-dépressifs, les enfants courent le risque d'être frappés dans 42,8 % des cas. Si l'un des parents est nettement maniaco-dépressif et l'autre simplement cycloïde, la descendance comprend 41,6 % de psychoses et 50,8 % de tempéraments cyclothymes. Voici comment de son côté VON VERSCHUER ⁵ établit le pronostic héréditaire de la parenté des maniaco-dépressifs. Il donne lui-même des taux de risque assez élevés :

- pour les enfants de 24,4 %
- pour les frères, de 12,7 %

1. TRILLOT, *L'hérédité cyclothymique*, Thèse, Paris, 1932.

2. DESHAIES, *L'hérédité dans les psychoses maniaco-dépressives et schizophréniques*, Thèse, Paris, 1937.

3. PRIVAT DE FORTUNIE et VALDENNAIRE, *Hérédité morbide et affections neuro-psychiques* (1939).

4. HOFFMANN (H.), *Traité* dirigé par Rudin, II, 1921, et *Vererbung und Seelenleben*, Berlin, 1922, pp. 111 à 135.

5. VON VERSCHUER, *Manuel d'Eugénique* (Trad. fr.), 1943.

LES PSYCHOSES MANIACO-DÉPRESSIVES

- pour les cousins, de 2,5 %
- pour les neveux et nièces, de 3,4 %

Pour LUXEMBURGER (d'après BROUSSEAU p. 165 de son rapport) :

- chez les parents le pourcentage de M. D. est de 8,2 %
- chez les oncles et tantes de 4,2 %
- chez les enfants de 32 %
- chez les frères et sœurs de 13 %
- chez les neveux et nièces de 3,4 %
- chez les cousins de 2,5 %

(Il s'agit d'une investigation portant sur un total de 2.473 membres de familles maniaco-dépressives.)

Depuis lors de nombreux travaux ont été publiés par l'École allemande. Ils ont notablement réduit le taux de risque de morbidité établi par les premiers travaux de l'École. Voici un tableau (au verso, p. 480) qui les résume. Je l'emprunte en le simplifiant à LUXEMBURGER ¹.

KALLMANN ² de son côté fixe à 0,4 le taux de ces psychoses dans la population moyenne, et le taux de morbidité à $23\% \pm 3,57\%$ pour les frères, à $16,7 \pm 10,74\%$ pour les demi-frères et à $26 \pm 7,14\%$ pour les jumeaux bivittellins.

Signalons cependant que TOMASSON ³ n'a pas parmi les 2.463 parents de 25 malades mentaux maniaques dépressifs, rencontré plus de malades de ce genre que dans la population moyenne, ce qui paraît tout de même paradoxal. Par contre STENSTEDT fixait récemment des taux de risques élevés dans son ouvrage où il conclut au mode dominant de l'hérédité maniaco-dépressive ; il estime le risque de maladie à $14,1 \pm 1,55\%$ chez les germains, à $7,5 \pm 1,35\%$ chez les parents et à $17,1 \pm 4,15\%$ chez les enfants, alors qu'il est de 1% pour la population générale. C'est-à-dire que les frères de maniaco-dépressifs ont 14 fois, les parents 7 fois et les enfants 17 fois plus de risque que n'importe qui de devenir malades maniaco-dépressifs.

Comme on le voit, il est bien difficile de fixer exactement le taux de morbidité, mais il est incomparablement supérieur à celui de la moyenne de la population, dans les familles de maniaco-dépressifs.

...KALLMANN, *Rapport du Premier Congrès International de Psychiatrie, 1950 (Paris)...*

1. LUXEMBURGER, Tome supplémentaire du *Traité de BUMKE*, 1939, p. 69. La complexité des résultats (âge des parents, cas maniaco-dépressifs, « douteux », etc...) qu'il contient, nous a peut-être fait déformer quelques données. Mais nous pensons en avoir assez fidèlement reproduit l'essentiel.

2. KALLMANN, *Rapport du Premier Congrès de Psychiatrie, 1950 (Paris)*, p. 17.

3. TOMASSON (H.), *Investigations on heredity of D. M. Psychosis in Iceland, C. R. Congrès Intern. Génétique*, Cambridge, 1941.

AUTEURS	Nombre de propositants	Degré de parenté	Nombre de Parents	Pourcentage de maniaco-dépressifs (1)	Pourcentage de Cycloïdes	Pourcentage de Schizophrènes
HOFMANN	52	Enfants	278	13,8% (21,2%)	14%	2,5%
ENTRES et ROLL	51	Enfants	264	9,7% (10,9%)	6%	2%
SLATER	130	Enfants	652	15,8%	13,4%	2,6%
ENTRES et ROLL	83	Neveux	1204	2,3% (3,6%)	2%	0,4%
RÜDIN	650	Frères ou sœurs (germains)	2084	23,8%		
RÜDIN	108	Demi-Frères (demi-germains)	281	1,4%		
BANSE	85	Neveux et cousins	2112	1,2% (3,6%)	1%	1,5%
BANSE	80	Pères et mères et grands-parents	320	3,4% (10,3%)	5%	0,6%
ENTRES et ROLL	63	Pères et mères et grands-parents	290	11,9% (14,4%)	1,8%	0,6%
ENTRES et ROLL	20	Pères et mères et grands-parents	40	5,6% (8,4)	1,8%	0,6%

Ce tableau a été établi d'après celui de SCHULZ, *Zeitschr. f. psych. Hyg.*, 1937 qui est reproduit dans l'article de LUXEMBURGER, *Traité de BUMKE*, 1939, Tome XII, p. 69.
 1. Le pourcentage des malades maniaco-dépressifs indiqué *entre parenthèses* est celui de l'addition des malades « plus ou moins certains » et des « certains » dont le taux est d'abord indiqué.

B.—. LES CONDITIONS BIOLOGIQUES ACCIDENTELLES ET ACTUELLES.

Cette profonde tendance à basculer dans la manie ou la mélancolie est elle-même subordonnée à l'action de facteurs provenant du milieu externe ou interne. Si la pathologie constitutionnelle est avant tout une pathologie constituante du seuil de réaction pathologique, les conditions biologiques accidentelles sont celles d'une chute du niveau structural, de l'édifice constitué, et on conçoit que ces deux formes de causalité, par l'intermédiaire des modalités propres au tempérament, collaborent à l'activité et à l'extension des processus pathogènes (déclenchement des prédispositions héréditaires, méiopragies fonctionnelles, etc.). C'est pourquoi, d'ailleurs dans tous les cas dont nous avons déjà parlé à propos de formes étiologiques (à propos du problème des crises de manie et de mélancolie systématiques) l'opposition des facteurs endogène et exogène est tout à la fois exigeante et vaine, car cette causalité biologique est constituée par deux séries de causes *complémentaires* dont la proportion réciproque seule varie.

...l'opposition des facteurs endogène et exogène est tout à la fois exigeante et vaine...

I. *Pathologie nerveuse et psychose maniaco-dépressive.*

Nous avons vu que des affections nerveuses (tumeurs, traumatismes, encéphalite, etc.) pouvaient apparaître comme des facteurs étiologiques de crises maniaco-dépressives. Nous n'y reviendrons pas désirant seulement présenter un exposé d'ensemble des principales conceptions de pathologie nerveuse et des principales théories de la localisation cérébrale des accès de manie et de mélancolie (déjà envisagées dans les Études 21 et 22).

Les anciens auteurs avaient proposé une théorie circulatoire des troubles cérébraux. C'est ainsi que ALBRECHT ¹ fut un des premiers (et KRAEPELIN se rapprocha un moment de cette manière de voir) à incriminer l'artériosclérose cérébrale. MEYNERT rattachait la manie à une hyperémie fonctionnelle de l'écorce résultant elle-même d'un trouble de l'innervation du centre vasculaire. Cette *hyperémie* réagirait, pensait-il, à son tour sur le centre vasculaire qui récupérerait son énergie et exciterait l'action des vasomoteurs : d'où une contraction vasculaire se traduisant anatomiquement par *l'ischémie* corticale et cliniquement par la mélancolie ². Telle est dans sa forme première la théorie cérébrale de la manie et de la mélancolie qui sous des concepts différents n'a cessé de reparaître jusqu'à nos jours ; la conception de RAMON Y CAJAL ³ s'y rattache ;

1. ALBRECHT, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 63, 34.

2. Cité par ANTHEAUME, Rapport au Congrès des Aliénistes, 1907, p. 94. Cette théorie a été reprise peut-être à son insu par ABÉLY (P.), Hypotalamus et troubles psychiques, *Ann. Méd. Psycho.*, I, 1951, p. 424.

3. RAMON Y CAJAL, cf. pour l'exposé de la théorie de RAMON Y CAJAL : J. SOURY, *Le système nerveux cérébral*, 1899, p. 1613.

il attribuait à la rétraction et à l'allongement de la névroglie l'hyperémie ou l'anémie cérébrale. ANGLADE et JACQUIN ¹ avaient, à cette époque, noté certaines lésions cérébrales dans la psychose maniaco-dépressive (lepto-méningite, atrophie des circonvolutions, lésions cellulaires ou vasculaires, etc.). On a rapporté, en effet, de multiples observations et fait beaucoup de travaux il y a 50 ans sur cette anatomopathologie cérébrale ². Signalons spécialement les travaux ou les observations de MORDRET ³, de WOLLERNER ⁴, de KIRN ⁵, de DOUTREBENTE ⁶, de HOLLANDER ⁷. On invoquait aussi bien la tératologie (PILCZ) que l'intoxication des cellules cérébrales ⁸. Quant à la localisation fonctionnelle, on l'attribuait tantôt au lobe frontal ⁹, tantôt aux circonvolutions pariétales ¹⁰, etc. Dans le cas de WORCESTER ¹¹ il s'agissait d'un ramollissement de la moitié droite de la protubérance et des tubercules quadrijumeaux.

Plus récemment KIYOSHI TAKASE ¹² a étudié très minutieusement cinq cas et mis en évidence la pathoclise de la 3^{ème} couche dans le cortex préfrontal et le lobe temporal ; le processus histopathologique se rapprocherait de celui de la sénescence. O. MARBURG ¹³ conclut également qu'il y aurait quelque raison de localiser les troubles affectifs des psychoses circulaires dans le cerveau frontal et le lobe temporal. La « moria » de JASTROWITZ, le rattachement des états affectifs à des troubles cénesthésiques, la pathologie des réflexes conditionnés, etc., peuvent constituer une base possible d'une théorie corticale des accès dépressifs ou d'excitation, et c'est dans ce sens que beaucoup d'auteurs ont émis leurs hypothèses sur la pathologie cérébrale des psychoses maniaco-dépressives. On comprend aussi que les lésions méningo-encéphaliques diffuses portant principalement sur l'écorce comme dans le cas de MARCHAND ¹⁴ aient renforcé cette opinion. L'aspect « encéphalitique » des états « dysthymiques » a fait également l'objet des recherches de TARGOWLA ¹⁵ dans le même sens. Cependant

1. ANGLADE et JACQUIN, Psychoses périodiques et épilepsie. Considérations cliniques et anatomopathologiques, *Encéphale*, 1907.

2. On consultera notamment le rapport de ANTHEAUME (1907), pp. 94 à 102. Il donne un petit répertoire des lésions banales ou plus ou moins spécifiques que les auteurs de cette époque ont décrites.

3. MORDRET, *Mémoire*, présenté à l'Acad. de Méd., 1880.

4. WOLLERNER, *Neurol. Zentralblatt.*, 1887, p. 145.

5. KIRN, *Die periodischen Psychosen*, Stuttgart, 1878.

6. DOUTREBENTE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1882.

7. B. HOLLANDER, *J. of ment. Sc.*, juillet, 1901.

8. TURNER, *J. of ment. Sc.*, 1900.

9. Observations de CHARRON, *Arch. de Neuro.*, 1899.

10. KOHLER, 1869, cité par ANTHEAUME.

11. WORCESTER, *J. of exper. Med.*, 1898.

12. KIYOSHI TAKASE, Zur Pathologie der periodischen Psychosen mit bewunderen Berücksichtigung der Rinden ; Ausbreitung des Prozesses, *Arb. Neurol. Institut Wiener Univ.*, 1924, 25, pp. 287 à 388.

13. O. MARBURG, Bemerkungen zu den patho. Veränderungen der Hirnrinde bei Psychosen, *Arb. neurol. Institut Wiener. Univers.*, 1924, 26, pp. 244 à 251.

14. MARCHAND, *B. Soc. Med. Ment.*, 1928, pp. 176 à 180.

15. TARGOWLA (R.), *Pratique Médicale fr. Mon.*, 1928, et *Ann. Médico-Psycho.*, 1930, pp. 248 à 266.

les études d'anatomo-histopathologie n'ont pu mettre jusqu'ici en évidence aucun processus histophysiopathologique bien net et les conclusions des auteurs sont à cet égard généralement négatives. C'est ainsi que les biopsies cérébrales chez les malades maniaco-dépressifs ont donné des résultats négatifs à A. R. ELVIDGE et G. E. REED ¹. On fonda ensuite beaucoup d'espoirs sur l'étude du système neuro-végétatif et des fonctions végétatives. Les études sur ce point sont innombrables et contradictoires. Nous ne pouvons mieux faire que de nous rapporter au rapport de SANTENOISE ² et au travail de MASSAUT ³. L'école de CLAUDE avait abouti aux conclusions que SANTENOISE résume ainsi : les paroxysmes anxieux ou maniaques sont caractérisés par une excitabilité considérable du vague tandis que les périodes intercalaires sont accompagnées d'hypovagotonie relative. L'excitabilité du vague est parfois telle que la recherche du réflexe oculo-cardiaque peut amener un état syncopal ou, en tout cas, un ralentissement considérable du pouls. Le réflexe solaire est généralement nul ou inversé. Les réactions à la pilocarpine, à l'ésérine sont très vives ; au contraire, la tolérance à l'atropine et à l'injection des hydrates de carbone est très grande. Il s'agirait d'un type de crises hémoclasiques. — Rosso (1935) a observé également un état de vagotonie d'après SANTENOISE. Par contre, divers auteurs ont plus ou moins infirmé cette manière de voir. — Helgi THOMASSON ⁴ pense que ce sont les variations des électrolytes du sang qui entraînent des variations de l'irritabilité neuro-musculaire. En 1923, il a classé les psychoses maniaques-dépressives en cas avec hypersympathicotomie (anxieux), cas avec hypersympatico-hypoparasympathicotomie et hyposympathicotomie (manie et dépressions graves). D'où l'emploi, qu'il a préconisé, d'acétylcholine (vagotonique). — A. LESZYCKI ⁵ conclut de ses recherches sur l'équilibre ionique du sang qu'il existe dans les états maniaques un certain degré de tonus sympathique tandis que dans les états dépressifs il y aurait vagotonie. — Certains auteurs (cités par SANTENOISE et sans références bibliographiques): ROGGENDAN (1933), CHRISTENSEN, DICKMEISS, G. SANDOR (1935) invoquent plus simplement un état d'amphotonie. — SONDEN ⁶ à qui nous devons un des travaux anciens les plus complets sur la pathogénie de la psychose périodique, concluait que la vagotonie est caractéristique de la dépression et la sympathicotomie de l'excitation. — Un certain nombre de troubles des fonctions neuro-végétatives (troubles circulatoires — angiospasmes — ulcères peptiques d'après POLLAK et PROPLICK — asthénie d'après LEAVITT, KIRMAN — et autres phénomènes

...On fonda ensuite beaucoup d'espoirs sur l'étude du système neuro-végétatif et des fonctions végétatives...

1. ELVIDGE et REED, *Arch. Neuro and Psych.*, 1938, 40, pp. 227 à 268, et *Tr. Amer. Neuro*, 1936, 62, pp. 95 à 101.

2. SANTENOISE, *Les troubles neuro-végétatifs dans les maladies mentales*, Congrès des Aliénistes d'Alger, en 1938 (notamment pp. 76 à 79).

3. MASSAUT, *J. belge de Neuro.*, 1932.

4. Cité par SANTENOISE, sans référence.

5. *Ibid.*

6. SONDEN, *A study of somatic conditions in M. D.* 1 vol., 1927.

allergiques) semblent précisément en relation avec des dystonies du système autonome. C'est ainsi que P. ABÉLY ¹ a étudié l'équilibre vasculaire tensionnel des crises dépressives, Il propose de distinguer les cas où on trouve au cours de l'accès une poussée hypertensive, cas qui lui paraissent entrer dans le cadre maniaco-dépressif, des cas d'hyposthénie avec hypotension, cas qui lui paraissent s'intégrer dans un état névropathique. Rappelons que HAUPTMANN et MYERSON ² ont trouvé des anomalies des capillaires au cours des états maniaco-dépressifs qui sont du même type (différent des altérations trouvées dans la schizophrénie) que dans les névroses. — DE GREEF, BRONFMAN et SCHURMANS ³ se sont intéressés à la dyschlorhydrie de malades maniaco-dépressifs (9 étaient achlorhydriques et 27 hypochlorhydriques sur 42 cas examinés).

Au cours de ces dernières années l' *électroencéphalographie* a été appliquée à l'étude de certains cas de type maniaco-dépressif. Nous avons déjà eu l'occasion (p. 67) de parler des recherches de LIBERSON sur les rythmes du sommeil. GREENBLATT, HEALEY et JONES ⁴ ont trouvé des anomalies chez 31 % de malades périodiques dépressifs et dans 42% de cas d'excitation. Pour P. A. DAVIS et H. DAVIS ⁵ par contre, il n'y a pas plus d'anomalies chez les dépressifs que chez les excités. — *L'encéphalographie gazeuse* a été aussi utilisée pour déceler les lésions d'atrophie. M. T. MOORE et D. NATHAN ⁶ ont examiné 44 malades maniaco-dépressifs de 21 à 54 ans dont la maladie durait de 20 mois à 20 ans et ont mis en évidence le processus d'atrophie corticale avec distension ventriculaire. D. HILL ⁷ a plus récemment mis en évidence des « patterns » d'immaturation électrique.

Mais le gros problème d'actualité est celui qui est en discussion, depuis 20 ans, à propos de la localisation des « *fonctions thymiques* » dans le *diencephale* et notamment dans l'*hypothalamus*. Sans doute avait-on longtemps attribué aux couches optiques la fonction de centres d'expressions émotionnelles. Il suffit de se rapporter par exemple au fameux compendium de J. SOURY ⁸ pour y retrouver l'ambiance expérimentale de l'époque (BECHTEREW, SCHIFF, GOLTZ, FERRIER). L'excitation mécanique et électrique des centres émotionnels provoquait, disait-on, le « goulgoul des pigeons », le « couak » des grenouilles, l'aboïement du chien, c'est-à-dire les cris instinctifs.

1. P. ABÉLY, *L'anxiété*, 1949, et *Ann. Médico-Psycho.*, 1948, 11, p. 42.

2. HAUPTMANN et MYERSON, *J. of nerv. and ment. Disease*, 1948, 108, pp. 91 à 108.

3. DE GREEF, BRONFMAN et SCHURMANS, *Acta N. P. belgica*, 1949, 49, pp. 81 à 95.

4. GREENBLATT, HEALEY et JONES, Age and E. E. G. in neuropsych. patient, a study of 1593 cases, *Amer. J. Psych.*, 1944, 101, pp. 82 à 90.

5. P. A. DAVIS et H. DAVIS, The E. E. G. of Psychotic patients, *Amer. J. Psych.*, 1939, 95, pp. 1007 à 1025.

6. M. T. MOORE et D. NATHAN, Encephalography in mental disease. *Amer. J. Psych.*, 1935, 22, pp. 43 à 67.

7. HILL (D.), E. E. G. an episodic psychiatry and psychopathic behavior, *E. E. G. clin. Neurophysio.*, 1952, 4, pp. 419 à 442.

8. J. SOURY, 1899, *loc. cit.*, p. 481 (p. 1343).

...Mais le gros problème d'actualité est celui [...] de la localisation des « *fonctions thymiques* » dans le *diencephale*...

NOTHNAGEL, EDINGER, KOLLIKER consacrèrent ainsi à l'époque la notion de centres sous-corticaux et spécialement thalamiques des mouvements instinctifs et automatiques, et, les observations du chien sans cortex depuis celui de GOLTZ (1892) jusqu'au chien décortiqué de ROTHMANN (1920) ou aux chats préparés par DUSSEY de BARENNE (1919), de nombreuses études psychophysiologiques ont été consacrées à ce problème. Le vieux et curieux travail de SIKOWSKY ¹ nous renvoyait déjà et justement à propos de la mimique du maniaque et du mélancolique à toutes ces hypothèses et expérimentations. Tout cela nous ne devons pas trop l'oublier quand nous abordons l'état actuel des localisations diencephaliques des états maniaco-dépressifs.

Cette théorie de l'origine hypothalamique du dérèglement de l'humeur défendue chez nous par J. DELAY ² repose sur un certain nombre de faits, d'expériences et de cas pathologiques.

...J. DELAY, Les dérèglements de l'humeur, 1946...

Tout d'abord P. BARD ³ apporta une précision à l'égard de la localisation de toutes ces formes de réactions expressives. Il a montré que la « sham rage » se manifestait après ablation de toute la partie antérieure du cerveau, du thalamus et même de la plus grande partie du diencephale antérieur et il en concluait que cette explosion de colère dépend, chez le chat, d'un mécanisme qui a son centre dans la partie caudale de l'hypothalamus. D'autres réactions de fureur ou de plaisir furent observées par BARD lui-même avec RIOCH, et aussi par BAZETT et PENFIELD ⁴, GIBBS, etc. WHEATLEY ⁵, ayant réalisé des destructions de l'hypothalamus chez des chats « choisis pour leur affabilité », déclenchait un comportement coléreux et agressif durable et non pas de véritables accès de colère. Quant à l'excitation électrique du diencephale ⁶ elle déclenche également chez le chat une excitation intense « comme s'ils avaient été menacés par un chien aboyant ». ECTORS, BROOKEN et GÉRARD ⁷ ont provoqué chez le singe des réactions d'angoisse, de peur et de douleur quand l'hypothalamus antérieur était électriquement excité et des crises de colère quand c'était l'hypothalamus postérieur.

Une autre série de faits doit être maintenant rappelée ici dont nous avons déjà relaté à plusieurs reprises les principaux et que nous devons à l'expérience neuro-chirurgicale des tumeurs de la base et du diencephale. Tout d'abord, comme nous l'avons vu, un certain nombre de tumeurs ont paru par leur symptomatologie manifester que l'atteinte plus

1. SIKOWSKY, Die Bedeutung der Mimik für die Diagnose des Irreseins, *Neuro. Zentralblatt*, 1887, pp. 465 à 492.

2. J. DELAY, *Les dérèglements de l'humeur*, 1946.

3. P. BARD, A diencephalic mechanism for the expression of rage with specific reference to the sympathetic nervous System. *Amer. J. of Physiology*, 1928, 84, p. 490.

4. BAZETT et PENFIELD, *Brain*, 1922, 45, pp. 185 à 265.

5. WHEATLEY, *Archiv. of Neurology and Psych.*, 1944, 52, pp. 296 à 516.

6. S. W. RANSON, H. KABAT et H. W. MAGOUN, Autonomic responses to electrical stimulation of hypothalamus, *Arch. of Neuro and Psychiatry*, 1935, 33, pp. 467 à 477.

7. ECTORS, BROOKEN et GERARD, *Archiv. of N. and P.*, 1938, 39, pp. 789 à 795.

ou moins élective du tronc cérébral, de l'infundibulum, de l'hypophyse, de la région paraventriculaire dérègle l'équilibre thymique. Outre les observations déjà citées plus haut (p. 457), rappelons les cas anciens de GUTTMANN et HERMANN ¹ et de HARVEY CUSHING ², et ceux plus récents de DELAY, MALLET et NAUDASCHER ³ et de DONNADIEU et ACHALLE ⁴. Déjà les études cliniques et anatomiques sur l'encéphalite épidémique ⁵ et sur les traumatismes cérébraux ⁶, etc. avaient fortement attiré l'attention des physiopathologistes sur le problème de la localisation de l'anxiété ⁷ et de l'excitation maniaque. Mais ce sont les « manipulations » opératoires des neuro-chirurgiens et les excitations qu'ils ont pu porter directement sur l'hypothalamus qui ont constitué, ces dernières années, l'apport de faits le plus important. Nous avons indiqué, avec leurs mentions bibliographiques respectives, les principales : celles de FOERSTER et GAGEL, de FULTON et P. BAILEY, de COX; de DOTT, etc. Ainsi qu'on le fait régulièrement remarquer, ces syndromes thymiques sont de type d'excitation, mais rarement mélancolique ⁸. DAVID, HECAEN et TALAIRACH ⁹ sont assez réservés sur ces faits et ils ont insisté sur la participation probable des altérations corticales au cours de ces interventions, probabilité fondée, disent-ils, sur les manifestations confuso-maniaques qu'ils ont observées après lobectomie préfrontale dans 7 cas. Enfin, ils reprennent à leur compte les critiques formulées par MASSERMANN ¹⁰ contre la confusion entre émotion et expression émotionnelle. Par contre DELAY conclut de tous ces faits que le diencéphale intervient « non pas seulement dans l'expression mais dans l'affection » et que les phénomènes « pseudo-affectifs » déclenchés par les expérimentations chez l'animal sont en réalité des phénomènes affectifs. De même GUIRAUD ¹¹ estime que les états d'hyperthymie que l'on observe dans les excitations de l'hypothalamus antérieur « ressemblent beaucoup à l'excitation maniaque ».

...ce sont [...] les excitations que les neuro-chirurgiens ont pu porter directement sur l'hypothalamus qui ont constitué, ces dernières années, l'apport de faits le plus important...

...DAVID, HECAEN et TALAIRACH [dénoncent] la confusion qui est faite entre émotion et expression émotionnelle...

...par contre pour DELAY, le diencéphale intervient « non pas seulement dans l'expression mais dans l'affection »...

1. GUTTMANN et HERMANN, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1922, 140, pp. 439 à 472.

2. HARVEY CUSHING, *The pituitary body and hypothalamus*, 1928.

3. J. DELAY, MALLET et NAUDASCHER, Psychose M. D. et anomalie congénitale de la poche de Rathke, *Ann. Méd. Psycho.*, 1946, I, 364.

4. DONNADIEU (A.) et ACHALLE (J. Y.), Contribution à l'étude des tumeurs du corps calleux. Tumeur chez une ancienne M. D. *Encéphale*, 1953, 241-248.

5. Cf. parmi les travaux récents, l'article de DELAY et M^{lle} JOUANNAIS, *Revue Neuro.*, 1943, 299, et le chapitre que GUIRAUD, *Psychiatrie Générale*, pp. 402 à 405, consacre à un de ses sujets favoris.

6. Notamment KLEIST (*Gehirmpathologie*, 1934).

7. Cf. notre *Étude*, n° 15.

8. Rappelons encore la fameuse observation de R. GRINKER, de laquelle on ne peut pas séparer les expériences de R. GRINKER et de SEROTA, *J. of Neuro Physio.*, 1938, 1, p. 473, par excitation électrique directe de l'hypothalamus (électrodes pharyngées), déclenchant de l'anxiété, des sanglots et des réactions de panique.

9. DAVID, HECAEN et TALAIRACH, Le trouble psychique de type expansif au cours des interventions sur la région du 3^{ème} ventricule, *Revue Neuro.*, 1946, pp. 541 à 560.

10. MASSERMANN, The hypothalamus in Psychiatry, *Amer. J. of Psych.*, 1941-42, 98, p. 633, et Is the thalamus a center of emotion, *Psychosomatic Medicine*, 1941, 3, p. 3.

11. GUIRAUD, *Psychiatrie générale* (pp. 480-487). On trouvera dans cet ouvrage un remarquable exposé de ces problèmes.

Enfin certains contrôles anatomiques de cas de psychoses maniaco-dépressives ont permis également de penser que les lésions diencephaliques jouent un rôle. Il faut faire remarquer à ce propos que sous le nom de « manie aiguë » on englobe souvent des états confusionnels ou des délires aigus qui ont fait ailleurs (Étude n° 24) l'objet d'un exposé semblable. Quoi qu'il en soit nous devons citer les travaux de LARSON, de MORGAN², de ALPERS³, de URECHIA, CONSTANTINESCO et GROSSAU⁴ qui ont mis en évidence, dans ces cas, des lésions sous-corticales.

Comme on le voit, aux constatations négatives d'ANTHEAUME (1907) s'ajoutent peu de faits positifs. MEYER⁵, il y a quelques années, concluait qu'il n'y avait pas de lésions cérébrales nettes dans les cas de psychoses maniaco-dépressives et WOLF et COWEN⁶, après examen histopathologique de l'écorce frontale de malades topéctomisés, sont parvenus à la même conclusion, tout au moins pour ce qui est des lésions corticales.

II. Les troubles organiques généraux⁷.

Les investigations cliniques et biologiques dans les psychoses maniaco dépressives sont innombrables. Cela se comprend, car tous les psychiatres ont l'impression que ces « crises » ne peuvent pas être séparées des « crises » de la pathologie générale et qu'elles doivent vraisemblablement dépendre de facteurs humoraux et fonctionnels physiopathologiques — ou tout au moins les mettre en jeu. Le gros problème est de discerner en effet ce qui, dans ces « cycles », pathologiques de la vie de relation et de la vie végétative, est cause ou effet et, ici, ce qui est facteur déclenchant ou favorisant l'émotion ou ce qui en est l'expression corporelle⁸. Deux ordres de recherches et de faits doivent

...Le gros problème est de discerner ce qui est [...] facteur déclenchant ou favorisant l'émotion ou ce qui en est l'expression corporelle...

...Nous avons étudié ce problème dans notre thèse, Glycémie et Maladies mentales, Paris, 1926... (H. Ey)

1. C. P. LARSON, Fatal cases of acute m. d. psychosis, *Amer. J. Psych.*, 1939, 95, pp. 971 à 982.
2. L. O. MORGAN, Changes in hypothalamus in the major Psychoses, *The hypothalamus*, 1940, 20, pp. 752 à 773.
3. B. ALPERS, *Archiv. of Psych.*, 1937, 38, p. 291.
4. URECHIA, CONSTANTINESCO et GROSSAU, *Monatschr. f. Psych.*, 1947, 114, pp. 258 à 364. Etude de 7 cas de manie avec hémorragies péricapillaires dans la région du tuber.
5. MEYER (F.), Anatomie histologische Untersuch in M. D. (*Monatschr. f. N. und Psych.*, 1935, 91).
6. WOLF (A.) et COWEN (L), *Pathology* (ch. XXVII Selected partial ablation of the frontal cortex). Ed. Hoebner New York 1949.
7. On consultera spécialement les travaux anciens, le Rapport d'ANTHEAUME, *loc. cit.*, p. 432 (1907), la thèse de M^{lle} BADONNEL, *Troubles des fonctions organiques dans la Mélancolie*, Paris, 1924, l'ouvrage de O. WUTH, *Ueber die körperliche Störungen bei Geisteskranken*, Berlin, 1922, l'article de J. LANGE, *Traité de BUMKE*, VI, pp. 48 à 66, SONDEN, *loc. cit.*, p. 483 (1927) et MASSAUT (*J. belge de Neuro.*, 1932, II, 675). Pour les travaux récents, consulter HEMPHILL, *Endocrinology in clinical Psychiatry, J. of ment. Sc.*, 1944. Le livre de BELLAK, *loc. cit.*, p. 434 (pp. 83 à 92) et celui de P. ABÉLY, *Introduction à l'étude de l'Endocrinopsychiatrie*, Paris, 1949. Se rapporter à ce que nous venons de dire plus haut à propos des troubles de fonctions neuro-végétatives (cf. p. 483).
8. Nous avons étudié ce problème dans notre thèse, *Glycémie et Maladies mentales*, Paris, 1926.

retenir particulièrement notre attention : la pathologie hormonale et la pathologie hépato-rénale dans ses rapports avec les déséquilibres de l'homéostasie du milieu intérieur.

1° PATHOLOGIE HORMONALE ¹.

...Depuis KRAEPELIN [...] on n'a cessé de s'intéresser au substratum endocrinien de la psychose maniaco-dépressive...

Depuis KRAEPELIN (nous l'avons déjà noté) et surtout depuis les premiers travaux de PARHON et MARBE (1906) on n'a cessé de s'intéresser au substratum endocrinien de la psychose maniaco-dépressive. Aucun domaine de la psychiatrie ne paraît, en effet, dès l'abord, plus prometteur que ces crises psychosomatiques prises dans la masse même de l'humeur, des instincts, des émotions, c'est-à-dire dans la perturbation des relations humorales dont la « psychocrinie » paraît constituer l'essentiel. M. BLEULER (1954) cependant, après avoir fait le tour de ce problème, tient pour assuré que la psychose maniaco-dépressive n'a pas de base endocrino-pathologique bien établie.

La question cependant, depuis le rapport que TUSQUES ² a présenté à la Société médico-psychologique, a beaucoup évolué. Et cela grâce aux études physiopathologiques et cliniques sur l'hypophyse, les hormones génitales et les corrélations hypophyso-cortico-surrénales (A. C. T. H.). Après avoir conçu beaucoup d'espoir sur la pathogénie thyroïdienne, les chercheurs avec ZONDEK ont cru trouver la clé hormonale de la psychose périodique dans les troubles de l'antéhypophyse, — ensuite les relations de l'hypophyse avec la production des œstrogènes, des androgènes et de la progestérone ont retenu spécialement l'attention jusqu'au moment où, actuellement, on s'occupe plus spécialement des inter-réactions hypophyso-cortico-surrénales.

a.—La thyroïde ³.

Plusieurs auteurs ont signalé depuis longtemps la coexistence du syndrome maniaque et du goitre exophtalmique ou plus généralement du syndrome de thyroï-

1. Nous avons déjà, à plusieurs autres endroits de cet ouvrage, parlé de ce problème, notamment à propos des troubles endocriniens de la manie (p. 68), des formes étiologiques de la manie (p. 112), du syndrome physique de la mélancolie (p. 136), des formes étiologiques de la mélancolie (p. 197). On voudra bien compléter par les références que nous avons en ces occasions déjà indiquées celles que nous donnons ici. Les travaux les plus importants sur l'ensemble du problème hormonal posé par les psychoses maniaco-dépressives sont, outre les travaux ou exposés physiopathologiques généraux que nous venons de citer à la page précédente (M^{lle} BADONNEL, MASSAUT, HEMPHILL, P. ABÉLY, BELLAK, etc.) : l'ouvrage de BEACH (F. A.), *Hormones and Behavior*, Éd. Hoeber, New York, 1948 — la revue générale de M. BLEULER, *Zentralblatt f. d. g. Neuro*, 1950, no, 225-237 — les rapports de IRAZOQUI, VILLALONGA, ARASA, GURRIA, AIZPUN et FERRER HOMBRAVELLA à l'Academia de ciencias à Barcelone (1950) — l'article de DIOGO FURTADO, *Psiquatria y endocrinologia, Actas luso españolas*, 1951, n° 33 p. 30 à 32) — les rapports de M. BLEULER, REISS (M.), DURAND (Ch.) et BOFILL (P.) à la Société suisse de Psychiatrie, *Archives suisses de N. et P.*, 1953 — l'article (d'ailleurs très bref) de CLEGHORN (R.A.) in *Biology of mental health and Disease*, 1952 (p. 270), etc. M. BLEULER, *Endokrino-logische Psychiatrie*, éd. Thieme. Stuttgart, 1954. Cf. spécialement pp. 355 à 358.

2. TUSQUES (J.), *Ann. Médico-Psycho.*, 1937.

3. Cf. SAINTON, *Sent. Méd. des Hôpitaux*, 1937. DELAY et BOITTELLE, *Sem. des Hôpitaux, .../...*

toxicose. On trouvera l'énumération de ces observations dans le travail de TUSQUES. Ainsi BRISSARD (1906) sur 106 goitreux signalait environ 24 % de psychoses maniaques-dépressives. Mais il est loin le temps où PARHON avait trouvé sur 86 cas de tumeurs basedowiennes 67 cas de troubles de type manie-mélancolie, ou d'anxiété avec phobies et obsessions. Rappelons que C. I. PARHON (1914) notait l'extrême fréquence des troubles affectifs dans les troubles psychiques de la maladie de Basedow (103 cas sur 146). Plusieurs cas furent publiés à la même époque, notamment par LANDRY et CAMUS ¹, par CHARPENTIER et COURBON ², etc. Dans cette observation, il s'agissait d'un cas où (comme toujours) se mêlaient les facteurs endogènes et exogènes et dont l'évolution fut assez remarquable : les crises en effet subirent une recrudescence quand le syndrome hyperthyroïdien disparut. Depuis lors, des observations comme celles de KLAUSS, NAGY et COUJON ³, celles de LAIGNEL-LAVASTINE, ESCALIER, etc. ⁴, de MUTRUX ⁵, n'ont pas apporté beaucoup plus de certitude sur les relations cliniques de la thyroïde et des psychoses. Cependant certaines observations sont assez troublantes comme par exemple celles de TUSQUES ⁶ où les relations du syndrome de Basedow et d'un épisode maniaque étaient évidentes, mais il y avait dans ce cas hypothyroïdie et non hyperthyroïdie... On comprend que si SHOWSTECK, nous disent DELAY et BOITTELLE, pense que la maniaque-dépressive est la psychose la plus communément associée aux maladies de la thyroïde, et si KLINBERGER croit à un facteur thyrotoxic à la base des états maniaques, la plupart des auteurs restent très réservés sur ce point. Des travaux récents doivent être signalés qui aboutissent à des conclusions négatives à l'égard du rôle joué par la thyroïde dans les troubles maniaque-dépressifs : Evelyn MAN et Eugen KAHN ⁷ ont étudié à Yale 43 malades (26 maniaque-dépressifs, 17 mélancoliques). Ils n'ont trouvé d'hyperthyroïdie que dans 3 cas. Dans 36 cas sur 40, la teneur du sérum en iode était normale. G. THOMPSON ⁸ a observé un médecin qui, souffrant

...Le facteur thyroïdien...

.../... Paris, 1948. COSSA et SASSI, *Presse Médicale*, 1938, et BOFILL, L'hyperthyroïdie en Psychiatrie, *Évolution Psych.*, 1953, n° 4. Ce dernier travail contient une bibliographie importante. Cf. aussi l'ouvrage de M. BLEULER (1954) et l'article de J. TUSQUES (à paraître dans *Encyclopédie Méd. Chir.*).

1. M^{lle} LANDRY et CAMUS (P.), *Ann. Méd.-Psycho.*, 1908,1, 238, 242.
2. CHARPENTIER (R.) et COURBON (P.), *Ann. Méd. Psycho.*, 1908, I, 227-238.
3. KLAUS, NAGY et GOUJON (cités par DELAY et BOITTELLE).
4. LAIGNEL-LAVASTINE, ESCALIER, *Ann. Médico-Psycho.*, 1938.
5. MUTRUX, *Monatschr. f. N. und P.*, 1943, pp. 249 à 286.
6. TUSQUES (J.), Accès de manie avec signes cliniques d'hyperthyroïdie et des signes biochimiques d'hypothyroïdie, *Ann. Méd. Psycho.*, 1941, II, 192-195. (Une erreur typographique dans le titre risque de faire commettre un contresens au lecteur qui ne se rapporterait pas au texte).
7. Evelyn MAN et Eugen KAHN, Thyroïd functions of Maniac-Depressive Patients evaluated by determination of the serum iodine, *Archiv. of Neuro and Psych.*, 1945, 54 pp. 51 à 56.
8. G. THOMPSON, Self induced Psychosis with hyperthyroïdism complications, *M. D. Psychosis, Amer. J. of Psych.*, 1945, 102.

de troubles dépressifs, s'intoxiqua (tentative de suicide prolongée pendant un an et demi) par une dose massive de thyroïde ; il présenta un syndrome de confusion *superposé* à sa dépression originaire, confusion qui disparut avec la désintoxication sans que l'état dépressif fut modifié. — BOFILL (1953) insiste sur la légèreté du diagnostic d'hyperthyroïdie porté dans beaucoup de cas douteux.

Quant à la question du déclenchement par la *thyroïdectomie* d'accès maniaco-dépressifs (accès mélancoliques dans le cas de BRAM, LAIGNELLAVASTINE, KARWOSCH et STOUT, RONDEPIERRE, VIÉ, BARRAT et THEVENOT, de LUAN WALTE et FACQUET, accès d'excitation plus ou moins maniaques dans les cas de BRAM, LIAN, WELTI et FACQUET, ZIEGLER, ARROYO), elle a été étudiée sans que les auteurs¹ aient pu en tirer autre chose que des conseils de prudence. Quelles que soient les difficultés d'interprétation, les liaisons cliniques entre les troubles de la sécrétion thyroïdienne et les psychoses maniaco-dépressives demeurent tout à la fois plausibles et confuses. C'est d'ailleurs ce que nous allons retrouver à propos de tous les aspects endocriniens de ces psychoses.

...Le facteur thyroïdien...

Pour ce qui est de l'anatomie pathologique, GORRIERI² n'avait trouvé aucune modification de la thyroïde. AMALDI³ avait cependant noté des lésions de la thyroïde 4 fois sur 12 cas de manie (athérome diffus, altérations de l'épithélium folliculaire). D'après le travail de RAMADIER et MARCHAND⁴, la thyroïde des maniaques n'offrirait aucune lésion appréciable au triple point de vue pondéral, anatomique et histologique, PARHON, M^{lle} MATESCO et LUPRA⁵ pensaient au contraire que le poids moyen de la thyroïde est plus élevé dans les syndromes maniaques. MONCRY⁶ avait tenté de classer les thyroïdes d'aliénés d'après leur teneur en iode et il concluait qu'aux teneurs les plus élevées d'iode correspondaient des états d'agitation furieuse. — NEUSTADT et GL. HOWARD⁷ ont plus récemment confirmé ce fait.

L'étude des *réactions biologiques* a surtout progressé il y a quelques années. W. MAYER⁸ qui le premier pratiqua la réaction d'ABDERHALDEN avec la thyroïde dans les psychoses, la trouva négative dans la psychose maniaque dépressive; BUNDSCHUCH et ROMER, MAAS, THEOBAL seraient arrivés aux mêmes conclusions. ZAIXA a trouvé deux réactions positives⁹. PARHON et M^{lle} PARHON¹⁰ dans 8 cas de manie ou hypomanie

1. Cf. notamment WELTI, BARUK et MATHEY, *Presse Médicale*, 1938, M. Q. HOWARD et L. H. ZIEGLER, *Amer. J. of Psych.*, 1942, 98, pp. 745 à 749, SAINTON et AJURIAGUERRA, *Semaine des Hôpitaux*, Paris, 1943, pp. 109 à 118.

2. GORRIERI, *Rivista sper. di Freniatria*, 1913.

3. AMALDI, *Rivista sper. di Freniatria*, 1897.

4. RAMADIER et MARCHAND, *Encéphale*, 1918.

5. PARHON, M^{lle} MATESCO et LURPA, *Encéphale*, 1913.

6. MONCRY, *Thèse*, Lyon, 1903.

7. NEUSTADT et GL. HOWARD, *Amer. y. of Psych.*, 1942.

8. W. MAYER, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1914, 22, p. 539.

9. Ces auteurs sont cités dans le rapport de TUSQUES.

10. PARHON (C. J.) et Marie PARHON, *Rev. Neuro.*, 1914.

avaient rencontré 3 réactions négatives, 2 réactions faiblement positives, 1 réaction positive et 2 fortement positives, LERI ¹ fit remarquer que c'est précisément dans le groupe maniaque dépressif que l'on rencontre le moins de réactions positives. Par contre, dans la généralité des maladies nerveuses et mentales les *cutiréactions* avec des extraits thyroïdiens ont donné entre les mains de PARHON et SATINI ² 6 réactions positives dans 7 cas de manie. La réaction de KOTTMANN a donné à CABITTO ³ des résultats inconstants. Pour ORNSTEIN et CERNAUTEANU ⁴ la plus grande partie des résultats positifs revient à la manie. Nous reviendrons plus loin sur le métabolisme basal. E. MAN et E. KAHN ⁵ étudiant 26 malades maniaco-dépressifs du point de vue de la teneur de sérum en iode, ont abouti à des résultats à peu près négatifs. D'après REISS ⁶ qui a pratiqué de longues recherches par les méthodes radioactives sur l'iode protéinique du sang, l'index thyroïdien ne subit pas de variations caractéristiques au cours des états dépressifs.

Quant aux *résultats thérapeutiques*, il faut remonter très loin pour en trouver des indications (BRUCE ⁷, CLARKE ⁸). Cependant X et P. ABÉLY ⁹ ont obtenu de bons résultats par l'injection d'extraits thyroïdiens tandis que PARHON ¹⁰ avait pu obtenir un cas de guérison par thyroïdectomie partielle.

b. — *L'hypophyse.*

L'importance du rôle de l'hypophyse dans le déclenchement des crises maniaques a été avancée, surtout il y a quelques années, et notamment depuis le développement des études physiopathologiques sur le diencéphale, l'hypothalamus et des relations hypophyso-thyroïdiennes, hypophyso-sexuelles et hypophyso-cortico-surrénales.

...rôle de l'hypophyse...

On a publié tout d'abord un certain nombre d'observations de manie associée à un syndrome d'acromégalie. Citons à titre d'exemple, celles de la thèse de BRUNET ¹¹, de GARNIER et SANTENOISE ¹² et le cas de X. et P. ABÉLY et NODÉT ¹³. On s'est ensuite intéressé aux malades porteurs de tumeurs hypophysaires et présentant des crises de manie

1. LERI, *Revue Neurologique*, 1914.

2. PARHON et SATINI, *Revue Neurologique*, 1914.

3. CABITTO, *Rivista sper. di Frenia*, 1930 et 1931.

4. ORNSTEIN et CERNAUTEANU, *Archiv. Int. Neurol.*, 1926.

5. E. MAN et E. KAHN, *loc. cit.*, p. 489, note 7.

6. REISS (M.), *loc. cit.*, p. 488 et tableau 10 (1953).

7. BRUCE, *J. of ment. Sc.*, 1895.

8. CLARKE, *Amer. J. of Insanity*, 1895.

9. X et P. ABÉLY, *Ann. Médico-Psycho.*, 1936.

10. PARHON, *Wiener Med. Wochemchr.*, 1915.

11. BRUNET, *Thèse*, Paris, 1893.

12. GARNIER et SANTENOISE, Une observation de manie aiguë chez une acromégalique, *Archives de Neuro.*, 1897, 11, pp. 486 à 491.

13. X. et P. ABÉLY et NODÉT, Excitation psychique et hyperhypophysie, *Ann. Médico-Psycho.*, 1934, 2, pp. 291 à 293.

(X. et P. ABÉLY, ANGLADE et RONDEPIERRE¹, X. et P. ABÉLY et COULÉON², PUECH, BUVAT et DESCLAUX³). DELAY, MALLET et NAUDASCHER⁴ ont observé une malade présentant des accès maniaco-dépressifs et à l'autopsie on constata des îlots tissulaires antéhypophysaires paraissant constituer un reliquat du tractus craniopharyngé embryonnaire. De nombreuses observations de troubles maniaco-dépressifs plus ou moins certains ont été publiées comme nous l'avons déjà vu (cf. supra). RISER, DARDENNE, FERDIÈRE et GAYRAL⁵ ont insisté parmi les formes psychiques précoces des cranio-pharyngiomes, sur les états d'excitation psychique. Les observations publiées par GROSCH⁶ sont caractérisées par l'apparition chez de jeunes garçons peu après la puberté de troubles hypophysaires et de troubles de sommeil et BERGOUIGNAN⁷ a noté ce syndrome dans 3 cas où il existait un certain degré d'excitation psychique. En dehors des processus tumoraux on a pu observer des « crises » d'angoisse ou dépressives au cours de la maladie de CUSHING comme dans l'observation de SCHLESINGER et HORWITZ⁸. Deux élèves de PARHON, M. CAHANE et I. CAHANE⁹ ont particulièrement étudié les relations des états dépressifs avec la pathologie tubero-hypophysaire.

...rôle de l'hypophyse...

Du point de vue *anatomo-pathologique*, GORRIERI n'avait trouvé que 2 hypophyses lésées (hyperémie dans un cas, sclérose dans l'autre cas). Au cours des 20 dernières années, les auteurs français se sont intéressés à la question. X. et P. ABÉLY, COULEON et TRILLOT¹⁰, X. et P. ABÉLY, COULEON, ANGLADE et RONDEPIERRE¹¹ ont rapporté deux cas de psychose maniaque-dépressive et un cas d'accès intermittents avec hyperplasie hypophysaire (Poids de 1, 50, 0,70, 0,95). Signalons ainsi que URECHIA, KERNBACZ M^{me} RETEZEANU¹² ont étudié l'hypophyse dans 5 cas de manie. Dans un cas de manie périodique, cette glande présentait une altération pathologique (dégénérescence colloïdale prédominant à la partie intermédiaire, îlots de sclérose). Dans un autre cas, il

1. X. et P. ABÉLY, ANGLADE et RONDEPIERRE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1936.

2. X. et P. ABÉLY et COULEON, *Ann. Médico-Psycho.*, 1934, 2, pp. 293 à 294.

3. PUECH, BUVAT et DESCLAUX, *Ann. Médico-Psycho.*, 1944, 2, pp. 282 à 286.

4. DELAY, MALLET et NAUDASCHER, *Ann. Médico-Psycho.*, 1946, 1, pp. 364 à 367.

5. RISER, DARDENNE, FERDIÈRE et GAYRAL, *Ann. Médico-Psycho.*, 1945, II, 241.

6. GROSCH, *Allg. Zeitschr. f. Psych. u. ihre Grenzgebiete*, 1943.

7. BERGOUIGNAN, Périodicité et hypophyse, *Ann. Médico-Psycho.*, 1947, 1, 370.

8. SCHLESINGER et HORWITZ, *Amer. J. of Psych.*, 1940.

9. M. CAHANE et I. CAHANE, Considérations sur un cas de syndrome infantubulo-tubérien avec mélancolie. Peut-on parler d'une mélancolie d'origine diencephalique?, *Ann. Médico-Psycho.*, 1935, 11, p. 208. Sur un cas de mélancolie associée à un syndrome frustre de Simmonds, *Ann. Médico-Psycho.*, 1936, 11, pp. 798 à 805, et Recherche sur les hormones hypophysaires dans certaines psychoses, *Ann. Médico-Psycho.*, 1938, 1, pp. 311 à 320.

10. X. et P. ABÉLY, COULEON et TRILLOT, Manie intermittente et hyperplasie hypophysaire, *Ann. Médico-Psycho.*, 1933, 2, pp. 229 à 233.

11. X. et P. ABÉLY, COULEON, ANGLADE et RONDEPIERRE, Psychose maniaco-dépressive et hyperplasie hypophysaire, *Ann. Médico-Psycho.*, 1936, 2, pp. 255 à 257.

12. URECHIA, KERNBACH et M^{me} RETEZEANU, Le rôle de l'hypophyse dans la psychose maniaco-dépressive, *Encéphale*, 1935, 1, 209-221.

existait des altérations marquées (hémorragies milliaires, cellules éosinophiles), mais dans 3 autres cas aucune lésion n'a pu être mise en évidence.

Les *investigations biologiques* sur le fonctionnement de l'hypophyse ont donné lieu à de nombreuses recherches. La *réaction de ZONDEK* et d'ASHEIM a été pratiquée par P. ABÉLY, PASSER et ROGER ¹ dans les urines de 18 malades : 12 en plein accès, 2 en état de mélancolie, 4 à la période intercalaire ; chez 12 maniaques, ils ont obtenu 7 réactions fortement positives. En 1932, P. ABÉLY, PASSER et COULÉON trouvèrent 24 résultats positifs dans 24 cas de manie. Par contre, CLAUDE et CUEL² contrôlant l'expérience sur 3 souriceaux et 3 témoins pour chaque malade et étudiant 6 cas de manie, sont parvenus à des résultats négatifs. De même URECHIA KERNBACH et RETEZEANU ³ ont noté 13 réactions négatives pour 13 malades. Quant à la « *réaction des mélanophores* », appliquant la réaction de COLLIN et DROUET à 19 malades (13 manies et 6 dépressions) URECHIA, KERNBACH et RETEZEANU ont trouvé la réaction positive dans 12 cas de manie et 3 cas de dépression. X. et P. ABÉLY et COULEON ⁴ ayant pratiqué la réaction de BINET, VERNE et LUXEMBOURG (recherche de l'étalement des chromatophores de l'écaillé isolée de cyprin par contact avec un extrait urinaire) ont trouvé des résultats positifs 16 fois sur 17 cas de manie ⁵.

...rôle de l'hypophyse...

Les *variations du brome* sanguin ont fait l'objet d'études importantes à la même époque. Pour ZONDER et BIER ⁶, il existe une hormone hypophysaire bromée dont la formule serait comparable à celle de la thyroxine, de sorte que le rôle de l'hypophyse jouerait pour le brome un rôle analogue à celui que la thyroïde joue pour l'iode. Ces auteurs ont étudié 40 cas de psychose maniaque-dépressive et ils ont observé que 35 de ces cas présentaient des taux de brome sanguin inférieurs de 40 à 60 % à la teneur normale. Ces recherches ont eu un éphémère retentissement. Elles ont été d'abord confirmées par certains auteurs (KLIMRE et HOLTHAUSS ⁷, SACRISTAN ⁸, URECHIA ⁹, et en France par d'HEUCQUEVILLE et LECLERCQ ¹⁰. En 1935, NAGY et STRAUB ¹¹ ont publié, à l'aide d'une nouvelle méthode de microdosage, des résultats confirmant les précédents, mais ils

1. P. ABÉLY, PASSER et ROGER, Le fonctionnement de l'hypophyse dans la maniaco-dépressive (extension de la réaction de Zondek), *Ann. Médico-Psycho.*, 1931, n, pp. 163 à 167.

2. CLAUDE et CUEL, *Ann. Médico-Psycho.*, 1933.

3. URECHIA, KERNBACH et RETEZEANU, Le rôle de l'hypophyse dans les psychoses M. D. *Encéphale*, 1935,1, 209-221.

4. X. P. ABÉLY et COULEON, *Ann. Médico-Psycho.*, 1936, 1, pp. 113 à 118.

5. Nous n'exposons pas ici les recherches qui ont pu être faites à l'aide de la vieille méthode d'ABDERHALDEN KIRSCH, ou de la cutiréaction à la pituitrine, ni non plus sur le test d'ARON (test de fonctionnement hypophysio-thyroïdien).

6. H. ZONDEK et A. BIER, *Klin. Wochenschr.*, 1932, 1, pp. 633 à 636, et 1933, 1. 7. KLIMKE et HOLTHAUSS, *Deutsch. Med. Wochenschr.*, 1932, 1558.

8. SACRISTAN, PEREIRA et SALAS, *Archivios de Neurobiologie*, 1933, 13, p. 39.

9. URECHIA et M^{me} RETEZEANU, *C. R. Soc. Biol.*, 1933, 1, p. 411.

10. G. d'HEUCQUEVILLE et C. LECLERCQ, *Ann. Médico-Psycho.*, 1937, 1, p. 153.

11. NAGY et STRAUB, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1935, 153, PP- 215 à 223.

sont, ultérieurement, revenus sur leurs conclusions en étudiant le taux de brome du liquide céphalo-rachidien (0,068 à 0,418 chez les malades maniaques dépressifs alors que les oscillations chez les sujets normaux sont de 0,115 à 0,0828...).

C'est d'ailleurs autour du taux de brome que les controverses se sont instituées. La bromémie est d'environ un milligramme pour 100 cc. de sang. ZONDEK et BIER ¹, chez 29 de leurs 34 malades, avaient observé une valeur moyenne de 0,572. SACRISTAN et PEREITA ² avaient trouvé chez 13 femmes maniaco-dépressives une moyenne de 0,432. HENNELY et YATE ³ étudiant 7 hommes maniaco-dépressifs ont trouvé cinq fois des taux bas, mais sans corrélation avec les phases de la maladie. H. WIKOFF, Th. MARTIN et R. MARTIN⁴ ont conclu de leurs recherches portant sur 116 sujet dont 83 en période intercalaire, que c'est chez ceux-ci que le taux de la bromémie était le plus bas (0,349 en moyenne) tandis que chez 27 maniaques en crise il était de 0,728 et au cours des accès mélancoliques de 0,629.

Mais on s'en est pris ensuite à la valeur des méthodes de dosage de brome et par voie de conséquence au fait même qu'il existerait, dans les psychoses maniaco-dépressives, une hypobromémie. On trouvera notamment dans un remarquable article de P. A. et C. CHATAGNON ⁵ un exposé critique de cette question. Ces auteurs ont à l'aide de la méthode de DAMIEN trouvé des résultats absolument opposés à ceux de BIER et ZONDEK, etc.

En conclusion, le rôle de l'hypophyse dans le déterminisme des accès maniaco-dépressifs paraît encore mal précisé. En France, c'est X. et P. ABÉLY ⁶ qui se sont faits les défenseurs de l'importance du trouble de la régulation hypophysaire (hyperhypophysie) dans la manie. Ils ont d'abord considéré que l'hyperthyroïdie pourrait être secondaire à une stimulation hypophysaire, et ils ont ensuite insisté sur les troubles dans les interrétions hypophyso-ovariennes. Prenant argument des symptômes d'hypergénéralisme et de virilisme qu'on peut observer, au cours d'états maniaques et d'autre part des cas où la réaction d'AZHEIM-ZONDEK s'est montrée positive ou encore du fait que les gonado-stimulines lutéinisantes sont augmentées, ils ont considéré que l'étude des réactions hypophysoendocriniennes dans la manie peut être une voie féconde de recherches. Il est possible qu'envisagés dans la perspective multiple des relations hypophyso-thyroidiennes (REISS), hypophyso-corticosurrénales (HOAGLAND, ALTCHULE, CLEGHORN), hypophyso-hypothalamiques (J. DELAY, P. ABÉLY, D. H.

1. H. ZONDEK et A. BIER, *Biochem. Zeitschr.*, 1931.

2. SACRISTAN et PEREITA, *Klinisch. Woch.*, 1933.

3. HENNELY et YATE, *J. Mental Science*, 1935, et MEIER et SCHLIENTZ, *Klin. Wochenschr.*, 1936.

4. H. WIKOFF, Th. MARTIN et R. MARTIN, *Archiv. of Neuro and Psych.*, 1946, 56, p. 673.

5. P. A. et C. CHATAGNON, *Presse Médicale*, 1936, p. 1404-1406.

6. X. et P. ABÉLY, *Ann. Médico-Psycho.*, juillet, 1937.

HUME), les rapports des psychoses périodiques avec les fonctions hypophysaires de régulation hormonale se montrent féconds, mais pour le moment il est prématuré de tirer de tous ces travaux des conclusions autres qu'incertaines et prématurées.

c. – *Gonades.*

Les rapports des hormones sexuelles avec les crises maniaco-dépressives n'ont cessé eux aussi, depuis bien longtemps, de susciter l'intérêt des chercheurs. Il existe en effet des faits d'une évidence éclatante comme les crises de la *puberté* (il s'agit le plus souvent de crises « hystéroides » de manie, plus rarement de crises dépressives ¹) ou celles qui coïncident avec l'*involution des gonades*.

Tout d'abord c'est le problème des crises avec le cycle hormonal et la phase de *menstruation* qui a retenu l'attention. Depuis que KRAFT EBING (1902) avait admis la « *psychosis menstrualis* », beaucoup d'auteurs allemands (GAUPP, SIEMERING, NONNE, TOBLER, etc.) au début du siècle ont individualisé quelques types cliniques et surtout des états d'excitation maniaque. Plus récemment la question a été reprise, notamment par ALLEN ² et par BENEDEKT et RUBINSTEIN ³ qui ont bien étudié les états d'excitation, d'énervement et d'angoisse dans leurs relations psychosomatiques avec le cycle de l'œstrus. Mais le « *molimen catamenial* » n'étant plus considéré que comme la dernière périétié du cycle on s'est beaucoup moins intéressé à cette question ces dernières années, quoique l'attention des cliniciens soit toujours attirée par les malades elles-mêmes sur leurs « périodes » d'énervement, d'excitation ou au contraire d'angoisse et de dépression qui précèdent ou accompagnent les règles.

...rôle des gonades...

De même pour la *ménopause* ou la *castration artificielle*, le fait de première importance est la fréquence des crises de ce genre aussi bien à l'âge critique qu'après les hystérectomies totales. La littérature sur ce point est innombrable et il serait vain de tenter de l'exposer même succinctement ici. Naturellement le problème des *psychoses puerpérales*, celui de l'*âge critique masculin*, etc., reviennent sans cesse à propos de la pathologie maniaco-dépressive de la clinique quotidienne et nous avons déjà examiné l'essentiel de ce problème en étudiant les manies et mélancolies d'involution.

Mais ce point de vue clinique a été très largement dépassé par les nouvelles orientations de l'hormonologie sexuelle. L'identification des hormones et leur synthèse, la connaissance plus approfondie du cycle hormonal dans ses rapports phasiques avec les folliculotrophines (F. S. H.) et les lutéinotrophines (L. H) d'origine hypophysaire, l'introduction de la cortico-surrénale dans le circuit, etc. constituent des faits et des hypo-

1. Cf. La thèse de S. LECONTE-LORSIGNOL, Thèse, Paris, 1938, et celle de E. ABDALLAH, (Paris, 1940).

2. ALLEN (E. B.), *Endocrinology*, 1935, 19, 255-268.

3. BENEDEK (T.) et RUBINSTEIN (B. B.), *Psychosomatic*, 1939, 1, 244 et 461.

thèses qui ont bouleversé nos connaissances sur le système des relations hormonales. Enfin, les méthodes de dosages chimiques et surtout biologiques ¹ ont permis à de nombreux chercheurs de tenter de trouver une relation causale entre le trouble gonado-hormonal et les accès maniaco-dépressifs. Dès lors la question des rapports entre le type de déséquilibre hyperfolliculine-hypolutéine, le type de déséquilibre hypofolliculine-hyperlutéine ou les types d'hyper ou d'hypo-ovarie globale d'une part et les accès maniaco-dépressifs d'autre part, devient le fond du problème. Il n'a pas été jusqu'ici abordé à notre connaissance avec toute la méthode désirable et les travaux dans ce domaine restent-ils fort incertains.

La crise de manie a été tout d'abord mise sur le compte d'un excès d'oestrogènes, notamment par STORA ² et BARUK ³ y a particulièrement insisté. De par ailleurs on a noté des relations entre les états dépressifs et l'hyperfolliculinie. HAMBURGER et COURTIN ⁴ ont observé sous l'influence d'un traitement intense par les œstrogènes un état dépressif anxieux. P. ABÉLY ⁵ considère que l'hormone folliculinique (pour lui de provenance hypophysaire basophile, vaso-dilatatrice et hypertensive) paraît jouer un rôle important et électif dans le déterminisme de l'accès mélancolique. La progestérogène (pour lui de provenance hypophysaire acidophile, vaso-constrictive cérébrale et hypotensive) jouerait un rôle important et électif dans le déclenchement des états d'excitation de type maniaque.

Peu d'auteurs cependant acceptent une telle schématisation dont le concept même hyper ou hypo n'est ni sur le plan hormonal ni sur le plan psychopathologique, ni très clair ni très distinct.

On se contente généralement pour le moment de quelques études particulières en s'abstenant de théories trop ambitieuses. Nous pouvons citer à ce sujet le travail de DELAY, BOITTELLE et CORTEEL ⁶ sur la pathologie cyto-hormonale des psychoses de post-partum, mais à vrai dire sans grand intérêt pour le problème qui nous occupe, car si plusieurs de ces cas (8 sur 20) nous ont paru de type maniaco-dépressif, le problème hormonal n'y est pas envisagé dans cette perspective, — celui de RIPLEY et PAPANICOLAOU ⁷ met seulement en évidence par le cytodagnostic vaginal, les perturbations du cycle au cours de nombreux troubles mentaux (221 malades au total dont

1. Les méthodes de cytodagnostic vaginal (Méthode de Schor), ou les biopsies de l'endomètre (DELAY, BOITTELLE et CORTEEL, *Ann. Médico-Psycho.*, 1948, 1, pp. 62 à 69, ont employé cette méthode en utilisant la sonde de Novak), sont depuis 5 ou 6 ans entrées dans la pratique courante (cf. Henri EY et CORNAVIN, Congrès de Clermont-Ferrand, 1949).

2. STORA, *Hormone folliculaire et Psychoses*, Thèse, Paris, 1939, pp. 79 à 127.

3. BARUK (H.), *Ann. Méd.-Psycho.*, 1950, I, 183.

4. HAMBURGER et COURTIN, *Presse Médicale*, 1939, p. 501.

5. P. ABÉLY, *Introd. à l'Endocrino-Psychiatrie*, 1949, p. 88.

6. J. DELAY, BOITTELLE et CORTEEL, *Semaine des Hôpitaux*, Paris, 1948, 2, pp. 2891 à 2901.

7. H. S. RIPLEY et G. N. PAPANICOLAOU, *Amer. J. of Psych.*, 1942, 98, pp. 567 à 573.

un certain nombre d'états maniaco-dépressifs). Le problème étiopathogénique, même si ces faits sont acceptés, n'en est pas, pour autant, résolu. Aussi a-t-on fait état parfois de l'action curatrice des hormones sexuelles masculines ou féminines sur les crises de manie ou de mélancolie ¹. Mais malgré le nombre de publications faites dans la plupart des Sociétés et Congrès de Psychiatrie, malgré certains succès plus ou moins démonstratifs, on ne peut pas tenir ces thérapeutiques pour efficaces dans la grande majorité des cas. Nous renvoyons purement et simplement au rapport de M. BLEULER ² pour l'ensemble de cette question.

d. — *Les surrénales et le système hypophyso-cortico-surrénal.*

Il existe relativement peu de travaux sur l'endocrinologie surrénale de la psychose maniaco-dépressive ou plus exactement (au contraire de ce que nous avons vu pour la thyroïde), il ne s'agit que de travaux récents. HAMILTON dès 1899 avait pourtant signalé l'apparition d'états dépressifs dans la maladie d'ADDISON ³. Des lésions surrénales ont été depuis longtemps signalées par un certain nombre d'auteurs : DAMAY ⁴, LERI ⁵, BONHOEFFER ⁶, MOURATOFF ⁷, MASSINI et VIDONI ⁸. D'autre part, KNAUER et BILLIGHEIMER ⁹ avaient mis en évidence chez les mélancoliques une hyperadrénalinémie.

...rôle de la surrénale...

Mais depuis quelques années on est moins attentif à la sécrétion médullo-surrénale et à son pouvoir de sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline, et l'étude de l'élimination des 17 céstéroïdes ¹⁰ puis l'étude du syndrome d'adaptation de SELYE ¹¹, l'usage du test de Thorn, les essais thérapeutiques à l'aide de l'hormone corticotrope (A. C.

1. Cf. par exemple BURLINGAME (C. C.) et PATTERSON (M. B.), Estrogene therapy in the psychoses, *J. nerv. and ment. Dis.*, 1941, 94, 265 — GUIRAUD(P.), BOITTELE et ROUAUT DE LAVIGNE, Progestérone et radiothérapie diencéphalique des états périodiques. *Ann. Méd.-Psycho.*, 1946, II, 254.

2. BLEULER (M.), (1950) *loc. cit.*, p. 488 (cf. spécialement p. 127).

3. On se rapportera aux monographies de THORN (G. W.), *The diagnosis and treatment of adrenal insufficiency*, 2^e édit., Thomas, Springfield (111.) 1951 et de STOLL (W. A.), *Die Psychiatrie des Morbus Addison*, Thieme, Stuttgart, 1953. — Cf. aussi l'article de BOITTELE, Glandes surrénales et psychisme, *Cahier de Psychiatrie de Strasbourg*, 1949, 3, 101-115.

4., DAMAYE, *Encéphale*, 1922, p. 293.

5. LERI, *Revue Neuro*, 1914.

6. BONHOEFFER, *Traité d'Aschaffenbuch*, 1911.

7. MOURATOFF, 1907, cité par TUSQUES.

8. MASSINI et VIDONI, *Rivista sper. di Pren.*, 1914.

9. KNAUER et BILLIGHEIMER, *Zeitschr. f. d. g. N.*, 1919.

10. C'est sur cette méthode que se basent les travaux de HEMPHILL, *J. of ment. Sc.*, 1944, de CL. ALLEN et L.R. BROSTER, *British Med. J.*, 1945, 1, p. 696, G. PATERSON, CUNNINGHAM DAX, REITMAN, *British Med. J.*, 1947, etc. Notons que dans le schéma de BROSTER les états maniaco-dépressifs ne figurent qu'à titre de psychose d'involution en rapport avec le syndrome viriloïde de la ménopause (BROSTER, L. R. et VINES, H. W. *The adrenal cortex*, 1933)

11. Cf. spécialement l'excellent rapport de Jean DELAY, Chocs et réaction d'alarmes. *Ann. Méd. Psycho.*, 1952, II, 93-108 — et BENDA (Ph.), Le syndrome général d'adaptation. *Encéphale*, 1951, 228-280.

T. H.), la connaissance du complexe hormonal adrénalocorticotrope ont permis à quelques auteurs d'appliquer ces observations et expérimentations au problème des états maniaco-dépressifs.

Naturellement il est impossible de séparer autrement que par un artifice l'activité cortico-surrénale, l'activité médullo-surrénale et l'activité antéhypophysaire puisque l'adréno-corticotrophine (A. C. T. H.) stimule l'adréno-cortex et produit les hormones adréno-corticales (A. C. H.) qui agissent à leur tour sur l'équilibre électrolytique (Na. K.) et que les hormones cortico-stéroïdes exercent un effet de feed-back négatif sur le contrôle hypophysaire de la libération d'A. C. T. H.¹. Quoi qu'il en soit, les hormones corticoïdes possédant une chaîne latérale sur le carbone 17, règlent le métabolisme glucidique (glyco-corticoïdes) et minéral (minéralo-corticoïdes). Les minéralo-corticoïdes (Désoxycorticostérone et Désoxycortisone) provoquent la rétention sanguine de l'ion Na et la perte de l'ion K. Elles paraissent dépendre de l'action de la S. L. H. (hormone somatotrope). Les glycocorticoïdes (cortisone et composé F) élèvent la glycémie et paraissent dépendre plus directement de l'A. C. T. H. Le processus « stress-anti-stress », c'est-à-dire les phases complexes du déroulement des réactions, réponses et défenses à l'égard d'une agression, en un mot le mécanisme « d'adaptation » qui constitue une crise compensatrice du déséquilibre de l'organisme dont les crises émotionnelles, l'émotion-choc constituent naturellement une modalité, ce processus se succède au travers des actions et interactions hormonales hypophyso-surrénales. A la réaction d'alarme (hypothermie, hypochlorémie, hyponatrémie, hyperkaliémie, créatinurie, augmentation des corticoïdes urinaires, neutrophilie, lymphopénie et éosinopénie), succèdent les phases de défense ou de contrechoc (hyperthermie, hyperglycémie, etc.). Cette mobilisation des défenses exige l'intervention du système nerveux. DELAY et ses élèves², HUME³, etc. ont insisté sur le rôle du diencéphale et notamment de l'hypothalamus dans le déclenchement et le déroulement de ce processus qui soutient avec celui de l'électrochoc des rapports étroits. Par contre, certains auteurs⁴ font dépendre l'instance diencéphalique d'une altération corticale. Tel est le schéma général de ces mécanismes de choc et d'antichoc que la psychophysiologie (toujours d'ailleurs sous l'influence des idées de CANNON) n'a cessé depuis 50 ans de se faire, à quelques variantes et précisions près, de la régulation du choc et des crises émotionnelles. On nous excusera d'avoir tenu à les exposer ici en songeant que l'idée de faire dépendre plus ou moins directement les crises de manie et de mélancolie de cette pathologie neuro-hormonale ne peut pas manquer de s'imposer à l'esprit. Il s'agit là d'un problème de physiopathologie de grande actualité et que nous devons signaler car il est possible, sinon probable, qu'il se prête à des développements ultérieurs. Pour le moment, comme nous allons le voir, rien cependant n'est encore venu, pour le problème qui nous occupe, justifier ces espoirs.

...Il s'agit là [la régulation du choc et des crises émotionnelles] d'un problème de physiopathologie de grande actualité et que nous devons signaler car il est possible, sinon probable, qu'il se prête à des développements ultérieurs...

1. Cf. le schéma de HOAGLAND, *Biology of mental Head and Disease*, C. R. de la 27^e conférence du Milbank Memorial Fund, 1950, p. 435. On consultera sur la physiologie de la cortico-surrénale deux excellents articles celui de BENDA (P.), 1951, *loc. cit.*, p. 497. et celui de FERREIRA (A. C.), *J. brasileiro de Psiquiatria*, 1952, 156-182 (article en français).

2. DELAY (J.), *L'électrochoc et la psychophysiologie*, Masson, Paris, 1946 — DELAY (J.) et SOULAIRAC, *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1943, 152-154 — Thèse de SANSON (S.), Paris, 1950.

3. HUME (D. M.), *Biology of mental Health and Disease* (Réunion de 1950), p. 273.

4. Cf. BENDA, *loc. cit.*, p. 257 à 260. Il fait état notamment des travaux de D. HILL (1951).

Tout d'abord l'administration thérapeutique de cortisone et d'A. C. T. H. a provoqué assez fréquemment des états d'excitation avec euphorie d'allure plus ou moins maniaque ¹. Mais on a aussi observé des états dépressifs ² et même dans un cas une dépression grave avec tentative de suicide ³. On a aussi tenté d'obtenir des effets thérapeutiques en employant soit la cortisone, soit l'A. C. T. H. Comme ces hormones paraissaient provoquer des états d'exaltation on a espéré pouvoir les utiliser dans le traitement des mélancolies. Si CLEGHORN ⁴ a pu observer quelques cas heureux, ALTSCHULE ⁵ par contre ne s'en est pas trouvé satisfait. Utilisées dans la manie ⁶ elles n'ont eu également qu'un effet transitoire.

...cortisone et ACTH...

L'étude physiopathologique des crises n'a pas fait à notre connaissance l'objet d'études très systématiques. Nous pouvons citer cependant celles de HEMPHILL et REISS ⁷ et de CLEGHORN et CAMPBELL ⁸. Les premiers ont noté des fluctuations dans l'excrétion de la cortisone, faible en période de dépression et augmentée dans les phases maniaques. Les seconds admettent un certain degré d'hypercorticisme dans certains états d'anxiété.

Enfin, nous devons signaler que la réponse à l'A. C. T. H. a été étudiée dans les crises maniaco-dépressives en vue de rechercher leur valeur pronostique à l'égard de l'action thérapeutique des électrochocs ⁹. Le « stress » de l'électrochoc a été en effet, comme nous l'avons souligné plus haut, assimilé à une libération massive d'A. C. T. H. On comprend dès lors que le test de Thorn ait pu être envisagé comme moyen de prévision de l'action bienfaisante du choc.

Mais pour le moment, s'il est prématuré de faire fond sur des recherches qui sont en plein essor, il semble cependant établi qu'au cours du traitement par l'A. C. T. H. et par la cortisone on obtient un état d'excitation et que, comme l'ont indiqué HEMPHILL et REISS, on peut noter au cours des crises de type maniaco-dépressif un épuisement du cortex surrénal.

1. HENCH (D.) et collab. *J. A. M. A.*, 1950, 144, 1327-1335, ROME et BRACELAND, *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, 1950, 25, 495-497 — JUSTIN-BESANÇON (L.), KLOTZ (H. P.) et SIROKOW, *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1951, 67, 578-583 — HOEFER et GLASER, *J. A. M. A.*, 1950, 143, 620-624. PINCUS et HOAGLAND, *Amer. J. of Psych.*, 1950, 64 — ALTSCHULE, *Archiv. of Neuro.*, 1950. DELAY, BERTAGNA et LAURAS (*Ann. Méd. Psycho.*, 1954, I, 536-539) ont insisté sur le facteur constitutionnel dans le déterminisme de ces états et sur leur polymorphisme clinique.

2. MARJOLIS et CAPLAN, *J. A. M. A.*, 1951, 145, 382-389 — MASSEL et WARREN, *J. A. M. A.*, 1950, 144, 1335-1341.

3. BORMAN et SCHMOLIENBERG, *J. A. M. A.*, 1951, 146, 337-338.

4. CLEGHORN (R.) et collab., *J. Clin. Endocrin.*, 1948, 7, 608.

5. ALTSCHULE (M.) et PARKHURST (B.), *Arch. N. and P.*, 1950, 64, 516.

6. LHEMANN (H.), TURSKE (M.) et CLEGHORN (R.), *Canada M. A. y.*, 1950, 63, 325-329.

7. HEMPHILL (R.) et REISS (M.), *A. C. T. H. en Psychiatrie*, C. R. Premier Congrès Mondial de Psychiatrie, Paris, 1950.

8. CLEGHORN (R.), GRAHAM (B.) et CAMPBELL (R.), *Anxiety States, C. R. première Conférence A. C. T. H.*, (1951), p. 561.

9. HOAGLAND (H.), CALLAWAY (E.), ELMADJIAN (F.), PINCUS (G.), *Adrenal cortical responsivity of psychotic patients in relation to E. C. treatments. Psychosomat. Med.*, 1950, 112, 73-77.

e. – Pancréas.

Paul ABÉLY en 1930 a publié une note sur la mélancolie pancréatique ¹. Il a rassemblé 7 cas de mélancolie présénile dont 10 présentaient le « syndrome biologique de la mélancolie pancréatique » : glycosurie variable, hyperglycémie spontanée, réaction hyperglycémique à l'adrénaline ; hypertension artérielle, hypersympathicotonie, algies, tremblements, goût métallique de la salive et amaigrissement. D'autre part, certains résultats thérapeutiques ont pu orienter quelques auteurs vers un déterminisme pancréatique des états maniaques et surtout mélancoliques. C'est ainsi que les bons effets de l'insuline, de la vagotonine ou de l'angioxyl ont été maintes fois signalés.

2° FONCTIONS ORGANIQUES ET HOMEOSTASIE.

C'est naturellement la mélancolie qui a donné lieu aux études les plus importantes sur ce sujet. En effet, elle se présente, plus encore que la manie, comme une affection organique qui perturbe considérablement les diverses fonctions viscérales ; de plus non seulement les troubles somatiques y sont parfois très impressionnants, mais les recherches biologiques y sont beaucoup plus faciles.

Le rôle *du foie* dans l'étiologie de la mélancolie est une sorte de dogme séculaire dont le terme de mélancolie est l'expression même. Aussi les relations de la mélancolie avec les affections hépatiques et notamment la pathologie biliaire ont-elles toujours été attentivement étudiées. On trouvera dans le travail de ZITZEMAN ² un exposé de cette question qui a fait au début du siècle l'objet des travaux de GILBERT et REBOULET ³, de KLIPPEL ⁴, de VIGOUROUX ⁵, etc. Plus près de nous, le rôle de la rétention biliaire et de la pathologie des voies biliaires a été recherché par GELMA ⁶, par G. PARTURIER ⁷, par BARUK ⁸. Mais l'influence du facteur cholémique et de l'hépatotoxémie sur le système nerveux a perdu un peu de son actualité à mesure que les autres fonctions hépatiques ont été mieux explorées et que les fonctions biliaires sont passées au second plan.

La plupart des auteurs ont cherché à mettre en évidence l'*insuffisance des fonctions hépatiques* dans les psychoses maniaco-dépressives.

1. PAUL ABÉLY, *Ann. Médico-Psycho.*, 1930.

2. ZITZEMAN, *Rapport des états mélancoliques et de la vésicule biliaire*, Thèse, Paris, 1929.

3. GILBERT et REBOULET, Note sur la psychologie des cholémiques, *Soc. Méd. des Hôp.*, 1903.

4. KLIPPEL, De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales. De la folie hépatique, *Arch. gén. de Méd.*, 1892.

5. VIGOUROUX et JUQUELIER, *Revue de Psychiatrie*, 1902.

6. GELMA, *Strasbourg Médical*, 1925.

7. PARTURIER (G.), La psychologie du biliaire, *Paris Méd.*, 1926, 148.

8. BARUK, L'anxiété biliaire, *Ann. Médico-Psycho.*, 1935, 1, pp. 177 à 192, et *Psychiatrie Médicale*, pp. 691 à 700.

...[La mélancolie] se présente, plus encore que la manie, comme une affection organique qui perturbe considérablement les diverses fonctions viscérales...

C'est ainsi que M. BADONNEL ¹ a publié dans sa thèse une excellente étude (réalisée en collaboration avec TARGOWLA) sur la cholestérinémie, la glycémie, la fonction protéique et la fonction glycogénique. De ses recherches, M^{lle} BADONNEL concluait qu'il existe incontestablement chez les mélancoliques une insuffisance hépatique. Si les troubles de l'excrétion biliaire lui ont paru peu importants et s'il n'existe pas de pigments biliaires dans l'urine, par contre on trouve une urobilinurie exagérée. L'épreuve de la glycosurie et de la glycémie provoquées ² montre un trouble de la glycopexie et une diminution de la glycogénie proprement dite. En ce qui concerne la fonction uréopoiétique, M. BADONNEL a mis en évidence des variations de l'azotémie, du rapport azotémique et du coefficient DERRIEN-CLOGNE (azote total-urée). Par contre, G. GERENDASI ³ conclut de ses recherches (glycémie, épreuve du lévulose, du dextrose, hémoclasie de Widal, etc.) que ce n'est pas sans réserves qu'il faut admettre une perturbation des fonctions hépatiques.

Quant à la *pathologie rénale*, elle a fait l'objet également d'un certain nombre de travaux (azotémie, épreuve à la phénolphtaléine, au rhodanate de potassium, épreuves de concentration). M. BADONNEL, TARGOWLA et LAMACHE tiennent l'insuffisance rénale pour fréquente dans la mélancolie.

Mais tous ces travaux plus ou moins anciens sont presque toujours caducs à mesure que les nouvelles techniques, les nouvelles épreuves d'exploration des fonctions hépato-rénales se perfectionnent. Il se peut que par exemple les épreuves de galactosurie fractionnée, les tests de HANGER et de MAC LAGAN, l'étude de la destruction de l'acide benzoïque (test de QUICK) etc. dont on a publié un peu partout des applications aux états maniaco-dépressifs modifient et éclairent nos conceptions à ce sujet.

...tous ces travaux [...] sont presque toujours caducs à mesure que [...] les nouvelles épreuves d'exploration des fonctions hépato-rénales se perfectionnent...

Pour le moment il est bien difficile de présenter une vue synthétique des troubles dysmétaboliques par rapport à une grande fonction organovégétative. Aussi nous contenterons-nous d'exposer quelques travaux particuliers sur les divers aspects des variations pathologiques des constantes biologiques qui constituent l'homéostasie du milieu intérieur au sens de CANNON.

Les principaux travaux publiés ⁴ sur les troubles du métabolisme dans leurs rapports avec la psychose périodique sont : le livre de WUTH ⁵, la thèse de M^{lle}

1. M. BADONNEL, *Les troubles des fonctions organiques dans la Mélancolie*, Thèse, Paris, 1924.

2. EY H. : Cf. notre Thèse, *Glycémie et Maladies mentales*, Paris, 1926.

3. G. GERENDASI, Untersuchungen über der Lebensstoffwechsel bei Melancho., *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1932, 142, pp. 322 à 334.

4. Cf. pour la revue générale de cet aspect physiopathologique la psychose maniaco-dépressive, BELLAK, pp. 83 à 98.

5. WUTH, *Untersuchungen über der körperlichen Störungen bei Geisteskranken*, Berlin, 1932.

BADONNEL ¹, l'article de TARGOWLA et LAMACHE ², le livre de SONDEN ³, le mémoire de MASSAUT ⁴, l'article de BAIRD ⁵, le travail de F. GEORGI ⁶, etc. Nous allons les utiliser pour exposer les perturbations des divers cycles métaboliques au cours des états maniaco-dépressifs.

a.— *Métabolisme des protéides.*

On a longtemps admis qu'il existait chez les mélancoliques une *rétenion* azotée importante (CUNEO ⁷ et DE CRINIS ⁸). On a même pu prétendre que la mélancolie se différenciait de la manie à cet égard. Cependant le syndrome de concentration des albumines dans le sérum n'a pas été retrouvé par WUTH ⁹ tandis que KAUFFMANN ¹⁰ a signalé des oscillations importantes de la rétention azotée chez le même malade.

On s'est appliqué surtout à l'étude des diverses phases de la désintégration protéinique. En ce qui concerne l'azote restant, ses taux seraient augmentés pour SEIGE ¹¹ et CUNEO ¹², faits controuvés par BOWMAN ¹³. M^{lle} BADONNEL a particulièrement étudié le rapport Derrien-Clogne et le coefficient d'imperfection uréogénique de Maillard : l'étude de ce coefficient révélerait des troubles de la fonction uréopoiétique du foie. Le trouble de la désintégration des albumines s'est manifesté également, pour un certain nombre d'auteurs, par le dosage des corps cétoniques (phénomènes d'acidose) ou la présence des corps azotés, produits d'une désamination incomplète ; de même, les troubles de l'élimination des substances rattachables au métabolisme des matières protéiques ont été l'objet d'études spéciales. Signalons celles déjà anciennes de SCHAEFFER sur le métabolisme de l'acide urique et des bases puriques, de AUBEL et

1. M. BADONNEL, *Contribution à l'étude des fonctions organiques dans la mélancolie*, Thèse, Paris, 1924.

2. TARGOWLA et LAMACHE, Le syndrome biologique des états mélancoliques, *Encéphale*, 1927.

3. SONDEN, *A study of somatics conditions of M. D.* Un vol., Upsal, 1927.

4. MASSAUT, Modifications des échanges organiques dans les états mélancoliques et anxieux, *J. belge de N. et Psych.*, 1932, t. II, p. 675.

5. BAIRD, Biochemical Component of the M. D. Psychosis, *J. of Nerv. and Ment. Diseases*, 1944, 99, p. 359.

6. F. GEORGI, Psychophysische Korrelationen, *Schweiz Med. Wochenschr.*, 1944, 74, p. 539.

7. CUNEO, *Rivista de Freniatria*, 1914.

8. DE CRINIS, *Monatschr. f. P. u. N.*, 1917.

9. WUTH, Article du traité de BUMKE, t. III. On trouve dans ce travail un exposé de la question telle qu'elle se présentait il y a 20 ans.

10. KAUFFMANN, *Pathologie des Stoffwechself bei Psychosen*, 1911.

11. SEIGE, Stoffwechsel bei Melancholie und zirkulären Psychosen, *Allg. Zeitsch.f. Psych.*, 1909, 66, p. 707.

12. CUNEO, *Rivista sper. di Freniatria*, 1914.

13. BOWMAN, *Amer. J. of Psych.*, 1923, 2.

BADONNEL ¹, de TARGOWLA et LAMACHE ², de HENRY et IBELIN ³ et plus récemment celles de BACHINSKI et RAE ⁴ sur l'élimination des phosphates.

De toutes ces recherches, il résulte que l'on observe parfois au cours des crises maniaques et surtout mélancoliques des troubles du métabolisme azoté sans que l'on puisse trouver de troubles constants et spécifiques. Les recherches biocliniques banales, le taux d'azotémie ou les épreuves d'épuration rénale (clearance-test de van SLYKE) permettent d'ailleurs de se rendre compte de l'existence et des incertitudes de ces perturbations du métabolisme azoté.

Il semble toutefois, d'après la plupart des auteurs, spécialement d'après M^{lle} BADONNEL, WUTH et MASSAUT, que la désintégration incomplète des substances protéiques qui ne parviennent plus à leur terme normal (acide carbonique et urée) dépende d'un trouble de la fonction uréopoiétique du foie. Il n'est pas exclu, cependant, de penser que des processus de régulation nerveuse interviennent peut-être directement pour perturber le cycle des albumines comme l'ont montré chez nous RICHTER, DUBLINEAU et BOUVET ⁵. Cependant, pour H. SCHOU et C. TROLLE ⁶ il semble que les troubles du métabolisme protéique (ils ont étudié spécialement la concentration des acides aminés et l'azote non protéinique dans le plasma) sont à mettre sur le compte d'une altération du système hormonal hypophysaire (dont le rôle sur le métabolisme des albumines a été signalé par LEE ⁷, par HARRISSON et LONG ⁸, etc.).

b.— *Métabolisme des glucides.*

Le trouble de la transformation physiologique des sucres dans l'organisme est un de ceux qui a été le plus étudié à propos des crises maniaque-dépressives.

L'existence d'une glycosurie transitoire notée déjà par Charles FÉRÉ ⁹ a été parfois retrouvée dans ces sortes de crises. Les relations des émotions avec les variations glycémiques ont été longuement étudiées dans notre thèse ¹⁰, de même que l'existence d'états maniaque-dépressifs au cours du diabète (où il s'agit presque toujours d'états dépressifs), faits qui ont constitué une base de départ pour des recherches qui se sont

...Les relations des émotions avec les variations glycémiques ont été longuement étudiées dans notre thèse... (H. Ey, 1926)

1. AUBEL et BADONNEL, *Encéphale*, 1923.

2. TARGOWLA et LAMACHE, *Encéphale*, 1929.

3. HENRY et IBELIN, *Arch. of Neuro and Psych.*, 1926.

4. W. M. BACHINSKI et RAE, *Amer. J. of Psych.*, 1937, 94, pp. 19 à 25.

5. BOUVET, *Trouble de métabolisme azoté et lésions nerveuses*, Thèse, Paris, 1939.

6. H. SCHOU et C. TROLLE, Investigations into the nitrogen metabolism in M. D. psychoses, *Acta Psychiatrica*, 1944, 19, pp. 425 à 516.

7. M. O. LEE, *Research, nervous Ment. Disease*, 1940, 17, p. 193.

8. H. HARRISSON et C. N. H. LONG, *Endocrinology*, 1940, 26, p. 971.

9. Ch. FÉRÉ, *Archives de Neuro.*, 1884.

10. EY H. op. cit. pp. 46 à 62. On sait combien à l'époque les travaux de CANNON avaient attiré l'attention sur les corrélations somatopsychiques de l'émotion avec la cortico surrénale, l'adrénaline et l'hyperglycémie.

beaucoup développées jusqu'à ces derniers temps.

On admet généralement, selon les auteurs qui ont étudié l'équilibre glycémique, que l'hyperglycémie se rencontre avec une grande fréquence au cours de ces accès. C'est ainsi que HEIDEMA ¹ trouva sur 17 mélancoliques 10 fois de l'hyperglycémie et également des taux élevés chez 3 maniaques ; pour lui l'hyperglycémie est l'expression de l'hyperémotivité et en rapport avec les centres végétatifs. Mais ce sont surtout KOOY ² et DI RENZO ³ qui ont signalé des taux de glycémie élevée. RAPHAËL et PARSONS ⁴, à peu près à la même époque, ont fait des observations analogues. Dans notre travail nous avons trouvé que les taux de glycémie étaient plus élevés dans la manie que dans la mélancolie sans être toutefois nettement hyperglycémiques ; WIGERT⁵ avait trouvé également des valeurs normales de glycémie. Pour les auteurs qui attribuent une certaine importance au taux d'hyperglycémie constatée, cette augmentation du sucre dans le sang dépend d'une décharge adrénalinique (CANNON) et s'intègre ainsi dans un syndrome sympathicotonique.

Mais en dehors de l'étude des variations spontanées de la glycémie, on a surtout pratiqué des épreuves de glycémie provoquée (injection de glucose, adrénaline, morphine). C'était précisément le sens de notre Thèse que de montrer cette nécessité si l'on veut pénétrer le mécanisme de la dérégulation glycémique. C'est ainsi que nous avons signalé dans les états de mélancolie à forme stuporeuse avec blocage de l'excitabilité neurovégétative une augmentation de l'hyperglycémie alimentaire et une diminution de celle que provoquent l'adrénaline et la morphine ; dans les formes à réactions anxieuses avec hypersympathicotonie la réaction à l'adrénaline est augmentée comme la réaction à l'ingestion de glucose. Signalons encore le travail de H. REISTRUP ⁶ sur le même sujet qui aboutit à des conclusions également prudentes. Le *seuil de tolérance aux hydrates de carbone* a fait l'objet de travaux importants. MAC GOWAN⁷ a vu dans *l'index d'hyperglycémie* un facteur de pronostic particulièrement pour les états dépressifs. TOD et JOVES ⁸ ont aussi étudié la tolérance du glucose chez 26 maniaco-dépressifs, 30 mélancoliques d'involution et 4 stupeurs mélancoliques ; ils ont confirmé la validité de ce pronostic. E. E. GILDEA, V. L. MAC LEAN et E. B. MAN ⁹ ayant étudié la tolérance à l'injection intraveineuse du dextrose (6 maniaques, 18 déprimés et 6 agités anxieux) cependant, pour eux, il ne s'agit pas d'un véritable trouble du métabolisme

1. HEIDEMA, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1918.

2. KOOY, *Brain*, 1919, 42, p. 214.

3. DI RENZO, *Archivio di Patologie e clinica Med.*, 1925, *La Culture médico moderne*, 1925.

4. Th. RAPHAËL et J. P. PARSONS, *Archiv. Neuro.*, 1921, 5.

5. WIGERT, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1919, 44, p. 179.

6. REISTRUP, *Acta psychiatrica*, 1935, pp. 481 à 489, sur la *Glycorachie*.

7. MAC GOWAN, *J. of ment. Sc.*, 1936, pp. 589 à 591. Cf. note 4, p. 139 (Étude n° 22).

8. TOD et JOVES, *Edinburg Med.*, 1937, 44, pp. 46 à 49.

9. E. F. GILDEA, V. L. MAC LEAN et E. B. MAN, *Arch. Neuro and Psych.*, 1940, 43, pp. 852 à 859.

mais plutôt d'une lenteur de l'absorption intestinale. LOCKWOOD¹ a montré d'autre part que les variations de cholestérol et de la glycémie accompagnaient la psychose mania-co-dépressive.

c.— *Métabolisme basal. Équilibre acido-basique. Oxydation tissulaire.*

Le métabolisme basal a été exploré fréquemment et naturellement presque toujours chez les mélancoliques. Les travaux les plus importants sur ce point sont ceux de BOWMAN et FREY², BOWMAN et GRABFIELD³, WITHORN⁴, FARR⁵, FISCHER⁶, GIBBS et LENCKE⁷, GRAFE⁸, MIRA⁹, HENRY¹⁰, LAUZIER¹¹, M^{lle} BADONNEL¹², M^{me} SCHLUMBERGER¹³, de WOLBERG¹⁴ et BREUNAN¹⁵. Les résultats obtenus par tous ces auteurs sont contradictoires et on peut confirmer l'opinion de WUTH (dans le traité de BUMKE) qui expliquait que ces différences peuvent venir des modifications du volume respiratoire ou de l'état de la nutrition ou encore des oscillations du tonus neurovégétatif.

Peu de travaux sur les échanges enzymatiques tissulaires¹⁶ ou sur l'anoxie¹⁷.

L'acidose des mélancoliques a été notée par beaucoup d'auteurs et a été considérée par certains (BADONNEL spécialement) comme un signe d'insuffisance hépatique. Naturellement encore les auteurs ne sont pas tous d'accord sur ce point, c'est ainsi que

1. LOCKWOOD, *J. Ment. Sc.*, 1932, 78, pp. 901 à 907.

2. BOWMAN et FREY, *Archiv. of Neurology*, 1925.

3. BOWMAN et GRABFIELD, *Archiv. of Neurology*, 1925.

4. WITHORN, *Boston Médical Journal*, 1924.

5. FARR, *Archiv of Neuro.*, 1924.

6. FISCHER, *Zentralblatt N. P.*, 1928, 48, 475.

7. GIBBS et LENCKE, *Archiv. of International Médecine*, 1923.

8. GRAFE, *Deutsch. Archiv. f. Klin. Med.*, 1911.

9. MIRA, *Archives Neurobiologia*, 1931.

10. HENRY, *J. of Nerv. and Ment. Diseases*, 1929.

11. LAUZIER, *Thèse*, Paris, 1923.

12. M^{lle} BADONNEL, *Thèse*, Paris, 1924.

13. M^{me} SCHLUMBERGER, *Thèse*, Paris, 1933.

14. WOLBERG, *Psychiatr. Quarterl.*, 1935, 9, pp. 586 à 609.

15. BREUNAN (E. L.), *Digest Neuro. and Psych.*, 1945, 13, pp. 542 à 544.

16. POPE (A.) dans son article (ch. 27, *Biology Ment. Healt and Disease*, 1952) y fait à peine allusion. — P. ASCHKENASY-LELU dans son article : La nutrition et les phénomènes psychiques, *Encéphale*, 1951, 340-379, 1952, 45-88 parmi tous les travaux qu'elle mentionne (particulièrement ceux de HOAGLAND, HOSKINS, etc.) ne fournit à ce sujet aucun renseignement intéressant. Il est vrai que la pathologie mentale vue à travers toutes ces expérimentations se réduit généralement à des concepts vagues.

17. ROSS (A.) et Mc FARLAND dans leur chapitre de « *Biology Ment. Healt and Disease*, 1952 sur « Anoxie and Behavior » citent simplement le travail de GOLLA (*J. of Ment. Sc.*, 1929, 661-670) consacré d'ailleurs à la schizophrénie mais où l'auteur (p. 664) signale chez les mélancoliques une hypoexcitabilité des centres respiratoires compensatrice de l'hypo-oxygénation.

...Il est vrai que la pathologie mentale vue à travers toutes ces expérimentations se réduit généralement à des concepts vagues...
(note 16)

PUGH ¹, THOMAS ² ont rencontré un certain degré d'alcalose. Parmi les travaux déjà anciens sur ce point nous citerons ceux de DROUET, HAMEL et M^{lle} VÉRIN ³, de TANKOWSKA ⁴ et de KERNETH ⁶.

d.— *Les électrolytes du sang.*

L'étude des électrolytes (Ca, Mg, K) a été entreprise depuis les travaux de RINGER en étroite liaison avec l'étude de tonus neuro-végétatif. Voici quelques résultats obtenus par divers auteurs : GLASER ⁶ a fait des expériences curieuses sur les variations du Ca au cours des états de calme ou d'excitation sous hypnose : le calme entraîne une baisse de la calcémie allant jusqu'à 2 mg. 16, or, comme d'après les expériences de BILLIGHEIMER, l'excitation du sympathique diminue la calcémie, l'auteur en concluait que le repos suggéré s'accompagnait d'une excitation du tonus sympathique. Ces résultats paraissent étonnants si l'on songe à la fixité remarquable du taux de calcémie. Cependant GLASER aurait observé de très nettes oscillations du Ca concomitantes avec de fortes variations de l'humeur (jusqu'à 12-15 mg. pour 100). THOMASSON ⁷ a noté une augmentation du Ca pendant l'excitation maniaque et une diminution pendant l'état mélancolique. KLEMPERER ⁸ confirma l'hypocalcémie au cours de la mélancolie et trouva une augmentation du potassium dans certaines formes stuporeuses. JACCOBI ⁹, HENRY et EBELING ¹⁰, EHRESBRORN ¹¹ ont noté l'hypocalcémie dans les états dépressifs et une tendance à l'hypocalcémie dans la manie. D'après MASSAUT (auquel nous empruntons les données de cet exposé) en conclusion de 6 observations les taux de *magnésium* seraient normaux dans la mélancolie, le *calcium* aurait tendance à baisser et le taux de *potassium* sans dépasser les limites normales aurait tendance à augmenter.

Devant des résultats aussi peu probants, il ne faut pas s'étonner que certains auteurs aient nié qu'il existât des variations pathologiques des éléments minéraux du sang au cours de la psychose maniaque-dépressive. Tel est l'avis des auteurs suivants: WESTON et HOWARD ¹², PARHON et CHAHANE ¹³, KATZENELBOGEN ¹⁴.

-
1. PUGH, *J. of Mental Science*, 1903.
 2. THOMAS, *J. of Neurology*, 1922.
 3. DROUET, HAMEL, M^{lle} VÉRIN, *Congrès de Barcelone*, 1929.
 4. TANKOWSKA, *Zeitschrift f. d. g. Neuro.*, 1932, 141, p. 354.
 5. KERNETH, *J. of Nervous and Mental Disease*, 1932.
 6. GLASER, *Klin. Woch.*, 1924, p. 1237.
 7. THOMASSON, *Klin. Woch.*, 1924.
 8. KLEMPERER, *Jahrbuch far Psychiatrie*, 1925.
 9. JACCOBI, *Monatschr. f. Psych.*, 1925.
 10. HENRY et EBELING, *Arch. of Neurology*, 1926.
 11. EHRESBRORN, *Acta Medica Scandinavia*, 1931.
 12. WESTON et HOWARD, *Archiv. of Neuro.*, 1923.
 13. PARHON et CHAHANE, *Congrès français de Médecine*, Liège, 1930.
 14. KATZENELBOGEN, *Amer. J. of Psychology*, 1931.

e.— *Métabolisme de l'eau.*

Cliniquement les phénomènes de déshydratation s'observent très souvent au cours des crises maniaco-dépressives. Dans un travail paru en 1930 HOFF et PÖTZL¹ ont fait une étude approfondie de cette question.

Depuis lors des travaux importants ont été consacrés à l'équilibre hydro-hémo-tissulaire et à l'élimination hydrosaline. Citons ceux de VAN SLYKE et PETERS² et de MAC CANCE³. C. TROLLE⁴ a noté un parallélisme entre l'excrétion urinaire et la concentration de l'azote non protéique. H. BUSSOW⁵ a appliqué l'épreuve de MAC QUARRIE, si fréquemment utilisée chez les épileptiques, aux malades maniaco-dépressifs. KLEIN⁶ a fait des recherches sur la rétention hydrique par l'épreuve d'ingestion d'eau, de pituitrine et de sel qui se rapprochent tout à fait de celles de BUSSOV.

f.— *Cholestérol.*

Un certain degré d'hypercholestérolémie paraît généralement accepté comme une donnée de fait chez les mélancoliques, malgré l'opinion de C. et M. PARHON⁷. C'est ainsi que BADONNEL, TARGOWLA et LAMACHE, JACCOBI ont trouvé le taux des cholestérines élevé dans le sérum sanguin. TARGOWLA, BADONNEL et BERMANN⁸ ont remarqué l'association de cette hypercholestérolémie et d'un état vagotonique. GUDRUN BRUN⁹ étudiant 20 sujets normaux et 40 malades atteints de psychoses maniaco-dépressives a trouvé également une augmentation de la cholestérine dans le sérum. GEORGI a montré que les états de dépression « endogène » paraissent en relation avec les perturbations de taux de la cholestérolémie. L'absorption de cholestérine à jeun ne produit chez les malades aucune élévation du taux et tandis que chez les sujets normaux la cholestérolémie a tendance à s'élever après le réveil, on trouve chez les déprimés un abaissement du taux de la cholestérine.

On peut espérer que ces divers troubles métaboliques s'ordonneront relativement à la *pathologie de l'adaptation de l'organisme* dont le système diencéphalo-hypophyso-corticosurrénal paraît être le substratum physiologique. Peut-être alors pourra-t-on grouper en fonction du groupe minéral (désoxycorticostérone), du groupe métabolique

...On peut espérer que ces divers troubles métaboliques s'ordonneront relativement à la pathologie de l'adaptation de l'organisme dont le système diencéphalo-hypophyso-corticosurrénal paraît être le substratum physiologique...

1. HOFF et PÖTZL, *Zeitschrift f. d. g. Neuro*, 1930.

2. VAN SLYKE et PETERS, *Quantitative clinical Chemistry*, 1931.

3. MAC CANCE, *Lancet*, 1938.

4. C. TROLLE, Studies of the Water excretion, *Acta Psychiatrica Sc.*, 1945, p. 235.

5. H. BUSSOW, Ueber die Wirkung des Wassers — Tonephin — Versuch auf M. D. Psychosen, *Archiv. f. Psych., Zeitschr.*, 1950, 184, pp. 357 à 376.

6. KLEIN, Clinical and biochemical investigation in a manic-depressive with short cycles, *J. of m. Sc.*, 1950, 96, pp. 293 à 297.

7. M. PARHON, *Encéphale*, 1925.

8. TARGOWLA, BADONNEL et BERMANN, *Encéphale*, 1923.

9. GUDRUN BRUN, *Changes in the Lipide contents of serum in patient with manic-depressive Psychoses*, 1 vol., 1940, p. 270.

(cortisone, 11 oxycorticostéroïdes) et du groupe androgène (17 cétostéroïdes) les effets du désarroi émotionnel vécu dans les crises de manie et de mélancolie... sinon ses causes !

§ III. — PSYCHOPATHOLOGIE

Mais il ne suffit naturellement pas d'avoir mis en évidence qu'un individu est « taré », présente des troubles de son système nerveux, ou des troubles glandulaires ou que l'homéostasie de son milieu intérieur est dangereusement modifiée, la crise de manie ou de mélancolie n'est pas une crise d'urticaire ou de goutte. C'est, comme nous l'avons souligné plus haut, une fois encore, une crise existentielle de la condition humaine. Aussi devons-nous nous demander maintenant comment *l'homme maniaco-dépressif* est engagé dans ses crises et quel sens elles ont pour lui, car ce sens et cette finalité de la crise doit entrer dans « *l'histoire naturelle de la psychose maniaco-dépressive* », comme le radical anthropologique de cette forme d'existence pathologique. Nous allons donc successivement étudier : 1° la personnalité de l'homme maniaco-dépressif; 2° le sens des crises maniaco-dépressives ; 3° le « choix » de la crise ; 4° le sens de la crise dans l'existence maniaco-dépressive.

A.— L'HOMME MANIACO-DÉPRESSIF.

Comme le dit BINSWANGER, c'est l'homme antinomique par excellence « Là Dieu, là Diable — ici bon, là méchant — ici blanc, là noir ». Il vit dans le contraste. Il oscille depuis l'exubérance effrénée du désir jusqu'à la culpabilité du péché et il saute alternativement de l'avenir plein de promesse au passé sans espoir, incapable de rester en place et en équilibre pondéré dans le présent. C'est dire que cet homme maniaco-dépressif ou cyclothymique, c'est un homme qui ressemble beaucoup à tous les hommes. Car enfin, tous les hommes sont sans cesse pris entre les désirs et les devoirs, la « réaction » vers le passé et la « progression » vers l'avenir, la culpabilité et l'avidité, l'oblativité et la captivité comme disait E. PICHON. Mais chez l'homme maniaco-dépressif non seulement cette antinomie éthique est plus intense, mais elle a un autre sens. Elle est l'expression d'un *besoin* fondamental d'extrémisme existentiel qui ne s'accommode ni des « justes milieux » ni même de l'une ou de l'autre des positions extrêmes de telle sorte que la solution de chaque situation actuelle est toujours le passage à l'autre extrême, que ce passage se fasse selon la loi du tout ou rien ou admette des gradations qui mélangent à l'extrême angoisse l'exaltation, au sacrifice le dévergondage, la douloureuse amertume à l'orgie. Le déséquilibre entre l'homme d'affaire entreprenant et le malheureux ruiné, entre l'aventurier sans scrupules et le petit bourgeois strict, entre les excès du viveur et la pénitence du condamné, ce déséquilibre n'est

...la crise de manie ou de mélancolie n'est pas une crise d'urticaire ou de goutte. C'est, comme nous l'avons souligné plus haut, une fois encore, une crise existentielle de la condition humaine...

...L'homme maniaco-dépressif [...], c'est l'homme antinomique par excellence...

pas seulement un contraste entre les phases de l'existence de l'homme maniaco-dépressif, c'est un contraste qui gît au fond de lui-même, à chaque instant de son existence et constitue le rythme de pulsation de sa vie, les coups de boutoir de son destin.

Cette personnalité « prépsychotique » et parfois « familiale » nous savons bien qu'elle va de pair généralement avec un certain biotype et un certain tempérament « pycnique », « syntone » et « cyclothyme », mais nous devons bien la considérer aussi comme une forme d'existence prise depuis son origine dans un conflit entre des tendances à se satisfaire et des tendances à se punir. Le terme d'ambivalence ne convient pas — encore qu'il soit parfois employé inconsidérément par les psychanalystes — il s'agit plutôt d'une opposition radicale entre les termes de laquelle va et vient (et non pas flotte ou hésite) le mouvement pendulaire de l'être qui se porte avec excès de l'un à l'autre pôle de ses possibilités. Tantôt c'est *l'exaltation* qui est l'attitude de surface, le masque sous lequel se joue l'existence hypomaniaque et le pôle de l'action — l'autre pôle celui de l'angoisse et du désespoir demeurant latent ; et il ne faut pas être un bien grand clinicien pour savoir que l'excitation, l'exubérance, la confiance illimitée en soi, la soif d'action sont précisément des moyens de défense contre les exigences intérieures de l'angoisse. Tantôt c'est *l'angoisse* qui occupe la scène mais elle contient la festivité réprimée des exigences libidinales et nous savons tous que l'anxieux, inhibé, déprimé, craintif et scrupuleux, lutte contre un irrésistible besoin de vivre selon le seul principe de plaisir.

Tout cela est naturellement devenu banal depuis que — comme nous allons le voir — l'école psychanalytique a éclairé la dialectique affective de la manie et de la mélancolie. Mais nous devons ici placer ces banalités au premier plan de ces réflexions sur la psychopathologie de la psychose périodique maniaco-dépressive pour bien montrer que l'enracinement des crises n'est pas seulement dans la structure génotypique de l'être, dans la forme de son corps ou dans le bouleversement que l'émotion répand dans ses humeurs, mais dans l'organisation même de sa personne.

Nous avons déjà vu et nous verrons encore plus tard l'intérêt considérable de cette perspective pour le problème général des névroses ¹.

...l'enracinement des crises n'est pas seulement dans la structure génotypique de l'être, dans la forme de son corps ou dans le bouleversement que l'émotion répand dans ses humeurs, mais dans l'organisation même de sa personne...

B.— LES CRISES DE MANIE ET DE MÉLANCOLIE ET LEUR VALEUR D'EXPRESSION.

Sans doute a-t-on toujours mis sur le compte d'une « *émotion triste* » ou d'une « *émotion gaie* » l'essentiel de la psychologie des crises maniaco-dépressives. On peut même dire que les théories mécanicistes se sont emparées depuis le XIX^e siècle de ces

1. Plutôt en effet que de « psychogéniser », sous le concept de névrose, toute la Psychiatrie comme ont tendance à le faire certains psychanalystes (O. FENICHEL par exemple), si l'on veut saisir l'unité des névroses et des psychoses pour ce qu'elle est, ne vaut-il peut-être pas mieux considérer le problème des névroses dans le cadre anthropologique des psychoses maniaco-dépressives sinon des « crises » tout au moins de la structure antinomique de la personne maniaco-dépressive ?

expressions émotionnelles « automatiques » considérées comme des mouvements forcés, comme des « sautes » de l'humeur « olothymique », pour montrer que l'homme peut être gai ou triste selon que sa physionomie et tout son corps rit ou pleure « sans raison ». L'appui réciproque que se sont accordé ces deux erreurs que sont la théorie périphérique des émotions de JAMES-LANGE et les théories cénesthésiques de l'hypothymie ou de l'hyperthymie émotionnelles ou plus généralement des dysthymies du « biotonus vital » (EWALD), a fini par masquer tout à la fois ce qu'est l'émotion et ce que sont la manie et la mélancolie.

Nous avons déjà, et notamment à propos de la mélancolie, fait état des analyses de FREUD, d'ABRAHAM, de Mélanie KLEIN, etc. Elles nous ont ouvert un champ immense de compréhension du sens de ces crises, de leur complémentarité et de leur réciprocity. Sans revenir sur ce que nous avons dit déjà, nous devons d'un mot pénétrer une fois encore dans leur structure significative.

La manie ¹ a été la moins étudiée de ces deux crises antagonistes pour la simple raison qu'elle représente dans le jeu des tendances antinomiques le « pôle positif », celui de la satisfaction directe des besoins et des pulsions. Elle satisfait donc « purement et simplement » les exigences libidinales les plus profondes, le « sujet se laissant aller », s'abandonnant à la satisfaction de ses désirs, de ses pulsions libidinales. Ce caractère de « festivité » que nous avons bien mis en évidence en utilisant les profondes études de BINSWANGER nous renvoie nécessairement à la gloutonnerie, à la « grande gueule », à cette insatiable soif de « tout avaler » qui est – nous l'avons vu – la base existentielle de la crise de manie. Le « repas totémique », le « festin cannibalique », l'incorporation de l'objet aimé sont bien les types même de cet appétit libidinal primitif qui se rue sur son objet et le dévore pour en jouir de telle sorte que la conquête du monde maniaque des objets se fait ici « tout de go », dans l'élan d'un immense besoin de se rendre maître de tout, de tous et de soi-même. Nous avons longuement étudié cet aspect fondamental de la structure expansive de la manie. Quand les psychanalystes parlent de la manie comme d'une orgie instinctuelle, ils n'en disent pas beaucoup plus. Mais quand les psychiatres à propos de la manie n'en parlent pas, ils disent beaucoup moins.

Il en est tout différemment dans la mélancolie pour autant que celle-ci paraît non seulement se situer aux antipodes de la manie mais surtout constituer un mécanisme de défense contre les pulsions orgiastiques du maniaque, son laisser aller et son incon-

...Quand les psychanalystes parlent de la manie comme d'une orgie instinctuelle, ils n'en disent pas beaucoup plus [que BINSWANGER]. Mais quand les psychiatres à propos de la manie n'en parlent pas, ils disent beaucoup moins...

1. La manie est étudiée seulement par fragments dans les écrits de FREUD, d'ABRAHAM et de Mélanie KLEIN. Par contre, elle a fait l'objet de quelques études particulières que nous rappellerons ici : JONES, *Psychoanalytic notes on a case of hypomania*, 1910, LAGACHE, *Le Deuil maniaque, Semaine des Hôpitaux*, 1938, pp. 42 à 52, B. D. LEWIN, article dans le *Psychiatr. Quart.*, 1932, 1, p. 43, et *The psychoanalysis of elation*, New York, 1950, J. R. BLALOCK, *Psychology of the manic phase on the M. D. P.*, *Psychiatr. Quart.*, 1934, 8, p. III.

tinence. Cela se retrouve au fond de toutes les nombreuses analyses de FREUD et de son école¹. Quelle est l'exacte portée des motivations et situations psychologiques fondamentales que les analystes ont ainsi mises à nu dans la mélancolie? La conduite de « deuil », c'est-à-dire le *désespoir devant l'objet perdu — l'agressivité dirigée contre soi*, c'est-à-dire *contre le Moi identifié à l'objet perdu — l'agressivité comme acte de dévorer* avec son « ambivalence », car elle tend du même coup à anéantir l'objet et à s'en rassasier, etc. De telles formules — nous l'avons bien souligné — sont vraiment elles-mêmes « fantastiques », car il est impossible de les réduire à un enchaînement entièrement compréhensible. Nous mettons au défi qui que ce soit de soutenir ces « thèses » en se plaçant sur le plan de leur liaison logique malgré les nombreux « puisque... parce que, etc. » car le vertige mélancolique du manque, du néant, de l'obligation et de la fatalité dépasse tous ces contenus anecdotiques par lesquels à grand renfort de symboles, d'abstractions et de mythes, les psychanalystes ont tenté d'en épuiser le drame. Ce que nous tirons de ces analyses c'est une sorte de poésie tragique et métaphorique du vécu fondamental de l'angoisse première et dernière de l'existence et notamment de la problématique des appétits et de la faim sexuelle dans ses rapports avec la première relation d'objet, la relation alimentaire d'incorporation. Que le mélancolique ne soit pas revenu au « stade oral » cela est évident, (et ce n'est que par abus de langage que certains psychanalystes lui font subir une régression si totale) mais qu'il vive l'angoisse humaine jusqu'à la racine même de l'angoisse du nouveau-né qui ne *peut pas s'emparer et avaler l'objet de son désir*, cela est vrai. Mais entre cette situation du « *ne pas pouvoir* » et celle du « *ne pas devoir* », aucune dialectique fantasmique des introjections, identifications et projections ne pourra jeter un pont, car ce n'est pas le jeu des images, de leur substitution, de leur association qui peut changer le sens de l'existence qui les « contient », c'est la mutation structurale intro-

...le vertige mélancolique du manque, du néant, de l'obligation et de la fatalité dépasse tous ces contenus anecdotiques par lesquels à grand renfort de symboles, d'abstractions et de mythes, les psychanalystes ont tenté d'en épuiser le drame...

1. Nous rappellerons ici simplement quelques travaux fondamentaux déjà signalés dans notre Étude n° 22 : ceux de K. ABRAHAM notamment. Zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung der M. D. Irresein, *Zentralbl. f. Psychoanal.*, 1912, 2, pp. 302 à 315, et Entwicklungsgeschichte der Libido, *Int. Zeitschr. f. Psychoanalyse*, 1924, — ceux de FREUD, *Trouer und Melancholie*, 1916, *Angstschmerz und Trauer*, 1926, — de SANDOR RADO, Das Problem der Melancholie, *Int. Zeitschr. f. Psychoanalyse*, 1927, — de Georg GERO, Construction of the depression, *The Inter. J. of Psychoanalyse*, 1936, 17, p. 423, — de A. GARMA et L. RASCOWSKY, *Psicoanálisis de la Melancholia*, Buenos-Aires, 1948, — Parmi les travaux récents signalons ceux de E. JACOBSON. Depressive the (Edipus complex in the development of depressive mechanism, *Psychoanal. Quart.*, 1943, 12, pp. 541 à 560, et The effect of disappointment on ego and superago formation in normal and depression development. *Psychoanal. Rev.*, 1946, 33, pp. 129 à 147, — M. KLEIN, Mourning its relation to M. D. states, *Contributions to Psychoanalysis*, 1948, et d'O. FENICHEL, *The psychoanalytic Theory of Nervosis*, 1945, trad. fr., 1953, t. II, chapitre XVII. La dépression et la Manie pp. 467 à 500). Le court paragraphe que BROSIN (H. W.) consacre à ce problème dans la « *Dynamic Psychiatry* » d'ALEXANDER et ROSS (1952) ne contient rien de bien nouveau, mais une bonne bibliographie.

...le mélancolique ne « revient » pas à la phase orale, il est [...] seulement « rappelé » mais porté à sa plus grande puissance [vers] le problème des relations premières...

duite dans le développement de la vie psychique et notamment dans son dynamisme temporel. De telle sorte que le mélancolique ne revient pas à la phase orale, il est, comme adulte, pris dans une problématique éthique élevée où est seulement « rappelé » mais porté à sa plus grande puissance le problème des relations premières et des fins dernières de son monde, de son conflit existentiel.

C'est précisément en ce *conflit* que réside l'intentionnalité qui oppose mais unit la *manie et la mélancolie*. Et cela personne mieux que les psychanalystes ne l'ont saisi par une intuition qui doit nous faire excuser beaucoup de leurs « rationalisations secondaires ». La « complémentarité » de ces deux états interdit de les détacher l'un de l'autre comme simples expressions respectives du plaisir et de la douleur — du « Ça » ou du « Sur-Moi », elle nous commande de les envisager comme un trouble du sens, de l'orientation temporelle-éthique, du courant de la conscience. Ceci a été bien vu par tous les cliniciens qui ont approfondi leur étude ; ainsi SOMMER¹ souligne l'impossibilité de saisir ce qu'il y a de commun entre la manie et la mélancolie lorsque l'on se place seulement sur le plan des symptômes « objectifs » et notamment lorsque l'on recourt à la notion d'*hyper* ou d'*hypothymie*. Par contre, dit-il, du point de vue phénoménologique on comprend mieux que nous avons d'un côté *l'être libéré au maximum* de ce qui s'oppose à l'expansion de sa vie, et d'un autre côté *l'être menacé et écrasé*. Et c'est dans les conduites de solution ou de résolution de ce conflit interne que SOMMER voit l'unité fondamentale d'une réaction qui, maniaque ou mélancolique, tend toujours à faire sortir l'homme maniaco-dépressif de l'ambiguïté insupportable, du malaise intérieur qui le déchire. Ainsi la clinique des états maniaco-dépressifs est désormais profondément marquée par l'approfondissement psychologique de leur « sens » lequel au lieu de nous présenter la crise de manie comme n'affectant avec la crise de mélancolie que des rapports pour ainsi dire contingents², nous les révèle tous deux dans leur profonde unité structurale et clinique.

C.— PSYCHOGENÈSE DU « CHOIX » DE LA CRISE MANIAQUE OU DÉPRESSIVE.

...Manie et Mélancolie constituent le sens d'une même impuissance, celle de se soumettre à la loi du présent. La dérégulation de l'humeur est un dérèglement temporel éthique...

Manie et Mélancolie constituent le sens d'une même impuissance, celle de se soumettre à la loi du présent. La dérégulation de l'humeur est un *dérèglement* temporel éthique, c'est-à-dire une transgression à cette loi. Mais vécues et observées comme des états d'exaltation ou de dépression, ces « crises » sont souvent considérées comme des « réactions », des « émotions », effets des situations vitales (présentes ou passées) : un deuil, dit-on, peut engendrer une réaction mélancolique, une grande joie, une crise maniaque. Sans doute existe-t-il des faits de ce genre et on voit très souvent des

1. A. SOMMER, Analogies et différences des états maniaques et mélancoliques, *Évolut. Psychiatr.*, 1949, II, pp. 241 à 271.

2. Juxtaposition fortuite de symptôme ou contingente spatiale des « centres » de l'excitation et de la dépression.

dépansions mélancoliques naître d'une situation vitale difficile, sinon catastrophique. Mais l'inverse pouvant aussi se produire ¹ on explique assez aisément que sous l'apparence du deuil par exemple, c'est au contraire une joie inconsciente qui déclenche la crise de manie, ou encore on interprète la réaction mélancolique à un succès, comme une réaction adéquate à l'angoisse réelle créée par cette nouvelle situation. Sans doute peut-on établir et rétablir ainsi des rapports directs ou indirects, voire inverses de compréhension entre la réaction et l'événement. Mais nous devons être d'autant plus réservé à l'égard de ce genre d'explication qu'un fait domine, et de loin, tous les autres et par sa fréquence et par son importance : c'est que le plus souvent il est absolument impossible de rattacher la crise de manie ou de mélancolie à un événement de quelque importance autre que celle des incidents de l'existence, hors de proportion par leur banalité même avec l'intensité et la qualité de la crise de manie ou de mélancolie. Celle-ci, ainsi que nous n'avons cessé de le mettre en évidence, n'est pas un simple événement, elle est aussi un accident qui porte dans sa structure même la marque du processus fondamental de la maladie ². Nos analyses de la structure formelle et négative de ces crises et le type de déstructuration de la conscience qu'elles comportent, prennent ici toute leur valeur pour limiter justement l'idée d'une pure psychogénèse, d'une causalité par les événements et les situations de l'histoire du sujet. Aucune relation entre l'événement actuel et la crise de manie et de mélancolie ne peut rendre compte complètement que le malade « fait » des crises, même quand il les fait en réaction directe ou indirecte avec tel ou tel événement. Reste alors la possibilité d'une psychogénèse à partir de la structure inconsciente de la vie affective. Mais ici on se heurte nécessairement au problème de l'actualisation des fantasmes et des situations archaïques ou simplement anachroniques. Et ce n'est que par une pétition de principe que l'on dit que le mélancolique par exemple est mélancolique *parce qu'il* « régresse » au stade prégénital de son angoisse, alors qu'il serait plus juste de dire que le mélancolique « régresse » au stade prégénital de son existence parce qu'il est angoissé. En effet, l'analyse même de la formation de la crise nous contraint à voir jusqu'à l'évidence que celle-ci se constitue comme une rupture de la continuité de l'existence (tout en laissant subsister, comme nous le verrons, le courant profond) et impose à la conscience la nécessité d'une régression, c'est-à-dire d'une actualisation anachronique des couches submergées et anciennes de son infrastructure. Cela est aussi évident à la fin de la crise par guérison spontanée que sous l'action véritablement « miraculeuse » de l'électrochoc, quand d'un seul coup le « cauchemar » se dissipe et que le mélanco-

...un fait domine, et de loin, tous les autres [...] les incidents de l'existence, [sont] hors de proportion par leur banalité même avec l'intensité et la qualité de la crise de manie ou de mélancolie...

...Nos analyses de la structure formelle et négative de ces crises [...] prennent ici toute leur valeur...

...la crise [...] se constitue comme une rupture de la continuité de l'existence [...] et impose à la conscience la nécessité d'une régression...

1. LAGACHE, *loc. cit.*, p. 510, et H. EY et M^{me} BONNAFOUS, *Ann. Médico-Psycho*, 1938, ont rapporté des observations de manie de veuvage.

2. Ceci a encore été très vigoureusement marqué par K. SCHNEIDER, dans une petite étude récente (*Die Aufdeckung des Daseins durch die cyclothymische Depression, Nervenarzt*, 1950, pp. 193 à 194), à propos de la mélancolie.

lique ou le maniaque « reprend pied », « se réveille » ou « se ressaisit ».

Mais si le vécu maniaco-dépressif est une expérience délirante primaire originale et irréductible aux actions et réactions psychologiques de l'être avec son milieu, s'il porte en lui-même la marque de ce bouleversement structural qui le soustrait à la psychogénèse ou à la sociogénèse *de la maladie* dont il est l'effet, il n'en reste pas moins que le niveau de déstructuration étant atteint (c'est-à-dire la condition de crise étant réalisée), le *sens de la crise* vers la manie ou vers la mélancolie peut et doit vraisemblablement dépendre de la situation existentielle actuelle. C'est elle qui se profile derrière le choix de la psychose et qui l'oriente soit vers l'insouciance et les plaisirs d'une festivité qui satisfont le besoin de triomphe et de toute puissance, soit vers la gravité, la fatalité et la sévérité qui satisfait aux exigences d'un profond besoin d'humiliation et de châtement. Ces conditions actuelles ne peuvent, sans doute, être exclusivement réduites ni aux simples circonstances de la vie, ni aux soucis, intérêts et conflits inconscients, mais elles doivent être considérées comme réalisées par l'ensemble même de l'histoire présente et passée qui constitue précisément dans son aboutissement, pour chacun de nous, le problème actuel. C'est en fonction de ces problèmes successifs et « là-maintenant-posés » que l'homme maniaco-dépressif chavire, soit qu'il se déchaîne dans la manie, soit qu'il s'enchaîne dans la mélancolie.

D.— LES CRISES ET LE SENS DE L'EXISTENCE.

Sur le plan purement clinique il y a lieu de distinguer deux éventualités également remarquables. Tantôt les crises comme « coupées au couteau » tranchent sur le « continuum » de l'existence et s'y inscrivent comme « entre parenthèses », c'est ce que nous voyons le plus souvent ou tout au moins c'est ainsi qu'objectivement nous enregistrons la « morphologie » de ces crises, leur durée, leurs rémissions, les intervalles lucides, leur alternance et leur intermittence. Tantôt elles s'intriquent ou persistent sous forme d'une existence pathologique continue ou subcontinue qui absorbe ainsi le relief clinique (les accès francs et aigus) de ces psychoses périodiques. Mais il est bien plus intéressant de saisir pour ainsi dire par le dedans le sens de ces crises pour l'existence du malade.

Lorsque les accès surviennent comme des accidents en quelque sorte hétérogènes à la trame de l'existence (après un accouchement, après une émotion, à l'occasion d'un épisode toxi-infectieux ou d'un traumatisme ou d'un choc opératoire, etc. ou sans « cause » bien apparente), à peine sont-ils vécus qu'ils sont rapidement oubliés. Il est même remarquable de noter combien (en dehors naturellement de toute intervention de troubles mnésiques consécutifs aux électrochocs), le malade maniaco-dépressif, tout en gardant un souvenir assez précis du vécu de la crise (pas toujours très précis d'ailleurs), en minimise l'importance et la réduit aux proportions dérisoires d'un inci-

...Tantôt les crises comme « coupées au couteau » tranchent sur le « continuum » de l'existence et s'y inscrivent comme « entre parenthèses »...

...[ainsi] à peine sont-elles vécues qu'elles sont rapidement oubliées...

dent sans grande portée. On est parfois étonné de voir ce malade qui sort à peine des affres d'une terrible crise de mélancolie anxieuse sourire de ses craintes et de ses angoisses et ne pas garder un plus mauvais souvenir d'une grande mélancolie délirante que d'une manie agitée. On peut même remarquer que les malades sont plus honteux et « confus » des crises de manie que des crises de mélancolie. Les crises sont donc vécues comme des « abréactions » gênantes mais résolutes et nous pouvons comprendre cette absence de « réaction anxieuse » à leur égard en nous rappelant qu'elles constituent en effet des formes de conscience fantasmique qui, « au réveil », s'effacent comme un cauchemar ou un rêve. C'est qu'elles « dressent » en dehors de la réalité un tel « monde imaginaire » que l'expérience de la toute-puissance ou celle de l'anéantissement se situent, dans la suite rapidement, à leur véritable place, c'est-à-dire hors de la vie réelle.

Inversement, nous pouvons rencontrer des malades pour qui la crise est une épreuve cruciale révélatrice ou modificatrice du destin, et dans ce cas l'homme maniaco-dépressif prolonge le sens de sa crise jusque dans son existence cyclothymique plus ou moins « déséquilibrée » : voué à l'angoisse, au retour perpétuel vers le passé ou, au contraire, toujours bondissant vers l'avenir et le bonheur chimérique. Il érige en programme « vital » et « moral » (dans ses habitudes, ses goûts, son caractère, ses relations sociales) soit l'insouciance et la légèreté, soit la honte et la gravité.

...Inversement, nous pouvons rencontrer des malades pour qui la crise est une épreuve cruciale [...] et dans ce cas l'homme maniaco-dépressif prolonge le sens de sa crise jusque dans son existence cyclothymique...

Mais que la crise soit vécue comme une rupture de la continuité ou seulement comme une interruption artificielle de l'existence ¹ ou qu'elle se prolonge en système de valeurs morales, toutes ces éventualités nous renvoient au problème des relations de la psychose périodique maniaco dépressive avec la personnalité.

On pourrait dire qu'aucun exemple de double et même de triple personnalité (celle des crises intermittentes de manie, celle des crises intermittentes de mélancolie et celle des phases intercalaires) ne peut être plus curieux que celui que nous offre l'homme maniaco-dépressif. Si nous ne songeons pas cependant à diviser ainsi sa personnalité c'est parce que nous sentons bien qu'elle est indivisible et que les phases successives de son histoire ne constituent pas des parties distinctes de sa personne. C'est plutôt dans une perspective dynamique et dialectique que doivent être envisagés les rapports de la psychose cyclique avec le système oscillant de la personnalité.

Celle-ci est constituée en effet en système où se reflète le déséquilibre originel ou cyclothymique, c'est-à-dire sa variabilité, ses excès, les coups de boutoir de sa nature

1. Ce point a été récemment mis en discussion entre K. SCHNEIDER (1950), *loc.cit.*, p. 513, et BURGER-PRINZ (Psychopathologische Bewerkungen zu der cyclischen Psychosen, *Nervenarzt*, 1950, 503-504), ce dernier n'admettant pas une rupture mais une interruption dans l'existence du fait des crises même quand celles-ci durent, comme il l'a pu l'observer chez un malade dont la crise a duré de 32 à 41 ans.

antinomique. Les crises ne dépendent pas (nous l'avons vu) uniquement de ce déséquilibre puisque, si elles dépendent du seuil de réactions pathologiques comme d'une condition nécessaire, elles ne se déclenchent que dans la mesure où un processus de dissolution ou de déstructuration de la conscience s'installe, et c'est en quoi elles ont une valeur *accidentelle* dans le « continuum » de l'existence du malade. Mais les crises sont vécues nécessairement aussi comme des *événements* en tant que la problématique existentielle de l'existence actuelle en détermine, comme nous l'avons indiqué, le sens.

La pathologie des crises de manie et de mélancolie et plus généralement leur insertion dans la trajectoire de la personnalité de l'homme maniaco-dépressif, ne peut se comprendre que dans cette perspective essentiellement organo-dynamiste, celle où nous nous plaçons sans cesse. La maladie maniaco-dépressive est une affection qui dépend de la « constitution » *en conflit* avec le « milieu » (facteurs endogènes et exogènes), ses crises de manie et de mélancolie sont déterminées tout à la fois et d'un seul coup, par la dissolution de la structure temporelle éthique de la conscience et par les exigences des conditions existentielles passées et présentes. De telle sorte qu'elles sont en même temps l'expression d'une *impuissance* (aspect négatif) et d'un *besoin* (aspect positif). Par là, par le caractère foncièrement dynamiste et anthropologique de notre conception de la maladie comme de la structure antinomique du malade lui-même, nous comprenons que cette « maladie mentale » se saisit de l'homme, mais aussi qu'elle se déroule dans l'existence de cet homme comme les vicissitudes les plus profondes de sa propre histoire.

— Ainsi vers la fin de ces études consacrées aux psychoses aiguës et à la déstructuration de la conscience, nous touchons à une forme de périodicité et, en un certain sens, de chronicité qui établit un large pont avec l'étude des psychoses chroniques et spécialement, ici, avec les névroses, c'est-à-dire avec la pathologie de la personnalité. C'est pourquoi à propos de la psychose périodique maniaco-dépressive, nous avons voulu montrer que s'il existe des formes proprement épisodiques et pour ainsi dire accidentelles de crises maniaco-dépressives, la forme la plus typique et périodique de ces psychoses dont la périodicité et la nature mixte manifestent le conflit de l'être, établit une profonde anastomose entre la pathologie de la conscience et la pathologie de la personnalité. Nous devons ajouter que c'est dans la mesure même où nous avons affaire ici à des niveaux élevés de déstructuration (manie-mélancolie) que les relations des crises avec le système de la personnalité sont les plus constantes et les plus étroites.

En étudiant maintenant une forme de psychose aiguë de niveau généralement plus profond et à accès plus paroxystiques, l'épilepsie, nous allons, certes, rencontrer encore le même problème mais — nous pouvons le dire par avance — les relations de ces

...ses crises [...] sont déterminées tout à la fois et d'un seul coup, par la dissolution de la structure temporelle éthique de la conscience et par les exigences des conditions existentielles passées et présentes...

...[la psychose périodique maniaco-dépressive dans sa forme typique] établit une profonde anastomose entre la pathologie de la conscience et la pathologie de la personnalité...

crises avec le style, l'histoire et la trajectoire de la personnalité nous apparaîtront plus lâches et exceptionnelles que dans les cas des psychoses périodiques maniaco-dépressives où crises et personnalité morbide interfèrent constamment pour constituer le cycle infernal de l'existence maniaco-dépressive.

Sans doute, ce type de psychose à forme périodique maniaco-dépressive ne revêt-il pas toujours cette forme de catastrophes, de drames ou d'orgies à répétition et arrive-t-il que l'histoire clinique psychopathologique se limite à une pathologie de crises, mais il est cependant bien rare que sous cette apparence ne se discerne pas la nature antinomique, antithétique de l'homme maniaco-dépressif sans cesse partagé entre le « désirer aller de l'avant » et le « devoir revenir en arrière », entre la liberté la plus dérisoire et la fatalité la plus illusoire.

...la nature antinomique, antithétique de l'homme maniaco-dépressif sans cesse partagé [...] entre la liberté la plus dérisoire et la fatalité la plus illusoire...

Bibliographie des principaux ouvrages

- GRIESINGER (W.), *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, 1845, trad. fr. de la 2^{ème} édition par Doumic, 1865.
- FALRET (J. P.), *Gazette des Hôpitaux*, 1851 et *Bull. Acad. Med.*, 1854, 19, p. 382.
- BAILLARGER, *Bull. Acad. Med.*, 1854, p. 352.
- FOVILLE, Article « Folie à double forme » ou *Nouveau Dictionnaire de Méd. et de Chir. pratiques* XV, p. 921, Paris, 1872.
- RITTI, Article « Folie à double forme » in *Dictionnaire Dechambre*, 1877, et *Traité de la folie à double forme*, Éditeur Doin, Paris, 1883, p. 393.
- KRAEPELIN, *Traité*, 6^{ème} édition, 1899.
- ARNAUD (F. G.), Psychoses périodiques ou intermittentes in *Traité* de Gilbert Ballet, Éditeur Doin, 1903, pp. 576 à 617.
- DENY et CAMUS, *Les folies intermittentes. La Psychose maniaque-dépressive*, Éditeur Baillière, Paris, 1907.
- ANTHEAUME. *Les Psychoses périodiques*, Rapport au Congrès des Aliénistes, Genève-Lausanne, 1907, p. 126.
- PIERRE-KAHN, *La cyclothymie*, Thèse, Paris, 1909. Édition Steinheit, p. 252.
- STRANSKY (E.), Das manisch-depressive Irresein in *Handbuch der Psychiatrie*, d'ASCHAFENBUCH, 1911. Partie spéciale, 6^{ème} partie, p. 272.
- SONDEN (T.), *A study of somatic conditions in M. D. psychosis*, 1927. Upsala läkare förenings förhandl. t. XXXIII, pp. 1 à 11, pp. 25 à 269.
- LANGE (J.), *Die endogen und reaktiven Gemütskrankungen und die manisch-depressive Konstitution*, *Traité* de BUMKE, t. VI, pp. 1 à 231, 1928.
- EWALD (G.), Die endogene Psychosen, *Fortsch. N. P.* 1929, I.
- AIBREY LEWIS, Melancholie, Prognostic study and cases material, *J. of Ment. Sc.*, 1936, 82.
- BROUSSEAU, *L'hérédité des affections circulaires*, Rapport au Congrès des Aliénistes à Zurich, 1936.
- LANGE (J.), *Handbuch der Erbkrankheiten de Gütt*, 1942, IV, I.
- LUNDQUIST, *Prognosis and courses in M. D. Psychoses*, Éditeur Munksgaard, Copenhague, 1934, p. 96.
- STORRING (E.) *Die Störungen des Persönlichkeitsbewusstseins bei m-d Psychosen*, Leipzig, 1938.
- DELAY, *Les dérèglements de l'humeur*, Press. Univ. Paris, 1946, p. 179.
- GARMA, RASCOWSKY, etc. *Psicoanalysis de la Melancolia*, Buenos-Aires, 1948.
- DEDICHEN (H. H.), *A comparaison of 1459 shock treated and 969 non shock treated Psychosis in Norweg Hospital*, Éditeur Munksgaard. Copenhague, 1946.
- BELLAK (L.), *Manic-depressive Psychosis and allied conditions*, Éditeur Grune et Stratton, New York, 1952, p. 306.
- STENSTEDT (A.), *A study in manic-depressive Psychosis*, Éditeur Munksgaard, Copenhague, 1952, p. ni.
- WEITBRECHT (H. J.), Offene Probleme bei affektiven Psychosen, *Nervenarzt*, 1953, 187-191.

Étude n° 26

ÉPILEPSIE

20. La classification des M. mentales.
21. Manie.
22. Mélancolie.
23. Bouffées délirantes.
24. Confusion.
25. Psychoses périodiques
maniaco-dépressives.
26. *Epilepsie.*
27. Structure et destruction
de la conscience.

Nous ne saurions nous soustraire à la nécessité de présenter ici une Étude consacrée à l'épilepsie. Tout d'abord parce que cette « affection » si commune ¹ caractérisée par ses paroxysmes, ses crises, ses états crépusculaires, ses états d'automatisme plus ou moins dégradés, constitue un prototype de maladie mentale évolutive à base de psychoses aiguës et un modèle de déstructuration de la conscience. Ensuite, parce que nous étant inspirés des principes de Hughlings JACKSON, il est bien évident que, pour nous comme pour lui, l'étude des « niveaux de dissolution des fonctions psychiques » trouve son centre d'intérêt dans le problème de l'épilepsie. Aussi aurions-nous dû exposer les divers aspects cliniques, psychopathologiques et physiopathologiques de l'épilepsie dans leur intégralité. C'est ce que nous n'eussions pas manqué de faire il y a quelques années. Mais l'épilepsie est depuis 20 ans l'objet d'une telle transformation de concepts, d'un si bouleversant remaniement des faits cliniques, biologiques, électroencéphalographiques qui constituent la base empirique et clinique de cette forme paroxystique de « psychose aiguë », qu'il est, croyons-nous, à peu près impossible de la saisir dans sa totalité sans emprunter au moins autant au domaine de l'hypothèse qu'à celui des connaissances cliniques et physiopathologiques rigoureuses. C'est pourquoi on nous excusera de ne consacrer à cette question cruciale qu'une Etude qui ne prétendra pas être complète et se contentera simplement d'examiner un certain nombre de points fondamentaux pour la psychopathologie de la déstructuration de la conscience dont, répétons-le, l'épilepsie constitue une sorte de démonstration expérimentale. Nous aurons l'occasion notamment de souligner à son sujet que seule une conception organo-dynamiste peut nous rendre compte de la forme et des degrés de cette déstructuration et de la richesse psychologique de son vécu. Car l'épilepsie ne saurait être envisagée comme l'objet

...prototype de maladie mentale évolutive à base de psychoses aiguës et modèle de déstructuration de la conscience...

1. L'épilepsie est une affection fréquente. Elle est chiffrée à environ 0,4 % de la population générale (CONRAD, Die erbliche Fallsucht. Traité de GUTT, *Handbuch der Erbkrankheiten*, 1940, — JUDA, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1934, 151, — BRUGGER, *Même Revue*, 1929» 118,) — Benjamin MALZBERG, in *Epilepsy* de HOCH et KNIGHT, 1947, donne le taux de 0,62 %. La statistique portant sur deux millions d'hommes publiée par le War Department des U. S. A. après la guerre de 1914-1918, Defects found in drafted Men, indique 14.195 cas d'épilepsie chez les jeunes hommes de 19 à 31 ans, donc des chiffres un peu plus faibles (4.695 en milieu urbain, 9.500 en milieu rural). LENNOX estime à 10 millions les épileptiques qui vivent à un moment donné dans le monde.

...[l'épilepsie] est toujours un bouleversement de la conscience et même de la personne...

privilegié – et encore moins exclusif – de la Neurophysiopathologie, étant toujours ¹ et incessamment un bouleversement de la conscience et même de la personne dont la phénoménologie propre ne s'accommode pas plus des théories mécanicistes (qui ont peut-être tendance à revenir à la mode *entre les mains* de certains neuro-chirurgiens) que des théories psychogénétiques (qu'il arrive parfois à l'interprétation psychanalytique de nous proposer comme explication de cette ancienne « névrose »).

L'épilepsie est en effet, sous sa forme la plus typique, une perte paroxystique de conscience, accompagnée de troubles toniques et cloniques de la motilité qui manifestent cliniquement la décharge neuronique massive, synchronique et désordonnée, décharge qui s'inscrit sur le tracé électroencéphalographique. Mais à peine a-t-on ainsi défini la « crise d'épilepsie » que la clinique impose de grouper autour de ce paroxysme comitial complet et typique un grand nombre de formes dégradées, de phénomènes pré- ou post-critiques, des accidents incomplets ou « équivalents » ou de crises psychopathiques qui élargissent fatalement la définition dont on ne saurait les exclure. De telle sorte que si la définition que nous venons (avec la plupart des auteurs) de donner, constitue une définition *senso strictu* de la crise d'épilepsie, nous devons la tempérer et l'élargir par celle-ci : tout aspect séméiologique, clinique et électroencéphalographique qui est en rapport chronologique et structural avec le paroxysme épileptique doit être considéré comme faisant partie du syndrome comitial ².

Toute la clinique, toute la physiopathologie, l'électroencéphalographie de l'épilepsie s'inscrivent entre ces deux définitions extrêmes, entre ces deux limites extrêmes de l'épilepsie. Disons donc pour orienter notre Étude que nous devons envisager ici comme essentiels les *aspects paroxystiques de la déstructuration de la conscience qui sont en rapport séméiologique et pathogénique avec les crises épileptiques et le syndrome comitial*.

C'est ainsi que nous décrirons successivement 1° les crises et paroxysmes comitiaux – 2° les psychoses aiguës épileptiques – 3° les troubles mentaux comitiaux chroniques – 4° l'homme épileptique – 5° les grands types d'épilepsie ³.

1. Réserve faite des phénomènes élémentaires strictement localisés qui constituent des auras ou des équivalents sensorimoteurs simples.

2. Le mot « structural » sera précisé dans son contenu empirique, phénoménologique et clinique au cours de cette Étude dans la mesure même où la notion fondamentale d'une *déstructuration paroxystique* de la conscience y prendra tout son sens.

3. Avant d'entreprendre cette étude, nous révoquerons en doute un certain nombre de concepts absurdes que nous nous interdrons d'employer. Tels sont par exemple les concepts d'épilepsie psychique (toute épilepsie étant un trouble psychique), d'épilepsie larvée (qui fait double emploi, tout à la fois, avec la notion d'équivalents et celle d'absence), d'épilepsie idiopathique ou symptomatique (concepts qui se recourent au fond de la nature des choses et expriment une dualité qui a, comme nous le verrons, un tout autre sens). Nous n'emploierons jamais le terme de « petit mal » que pour désigner l'« absence » telle qu'elle peut être définie cliniquement et électroencéphalographiquement comme distincte des diverses autres catégories de paroxysmes. Ces éclaircissements verbaux sont, nous semble-t-il, indispensables.

§ I. — LES PAROXYSMES COMITIAUX

Nous allons rapidement passer en revue et classer les accidents paroxystiques épileptiques. Le plus caractéristique est la « crise convulsive ». Mais outre que cette crise, comme nous allons le voir, présente des variétés, des degrés et même des types assez différents, elle ne résume pas la description clinique de tous les paroxysmes comitiaux, aussi décrivons-nous, en marge de cette crise, les *auras* et les substituts paroxystiques de la crise, appelés *équivalents* :

A.— LES CRISES D'ÉPILEPSIE ET LEURS FORMES CLINIQUES.

I. *Les crises générales. La crise icto-comitiale et l'absence.*

La description de la crise a été si souvent faite dans tous les Traités et Manuels ¹ que nous ne pensons pas qu'il soit bien utile de nous y attarder. Quand nous aurons rappelé que sous le nom de « grand mal » elle représente une crise qui se déroule en phases successives (tonique, clonique et stertoreuse) avec une *perte complète de conscience*, une *amnésie* lacunaire à l'emporte-pièce laissant parfois le malade dans l'ignorance qu'il a eu une crise — que certains symptômes sont importants à noter (cri initial, morsure de la langue, émission d'urine, sommeil consécutif) et qu'enfin elle se déroule généralement très rapidement ², nous aurons dit l'essentiel de ce que tout le monde sait et répète depuis bien longtemps. Pour les petits signes neurologiques, fonctionnels ou biologiques dont on peut enrichir cette description, on les trouvera indiqués dans l'ouvrage de MARCHAND et de AJURIAGUERRA ³. Précisons enfin que cette crise peut être *nocturne*. Ces accès peuvent se répéter en crises très rapprochées (crises sérielles) ou constituer un *état de mal*.

... la crise de « grand mal »...

Plus importante nous semble être la symptomatologie électrique de cet « embrasement », de cette « bourrasque » qui décharge une masse de neurones et constitue sur

1. Cf. notamment MARCHAND et AJURIAGUERRA, *Épilepsies*, 1948, pp. 40 à 49 [NdE : La référence à l'ouvrage de L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA *Épilepsies. Leurs formes cliniques. Leurs traitements* paru en 1948 chez Desclée de Brouwer dans la Bibliothèque Neuro-psychiatrique de langue française dont le comité de direction, où siège Henri EY, comprend huit membres et où paraissent les trois tomes de ses propres Etudes, a une double importance : non seulement l'Étude n°26 Épilepsie reprend de nombreux éléments de l'ouvrage cité mais elle montre que l'édition des *Études* s'inscrit dans un vaste programme éditorial qui s'étend d'ailleurs au delà de cette B.N.L.F.], ROGER, CORNIL et PAILLAS, *Les Épilepsies*, 1950, pp. 12 à 14. GASTAUT, *Encyclopédie Médico-chirurgicale. Neurologie*, folio 17008, A-10, pour ne renvoyer qu'aux plus récentes descriptions.

2. GASTAUT (*loc. cit.* note précédente) donne les durées suivantes : phase tonique à tétanos parfait 5 secondes, à tétanos imparfait 15 secondes — phase clonique 40 secondes — phase de décontraction 60 secondes — phase de récupération 3 minutes.

3. Signes pupillaires, anomalie des réflexes, variation de la tension artérielle et du pouls, oscillations thermiques, etc. (p. 404). Pour les troubles humoraux de la crise, on consultera le chapitre de J. ROGER dans « *Les Épilepsies* » de ROGER, CORNIL et PAILLAS, pp. 235 à 266.

le plan des potentiels électriques cérébraux l'analogie de ce qu'observe le clinicien quand il considère le désordre, la violence, la massivité, l'automatisme et l'inadaptation des mouvements et qu'il constate que la vie de relation est brutalement remplacée par une tempête de réactions aveugles, de mouvements agglutinés comme disait H. JACKSON. Longtemps on a cru que le processus cérébral réel dont la crise représentait l'image manifeste était essentiellement circulatoire ; et on sait combien on a discuté, à l'époque, sur l'importance des processus angiospastique, ischémique et anémique (JACKSON, NOTHNAGEL, GOWERS, PENFIELD), ou au contraire sur l'importance du facteur « vaso-dilatation » et « œdème cérébral » (Clovis VINCENT) et plus récemment sur le rôle de l'anoxie cérébrale (LENNOX 1935, DAVIES et REMOND, PENFIELD et JASPER), sur l'augmentation de l'acide lactique, l'augmentation de la consommation du glucose, de la répartition des électrolytes dans les neurones corticaux ou tout autre aspect du métabolisme cérébral. Mais même aux yeux de ceux qui avec l'école de PENFIELD attribuent la plus grande importance au substratum physiochimique du cerveau en état de crise, ce sont les processus électriques mis en évidence par l'école de Harvard (les GIBBS et LENNOX) et depuis, devenus l'objet de tant d'autres études approfondies (JASPER, GASTAUT, etc.) qui constituent la base physiopathologique la plus sûre de la crise. Il s'agit de décharges d'ondes anormales bilatérales symétriques et synchrones. Elles sont généralisées quoique prédominantes dans les régions centro-frontales et le complexe électrique figuratif du tracé est représenté par des pointes rythmiques à fréquence de 30 c/s au cours de la phase tonique qui représente un véritable tétanos physiologique au début. – Pendant la phase clonique on assiste à un morcellement de cette activité continue et apparaissent des ondes lentes avec quelques intervalles de silence électrique et des bouffées de pointes. Pendant cette hypersynchronisation anarchique des structures cérébrales, les récepteurs et les effecteurs sont bloqués ou se déchargent sans ordre (GASTAUT). A cet égard, on peut, avec MORUZZI ¹, considérer que la crise d'épilepsie est un processus d'hypersynchronisation paroxystique correspondant au point de vue cellulaire à une décharge massive d'un grand nombre de neurones et au point de vue axonique à l'émission de décharges rythmiques d'influx à haute fréquence. Celles-ci et l'hypersynchronie paroxystique déterminent le recrutement en masse de neurones et représentent les deux facteurs qui expliquent la tendance de l'activité convulsive à s'étendre « en avalanche » à tous les centres corticaux et sous-corticaux.

Et nous voici maintenant en effet obligés de nous demander quelle est la *localisation* de cette grande crise convulsive de cet « ictus épileptique » que nous pouvons peut-être appeler (pour essayer de voir clairement de quel autre type elle peut se distinguer) la *crise icto-comitiale*. C'est sous le nom d'*épilepsie-coma* qu'elle a été dési-

1. G. MORUZZI (G.), *L'Épilepsie expérimentale*, Paris, 1950, pp. 9 à 47.

...une tempête de réactions aveugles, de mouvements agglutinés comme disait H. JACKSON...

...un processus d'hypersynchronisation paroxystique (MORUZZI)...

gnée par l'école de CLOVIS VINCENT, notamment dans un excellent travail où Jacqueline MOREAU ¹ a recueilli de nombreux faits en faveur d'un mécanisme sous-cortical de la grande crise de ce type (analogie de la phase initiale avec le syndrome de rigidité décérébrée, abondance des troubles végétatifs), crise qu'elle définit comme un *coma*. Depuis, le siège diencephalique et même thalamique (PENFIELD, HUNTER, et JASPER) de ce processus d'effondrement de la conscience et de l'ensemble des fonctions corticales est devenu une sorte de leit-motiv de la plupart des travaux publiés au cours de ces dernières années et la notion d'un entraînement diencephalo-thalamique est une notion courante de la physiopathologie comitiale appliquée à ce type de grande crise d'emblée générale. Il paraît en effet raisonnable d'admettre que si, comme nous l'avons vu pour la confusion notamment, le « centrencéphale », les dispositifs cérébraux de base, constituent l'appareil fonctionnel dont l'intégrité est nécessaire non seulement à la « vigilance » mais à l'activité d'intégration plus complexe que constitue la « conscience », c'est l'altération de ce dispositif qui produit cette brusque attaque psycholeptique qui embrase tout à la fois les structures sous-corticales, l'allocortex et l'isocortex. Dans ces conditions, on comprend que la partie restante de la vie de relation soit selon l'intuition même de JACKSON, libérée et qu'elle se déroule dans la substance grise du tronc cérébral et du rhombencéphale d'abord (phase tonique) puis à un niveau supérieur (phase clonique).

C'est en quelque sorte selon une loi de tout ou rien que la conscience se trouve ainsi brutalement déstructurée. Elle *tombe tout à coup* avec le corps de l'épileptique. Les péripéties psychiques de ce drame sont pratiquement inexistantes. Tout au plus peut-on en saisir, comme nous le verrons, au réveil ou au cours de la crise, quelques expressions fugaces de type émotionnel et idéo-verbal automatique, mais son vécu reste, comme dans le coma, obscur au sein d'une conscience qui a perdu toute capacité de se représenter et de percevoir, d'une conscience qui s'est, au sens le plus fort du terme, évanouie... et ne peut ensuite rappeler à elle aucun souvenir de sa totale éclipse.

La crise d'épilepsie générale d'emblée, la crise *icto-comitiale* est donc le phénomène épileptique le plus net et le plus simple : l'attaque de grand mal, inconsciente et amnésique.

Elle doit être rapprochée de la crise de « *petit mal* » ² ou « *absence* ». Celle-ci constitue également une éclipse de la conscience mais très brève (pratiquement jamais plus de 5 à 15 secondes) et sans phénomènes convulsifs. Correspondant à la descrip-

...la crise de « *petit mal* »
ou « *absence* »...

1. MOREAU (J.), *L'épilepsie des tumeurs cérébrales*, Thèse, Paris, 1943.

2. Rappelons que pour nous comme pour la plupart des épileptologues contemporains, le « *petit mal* » doit être défini uniquement par l'absence et non point par les équivalents d'automatisme comitial dont nous parlerons plus loin. Sur les absences et le petit mal, cf. MARCHAND et AJURIAGUERRA, pp. 98 à 101, et le Chapitre de J. ROGER in ROGER, CORNILET PAILLAS.../...

tion de CALMEIL elle consiste en une suspension brusque et momentanée de la vigilance : le sujet devient absent, il pâlit, sa vie psychique s'arrête. L'apnée, la déviation sursum vergens des globes oculaires, la brusque rupture du tonus musculaire (l'objet tenu à la main qui tombe) en sont les signes classiques. Les malades ne s'aperçoivent pas, ou seulement parfois très vaguement, de l'absence. Elle leur est signalée par les tiers. Ce type de paroxysme comitial paraît être l'apanage du cerveau dont la maturation n'est pas complète et elle se rencontre surtout chez les enfants ou les jeunes adultes ¹. Comme l'indiquent MARCHAND et de AJURIAGUERRA (p. 99) il ne faut pas confondre cette absence avec les auras dont nous parlerons plus loin, ni, comme nous le verrons, avec les « équivalents », et « les actes automatiques » psychomoteurs. C'est en effet faute d'établir nettement ce diagnostic que les constellations cliniques dont nous parlerons à la fin de cette Étude sont restées inaperçues. La définition électrographique de l'absence, depuis les GIBBS, est tout aussi simple et nette car l'absence correspond à un « grapho-élément » bien connu, le complexe « pointe-onde » (pointe rapide et onde lente) dont la caractéristique essentielle est la fréquence de répétition entre 3 et 3,5 c/s. Ce complexe est rarement isolé, il se groupe pour former les *bouffées de pointes-ondes*. Sa topographie est généralement diffuse, bilatérale, synchrone et symétrique. Enfin il faut signaler l'affinité de ce symptôme avec les *myoclonies* ² *bilatérales* (avec polypointes ou polypointes-ondes). L'absence se réduit donc à une éclipse qui se traduit sur le plan clinique comme sur le plan électrique par une brusque suspension de l'activité de conscience : c'est un vide pur et simple ³.

...l'absence correspond à un « grapho-élément » bien connu, le complexe « pointe-onde »...

.../..., pp. 167 à 194. Malgré la confusion maintenue par ces auteurs sous le terme de petit mal entre les absences et les équivalents psycho-moteurs, on trouvera là une très bonne documentation.

1. Ceci a été notamment très étudié à propos de la *pycnolepsie*, (H. SAUER), c'est-à-dire des « courts accès narcoleptiques », décrits en 1906, par FRIEDMANN, des « petits accès accumulés », de HEILBRONNER, des crises « eklétiques » de HENNEBERG, des « Myrian spells », de SACHS et HAUSMANN, cf. sur cette forme psycholeptique de l'enfance les études très documentées de MARCHAND et AJURIAGUERRA, pp. 320 à 335,

2. Cf. sur les formes myocloniques de l'épilepsie le chapitre consacré à ce problème par MARCHAND et AJURIAGUERRA, pp. 480 à 498 — bibliographie complète. Depuis les études de FRIEDREICH sur la paramyoclonie multiplex (1881), KOJEWNIKOW, (1894), UNVERRICHT, (1891), et LUNDBORG, (1903), ont établi les formes cliniques qui constituent la myoclonie épileptique progressive (UNVERRICHT), la myoclonie épileptique partielle continue (KOJEWNIKOW), et la myoclonie épileptique intermittente. Plus récemment, GRINKER (R.), SEROTA et STEIN, Myoclonie epilepsy. *Archiv. of N. and P.*, 1938, 40, p. 968, ont montré la parenté entre certaines formes de myoclonies bilatérales et les absences, fait accepté notamment par l'École de Marseille (ceci n'enlève rien d'ailleurs aux descriptions cliniques des auteurs qui ont décrit des formes particulières d'épilepsies myocloniques).

3. Cf. une petite note de CORNIL, GASTAUT et CORIOL (*Revue Neuro.*, 1951, 1, pp. 149 à 151), où ces auteurs étudient les conditions de cette déstructuration qui, disent-ils, peut laisser intacte la fonction perceptive tout en altérant l'activité cognitive. Ce qui revient à dire qu'il peut y avoir des « absences incomplètes ».

II. La crise généralisée ou crise graduo-comitiale ¹.

Depuis fort longtemps on s'est aperçu que, face à la grande attaque avec effronnement psychomoteur, il existait des formes où le « flux épileptogène » s'installe progressivement avant de parvenir à son terme d'inconscience totale avec convulsions. Sans doute l'identité du tableau clinique de la période d'état ou de la phase terminale a pu cacher l'intérêt majeur qui s'attache à ce type de dissolution pourtant assez différent du précédent pour pouvoir en être considéré comme le modèle inversé. Ainsi les relations des crises incomplètes, des auras, de l'épilepsie larvée, des formes d'automatisme comitial avec ce type de crises ont-elles été longtemps méconnues. Et pourtant il est presque toujours indiqué dans les descriptions des crises partielles (de type bravais-jacksonien par exemple) qu'elles « finissent par se généraliser. » C'est ainsi que les états d'automatisme, écrivent MARCHAND et AJURIAGUERRA (p. 117) « peuvent s'observer à la période préparoxystique » et ils répètent encore « parfois ils se terminent par un accès convulsif ». GASTAUT, après avoir décrit les variétés d'épilepsies partielles, note : « Toute crise partielle peut se généraliser et aboutir après un temps plus ou moins long à la crise Grand Mal ». C'est précisément ce que J. MOREAU avait souligné lorsqu'elle intitulait un des paragraphes les plus importants de sa thèse (p. 109) : « Les crises partielles ne restent pas partielles ». Ainsi sommes-nous fondé à dire, pour notre propre compte, non pas seulement qu'il y a des crises partielles qui peuvent se généraliser mais qu'il y a un type de grande *crise généralisée* qui parcourt, avant de parvenir à son terme, des étapes qui manifestent l'extension du processus cérébral. Cette crise généralisée s'oppose donc à la crise générale d'emblée ou crise icto-comitiale. Celle-ci est une dissolution foudroyante et profonde, celle-là est une crise en « lysis » par étapes et par degrés et, comme nous le verrons plus loin, s'il arrive souvent que ses étapes soient brûlées et que ces degrés soient presque indiscernables dans la rapidité du processus de dissolution, dans certains cas ils sont particulièrement marqués comme des paliers où le processus de dissolution peut s'attarder ou s'arrêter. J. MOREAU a très bien vu, à ce propos, que beaucoup de crises bravais-jacksoniennes se généralisent ce qui encore une fois permet de dire que certaines crises générales ont un début bravais-jacksonien. Le malade présente par exemple une crise crurale, puis le processus convulsif envahit la jambe depuis l'orteil jusqu'à la racine du membre, gagne ensuite le bras, le malade perd alors connaissance et les mouvements se généralisent (MOREAU p. 110). Le malade assiste d'abord au début de sa crise, puis ayant perdu connaissance il retrouve ensuite le souvenir de sa crise tout au moins de sa phase initiale. Tout se passe donc comme si le processus épileptogène « *faisait tache d'huile* » (comme dans le cas qui nous a servi

...« *Toute crise partielle peut se généraliser ...*»
(GASTAUT)

1. Nous allons voir ici du point de vue du déroulement de la crise la forme qui évolue par extension, généralisation ou gradation jusqu'à la perte totale de conscience avec ses phénomènes convulsifs (toniques et cloniques) typiques. C'est pourquoi nous la désignons ici par le terme « graduo ».

d'exemple) : il y a généralisation des mouvements, c'est-à-dire bilatéralisation du processus, puis coma. Mais J. MOREAU, en tâchant de nous rendre compte de l'extension progressive de l'onde épileptique, n'a cherché à se la figurer que sous l'aspect d'un « trouble circulatoire » produit par une tumeur cérébrale alors que nos nouvelles connaissances électroencéphalographiques permettent de mieux suivre, sinon d'identifier, le processus comitial. Le caractère localisé, circonscrit de la crise se lit, d'après GASTAUT, sur le tracé : décharges initiales localisées sur telle ou telle partie du scalp et constituées par des pointes qui augmentent d'amplitude puis diminuent de fréquence avant de s'associer parfois à des ondes lentes qu'entraîne leur morcellement. Plus souvent elles sont constituées par un simple rythme d'ondes plus ou moins sinusoïdales. Elles se généralisent ensuite, la décharge focale étant subitement submergée par le flot bilatéral des pointes du grand mal. D'autres fois ces crises partielles ont déjà une expression diffuse et elles se manifestent sur une grande étendue de scalp, il s'agit alors d'une décharge unilatérale ou même bilatérale occupant les régions fronto-temporales (rythme d'ondes lentes régulières et sinusoïdales commençant à 6 ou 8 c/s puis se ralentissant progressivement jusqu'à 2 c/s). Le processus de généralisation met en jeu le pôle sous-cortical du secteur. Ainsi, précise GASTAUT ¹, s'explique également que cette généralisation se fasse d'un seul coup dans l'anéantissement progressif des secteurs qui avoisinent celui où la décharge a pris naissance et que l'on passe ainsi d'une crise jacksonienne à la crise grand Mal... Cette participation des secteurs aréo-thalamiques n'implique d'ailleurs pas que la propagation se fasse dans le seul sens vertical cortico-sous-cortical, la propagation par contiguïté à l'intérieur d'un même secteur ou d'un secteur à un autre étant démontrée par la clinique... Nous sommes ainsi en mesure de comprendre l'importance capitale des *auras* comme phases de début ou des *équivalents* comme stades abortifs de ces crises *graduocomitiales*.

Nous verrons dans la cinquième partie de cette Étude que les grands groupements cliniques et électrographiques de l'épilepsie reposent précisément sur l'opposition de ces deux grands types de crises épileptiques générales d'emblée ou progressivement généralisées.

B.— LES AURAS ².

L'expérience vécue du début de la crise s'appelle aura. Cette expérience contemporaine d'une phase où la conscience peu ou pas altérée (et n'étant, en tout cas, pas abolie), demeure ensuite dans le souvenir de l'épileptique. Il en est de l'aura comme du rêve : elle n'a d'existence clinique que dans le récit qui peut être fait et, à cet égard, l'aura est le type même de l'épilepsie consciente et mnésique. Ce fragment initial du déroulement du

...Le processus de généralisation met en jeu le pôle sous-cortical du secteur...

...Il en est de l'aura comme du rêve : elle n'a d'existence clinique que dans le récit qui peut être fait...

1. GASTAUT, p. 3, du chapitre Physiopathogénie de l'épilepsie dans l'*Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Neurologie* : 10-1951-17008 A20.

2. Les publications et ouvrages récents contiennent de très nombreuses descriptions d'auras.../...

processus comitial sans doute met-il parfois en mouvement seulement une myoclonie, un spasme ou même une fibrillation. Mais ces automatismes sont pour ainsi dire immédiatement vécus avec un halo d'incoercible étrangeté qui constitue déjà l'ombre anticipée des troubles de la conscience. Et pour revenir encore à la dissolution hypnotique, nous pouvons dire que l'aura est le phénomène « hypnagogique » de la crise graduo-comitiale.

Comme naturellement la vieille et insoutenable dichotomie « pathogénique » entre épilepsie « essentielle » (idiopathique, gène, etc.) et épilepsie « symptomatique » masque, aux yeux de la plupart des auteurs, la distinction purement clinique que nous venons de placer en tête de nos propres descriptions, l'aura a paru se rencontrer aussi bien dans l'épilepsie « essentielle » que dans l'épilepsie « symptomatique » et ce n'est qu'assez récemment que l'on s'est aperçu de sa profonde signification clinique et pathogénique. Si GEORGET indiquait le taux de 5% seulement de crises avec aura, DELASIAUVE (56%), GOWERS (50%), LENNOX et COBB (56%) et MARCHAND et AJURIAGUERRA (50%), ont fourni des statistiques qui permettent de fixer à environ 50% la proportion de crises avec aura¹.

La classification des auras n'est pas très aisée car on peut se placer à plusieurs points de vue (localisation, qualité du vécu). Celle que nous devons à PENFIELD et KRISTIANSEN est très remarquable par la précision des localisations auxquelles elle renvoie et qui sont basées sur des expériences rigoureuses. Ces auteurs décrivent un premier groupe de cas (30) où le phénomène initial a été un *trouble de la conscience* (10 cas d'inconscience soudaine, 16 cas de troubles de la conscience avec crises adverbales, etc.), dans ces cas la localisation était surtout frontale (dans 20 % de cas temporelle). Dans un deuxième groupe, ils placent 29 *phénomènes moteurs* à type Jacksonien (aire rolandique), à type de vocalisation ou de simple adversion (zone frontale prémotrice). Dans le troisième groupe des *phénomènes sensoriels* (81 cas) à type somatosensoriel (zone rolandique), visuel (occipital), auditif (temporal), vestibulaire (temporal et pariétal), olfactif (uncus), gustatif (scissure de Sylvius). Le quatrième groupe (27 cas) est constitué par les auras à type *phénomène végétatifs* surtout avec sensation épigastrique

...ces automatismes sont [...] vécus avec un halo d'incoercible étrangeté...

...50% de crises avec aura...

.../.... Il faut notamment se reporter au petit volume « *Epileptic Seizures Patterns* » de PENFIELD et KRISTIANSEN (Éd. Ch. Thomas, Springfield, 111. 1951) où se trouvent décrites les auras de 222 épileptiques dont, pour 125 cas, l'excitation électrique au cours de l'opération a confirmé la localisation. E. E. G. Depuis PENFIELD et JASPER (*Epilepsy and functional Anatomy of the human Brain*, 1953) ont publié un nouvel ouvrage considérable pour le sujet qui nous occupe. Or consultera aussi l'excellent rapport de Th. ALAJOUANINE et P. CASTAIGNE, *Les auras épileptiques* aux *Journées médicales françaises* à Beyrouth, nov. 1952. Mais si l'on veut avoir une description clinique très détaillée et donnant l'essentiel des connaissances au siècle dernier, on se rapportera au *Traité de l'Épilepsie* de DELASIAUVE, (1854), Chap. V, paragraphe Prodrômes, pp. 41 à 54. Le célèbre clinicien a rassemblé là une série d'exemples des signes précurseurs d'une étonnante variété.

I. SKOBLO (M. S.) dans un travail publié en russe en 1950 et analysé dans le *Zentralblat. Neuro*, 1953, 121, 242, indique lui aussi 50%.

(scissure de Sylvius) et région frontale intermédiaire. Le cinquième groupe est représenté par 29 cas de « *phénomènes psychiques* », soit 5 auras hallucinatoires (temporal), 13 auras illusionnelles (temporal et frontal), etc., 2 cas de pensée forcée (frontal, troubles aphasiques, etc.). Enfin, 26 cas sont catalogués comme divers ou mixtes.

Nous allons pour notre part présenter la classification la plus classique en faisant remarquer simplement que tous ces phénomènes chevauchent un peu les uns sur les autres et que même quand ils ont une valeur localisatrice très précise c'est non point tant parce qu'ils sont nettement isolés les uns des autres mais parce qu'une certaine forme du vécu automatique est primordiale dans leur structure ou dans leur déroulement temporel. Nous allons donc décrire des auras *motrices – végétatives – paresthésiques et asomatognosiques – sensorielles* – et « *psychiques* ».

I. *Les auras motrices.*

Elles consistent en parésies, myoclonies, spasmes, tics, tremblements. Les malades sentent par exemple un spasme facial du côté droit avec perte de la parole (H. JACKSON), un spasme clonique du masseter (CLARK), ou bien une crampe du gros orteil ; parfois il s'agit de déviation conjuguée de la tête, du tronc et des yeux, de la rotation du corps (aura giratoire), de blépharospasmes, de hoquet, de grincement des dents, de clignotements des paupières. Cette variété correspond aux types d'épilepsies partielles ¹ dites *somato-motrices* (mouvements des doigts, des lèvres, de la langue correspondant à la décharge de la région prérolandique, mastication ²), *adversives* (associations de mouvements de torsion du corps, de la tête et des yeux à l'élévation en abduction du bras « comme si le sujet regardait son poing levé » ³), la crise *giratoire* consiste dans l'adjonction à l'enroulement du corps d'une rotation autour de l'axe, (parfois même en position accroupie), toniques (spasmes toniques, hyperextension du corps en opisthotonos ou au contraire

...Classification des auras : motrices, végétatives, paresthésiques, sensorielles, psychiques...

1. Nous complétons en effet les descriptions classiques telles que celle de MARCHAND et d'AJURIAGUERRA, par ce que nous ont appris les Neuro-chirurgiens (PENFIELD), ou les électroencéphalographistes (Ecoles de Harvard, Montréal, Marseille, etc...) des crises partielles qui sont, au fond, des crises restées à la phase d'aura.

2. O. MAGNUS, W. PENFIELD et H. JASPER. Mastication and Consciousness in epileptic Seizures, *Acta Psychiatrica Neur. Scandinavica*, 1952, 27, pp. 91 à 115, ont dans un remarquable travail mis en évidence la fréquence de l'association : automatisme, troubles de la conscience, adersion et troubles végétatifs, syndrome qui leur permet de mettre en cause les structures temporo-insulaires et parfois aussi frontales.

3. Les crises adversives ont été reproduites par PENFIELD, par des stimuli d'un territoire cortical situé en avant du sillon de Rolando, en arrière de la partie supérieure de la deuxième frontale, au-dessous des centres somato-moteurs du pouce, mais cette stimulation ne provoque pas la déviation de la tête et des yeux. Par contre, FOERSTER a provoqué la crise adverse complète en excitant plus intensément toutes les régions comprenant les « aires extrapyramidales », des régions frontale moyenne et supérieure, pariétale moyenne et supérieure, temporale moyenne et occipitale antérieure. De par ailleurs, il existe certainement des « centres thalamiques » (HESS), et amygdaliens (GASTAUT) de l'adversion.

hyperflexion en emprostotonos) ¹, atoniques ou cataplectiques ², etc.

II. *Les auras végétatives.*

Elles sont soit viscérales (palpitations cardiaques, sensation de coup de poignard dans le cœur, sensation de boule épigastrique ³, d'étranglement, épreintes, vomissements, « faim-ville », salivation, etc.) soit *vasomotrices* avec sécrétion sudorale, larmoiement, érection ⁴, pleurs ou larmes de sang, ces auras sont généralement vécues comme des malaises, des algies ou des impressions angoissantes.

Les neurochirurgiens et électroencéphalographistes font état des troubles du même ordre provoqués par la stimulation de l'Insula qui représente le « cœur » de la région périfalciforme mais ils admettent la participation dans le déroulement de ces crises de l'ensemble des structures temporo-hippocampo-hypothalamiques de telle sorte qu'on peut dire qu'il est bien difficile de localiser très exactement leur point de départ dans l'ensemble de ces dispositifs que MAC LEAN a appelé le « *cerveau viscéral* ».

III. *Les auras paresthésiques et asomatognosiques.*

Toutes sortes de sensations de picotement, de chatouillement, de fourmillement, de prurit, des impressions de mouillé, de chaud, de froid, de courant électrique peuvent marquer le début de la crise. Il s'agit souvent de sensations confuses, mais quelquefois elles sont éprouvées comme des phénomènes de sensibilité épicrotique très différenciée. C'est ainsi qu'une malade de MARCHAND avait la sensation, pendant quelques secondes, que son corps était couvert de fourmis. Ces phénomènes sensitifs très fréquents s'accompagnent parfois de crampes toniques ; ils peuvent débiter par l'extrémité d'un membre et s'étendre ensuite à sa racine. Mais l'aura peut aussi partir du sein, de la langue, du rectum, de la vessie, de l'intestin. On comprend dès lors que WEBER et JUNG divisent ces auras sensibles en impressions *entéroceptives* siégeant dans les viscères et se rapprochant par conséquent des auras végétatives (certaines auras notamment de la sphère génitale avec excitation sexuelle sont typiques de ce chevauchement) – sensations *proprioceptives* de la sensi-

1. Leur « centre » sous-cortical est généralement admis d'où leur nom de « tonic subcortical seizures ».

2. Elles présentent également des rapports avec les structures diencéphaliques.

3. Cette aura épigastrique fait partie de la fameuse séméiologie de l'épilepsie dite temporale. Ce phénomène ainsi que la plupart des phénomènes végétatifs de l'aura ont pu être obtenus expérimentalement par la stimulation du cortex périfalciforme et limbique mais aussi, ce que l'on ne saurait négliger, par les stimulations diencéphaliques et notamment de l'hypothalamus (HESS).

4. Dans la fameuse statistique portant sur 1030 formes d'aura, LENNOX (W.) et COBB (St.) *Arch. of Neuro.*, 1933, 30, p. 374, n'ont trouvé qu'une seule fois l'érection pendant l'aura. Les psychanalystes, comme nous le verrons, ont remarqué la rareté sinon l'absence d'activité dans la sphère génitale au cours des phénomènes comitiaux. Cependant BENTE (D.) et KLUGE (E.) ont rapporté (*Archiv. für Psychiatrie — Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1953, 190, 357) des états d'excitation sexuelle au cours des crises de l'uncus.

bilité musculaire sans mouvements musculaires – et enfin sensations *extéroceptives* proprement cutanées à type de paresthésies et d'anesthésies. Il y a lieu de signaler également les sensations douloureuses (sensations de brisement, de morsure) : un malade se plaignait d'une douleur très pénible « comme si on lui pressait le bras dans un moulin à moudre le café ». Un autre éprouvait la sensation d'arrachement d'un membre (MARCHAND). Ces auras paresthésiques et ces auras douloureuses sont exceptionnelles d'après MARCHAND, mais WEBER et JUNG en rapportent un certain nombre de cas ; ils ont noté une cinquantaine d'auras de la sensibilité sur environ 200 auras observées chez leurs 50 malades. Mais il y a lieu d'insister sur la fréquence des auras de la sensibilité profonde, de la sensibilité entéro- et proprioceptive, fréquence d'autant plus grande que l'on y ajoute souvent les auras végétatives.

Il faut compléter cette description des auras de la sensibilité par ce que ces dernières années on a décrit comme *troubles du schéma corporel ou de la somatognosie*¹. Rappelons quelques exemples cités par MARCHAND et AJURIAGUERRA. Ces auteurs les distribuent en quatre variétés :

1° ILLUSIONS DE TRANSFORMATION CORPORELLE,, illusions concernant le volume ou la densité du corps, illusions d'augmentation, d'allongement, de rapetissement. Une de leurs malades avait l'impression qu'elle redevenait toute petite comme si elle avait 8 ou 10 ans. Une épileptique de GOODHART avait la sensation que le mollet de sa jambe gauche enflait au point qu'elle craignait que sa chaussure n'éclatât.

2° ILLUSIONS DE DÉPLACEMENT CORPOREL : (Hallucinations motrices de FÉRÉ et paresthésies de la motilité de RADOLSKY). Il s'agit de sensations d'élévation, de lévitation, d'illusions de déplacement en hauteur, en cercle. Parfois l'épileptique a l'impression que ses membres prennent des positions extraordinaires, sont tendus, se fléchissent, s'élèvent, se dédoublent. GOWERS cite le cas d'un patient qui avait la sensation d'être roulé en boule avec les jambes liées autour du cou. WILSON, celui d'un autre qui ressentait que la moitié de sa tête restait fixe, alors que l'autre moitié se mettait à tourner et MARCHAND celui d'un malade qui avait l'impression que ses jambes étaient enroulées autour de ses épaules.

3° PHÉNOMÈNES D'ASOMATOGNOSIE dans lesquels le sujet a le sentiment qu'une partie de son corps est séparé de sa personnalité physique. Il s'agit là de phénomènes rares dont on peut donner comme exemple l'observation de GUTTMANN : blessé de guerre atteint à la région temporale droite et qui présentait une aura consistant dans l'impression que sa main gauche lui devenait étrangère ; ou encore celle d'un malade de MARCHAND et AJURIAGUERRA, également ancien blessé par projectile, qui, au cours de l'aura, éprouvait l'engourdissement de son bras gauche, ayant ensuite la sensation de perdre ce membre, de telle sorte que l'aura se produisant quand il bêchait son jardin, il continuait à

1. MARCHAND et AJURIAGUERRA, pp. 506 à 513.

bêcher avec son bras droit seulement, n'ayant plus conscience qu'il avait un bras gauche, même s'il le voyait.

4° PHÉNOMÈNES HÉAUTOSCOPIQUES¹. Les observations d'héautoscopie comitiale ne sont pas toujours très explicites sur le caractère d'aura de l'héautoscopie. Peut-être peut-on retenir l'observation² de NOUET (blessé de la région temporale droite). Il s'agissait d'une vision de la propre image du sujet, tantôt en pied, tantôt en buste, qui se présentait comme dans un rêve (il percevait d'ailleurs en même temps une odeur de salicylate de méthyle). MARCHAND et AJURIAGUERRA rapportent le cas d'un malade qui au cours de l'aura fermait les yeux et avait la sensation de voir son image en grandeur nature. Naturellement, ici, ces troubles se constituent sans ligne de démarcation très nette avec les hallucinations dont nous parlerons plus loin.

Les crises somato-sensitives dans leur aspect proprement sensoriel sont considérées généralement (GASTAUT) comme une décharge dans la région post-centrale d'un hémisphère, décharge qui se propage selon le fameux schéma de l'« homonculus » sensoriel bien connu³.

IV. Les auras sensorielles⁴

La pathologie des tumeurs cérébrales, des traumatismes crâniens et plus généralement les observations des neurochirurgiens depuis CUSHING, KENNEDY, FOERSTER jusqu'à PENFIELD, ont enrichi considérablement nos connaissances sur les auras sensorielles de certaines variétés d'épilepsie⁵.

Naturellement les catégories de ces phénomènes sont généralement fonction du

1. Tout le monde connaît le célèbre récit de Goliadkine dans le « Double » de Dostoïevski. Il semble difficile de considérer cette expérience héautoscopique comme une simple aura. Nous envisagerons plus loin les problèmes que posent ces phénomènes, s'ils restent très circonscrits, à propos de la phénoménologie de l'aura.

2. NOUET, Hallucinations spéculaires et traumatisme crânien. *Encéphale*, 1923, p. 327.

3. Ce schéma se trouve reproduit dans l'article de GASTAUT : Physio-pathogénie des Épilepsies, *Encyclopédie Med. Chirurgicale Neurologie*, 10-1951-17008 A 20, p. 2.

4. Avant de faire l'objet des études des neurochirurgiens elles ont toujours intéressé le clinicien. Cf. par exemple la thèse de F. MURAT, *Des auras et des équivalents épileptiques sensoriels*, Thèse, Paris, 1922.

5. Les ouvrages anciens ne sont pas moins riches de descriptions cliniques relativement à ces auras sensorielles. Voici par exemple quelques lignes du *Traité de l'Épilepsie* de DELASIAUVE qui illustrent combien importants sont les troubles dits sensoriels dans l'aura et combien ils se trouvent profondément intriqués aux troubles végétatifs. « Il y a des tintements d'oreille ; les idées s'embrouillent, la mémoire s'obscurcit, les yeux se voilent, se gonflent, sont éblouis par des étincelles, ou trompés par des images fantastiques, lumineuses, charmantes ou terribles. Le larmolement n'est pas rare. Des malades se plaignent d'odeurs fétides ; d'autres d'oppression et de constriction dans la poitrine. Évanouissements, syncopes, sueurs froides, borborygmes, coliques, vomissements, douleurs générales, démangeaisons, crampes, convulsions, contractures locales, rétractions testiculaires, tout ce cortège de symptômes appartient à la phase voisine de l'accès. De différents foyers d'émergence surgissent des impressions très diverses : ici, un chatouillement ou .../...

...Les ouvrages anciens ne sont pas moins riches de descriptions cliniques relativement à ces auras sensorielles...

type de sensorialité vécue dans ces auras hallucinatoires. Il faut bien dire en effet que la plupart des auras sensorielles répondent plus ou moins à la fameuse définition : « perception sans objet ». Mais il est évident aussi que la projection hallucinatoire peut y admettre des degrés différents allant depuis l'objectivation des images sous forme de représentations plus ou moins illusionnelles, jusqu'à la création de « Gestalten » très différenciées dotées de qualités esthétiques et spatiales qui se présentent donc, dans les diverses sphères sensorielles, sous des formes plus ou moins complexes, depuis des « sensations élémentaires » jusqu'à des scènes ou à des formes perceptives très riches.

1° AURAS VISUELLES. L'aura peut être vécue sous forme d'altération des qualités optiques des objets (dysmégalopsie, dysmorphie, métamorphopsie, scotomes, amblyopie, amaurose, etc.) tous troubles qui perturbent ou l'ensemble de la vision du champ perceptif ou la perception de certains aspects visuels du champ perceptif (mouvements, formes, couleurs, vision maculaire, vision périphérique, etc.). Dans une autre catégorie de phénomènes, d'ailleurs plus ou moins intriqués à ceux que nous venons d'indiquer, il s'agit de projections hallucinatoires plus ou moins nettes et quelquefois remarquablement nettes. C'est ainsi que MARCHAND, FORTINEAU et M^{lle} PETIT ¹ ont reproduit les dessins de personnages et de figures d'une malade qui se complaisait à dessiner ses visions au crayon dès que celles-ci apparaissaient (il s'agissait d'un cas d'interprétation d'ailleurs délicate d'une malade délirante et arriérée). MAGNAN rapporte l'observation d'un militaire traumatisé du crâne qui voyait au début de ses attaques les objets sautiller, les hommes et les arbres prendre des dimensions gigantesques ; il apercevait une trace de sang sur sa maison, ou encore deux yeux qui s'avançaient en grandissant. MARCHAND et AJURIAGUERRA notent (p. 26), en rappelant les observations de HAMMOND ² qu'il s'agit le plus souvent de visions colorées en rouge, très lumineuses et mobiles : visions de flammes, de traînées éclatantes, de globes de feu, de gerbes d'étincelles, de scintillements qui s'éteignent et se rallument, de points brillants qui se déplacent en tourbillons. Citons encore par exemple les observations de DE MARTEL et VINCENT ³ (tumeur temporo-occipitale : au cours d'une aura, la malade voyait deux femmes assises à une machine à coudre), celle de CHRISTOPHE et SCHMITE ¹ (au cours d'une aura le malade

...projections hallucinatoires...

.../...fourmillement ; en d'autres cas, la sensation confuse d'un vent frais qui envahit le corps de bas en haut, ou de douleurs affectant la même propagation. La région épigastrique est particulièrement sujette à ces émotions douloureuses qui, du lieu où elles se forment, gagnent le larynx, et y déterminent un pénible resserrement. Certains malades parlent seuls, marchent en arrière avec rapidité, s'écartent de leurs habitudes, accomplissent enfin des actions bizarres, dont ils n'ont qu'une conscience incertaine » (pp. 44-45).

1. MARCHAND, FORTINEAU et M^{lle} PETIT, Hallucinations visuelles projetées et dessinées ; symptômes pré et post-paroxystiques, *Ann. Médico-Psycho.*, 1936, 1, pp. 205 à 210.

2. HAMMOND, *Arch. of Medicine*, New York, août, 1880, p. 1.

3. Th. DE MARTEL et Cl. VINCENT, Les hallucinations visuelles dans les tumeurs temporales avec trois observations, *Revue Neurol.*, 1930, I, pp. 203 à 208.

assistait à une scène animée, 3 ou 4 hommes assez fous). Ces phénomènes sont observés soit dans les deux champs visuels à la fois, soit quelquefois dans le seul champ visuel contro-latéral par rapport à la décharge. C'est ainsi que Yv. ANDRÉ et TRELLES² ont publié le cas d'une malade qui avait dans le champ visuel gauche la vision d'une grosse femme tenant sa main levée sur sa fille jouant du tambour. ROGER, ALLIEZ et JOUVE³, DAVID et HECAEN⁴ ont observé des phénomènes semblables. Dans ce dernier cas, apparaissaient dans l'hémichamp aveugle des points colorés, des roues rouges ou vertes, remplacées par des images d'un passé récent : des personnages, des animaux connus. Ce malade continuait à percevoir le monde réel dans l'hémichamp conservé. Il restait persuadé de la fausseté de ses images et se répétait : « Je ne suis pas fou ».

Tous les auteurs sont d'accord pour insister généralement sur le caractère souvent « élémentaire », sur l'esthésie et sur la critique faite par le sujet de ses propres hallucinations. En général, et sur la foi des expériences d'excitation électrique de ces zones réalisées par FOERSTER, PENFIELD et GAGEL, URBAN, on rapporte au champ 17 ou OC de l'area striata le substratum anatomique des phénomènes élémentaires, à la région parastriée (champ 18 ou OB) et à la région péristriée (champ 19 ou OA) les formes plus complexes⁵. Mais il faut bien dire que le processus cérébral auquel correspondent ces hallucinations n'est pas toujours aussi géométriquement défini, et il semble que des structures plus vastes temporo-pariéto-occipitales participent à la constitution de ces auras sensorielles. D'après PENFIELD, la stimulation de la région striée donne avec une remarquable constance des hallucinations colorées et le plus souvent bilatérales, tandis que la stimulation para et péristriée donne des visions seulement contro-latérales achromatiques. WEBER et JUNG rapportent 52 auras optiques dont 9 consistaient en troubles visuels et scotomes, 9 en photopsies, 13 en visions colorées, 21 en visions figurées ou scéniques. Ils soulignent l'association fréquente de ces hallucinations visuelles avec les fameuses auras psychiques dont nous parlerons plus loin.

2° AURAS ACOUSTIQUES. D'après MARCHAND et AJURIAGUERRA, l'aura auditive ou acoustique se rencontre assez souvent. La sensation peut être brute et informe (bruit,

...caractère souvent « élémentaire » [des hallucinations], esthésie et critique faite par le sujet...

1. CHRISTOPHE et SCHMITE, Hallucinations visuelles au cours des tumeurs cérébrales, *Paris Médical*, décembre, 1931.

2. Y. ANDRÉ et O. TRELLES, Migraine ophtalmique avec hallucinose. Crises oculogyres, oculocéphalogyres et comitiales, *Ann. Médico-Psycho.*, 1933, II, pp. 691 à 694.

3. H. ROGER, J. ALLIEZ et A. JOUVE, Aura épileptique à type d'hallucination fantasmagorique dans le champ hémianopsique d'un malade atteint de tuberculome occipital, *Soc. d'Oto-neuro-ophtal. du Sud Est*, 29, XII, 1935.

4. M. DAVID et H. HECAEN, Épilepsie avec auras visuelles à type d'hallucinations hémianopsiques par blessure occipitale, *Ann. Médico-Psycho.*, 1945, II, 390 à 394.

5. ROBINSON (P. K.), et WATT (A. C.), à propos de deux cas, ont discuté la localisation des hallucinations des auras visuelles dans les aires 18 et 19 (Observation of rem. scenes as an epileptic aura, *Brain*, 1947, 70, pp. 440 à 448).

...les auras auditives verbales sont rares...

sifflement, son de cloche, roulement, chuchotement, son lointain, etc.). Souvent il s'agit de sons rythmiques. Quant aux auras auditives verbales, elles sont rares. On a rapporté quelques cas de voix différenciées ou d'air de musique ¹. Un malade de MARCHAND et AJURIAGUERRA avant de perdre connaissance entendait : « T'auras, t'auras pas la crise ! » Un autre observé par les mêmes auteurs éprouvait l'écho de sa pensée : il entendait prononcer à côté de lui ce qu'il pensait au moment même où il allait tomber. C'est un phénomène d'aura semblable et qu'on pourrait appeler d'écho différé, que présentait un malade de PÖTZL ² qui entendait avant la crise les propos qui avaient été tenus devant lui quelques heures auparavant ³. Rappelons encore la malade de MAGNAN ⁴ qui entendait avant la crise la voix de son père qu'elle avait perdu depuis longtemps, écho, pour ainsi dire, d'une autre forme d'inconscient... Ces hallucinations auditives sont entendues soit par une seule oreille, soit dans la totalité du champ acoustique.

Il faut joindre à ces phénomènes auditifs des auras labyrinthiques qu'on a appelé *auras vertigineuses* ou *étourdissements auras*, disent encore MARCHAND et AJURIAGUERRA. WEBER et JUNG rapportent 10 exemples de ces auras vestibulaires s'accompagnant parfois d'illusions de mouvements apparents des objets et, le plus souvent, de nystagmus, de vertiges et de sensations de déplacement du corps vers le bas, vers le haut ou dans un mouvement giratoire ⁵.

Les crises auditives paraissent en relation avec une décharge de la région supra-temporale (circonvolution de HESCHL) car, effectivement, la stimulation du conio-cortex récepteur et des aires acoustico-verbales secondaires provoque des acouphènes de caracté-

1. BIANCHINI : Aura canora épileptique et équivalents comitiaux, *Rev. Neurol.*, 1904, p. 970. KATCHKATSOFF : Un cas rare d'aura épileptique, *Rev. de Méd. Russe*, 1907, n° 3, p. 209. COURVILLE (C. B.), Auditory Hall, provoked by intracranial tumors, *Arch. of Neuro. and Psychol.*, 1928, XIX, pp. 558 à 564 (analysant 412 cas de tumeurs crâniennes dont 99 temporales, l'auteur n'a trouvé que 12 cas d'hallucinations auditives dont certaines auditivo-verbales se manifestant au cours d'auras).

2. PÖTZL (O.), Über zwei Fälle mit temporaler Aura, *J. Psych.*, 1933, pp. 50 à 78.

3. La projection de souvenirs et notamment de perceptions plus ou moins inconscientes dans la « gestaltisation » hallucinatoire nous a toujours paru être du plus haut intérêt. Il faut, en effet, rapprocher du fait d'écho différé, c'est-à-dire de la projection dans le champ actuel d'une forme précédemment vécue, le phénomène qui a été justement bien étudié par PÖTZL, et qui consiste dans la projection dans l'hallucination visuelle des perceptions inconscientes des images du tachystoscope (Réunion des psychiatres allemands, Vienne, septembre, 1927. Zur Frageder gerichteten optischen Halluzination), ou encore ces fameuses observations d'images hallucinatoires dans le champ hémianopsique influencées par des perceptions cette fois actuellement inconscientes. Tout se passe à ce point de vue comme si l'inconscient du perçu passé ou l'imperçu actuel avaient une tendance à passer dans la perception hallucinatoire. Cf. Henri Ey, Les problèmes neurophysiologiques de l'activité hallucinatoire, *Évol. Psych.* 1938 X, 2 pp.3-74.

4. MAGNAN, *Leçons Cliniques*, 2^e édition, 1893, pp. 6 à 12.

5. RISER, GÉRAUD et collab. (A propos de 14 cas d'épilepsie giratoire, *Revue Neuro.*, 1951, 11, pp. 245 à 253), indiquent que le seul fait constant en matière de localisation de ces crises giratoires est la localisation hémisphérique opposée au sens de la giration (« antihoraire » pour l'hémisphère droit et « horaire » pour l'hémisphère gauche).

tères unilatéral ou bilatéral ¹.

3° AURAS OLFACTO-GUSTATIVES. LA CRISE DE L'UNCUS. C'est un des plus grands mérites cliniques de Hughlings JACKSON d'avoir souligné l'importance considérable de « l'association d'hallucinations olfactives et gustatives avec un vécu paramnésique et onirique d'angoisse ou d'étrangeté, qu'il a rapporté à la souffrance de l'uncus, d'où le nom de « *uncinate fit* » qu'il a proposé pour désigner cette curieuse aura caractéristique des tumeurs du lobe temporal ². Depuis lors, de nombreuses et fort intéressantes études ont été consacrées à ce phénomène notamment par MYERS ³, par PICK ⁴, par KENNEDY ⁵, par CUSHING ⁶, par HORRAX ⁷, Kinnier WILSON ⁸.

Nous empruntons à l'étude de WILSON l'essentiel de la description de la *crise uncinée*. Cette crise est caractérisée par une *hallucination du goût et de l'odorat* qui précède, accompagne ou suit le « *dreamy state* ». Il s'agit de sensations souvent très intenses et bizarres (odeurs de peinture fraîche, gaz d'éclairage, œufs pourris, plus rarement, d'odeur agréable comme celle de la violette). K. WILSON distingue 4 types de ces crises :

...la crise uncinée...

1^{er} type : *impression de « déjà-vu »*. Voici un premier exemple : « Il me semble, dit le malade, me trouver au milieu de circonstances que j'ai déjà vécues. J'ai la sensation que certaines choses se passent exactement comme elles se sont déjà produites ou que des personnes se groupent comme elles l'ont déjà fait dans le passé. Mais je n'arrive jamais à identifier les circonstances ou les lieux passés à quoi correspond la situation présente. Je sais parfaitement où je suis actuellement, puis tout à coup m'arrive une sensation accablante comme si j'aspirais du gaz, il me monte par le nez, c'est une odeur âcre, désagréable. Je sens comme si je pensais ou disais « Ah ! mon Dieu, sauvez-moi ! » J'ai l'impression qu'un désastre va arriver. Ensuite je deviens inconscient... »

1. Rappelons à ce sujet que la faradisation de la partie supérieure de T1, réalisée par FOERSTER, a provoqué chez les malades des hallucinations de bruits de cloches, des sifflements, des bourdonnements, quelquefois des voix (un des sujets s'entendait appeler par son nom). L'excitation galvanique de T2, pratiquée par PENFIELD, a provoqué chez un patient un roulement de tambour. HOFF et SILBERMANN, en refroidissant au chlorure d'éthyle la première temporale, ont déclenché chez le sujet l'illusion que ses propres paroles avaient une tonalité étrange et le fameux phénomène de l'écho de la pensée.

2. H. JACKSON, *The Lancet*, 1^{er} février, 1873, — H. JACKSON, Remarks of systematic sensations in epilepsy, *British Med. Journal*, 1874, 1, p. 141, — H. JACKSON et BEVEOR, A case of epilepsy with olfactory aura from a tumor in the temporo-occipital globe, *British Med. Journal*, 23 février, 1888, p. 414, — JACKSON et COLMAN, Case of epilepsy with forcing movements and dreamy state very small patch of softening in the left uncinati gyrus, *Brain*, XXII, 1899, p. 534, — H. JACKSON, On a particular variety of epilepsy intellectual aura, *Brain*, XI, 1888, p. 279. [NdE : Ces textes figurent dans le premier volume *On epilepsy and epileptiform convulsions* du recueil *Selected Writings of John Hughlings Jackson* publié par James Taylor en 1931 chez Hodder and Stoughton London.]

3. MYERS (F. W. H.), *Proced. Soc. Psych. Research*, 1895, XI, 341.

4. PICK (A.), *Brain*, 1903, XXVI, 242.

5. KENNEDY (F.), The symptomatology of temporo-sphenoïdal tumors, *Arch. of Intern. Medicine*, 1911, p. 317. On trouvera dans la thèse de BARUK, *Troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales*, Paris, 1926, un très bon exposé de ce travail.

6. CUSHING, *Brain*, 1931, pp. 381 à 396.

7. HORRAX, *Arch. of Neuro., and Psych.*, 1923, pp. 532 à 547.

8. K. WILSON, *Modern problems of Neurology*, Londres, 1928, chap. IV, p. 51.

2^e type : *impression de « jamais vu »*, de « non réalité ». Il donne trois exemples. Le premier malade déclarait : « Un goût désagréable vient à la bouche tout à coup et tout semble changé. Ce n'est pas une odeur, c'est un goût de pourriture dégoûtante. Je ne peux la comparer à rien. Il ne dure que quelques secondes. Je me trouve souvent en train de faire des mouvements avec les lèvres et je mordrais si je n'avais pas recours à mon mouchoir. Tout me paraît changé. Les choses ne me paraissent plus familières. Elles paraissent étranges. Toute la boutique est étrange, non réelle... »

Un jeune garçon de 13 ans décrivait ainsi ses troubles : « Ça a le goût d'une médecine désagréable. Quand le goût vient, je rêve. Toutes les choses me semblent bizarres. Une fois, j'étais en train de parler à ma sœur quand tout à coup ce qu'il y avait dans la pièce changeait comme si je rêvais ». Enfin, une malade déclarait : « Je me sens bien portante et heureuse, tout d'un coup tout me semble étrange et différent autour de moi. J'étais par exemple à table, bavardant avec des gens et ils me semblaient irréels tout en me disant que je les connaissais. Je sens alors une sensation extraordinaire au nez : c'est une sensation brûlante et bouchée qui passe très vite. Ensuite il me semble que quelque chose de terrible va m'arriver. J'ai envie de pleurer ».

3^e type : la « *mémoire panoramique* ». WILSON en donne 4 exemples, mais deux seuls sont intéressants. Un homme décrivait ainsi ses auras : « Une odeur curieuse me vient subitement aux narines. Ça sent fort parfois l'éther pendant quelques secondes. Il me semble alors que je reviens dans mon enfance la plus tendre. De petits détails sans importance me reviennent. Quelquefois je me retrouve plusieurs années en arrière. C'est comme une vision des scènes passées. Je ne dors pas et pourtant il me semble que je rêve toutes les vieilles choses à nouveau ». Une autre malade, épileptique également, présentait des impressions de déjà-vu et on ne voit pas bien pourquoi WILSON la classe ici. Elle déclarait : « J'ai la sensation d'être quelqu'un d'autre que moi-même et de me trouver ailleurs qu'à l'endroit où je suis, il me semble que ce que je fais je l'ai déjà fait dans le passé. C'est comme si une partie de mon cerveau cédait et qu'un autre prêt sa place. A midi j'étais debout en train d'en parler avec ma mère et ma sœur, tout à coup quelque chose que venait de dire ma mère continuait à se répéter dans mon cerveau et je sentais que ce qu'elle disait, elle l'avait dit dans le passé. Tout était le même que cela avait été auparavant... J'avais peur, je me suis éloignée ». – Par contre, la malade de l'observation n° 8 accusait à l'égard de la mémoire panoramique des phénomènes intéressants : « Je passe dans un état curieux dans lequel je me souviens tout d'un coup, de toutes sortes de choses de mon enfance. Je me souviens de choses banales comme la balançoire, de jouets, d'autres fillettes ».

4^e type : *le type « abortif ou incomplet »*. En ce qui concerne les impressions de « déjà-vu » et de réminiscences K. WILSON fait remarquer qu'elles peuvent être soit des souvenirs réels de la vie vigile ou des rêves vécus, soit n'être qu'une illusion de la mémoire et il étudie très longuement la question des paramnésies dont tous ces faits sont des aspects fondamentaux. Il insiste également beaucoup sur le pouvoir hypermnésique et évocateur des odeurs ¹.

1. A ce sujet, il cite un passage du Journal de Henry BYCROFT : « Une petite plante que j'aime beaucoup pousse parfois dans les sables près de la côte. Pendant mon enfance je me suis souvent couché dans un tel endroit, sous un ciel brillant et, sans m'en apercevoir, je sentais la petite fleur rose qui frôlait mon visage. Maintenant, dès que je la sens, toutes ces heures me reviennent. Je vois la côte de Cumberland, la forme blafarde de l'île de Man et à l'intérieur, ces montagnes qui étaient pour nous les gardiennes de merveilleux séjours inconnus. ».../...

ÉPILEPSIE

Généralement on rencontre dans ces « *dreamy states* » des hallucinations visuelles comme dans les observations de CUSHING, de MARTEL et VINCENT que nous avons citées et celle de CHRISTOPHE et SCHMITE. Mais il peut y avoir aussi des hallucinations auditives. Donnons à cet égard, à titre d'exemple, cette observation de « *dreamy state* » de WILSON (cas n° II). Voici le récit que le malade en a fait :

...observation de « *dreamy state* » de WILSON...

« J'étais en train de jouer aux dames, j'ai senti et goûté une très forte odeur d'esprit de sel. J'avais des nausées, comme le mal de mer. Il me semblait que j'étouffais. La salle me paraissait remplie de cette odeur. Ensuite j'ai vomi et j'ai entendu des cloches à timbre aigu. Elles paraissaient être très haut. Je les ai entendues d'abord avec l'oreille droite. J'ai vu ensuite un de mes amis que j'ai connu il y a plusieurs années et je tenais avec lui une conversation comme je l'ai fait dans le passé ». Voici les observations de WILSON sur les conditions et les symptômes de la crise : Vomissements. Angoisse. Le malade tournait brusquement la tête à gauche et disait : « Qui est là ? C'est vous ? » Tremblement d'abord du bras et de la main droite, puis de la jambe droite, et enfin, du bras et de la jambe gauche. Le malade se tenait assis sur le bord du lit. La tête, les yeux et la partie supérieure du tronc tournaient lentement vers la gauche dans un spasme tonique intense. Ensuite survint un grand cri et après quelques contractions de la face s'est produite une grande crise convulsive.

Dans ce cas il y avait tout à la fois hallucinations visuelles et auditives. Une autre malade (n° 1 de KENNEDY) entendit un jour en s'habillant une cloche sonner et elle vit en même temps « une étrange vilaine femme » en haillons qui répandait une odeur nauséabonde.

Comme on le voit, la crise de l'uncus, si elle est axée sur l'hallucination olfactive ou gustative, présente autour de cette expérience sensorielle un vaste halo de troubles et notamment de forts et ineffables sentiments d'étrangeté et d'angoisse. Cette cristallisation ou ce développement de phénomènes psychologiques d'une grande richesse autour de la sensation olfactive pourrait être rapprochée du rôle de réactivation que HERRICK¹ avait dévolu à la partie olfactive du cortex. Rappelons aussi à ce sujet que des faits de ce genre ont permis à PENFIELD de penser que le lobe temporal est « *le siège de la mémoire* ». Tout se passe en effet comme si l'ébranlement de la sphère olfactive faisait se lever dans la conscience comme une nuée fantasmagorique de souvenirs et d'imagination qui constitue à proprement parler le *dreamy state*. Il semble en tous cas que le point de départ de la crise se situe dans une région plus ou moins étendue de l'archepallium, probablement au voisinage du crochet de l'hippocampe.

...la crise de l'uncus, présente[...] de forts et ineffables sentiments d'étrangeté et d'angoisse...

.../...Nous pourrions ajouter à cette remarque de K. WILSON que la littérature française possède le chef-d'œuvre même de la restitution du passé par une odeur. C'est celui de Marcel PROUST. La formule littéraire même de « La recherche du temps perdu » ne constitue-t-elle pas un vaste et prodigieux déploiement du passé à l'occasion de l'odeur et du goût de la fameuse madeleine trempée dans une tasse de thé...?

1. C. J. HERRICK, The functions of the olfactory parts of the cerebral cortex, *Proceed. of Nat. Acad. Science*, 1933, 19, pp. 7 à 14.

V. Auras psychiques.

...« Toute aura est psychique » (WILSON)...

Nous ne saurions aborder cette catégorie classique d'auras sans nous rappeler le mot de K. WILSON ¹ : « Toute aura est psychique ». Et effectivement toute aura correspondant à un vécu pathologique de la « sensibilité », de la « motilité » ou des « données sensorielles », le phénomène même de l'aura est inséparable de son « retentissement » dans la conscience ou mieux de son « vécu ». D'ailleurs, comme nous l'avons vu dans les exemples que nous venons de citer, l'aura ne se réduit point généralement à être seulement un phénomène moteur, sensoriel, etc., simple, elle est une certaine forme d'organisation structurale d'un champ sensorio-moteur qui s'accompagne déjà d'une modification de la conscience laquelle fera un peu plus loin l'objet de notre étude phénoménologique ². Ceci dit, et pour nous conformer à la description classique ³, nous devons indiquer que, avant que ne se développe la crise graduo-comitiale, et dès sa première phase, on observe une série « d'états », « d'impressions », de « sentiments », « d'émotions » qui, rebelles à une classification claire, sont ensuite réunis sous ce terme d'auras psychiques. C'est ainsi que nous devons rappeler ici les sentiments d'étrangeté, de déjà vu, de jamais vu, de dépersonnalisation qui constituent le fond idéo-affectif presque constant des auras en tant que l'aura est vécue effectivement comme un phénomène étrange, un « *souffle* » insolite. Parfois ces sentiments sont vécus sous forme d'une sorte d'ivresse euphorique, de kalopsie, qui donnent l'impression au sujet d'un monde subitement merveilleux.

...Sur ce fond d'angoisse, de joie ou de bizarrerie naissent [...] les auras idéatives ou intellectuelles et les auras mnésiques...

Sur ce fond d'angoisse, de joie ou de bizarrerie naissent ce que l'on a appelé les *auras idéatives ou intellectuelles* et les *auras mnésiques*.

Parmi les auras intellectuelles, on range généralement des phénomènes comme la suspension de la pensée, l'impression de vide cérébral et aussi des états de mentisme, d'idéation saugrenue ou d'idées parasites. Certains malades, avant de perdre connaissance, pensent « malgré eux » à des idées étranges, baroques ou absurdes : tel pense à une scène de lutteurs de foire, tel autre à la résurrection des morts. Parfois il s'agit d'une sorte de fuite vertigineuse des idées (pensées incoercibles, tachypsychie, dont PICK (cité par MARCHAND et AJURIAGUERRA), a rapporté plusieurs exemples et que

1. S. A. K. WILSON, *British Med. Journal*, 1926, 11.

2. Rien de plus caractéristique de cette difficulté de séparer les auras sensorielles, motrices, etc... des auras psychiques, que la place réservée par GASTAUT aux auras hallucinatoires qu'il range dans les auras psychiques. On ne voit pas très bien comment la même raison qui lui fait placer les hallucinations dans les auras psychiques, probablement « parce qu'elles sont psychiques », ne nous contraindrait pas à placer toutes les catégories d'auras dans cette variété. En réalité, comme il arrive si souvent chez les médecins qui sont d'assez mauvais logiciens, on fait ici du genre (auras psychiques) une espèce (variété psychique des auras).

3. Cf. par exemple MARCHAND et AJURIAGUERRA, pp. 27 à 31.

PICARD ¹ et BARUK ² ont particulièrement étudiée. Quant aux auras mnésiques, elles consistent en flux incoercibles de souvenirs, réalisant parfois le type de « *mémoire panoramique* ou de « reduplicative paramnésie ». Naturellement ces troubles de la mémoire sont souvent mentionnés comme des troubles du déroulement temporel de la vie psychique en raison des brusques plongements vers le passé, ou des soudaines émergences hypermnésiques ou même ecmnésiques qu'ils impliquent.

– Les auras ne se présentent pas toujours au début de toutes les crises chez un même malade. En ce qui concerne la proportion des variétés d'auras, GOWERS signalait chez 100 sujets, 17 auras unilatérales, 9 auras généralisées, 21 auras viscérales, 19 auras vertigineuses, 9 auras céphaliques, 9 auras psychiques et 23 auras sensorielles. WEBER et JUNG, dans leur matériel de 50 épileptiques présentant des auras et totalisant 272 auras, ont dénombré 8 auras motrices à type tonique, 25 auras motrices à type classique, 18 auras végétatives, 13 auras entéroceptives, 6 auras proprioceptives, 26 auras extéroceptives, 54 auras visuelles, 10 auras vestibulaires, 14 auras acoustiques, 98 auras psychiques (troubles de la conscience, troubles affectifs, impulsions, troubles de la pensée, troubles de la perception, troubles mnésiques. Nous avons rappelé plus haut la statistique de PENFIELD et KRISTIANSEN qui se rapproche beaucoup, nous semble-t-il, de ces proportions.

L'aura (appelée aussi « avertissement ») peut en effet quelquefois prévenir le malade de l'imminence de la crise et l'aider à s'en protéger ou même à en empêcher le déroulement complet. Certains malades arrivent à trouver des moyens, des « trucs » pour « couper » la crise. TISSIER avait signalé qu'un épileptique dont les crises comportaient une aura à type de « mauvaises idées » pouvait, en pensant à une autre idée, les éviter. RÉGIS rapporte aussi qu'un de ses malades pouvait enrayer l'attaque en se maintenant dans une immobilité absolue. FOERSTER a cité le cas d'une aura sensitive qui ne passait pas à la crise lorsque le sujet ligaturait l'extrémité du membre siège de l'aura ³. WEBER et JUNG ont noté également que certaines crises étaient inhibées par un acte intellectuel comme, par exemple, la récitation d'un verset ou d'une formule. Pour ce qui est de l'uniformité de l'aura, beaucoup d'auteurs paraissent avoir accepté l'idée d'une constance assez rigoureuse. GOWERS (1902) et BINSWANGER (1913) par exemple considèrent l'aura comme un phénomène relativement simple, systématique et constant. Cependant, si parmi les anciens auteurs, certains ont décrit l'aura comme un

...L'aura [...] peut quelquefois prévenir le malade de l'imminence de la crise et l'aider à s'en protéger...

1. PICARD, Tachypsychie comitiale, *Les actes automatiques de nature comitiale*, Thèse, Paris, 1927 (p. 36).

2. BARUK, Épilepsie et troubles de la pensée intérieure, *Ann. Médico-Psycho.*, 1933, 1, p. 32.

3. Ces exemples sont cités par MARCHAND et AJURIAGUERRA, p. 25.

phénomène dont la constance chez le même malade devait être soulignée ¹, DELASIAUVE, par exemple, admettait que l'apparition prodromique ne revêt pas toujours la même forme d'aura car, disait-il : « les phénomènes sont divers quant à l'intensité, à la forme et au point de départ ». Il demandait d'ailleurs, voici maintenant 100 ans (1854), que pour combler les lacunes de la science sur ce point, une étude systématique de ces phénomènes soit faite. En 1951, PENFIELD et KRISTIANSEN répondaient à cet appel, précédés de peu par LENNOX et COBB ², STAUDER ³, et WEBER et JUNG ⁴. Ces derniers auteurs notamment ont montré que le même malade présentait des auras de divers types. Mais il y a lieu de faire remarquer à ce sujet que le nombre considérable d'auras psychiques dans leur statistique atténue un peu la rigueur de leurs conclusions ⁵, car les auras psychiques constituent, nous l'avons vu, la toile de fond de la plupart des autres auras de telle sorte que la stéréotypie classique de l'aura gagne en constance ce qu'elle perd en spécificité.

Phénoménologie de l'aura.

Après avoir ainsi décrit les diverses variétés des auras, nous devons tenter de pénétrer dans leur *structure psychique*. Cela ne voudra pas dire d'ailleurs, bien entendu, que l'analyse psychologique du vécu de l'aura doive se substituer au phénomène physiopathologique dont l'aura dépend. Bien au contraire car, comme nous allons le voir, la pénétration phénoménologique de l'aura va nous permettre de préciser son caractère essentiellement focal.

Avant d'entreprendre nous-même cette analyse, nous allons exposer celle que nous devons d'une part à WEBER et JUNG (1940) et d'autre part à Pierre SCHMIDT (1950).

WEBER et JUNG ⁶, comme nous venons de le voir, ont étudié un matériel clinique de 50 malades de la clinique de K. BERINGER de Fribourg en Brisgau. Il s'agissait de malades qui ont été observés à la clinique et ultérieurement à l'asile.

1. C'est ainsi que dans le Dictionnaire DECHAMBRE, BURLUREAUX, dans son article sur l'épilepsie, écrit : « Un des caractères communs des auras, c'est d'offrir chez le même sujet une constance remarquable » (p. 126). Il se hâte d'ailleurs d'ajouter que les diverses auras différenciées pour les besoins de l'analyse s'associent diversement.

2. W. G. LENNOX et J. T. COBB, *Arch. of Neur.*, 1933, 30, p. 374.

3. K. H. STAUDER, *Arch. f. Psychiatrie*, 1935, pp. 104 à 181.

4. WEBER et JUNG, *loc. cit.*, 1940.

5. Si les auras psychiques sont considérées comme plus constantes c'est peut-être tout simplement parce que le caractère psychique de l'aura constitue un fond commun à toutes les auras. Quoi qu'il en soit, les auteurs anciens, et notamment LEGRAND DU SAULLE, indiquaient que les auras intellectuelles étaient remarquablement fixes : « Celui qui a été témoin une fois de ces auras intellectuelles les retrouvera toujours chez le même malade, à chaque accès ultérieur, car elles se reproduisent avec la plus invariable uniformité : mêmes souvenirs, mêmes idées, mêmes sensations fausses ».

6. WEBER (W. C.), et JUNG (R.), Ueber die epileptische Aura, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1940, 170, pp. 211 à 265.

...la pénétration phénoménologique de l'aura va nous permettre de préciser son caractère essentiellement focal...

Les auteurs précisent qu'il s'agit d'épilepsie idiopathique (genuine Épilepsie). Nous ne savons pas si ce diagnostic qui a été établi, semble-t-il, sans étude encéphalographique méthodique, est bien fondé. Sans doute les auteurs prennent-ils argument du fait qu'il existe aussi dans l'épilepsie idiopathique des formes d'aura paraissant manifester un foyer cortical épileptique, et soulignent-ils que justement dans ces formes d'épilepsie essentielle l'aura est inconstante et variable. Mais cette partie clinique et neurologique du travail n'est pas la plus intéressante. Puisque toute aura, selon le mot de WILSON, est psychique en tant qu'elle est *vécue* comme une modification de l'activité psychique ou une expérience corporelle, il y a lieu de soumettre ce phénomène à l'analyse phénoménologique dans le sens indiqué par JASPERS. Comprendre, c'est-à-dire pénétrer le sens de ce qu'on peut appeler le vécu de l'aura, permet certainement de saisir l'intentionnalité de ce phénomène. Mais il faut nécessairement compléter cette analyse compréhensive par une analyse formelle qui, précisément, limite les relations de compréhension dans la constitution même de l'aura. Enfin il sera nécessaire d'étudier les relations du phénomène de l'aura avec la personnalité du sujet et la vie psychique normale, et de comparer l'aura avec les psychoses épisodiques. Telles sont les quatre parties vives du travail des auteurs. En tentant une analyse compréhensive de l'aura, il ne s'agit pas naturellement ici de réduire l'aura à une causalité psychologique comme, par exemple, BINDER a tenté de le faire en 1926. Ce que l'on peut montrer dans certains cas, c'est la relation profonde entre le vécu de l'aura et la vie affective. Ainsi par exemple, une malade peut revivre dans l'aura une scène de viol (cas 21). L'actualisation des souvenirs, au cours de l'aura, est bien connue ainsi que nous l'avons vu plus haut et parfois, comme dans un cas de TROUSSEAU, l'aura reproduit la situation affective de la première crise. De telle sorte que le retour au passé n'apparaît pas toujours aussi fortuit, aussi neutre ou sans signification que les malades ou leurs observateurs le pensent. La situation affective actuelle entre également dans la constitution de l'aura et même la situation de l'imminence de la crise quand, par exemple, le malade entend dire : « tu vas avoir une crise ». Cette analyse compréhensive du contenu significatif de l'aura n'est pas poussée beaucoup plus loin, et s'il est fait vaguement allusion au symbolisme du vécu de l'aura, celui-ci n'est l'objet d'aucun essai d'interprétation ou de documentation.

...analyse compréhensive...

Par contre, l'analyse formelle des auteurs est beaucoup plus approfondie. Se référant aux divers aspects du vécu selon Kurt SCHNEIDER ¹, c'est-à-dire à ses modalités (*Arten*), sensations et perceptions, représentations et pensées, sentiments, pulsions et volonté, – à ses propriétés fondamentales (*Grundeigenschaften*), conscience de soi, conscience du temps, capacité de réactions, mémoire – et à son activité basale (*Hintergrund*), attention, conscience – les auteurs étudient alors les divers aspects psychiques de l'aura.

... et analyse formelle...
(WEBER et JUNG R.)

1° La Conscience et l'attention ².

Le syndrome axial (Achsen Syndrom) de l'aura épileptique est constitué par les troubles de la conscience (Bewusstsein) plus ou moins inséparables des troubles de l'at-

1. K. SCHNEIDER, *Pathopsychologie im Grundriss*, Berlin, 1931.

2. Dans ce chapitre, les auteurs tentent une analyse de la conscience à vrai dire un peu trop géométrique. Ceci se conçoit parfaitement puisqu'ils réduisent la conscience à n'être qu'une scène et ne voient dans la conscience que la faculté de représentation. Malgré l'ingéniosité de la métaphore qu'ils poussent très loin (scène, décors, régisseur, acteurs, éclairage, etc...), il n'en reste pas moins vrai que cette analyse de la conscience reste très en deçà de la totalité de l'acte de conscience, et si les auteurs pensent que la définition de JASPERS que « la conscience est la totalité de la vie psychique momentanée », est trop large, on peut dire que leur conception de la conscience est vraiment trop étroite...

tention, l'aura représente à cet égard une modification structurale de la scène de la conscience, telle que ce qui y est représenté perd son unité et ses relations avec l'ensemble du vécu. Il y a une dissociation de la conscience (Zerfall), et en même temps une sorte de concentration ou de rétrécissement dans la mesure même où l'attention, n'étant plus dirigée vers le monde extérieur et perdant son activité, se concentre sur des fragments de la représentation. Ce rétrécissement, cette concentration de la conscience donne au vécu une tonalité d'extraordinaire clarté qui peut aller jusqu'à l'illusion d'illumination merveilleuse comme dans la fameuse « Glücksaura » (aura de bonheur) décrite dans *l'Idiot* de DOSTOÏEWSKI.

2° Sensations et perceptions.

Se conformant à l'inspiration de JACKSON (tentative à plusieurs reprises répétée au cours du travail), les auteurs distinguent les phénomènes positifs constitués par les hallucinations et les phénomènes négatifs constitués par les troubles de la perception objective et différenciée. Malheureusement il manque à cette analyse structurale, pour être autre chose qu'une simple juxtaposition de symptômes, de pénétrer dans leur ordre de subordination. Quoi qu'il en soit, ils insistent sur le caractère de vivacité des hallucinations en faisant remarquer que le jugement de réalité, tout au moins dès que la crise est terminée, fait défaut, de telle sorte que les malades ne confondent pas leurs hallucinations avec leurs perceptions. Quant à ce qui se passe dans la conscience à cet égard pendant l'aura même, il semble bien qu'aucune sorte de jugement ne puisse s'instituer dans l'état de la conscience du sujet. Nous retrouverons plus loin ce problème. Notons simplement ici que, pour WEBER et JUNG, l'aura hallucinatoire est incapable de se constituer en perception complète, et, à plus forte raison, en événement. Par contre, les perceptions hallucinatoires de l'aura qu'elles soient élémentaires ou complexes, se donnent comme des anomalies, anomalies de présentation, d'esthésie et d'apparition dans le monde extérieur. À côté de ces hallucinations comportant une objectivation plus ou moins grande et généralement peu durable, les auteurs mettent en évidence les modifications formelles des actes perceptifs (mouvements apparents, macropsies, micropsies, modifications de l'intensité et de la clarté, confusion du donné perceptif et du souvenir, fusion des phénomènes illusionnels et des impressions de déjà vu, etc...).

3° Représentations et pensées.

Dans ce domaine, on peut dire que l'aura est caractérisée par l'incapacité d'accéder aux formes de pensée différenciée, dirigée et conceptuelle et par la prolifération du monde des images. Les auteurs rapportent une observation d'aura qui se produisait régulièrement le matin au lever (il s'agissait de myoclonies des extrémités avec sentiment de constriction thoracique), et régulièrement, le malade désirait rester au lit pour éviter les complications de la crise, mais il était obligé de penser qu'il devait aller à la fenêtre et les crises le surprenaient toujours ou à la fenêtre ou en train d'y aller. Cet exemple montre qu'à la pensée claire et rationnelle se substitue une idée incoercible et irrationnelle à laquelle le malade obéit. C'est précisément à cette incoercibilité que paraît s'attacher l'illusion subjective de clarté de la pensée, ce qui, précisément, manifeste le trouble fondamental de l'équilibre entre les « images » et la « pensée ».

4° Affectivité.

Dans l'ordre des sentiments et des valeurs affectives, on observe le même type de régression, et aux sentiments les plus différenciés, les plus élevés se substituent des impressions vitales très vives et massives. Naturellement, ici sont indiqués les caractères

...analyse formelle de la conscience dans l'aura...
(WEBER W.C. et JUNG R.)

ÉPILEPSIE

proprement « vitaux » de ces états d'euphorie ou de bonheur ineffable, ou aussi d'angoisse immotivée qui submerge la conscience.

5° *Sphère des tendances et de la volonté.*

Dans ce domaine, les auteurs mettent en évidence qu'en dehors de quelques pulsions de type instinctif ou très automatique le comportement est plutôt inhibé, au contraire de ce qui se passe dans les autres formes de paroxysmes comitiaux.

6° *Conscience de soi et qualité personnelle du vécu.*

La rupture d'unité du vécu se manifeste particulièrement dans la conscience de soi. C'est ainsi que le langage, les actes, la pensée se séparent, deviennent étrangers les uns aux autres et que l'activité même du moi devient une sorte de passivité donnant lieu au phénomène de dépersonnalisation. La conscience de soi en tant que continuité temporelle et délimitation à l'égard du monde des objets est manifestement conservée quoique celui-ci ne puisse pas être perçu. Il est remarquable que dans tous les cas rapportés les limites du sujet et de l'objet existaient toujours ; seulement, comme dans le cas 50, pendant l'aura il y avait comme une sorte de mise en garde de l'activité restante. On peut dire à cet égard que le vécu de l'aura ne naît pas du moi mais qu'il est psychologiquement étranger et impersonnel, en forme de « Ça ».

... le vécu de l'aura est en forme de « Ça »...

7° *La conscience du Temps.*

Il s'agit d'un état en quelque sorte intemporel et qui se résume à une simple actualité. (Les auteurs renvoient naturellement ici au « vécu » de l'expérimentation par la *mes-caline* ou le *hachisch* et nous pouvons y ajouter plus généralement le vécu confuso-onirique, bien que l'aura, comme nous y insisterons, tout en se constituant selon les lois du vécu onirique, présente une structure bien différente de l'expérience onirique totale).

De tous ces aspects de la vie psychique qui constituent la structure formelle de l'aura, il faut bien conclure, disent les auteurs, que pour si significatif ou pour si compréhensif jusqu'à un certain point que soit le phénomène de l'aura, celle-ci reste profondément « incompréhensible » au point de vue psychologique, tant en ce qui concerne ses conditions d'apparition et de présentation que les anomalies de contenu qui dépendent de ce que nous appellerions, pour notre propre compte, la déstructuration du champ de la conscience.

L'aura a aussi des relations avec les dispositions personnelles et les auteurs s'efforcent de montrer que les tendances eidétiques seraient nécessaires pour la constitution des auras : Ils rapportent notamment le cas de malades qui en dehors des auras paroxystiques avaient des hallucinations un peu du genre de celles qu'avaient décrit KANDINSKY ou HAGEN, c'est-à-dire qui, malgré leur vivacité, présentent seulement une apparence de réalité.

Mais le problème le plus important au point de vue des relations de l'aura et de la personnalité est représenté par celui de l'actualisation des souvenirs, c'est-à-dire de la projection dans l'actuel perçu des souvenirs anciens. Cela rappelle évidemment le problème du rêve ou du demi-sommeil chez le normal. Le contenu de l'aura ressemble jusqu'à un certain point à celui du rêve mais, malgré cette analogie, il existe des différences structurales formelles très importantes. Les auteurs citent d'ailleurs rapidement, comme appartenant plus à l'aura qu'au rêve : l'angoisse, la non-participation du moi, l'impression subjective de clarté, le sentiment d'étrangeté, etc... Ils insistent aussi sur le fait que dans l'aura le vécu est plus neutre et moins significatif que dans le rêve. Ils se demandent du reste si l'aura ne pourrait être comparée aux phénomènes hypnagogiques, mais leur opinion à ce sujet reste assez flottante (p. 250).

...malgré cette analogie [de l'aura avec le rêve], il existe des différences structurales formelles très importantes...

Comme on le voit, l'analyse de l'aura par WEBER et JUNG tend à rapprocher l'aura des états de trouble général de la conscience. Par là, malgré quelques notations très justes de leur analyse phénoménologique, notamment en ce qui concerne les relations du moi, du vécu et de l'aura, les auteurs tendent à enlever à l'aura ce qu'on pourrait appeler sa spécificité, cette forte gestalisation d'une partie du champ de la conscience, qui, comme nous le verrons, constitue à nos yeux la monstruosité phénoménologique de l'aura.

Dans ces conditions, nous allons les trouver fort embarrassés quand ils vont se heurter (pp. 251 à 256) à la difficulté de comparer l'aura et les autres psychoses à caractère épisodique. D'un point de vue purement extérieur, disent-ils, le vécu anormal de l'aura, « l'aura psychose », si cette expression est permise, se distingue des autres troubles psychotiques par sa très courte durée (p. 251). D'où l'analogie avec les crises oculogyres. Comparant ensuite la séméiologie de l'aura avec celle du délire onirique, la différence, disent-ils, semble résider peut-être dans le fait que les troubles hallucinatoires ne passent pas dans l'action comme dans le délire et que dans l'aura, les manifestations motrices ne font pas corps avec le vécu de l'aura, comme si celle-ci demeurerait plus contemplative et passive. Sans doute dans les psychoses toxiques (alcool, mescaline, hachisch, etc...) on observe de très grandes analogies avec la forme de vécu passif de l'aura ; mais peut-être la rapide transformation des contenus de conscience y est-elle moindre que dans l'aura. A l'égard des auras hystériques, se pose naturellement l'éternelle et artificielle discrimination entre les troubles de la conscience psychogènes et non psychogènes. Les quelques lignes qui sont consacrées à ce problème par WEBER et JUNG ne l'éclaircissent pas beaucoup. A l'égard des *psychoses schizophréniques* enfin avec troubles de la conscience, il y a lieu, disent les auteurs, de noter que la position du malade à l'égard de sa psychose est toute autre. Il est certain que l'épileptique présentant des paroxysmes garde vis-à-vis d'eux une bien plus grande distance que le schizophrène par rapport à ses troubles délirants ou hallucinatoires. A ce point de vue, disent-ils, l'épileptique réagit vis à vis de ses troubles comme un malade organique en face de sa maladie, plutôt que comme un schizophrène vis-à-vis du vécu délirant de la psychose qui altère sa personnalité. Enfin, les auteurs comparent (p. 254) l'aura et les autres états de perte de conscience épileptique aux états de suspension de la conscience (Ausnahmestände) qui ont été particulièrement étudiés par CHRISTOFFEL¹ et qui se distinguent naturellement de l'aura par leur caractère pour ainsi dire entièrement négatif.

Aussi, malgré leurs efforts et leurs intuitions souvent très justes, notamment lorsqu'ils insistent sur le caractère extra-personnel, automatique de la désannexion relativement à l'unité du moi (Uneinheitlichkeit), il semble que WEBER et JUNG ne parviennent pas, comme nous le disions plus haut, à concevoir et à exprimer clairement une séparation dont ils sentent pourtant la nécessité entre la réalité phénoménologique de l'aura et celle des psychoses. On peut dire, à ce point de vue, qu'ils n'ont pas poussé suffisamment la phénoménologie de l'aura pour sortir de la difficulté commune à tous les cliniciens : chaque clinicien en effet sent qu'une aura n'est pas une psychose, mais est non seulement incapable de dire pourquoi, mais encore de rendre compte clairement de ce qui sépare, dans sa propre expérience clinique, ces phénomènes.

1. CHRISTOFFEL (H.), Der Gedankendrang in epilept. Ausnahmeständen, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1920, 55, pp. 161 à 253.

...les troubles hallucinatoires ne passent pas dans l'action comme dans le délire [...] l'aura demeure plus contemplative et passive...

P. SCHMIDT dans sa thèse ¹ a étudié à son tour la psychologie de l'aura. Celle-ci constitue, dit-il, une perturbation psychologique extrêmement fine dont le caractère, à ses yeux, essentiel est *l'instantanéité*. La conscience est atteinte dans la totalité de son fonctionnement mais l'aura prend insertion non seulement au niveau de la vie représentative, mais encore plus profondément, au niveau que l'on peut appeler aperceptif ou encore pré-représentatif. Il y a lieu d'envisager les auras sous un double aspect, celui de la conscience représentative différenciée et celui des structures préexistantes à cette vie représentative. Cette perspective pourrait être utilisée comme une application de la distinction jacksonienne des troubles négatifs et positifs. Mais, tout comme WEBER et JUNG, l'auteur se borne à cette simple indication. Il étudie en effet surtout la formation de l'aura à partir des matériaux de la vie pré-représentative (résidus de perception, système mnésique, etc...) de telle sorte que la distinction annoncée ne figure ensuite nulle part dans ces analyses qui confondent pêle-mêle les aspects négatifs formels et les aspects subsistants de la vie psychique. Suivons-le dans le développement de sa description :

...Thèse de SCHMIDT
(1950)...

Les phénomènes sensoriels sont tous investis d'un sentiment d'étrangeté et d'angoisse. Les goûts et les odeurs ont quelque chose d'effrayant ou d'horrible. Les hallucinations auditives éclatent comme des bruits énormes, graves ou aigus. SCHMIDT insiste sur le fait que tous ces vécus hallucinatoires sont vécus avec un fort accent de subjectivité. « Des coulées de subjectivité viennent recouvrir le monde des représentations. Le moi et le monde sont vécus comme dans un état de fusion. » Les récits du Prince Muichkine, de Sophie Kowalewski illustrent cette extension de la subjectivité à tout l'univers spatial. Elle s'étend aussi à tout l'univers temporel, le malade ayant le sentiment de vivre un instant qui enveloppe toute durée possible. Enfin, toutes les perceptions s'imprègnent de subjectivité, et c'est à propos de ce qu'on pourrait appeler cette contre-objectivité ou cette anté-objectivité que l'auteur décrit toute une série de modifications de l'infrastructure de la perception (ambiguïté et métamorphose des formes, paradoxale immobilité des objets en mouvement, illusion du palais des miroirs, etc...) P. SCHMIDT tire d'un certain nombre d'exemples et de leur analyse cette conclusion que l'aura est spécifiquement vécue dans le champ pré-représentatif ou, si l'on veut, non-différencié. C'est à ce niveau que s'opéreraient les montages épileptiques comme ils se forment dans l'expérience vécue, au cours de nombreux états toxiques. Et il insiste, en terminant, sur le caractère d'instantanéité paroxystique qui donne au vécu de l'aura sa tonalité propre.

Comme on voit, l'analyse de SCHMIDT, tout en approfondissant certains aspects de la structure de l'aura, ne distingue pas non plus assez nettement ce qui fait le trouble caractéristique de l'aura relativement aux états de déstructuration générale de la conscience et il fait appel justement à un trouble général de la conscience pour expliquer l'aura comme d'autres font appel à un trouble général de la pensée pour expliquer l'aphasie...

*
* * *

– L'aura, avons-nous dit, ne nous est connue que par le récit que le malade nous en fait. L'observation directe et objective est en effet rare et ne permet que quelques

1. P. SCHMIDT, *Conscience et convulsions psychiques dans quelques états épileptiques*, Thèse, Paris, 1950.

constatations sommaires : mimique, comportement hallucinatoire, angoisse, rares expressions verbo-motrices. Or le récit d'une aura a quelque chose de stéréotypé : « J'ai éprouvé quelque chose d'insolite et je sentais mon esprit chavirer ». Ce « quelque chose », ce « souffle » étrange est toujours une sensation, une perception, un sentiment, un phénomène qui se déroule dans l'espace subjectif, car même quand « ces personnes qui sont autour d'une machine à coudre » sont « là », cet « être là » est une présence qui s'impose encore de l'intérieur de l'être sans s'inscrire dans le cadre temporo-spatial de la réalité objective. Tous les auteurs qui ont insisté sur la « subjectivité » du vécu de l'aura ou sur son « étrangeté » concordent sur ce point. Quelque chose se passe donc, quelque chose de foudroyant, sorti d'on ne sait où et qui est à la fois très fort et très « figuré », et parfois même merveilleusement détaillé, net et vif, mais quelque chose qui se présente et se déroule à l'intérieur du Moi somato-psychique, qui fait corps avec le corps tout en lui étant étrangement étranger. Que ce soit une vague d'angoisse, une douleur, une vision, une odeur, un murmure, une explosion de sons ou un jaillissement de couleurs plus ou moins figurés, ils ne se détachent pas de la subjectivité de l'expérience. L'aura est donc vécue comme une soudaine irruption d'un autre monde dans le monde familier. Selon que les auteurs sont plus ou moins sensibles à la figure ou au fond de l'aura ¹, ils prennent pour objet de leurs analyses soit le phénomène qui est au centre de l'aura soit le halo de « troubles de la conscience » qui l'entoure et sur lequel il se détache. C'est à un essai de structuration et par conséquent de subordination de ces troubles que nous devons maintenant nous appliquer.

...L'aura est donc vécue comme une soudaine irruption d'un autre monde dans le monde familier...

L'aura est, répétons-le, à la crise graduo-comitiale ce que l'hallucination hypnagogique est au sommeil-rêve. Le même phénomène s'observe d'ailleurs au début de l'ivresse mescalinique ou hachischique. Tout se passe comme si avant que ne s'opère la chute verticale de l'activité de la conscience, le processus de dissolution entamait telle ou telle partie du champ phénoménal. Pour bien saisir ce processus, nous devons pénétrer un peu plus dans la structure de la conscience. La conscience telle qu'elle se dévoile progressivement au travers de nos analyses de sa déstructuration, c'est *l'organisation du champ de l'actuellement vécu*. C'est en ce sens que nous définirons plus loin la conscience comme l'activité même de l'intégration à chaque moment du temps de l'ensemble de la vie de relation correspondant à une situation présente ou représentée. Mais cette forme de structuration du champ phénoménal dans l'organisation de son actualité suppose nécessairement un acte de synthèse opérationnelle des forces qui, à chaque instant aussi, tendent à échapper à l'activité d'intégration, de différenciation et d'unification intentionnelles de la conscience. De telle sorte que la pathologie de la conscience suppose deux versants. Tantôt c'est dans sa capacité de synthèse totale, tan-

1. Tout comme ils sont plus ou moins sensibles à la forme partielle ou globale de l'aphasie qui, elle aussi, est un trouble spécialisé sur un fond de trouble plus global.

tôt c'est dans la composition même des forces qu'elle contient que le trouble pathologique altère l'exercice et le régime de son activité. Si l'on accepte ce schéma général de la structure dynamique de la conscience et du champ phénoménal qu'elle constitue, la phénoménologie de l'aura peut alors être approfondie sans tomber dans l'excès de ne voir dans son vécu qu'un phénomène isolé et pour ainsi dire mécanique, ou de n'y voir qu'un effet de la déstructuration globale de la conscience.

Tout d'abord en effet l'atmosphère d'étrangeté et de rêve si constante dans la phénoménologie de l'aura dépend certainement de la déstructuration générale de la conscience telle que nous l'avons déjà rencontrée par exemple dans les expériences délirantes et hallucinatoires ou le délire onirique des psychoses aiguës ; mais cette déstructuration n'est ici qu'ébauchée et à l'état naissant et elle n'atteint pas ou n'atteint que peu la conscience en tant qu'elle est organisatrice de l'ordre temporo-spatial du champ phénoménal. Au cours de l'aura, le sujet est, dit-on encore, « conscient » et l'on exprime par là que sa conscience est encore assez intacte pour ne pas être devenue toute entière conscience délirante hallucinatoire ou onirique. De telle sorte que l'aura, tout en admettant ou exigeant même, une certaine hypotonie de la conscience, *contraste* précisément avec une sorte d'intégrité relative de son activité.

...la conscience de l'aura est encore assez intacte pour ne pas être devenue toute entière conscience délirante hallucinatoire ou onirique...

C'est donc « au-dessous » de cette activité globale de conscience que « se situe » le vécu spécifique de l'aura, ce « quelque chose » qui fait irruption dans le champ de la conscience et la polarise. Si nous parlons comme les malades de « quelque chose », de ce « ça » qui s'implante dans le monde subjectif, c'est parce que justement il est de l'essence du vécu de l'aura d'être comme quelque chose qui réellement ¹ entre dans quelqu'un et ne provient pas de lui. Et par là nous touchons à la nature la plus fondamentale de l'aura qui est d'être fabriquée ou préfabriquée avec les résidus et les déchets de l'activité de la conscience. Car dans l'aura, nous l'avons vu, se projettent les perceptions inconscientes ou les souvenirs du passé qui, même s'ils gardent nécessairement un lien avec la personne, constituent la couche inconsciente de cette conscience. Et il faut entendre par là la couche la plus inconsciente et la plus automatique, celle

1. Illusion « réaliste » et hypostase d'abstraction s'écriera-t-on en dénonçant à propos de ce « réellement » l'imposture et le scandale de ce processus en troisième personne entrant ici dans la vie psychique qui n'admet que l'activité même du sujet ! A quoi nous répondrons que dans l'échelle des réalités celle des objets, du corps, du « physique » est plus massive et justement moins spiritualisée que celle du moral et de la pensée, de telle sorte qu'il serait bien étonnant que le poids de cette réalité plus matérielle ne puisse entrer dans la conscience ne fut-ce que comme le pôle antagoniste de sa propre et active réalité. Si l'aura était comme le délire onirique un produit « purement imaginaire » du sujet, c'est-à-dire une réalité créée ou libérée par la seule métamorphose de la conscience déstructurée, elle ne serait pas vécue comme un phénomène anormal (puisqu'elle ne se détacherait pas de l'imaginaire devenu réel), mais elle serait vécue comme un événement délirant, c'est-à-dire qu'elle perdrait toute existence comme aura, c'est-à-dire comme *accident* conscient.

qui n'affecte avec l'affectivité inconsciente elle-même que des rapports d'infrastructure. De telle sorte que si l'aura ressemble au rêve c'est parce que, comme dans le rêve, le vécu de l'aura est fait de matériaux sous-jacents au niveau de la conscience mais il s'agit ici des matériaux les moins personnels du monde des images.

La structure propre de l'aura ne nous contraint pas seulement à aller chercher ses contenus au-dessous de l'imaginaire du rêve, elle nous oblige à considérer son vécu comme l'expression d'un type de déstructuration qui n'est pas seulement générale, mais qui est essentiellement focale. L'aura est un phénomène ectopique. De telles désintégrations nous sont familières en pathologie nerveuse puisque nous connaissons les hallucinations des hémianopsiques et plus généralement des syndromes de déstructuration des champs perceptifs ¹. Ces projections d'imaginaire dans un champ perceptif réalisent la forme la plus typique de ce qu'avec CLAUDE et en conformité avec un usage quasi traditionnel encore que peu explicite jusque-là, nous avons étudié sous le nom d'« *hallucinoses* ² ». Mais pour comprendre que le phénomène positif du vécu hallucinatoire dépend d'un trouble négatif focal, il faut bien saisir ce que représente un « sens », un « analyseur perceptif ». La perception (nous avons eu l'occasion de le noter dans notre Étude n° 23) sous son aspect le plus général est inséparable de la totalité même de l'activité de la conscience et de l'organisation de son champ phénoménal. Mais l'ordre général de la perception suppose nécessairement l'exercice de fonctions vitales spécifiques et distinctes que l'on appelle les cinq sens et qui ont leurs « appareils » propres. Chaque système anatomo-physiologique qui constitue un analyseur perceptif est un instrument capable de fournir à la perception ses données fondamentales. Or chacun de ses « appareils » a une structure bipolaire que l'on pourra désigner par l'opposition « récepteur-centre », « afférences-réponses », « sensation-image », etc., selon le point de vue auquel on se place. Tout se passe dans ces dispositifs dynamo-fonctionnels comme si la perception spécifique exigeait un équilibre constitutif des données sensibles immédiates fournies par eux à la conscience, entre les stimuli qui frappent les organes des sens et le flot des fantasmes virtuels qui s'y réfèrent. Que l'on parle ou que l'on ne parle pas d'engrammes, de centre d'images, d'emmagasinement de souvenirs, de mécanisme, de « réverbération », que l'on pense cette structure bipolaire en termes de psychologie sensationniste du style XIX^e siècle, en termes de cybernétique ou en termes phénoménologiques ou de « gestaltpsychologie », que l'on recoure à MULLER, à TAINE, à BERGSON, à PALAGYI ou à MERLEAU-PONTY, la nature des

1. Cf. notre travail: Problèmes physiopathologiques de l'activité hallucinatoire, *Évolution Psychiatrique*, 1938, II ; cf. aussi l'article de STEIN et de MAYER-GROSS dans le *Traité de BUMKE*, — la *Neurobiologie de l'hallucination* de MOURGUE, Éd. Lamartin, Bruxelles, 1932 — de MORSIER (G.), *VI^e congrès d'Oto-Neuro-Ophthalmologie*, juin 1938 : Rapport sur les hallucinations.

2. CLAUDE (H.) et Henri EY, *Hallucinoses et hallucinations*, *Encéphale*, 1932.

...le vécu de [l'aura] est l'expression d'un type de déstructuration qui n'est pas seulement générale, mais qui est essentiellement focale...

choses est là pour nous montrer que la psychophysiologie et la pathologie des analyseurs perceptifs supposent, dans l'acte vital de la perception d'un objet à travers un organe des sens, un déséquilibre entre les « données » des sens et les « représentations imaginaires » afférentes à ces sens. C'est en ce sens que l'on peut dire que l'illusion et l'hallucination font virtuellement partie de l'activité même des analyseurs perceptifs. C'est la rupture de cet équilibre au profit des images qui constitue l'essentiel de la projection « hallucinatoire » « sensorielle ». Mais l'hallucinoïse qui se constitue comme effet de cette déstructuration (centrale et même parfois périphérique) de l'activité des sens, est vécue avec des caractères propres. Esthésie des formes d'imaginaire prises dans le jeu même et la projection spatiale de l'activité sensorio-perceptive, – « gestaltisation » monstrueuse – contraste entre la sensorialité du vécu et son coefficient de réalité, tels sont les aspects les plus typiques de ces phénomènes hallucinosiques. C'est précisément ce type de vécu hallucinatoire que nous rencontrons dans l'aura, car on peut dire que toutes les auras nous renvoient plus ou moins directement à des phénomènes psycho-sensori-moteurs du type de l'hallucinoïse.

...les auras nous renvoient [...] à des phénomènes psycho-sensori-moteurs du type de l'hallucinoïse...

Mais de telles « figures », de telles « formes » éclatent dans une conscience déjà troublée, déjà complaisante à sa propre dissociation, de telle sorte qu'elles empruntent à la modification globale du vécu certains de leurs caractères phénoménologiques : perplexité, « croyance asséritive », étrangeté, etc. Cependant elles ne dépendent pas seulement de ce fond général, elles dépendent d'un trouble négatif focal.

La structure négative du noyau phénoménologique de l'aura dépend en effet des troubles mêmes de l'activité sensori-motrice intéressée par le processus épileptogène. C'est ce trouble de la gestaltisation du perçu qui imprime les éléments pathologiques formels d'insolite et de monstruosité aux formes des objets hallucinatoires (dimensions et caractères temporo-spatiaux anormaux, rythme, confusions et métamorphoses des formes). Or ces troubles intéressent dans ce cas, non pas, comme on le dit et on le répète trop souvent, l'ensemble de l'organisation de la conscience, mais seulement une de ces sphères instrumentales, détachée et érigée en foyer d'intérêt majeur.

Quant aux matériaux positifs qui entrent dans la constitution de ces formes hallucinatoires, nous l'avons vu, ils sont empruntés aux couches les moins personnelles, les plus communes à l'espèce, aux plus uniformes des pré-représentations, de ces « pré-formes » (Vorgestalten) dont la masse chaotique est toujours prête à envahir le champ de la conscience quand celle-ci commençant à s'endormir et que déjà une partie du cerveau s'endort, un processus d'hypersynchronisation neuronale rompt, dans tel ou tel analyseur perceptif, l'équilibre au profit des fantasmes virtuels de la perception.

Tel est, nous semble-t-il, le sens de l'aura, telle est sa structure phénoménologique.

C'est faute d'avoir une idée claire de la hiérarchie des fonctions qui se groupent dans l'activité synthétique de la conscience et qui « se télescopent » dans l'aura, que la plupart des analyses qui l'ont prise pour objet l'ont purement et simplement confondue avec la déstructuration générale de la conscience dont elle n'est comme l'hallucination hypnagogique, que la préface.¹ Nous comprenons alors que, tout en étant une forme de vécu irréductible à un phénomène simple, elle ait une valeur « localisatrice » du plus grand intérêt. Elle « avertit », au travers du sujet, l'observateur du siège du processus cérébral qui commence à se dérouler.

C.— ÉQUIVALENTS (CRISES INCOMPLÈTES.— AUTOMATISME PSYCHOMOTEUR — CRISES PSYCHOMOTRICES).

Depuis longtemps MOREL² et HERPIN³ ont rattaché aux paroxysmes comitiaux des « états de conscience », des « comportements » impulsifs et automatiques qui, à première vue, pouvaient passer pour n'affecter que des rapports lointains avec la crise convulsive. Celle-ci étant définie par les deux critères *d'inconscience* et *d'amnésie* consécutive, on a donc pris d'abord ces deux critères pour définir l'« *épilepsie larvée* », celle des « *accès comitiaux incomplets* », des phénomènes sensoriels idéatoires ou automatiques, du « petit mal intellectuel », des « absences » et des « vertiges », c'est-à-dire toutes ces manifestations inconscientes et amnésiques qui ont un début soudain, une durée assez brève et qui se rencontrent chez un épileptique comme « équivalents » de leurs crises convulsives. Mais on n'a pas tardé à se demander si tous les « équivalents » étaient bien inconscients et amnésiques et on a alors mis l'accent sur cette forme *d'épilepsie consciente et mnésique*⁴ qui se manifeste par des états de conscience ou des conduites qui, tout en témoignant d'un automatisme incoercible, se

1. Une autre erreur diamétralement opposée mais aussi communément commise consiste à considérer l'aura comme un phénomène élémentaire « extrapsychique », comme un phénomène qui n'affecterait avec la structuration du champ de la conscience d'autre rapport que celui du contenu à contenant : le contenant étant ici « parfaitement indemne ». Nous le répétons, la référence à l'état hypnagogique doit garantir contre cette erreur tout autant que contre celle qui consisterait à rattacher l'éclatement d'un son hallucinatoire dans le champ perceptif à un trouble général de la conscience. Peut-être les études d'électrographie pourront-elles apporter une confirmation à cette hypothèse d'une modification du champ de la conscience, d'une altération de la vigilance (ici vraiment au sens de HEAD) de certaines structures cérébrales. Cf. sur ce point le travail de G. C. LAIRY-BOUNES, J. GARCIA BADARACCO et M. B. DELL, *Épilepsie et troubles de la vigilance*, *Encéphale*, 1953, 170-192.

2. A. MOREL, D'une forme de délire, suite d'une excitation nerveuse se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie, *Gaz. hebd. méd. et Mr.*, 1860.

3. Th. HERPIN (de Genève), *Des accès incomplets d'épilepsie*, Paris, 1867, 1 vol., p. 207.

4. Certaines crises comitiales peuvent même laisser des souvenirs. Des accès convulsifs mnésiques ont été décrits depuis longtemps (FOVILLE, CLARK, etc...), MARCHAND et AJURIAGUERRA (pp. 192 à 198) citent de nombreux faits de ce genre. Le plus souvent les cas rapportés permettent de retrouver des souvenirs de la crise ou ont permis à des observateurs d'entrer en relation.../...

déroulent sans que la conscience soit complètement abolie, ni que les souvenirs de ces « crises » soient entièrement perdus.

Veut-on se faire une idée claire de ces crises incomplètes, de ces équivalents et plus généralement des « états d'automatisme psychomoteurs » comitiaux ? Il faut alors, d'une part, réviser les concepts naïfs de conscience, mémoire, volonté, etc. envisagés dans la perspective classique de la psychologie atomiste, et, d'autre part, situer exactement les phénomènes qui constituent ces « crises comitiales sans convulsions » dans le déroulement du *processus graduo-comital*.

Naturellement dans la perspective de la psychologie « atomiste » si l'on considère que la conscience est ou n'est pas, qu'elle n'est qu'une qualité extrinsèque « épiphénoménale » et contingente de la vie psychique, on peut classer les troubles du comportement en troubles avec ou sans conscience « purement et simplement ». De même pour la mémoire, qualité ou fonction considérée comme « associée » à la conscience, elle s'attache ou ne s'attache pas aux actes morbides qui peuvent être purement et simplement mnésiques ou amnésiques. De même la volonté, elle est ou elle n'est pas, si elle n'est pas, le comportement est purement et simplement automatique. De telle sorte que l'épilepsie peut se définir très clairement comme une crise inconsciente amnésique et automatique. Mais ni la conscience, ni la mémoire, ni la volonté ne sont des fonctions « pures et simples », elles constituent des aspects d'une activité qui a son dynamisme propre et comporte des degrés structuraux. De telle sorte que si la crise convulsive la plus typique, la plus simple et la plus évidente est amnésique, inconsciente et automatique, le malade épileptique peut présenter, outre ces crises « maxima », des crises où la déstructuration de la conscience, c'est-

... avec le malade pendant la crise. C'est pourquoi on dit que dans ce cas les accès d'épilepsie comportent une conservation de la conscience et ne comportent pas d'amnésie totale. Mais c'est surtout à propos des équivalents et notamment de certains phénomènes dits « d'absence mnésique » ou d'actes automatiques mnésiques que la plupart des auteurs ont approfondi l'étude de cette fameuse épilepsie consciente et mnésique. Dans tous ces cas, qu'il s'agisse par exemple de troubles de la parole, d'écriture ou d'actes automatiques ou semi-automatiques (automatisme ambulatoire, professionnel, habituel, etc.), les malades sont capables de décrire ces phénomènes auxquels ils ont « assisté » ou qu'ils ont « accomplis » pour ainsi dire malgré eux. Une troisième catégorie de faits constitue un contingent important de l'épilepsie dite consciente et mnésique, ce sont les états crépusculaires de la conscience que nous étudierons plus loin et dont par exemple les observations de DE CLÉRAMBAULT, 1909 à 1922, sont tout à fait typiques. Enfin, certains phénomènes sont par définition conscients et mnésiques, ce sont les fameuses obsessions impulsives que l'on peut observer à un certain degré de l'automatisme comital cf. MARCHAND et AJURIAGUERRA, pp. 210 à 214, l'article de GERALD GERMAN, *J. of ment. Sc.*, 1947, celui de E. MAJLUF, dans la *Revista di Neuropsiquiatria*, 1951, 14, pp. 415 à 426.

En France, ce problème a été surtout étudié par l'école bordelaise. DUCOSTÉ, dans sa thèse « *De l'épilepsie consciente et mnésique* » et en particulier d'un de ses équivalents psychiques, « *le suicide impulsif conscient* », Thèse, Bordeaux, 1899, dans celle de J. MAXWELL, « *L'amnésie et les troubles de conscience dans l'épilepsie* », Thèse, Bordeaux, 1903, de CURTON, « *L'épilepsie consciente et mnésique* », Thèse, Bordeaux, 1932-1933, de BRISSON (F.), *L'amnésie retardée épileptique*. Thèse de Paris, 1939.

à-dire de l'ensemble des activités perceptives, noétiques, volontaires, etc., pourra être moins profonde et n'être pas absolument inconsciente et amnésique.

Si l'aura nous est apparue comme le début du processus épileptique quand celui-ci (*crise graduo-comitiale*) se déroule selon un certain ordre d'extension et de progression et ne réalise point d'emblée une chute soudaine et totale de la conscience (*crise icto-comitiale*), si l'aura nous a donc paru pouvoir être définie par les caractères conscients et mnésiques tout en étant un phénomène comitial authentique, nous pouvons maintenant considérer qu'à un degré de plus dans son extension et sa progression, le processus comitial, sans atteindre le niveau de l'ictus convulsif et comateux, peut s'arrêter à « mi-chemin » pour constituer une *crise incomplète*, tout à la fois *abortive et équivalente* de la grande crise qui ne parvient pas à son terme. Dans une telle perspective nous comprenons clairement qu'entre les auras conscientes et mnésiques et les derniers degrés de l'inconscience de la crise, peuvent se produire ces crises incomplètes que l'on appelle précisément des « équivalents ».

Nous pouvons même ajouter qu'à ce niveau intermédiaire de la déstructuration comitiale de la conscience appartiennent deux grandes catégories d'équivalents : les *équivalents conscients et mnésiques* (qui rappellent la structure de l'aura) et les *équivalents inconscients et amnésiques*. Nous pouvons nous dispenser de rapporter ici tous ces cas d'équivalents conscients et mnésiques ou de crises incomplètes qui correspondent assez exactement à ce qui se passe dans l'aura ou plus exactement qui représentent une crise qui avorte dès la phase de l'aura. (Cependant de telles crises, si elles ont une structure qui équivaut à l'aura, sont souvent plus prolongées). Notre description des équivalents ferait en effet double emploi avec notre étude des auras ; aussi n'insisterons-nous pas spécialement sur ces formes qui sont pour ainsi dire conscientes et mnésiques au maximum.

Par contre nous insisterons sur *l'automatisme comitial*. En effet si les auteurs contemporains et spécialement les neuro-chirurgiens identifient généralement les crises incomplètes, les équivalents et les crises psychomotrices (rejoignant ainsi la vieille tradition de tous les épileptologues classiques qui faisaient, à propos de l'épilepsie larvée ou des équivalents, défiler toute la dégradation des automatismes comitiaux) c'est qu'effectivement les crises incomplètes ou équivalentes sont essentiellement « psychomotrices ». Nous pouvons comprendre pourquoi si nous nous situons dans le mouvement même de la déstructuration de la conscience qu'elles représentent. Au niveau le plus élevé, à celui qui correspond à celui de l'aura, l'automatisme psychologique est vécu par le sujet lui-même comme une expérience étrangement originale, et la crise qui passe par ce niveau passe nécessairement aussi par la « conscience » et la « mémoire » du sujet. A un niveau inférieur, au contraire, la conscience du patient, au moment où la crise se

...le processus comitial, [...] peut s'arrêter à « mi-chemin » pour constituer une crise incomplète, tout à la fois abortive et équivalente de la grande crise...

déroule, et, ultérieurement, sa mémoire gardent le secret du vécu de la crise, de telle sorte que celle-ci ne se constitue en phénomène que relativement à l'observation des tiers. C'est donc en traits de comportement, de mouvement, de conduites que cette crise s'inscrit dans les observations médicales et les ouvrages qui traitent de l'épilepsie. On comprend qu'à une époque où la psychologie aimait à isoler les fonctions et où la physio-pathologie aimait à les localiser, ces formes d'impulsion, de mouvements automatiques comitiaux aient été particulièrement étudiées.

I. *Le syndrome d'automatisme comitial des classiques.*

Nous allons d'abord rappeler quelques faits et exemples qui vont illustrer ces deux plans de l'automatisme psychomoteur, l'un conscient et mnésique équivalent à l'aura et l'autre inconscient et amnésique.

Une malade est en train de laver le carrelage de sa cuisine et elle continue à laver le même endroit, s'en rend compte, mais ne peut s'arrêter, ni modifier les gestes automatiques qu'elle accomplit. Une autre malade lâche les objets qu'elle tient et il lui arrive d'avoir la conscience de son trouble, tout en étant incapable d'appeler ; un jour elle tenait à la main un vase contenant de l'eau bouillante, elle avait conscience du relâchement de ses muscles, du danger qu'elle courait sans pouvoir s'y opposer : elle assistait à la scène comme étrangère. Un autre malade prend un taxi à Paris, se fait conduire à Versailles, puis fait arrêter le taxi et s'enfuit à 7 heures du soir ; le lendemain ayant dormi pendant plusieurs heures, il se souvient qu'il a pris le taxi et qu'il n'a pas payé le chauffeur et il envoie sa mère au commissariat pour « arranger l'affaire » (observations de MARCHAND). Une malade âgée de 27 ans, pendant les crises d'automatisme qui duraient deux heures, marchait, courait, parfois dansait et faisait des contorsions sans perdre connaissance et gardait le souvenir de tout ce qu'elle avait fait ¹. Les observations de ce type sont somme toute assez exceptionnelles et contrastent avec les récits que les malades font de leurs crises proprement sensorielles, hallucinatoires, cénesthésiques, etc... Il semble effectivement que, à ce niveau, la crise soit vécue sous forme plutôt représentative que kinétique. Ceci permet de comprendre qu'un des aspects les plus typiques de ce niveau d'automatisme est le phénomène dit de *l'obsession-impulsion épileptique*. Les malades se sentent envahis d'une force terrible contre laquelle ils luttent (tendances kleptomaniaques, exhibitionnistes, suicides, homicides, etc...). C'est ainsi qu'un malade de LEGRAND DU SAULLE ² demandait à être enchaîné pour résister à ses impulsions homicides terribles. Un autre malade observé par FALRET, se rendait

...un des aspects les plus typiques de ce niveau d'automatisme est le phénomène dit de l'obsession-impulsion épileptique...

1. CLAUDE et BAUDOIN, Délire ambulatoire automatique conscient chez les épileptiques. *Encéphale*, 1907, pp. 180 à 185.

2. LEGRAND DU SAULLE, *Étude médico-légale sur les épileptiques*, 1877.

au commissariat pour être mis hors d'état de tuer sa femme. Un épileptique ¹ pria la police de l'arrêter pour se soustraire à l'impulsion de mordre ses enfants. MARCHAND cite le cas (p. 213), rapporté par HODER, d'un sujet dont l'impulsion précédée d'une idée obsédante, consistait à salir les robes des femmes en y projetant du chocolat. Des cas d'arithmomanie impulsive ont été assez souvent rapportés ². Enfin l'automatisme comitial peut se présenter sous une forme directement impulsive : accès de colère, tendances agressives, etc., comme dans les observations publiées par MICHAUX et BOURGUIGNON ³, comme aussi, peut-être, dans la deuxième observation des deux exemples cliniques rapportés récemment par THIEBAULT, J. HELLE et F. ISCH ⁴.

Les actes automatiques inconscients et amnésiques par contre foisonnent dans tous les ouvrages consacrés à l'épilepsie ⁵. Ils sont particulièrement remarquables par la saugrenuité du comportement, la suspension pendant une durée très délimitée de l'activité vigile, par l'extraordinaire ignorance dans laquelle le sujet se trouve de son comportement et par son étonnement lorsqu'il s'en avise fortuitement ou en est instruit par son entourage. Un certain nombre de malades font à contre-temps et sans s'en apercevoir des actes familiers. Une jeune femme sert le thé, apporte les gâteaux, prend part au goûter, répond aux questions et est toute surprise ensuite d'avoir fait tout cela à son insu ⁶. Cette même malade recevait son charbonnier, le payait, puis, revenue à elle voulait le repayer, n'ayant eu aucune conscience de ce qu'elle avait déjà fait. Une blanchisseuse continuait de laver son linge et s'étonnait de trouver son travail fini, et quelque temps après elle exécutait à 5 h. 1/4 du soir ce qu'elle avait l'habitude d'exécuter à 5 h. 1/4 du matin : elle faisait son petit déjeuner, se préparait à partir au travail et la conscience lui revenant elle était toute surprise de voir tant de monde à une heure matinale. Un malade de JACKSON commandait son dîner, mangeait, réglait sa note, rentrait à son bureau, puis retournait au restaurant doutant qu'il y fût déjà allé. Il en était de même pour le malade B. de DROMARD et LEVASSORT ⁷, qui à peine sorti de table réclamait à manger ne se rappelant pas avoir déjeuné. Plusieurs observations analogues sont rapportées par PICARD (observations 10 et 12). Souvent il s'agit d'automatisme ambulatoire ⁸. Un ancien président du tribunal assistant à une séance scientifique, se leva subitement, sor-

1. L'observation a été rapportée par M^{lle} ROUBINOVITCH, *Obsessions et impulsions morbides. Ann. Med. Psych.* 1899, p. 266.

2. A. CULLERRE, Des épileptiques arithmomanes, *Ann. Médico-Psycho.*, 1890, 2, p. 25.

3. MICHAUX et BOURGUIGNON, *Ann. Médico-Psycho.*, 1949, 1, pp. 63 à 67.

4. THIEBAULT, J. HELLE et F. ISCH, *Cahiers de Psychiatrie de Strasbourg*, 1952, n° 1 pp. 25 à 31.

5. Nous avons déjà considéré des faits de ce genre dans notre Étude sur les impulsions, *Étude n° II*, T.II, pp. 171 à 192.

6. TOULOUSE, MARCHAND et LITWAK, *Bull. Soc. Méd. Ment.*, 18 février, 1924.

7. DROMARD et LEVASSORT, *L'amnésie*, Paris, 1907.

8. Cf. le chapitre sur l'automatisme ambulatoire de MARCHAND et AJURIAGUERRA, pp. 124 à 149.

tit sans chapeau et fut très étonné de se retrouver dans la rue (cas de TROUSSEAU). Un chauffeur de taxi ¹ en état d'automatisme a traversé Paris, du marché aux Fleurs à la place de la Madeleine, sans causer d'accident, mais sans suivre la direction normale. Enfin il arrive que la crise surprenne le malade pendant qu'il est occupé et son comportement est alors profondément altéré comme en témoigne le cas observé par MARCHAND et BAUER ² : il s'agissait d'un sculpteur sur bois à qui il arrivait assez souvent « sans s'en apercevoir » de se déchausser, de se déshabiller, de déchirer sa chemise, d'uriner dans un moule devant ses employés, etc... Accomplissant un travail de sculpteur sur un dossier de style Directoire pendant son état d'automatisme comitial, il compliqua son travail, entrelaçant les cannelures de petits culots Louis XVI ; une autre fois sur une bonnetière rustique de style provençal où il devait exécuter une simple gravure, il creusa des fonds à l'intérieur de cette gravure.

Entre ces deux extrêmes, on connaît tous ces cas d'épileptiques qui se retrouvent errant dans les rues ou à la campagne, ont parfois pris le train et ont été capables de conduites très différenciées durant leur fugue amnésique ³. Particulièrement impressionnants sont les *actes délinquants ou criminels* qui sont accomplis dans ces conditions. Citons-en simplement quelques exemples. Un jeune homme dont l'histoire est rapportée par LEGRAND DU SAULLE éprouvait à l'estomac une sensation particulière et toujours identique, puis il se trouvait plongé dans un état d'inconscience et il était tout surpris de se retrouver très loin de chez lui en chemin de fer ou en prison et ayant dans les poches des porte-monnaies, des porte-feuilles, des bijoux, des foulards, des canifs, des couteaux, des dentelles, des billets de banque, de l'or, du papier à cigarette, des sondes en gomme, un hochet, une médaille de sauvetage, deux tabatières, un sifflet, des clefs et des cure-dents, menus témoignages de ses larcins. Les *impulsions homicides*, les meurtres commis dans ces conditions sont très rares, en effet, le meurtre épileptique est beaucoup plus l'apanage des états crépusculaires dont nous parlerons plus loin que de ces paroxysmes psychomoteurs brefs ou relativement brefs. On cite généralement le cas observé par LASÈGUE : il s'agissait d'une femme qui jeta à l'eau un enfant dont elle avait la garde en attendant qu'il fût mis en nourrice – ou encore celui

... Particulièrement impressionnants sont les actes délinquants ou criminels...

1. E. TOULOUSE et R. DUPOUY, *Ann. Méd. Légale*, 20 avril, 1925.

2. MARCHAND et AJURIAGUERRA, pp. 120-121, avec un dessin qui illustre cet automatisme professionnel pendant la crise.

3. Certaines de ces fugues sont célèbres, notamment celle de HAMMOND, *Traité des maladies du système nerveux*, Trad. française 1879. Sorti de son bureau pour faire signer un papier il perd connaissance. A Brooklyn il acheta un journal, revint à New York, prit l'omnibus à Fulton-Ferry, le quitta au coin de la 3^e rue et de la 5^e Avenue et reprit ses sens. La plupart des cas observés par CHARCOT (Paris-Brest), par VOISIN (Aix-Paris) etc. étaient plutôt des états confusionnels ou crépusculaires de la conscience. Certaines de ces migrations paraissent incroyables comme le fameux cas de LEGRAND DU SAULLE du Havre à Bombay. Cf. à ce sujet PICARD, Thèse, Paris, 1927, pp. 43 à 46, et MARCHAND et AJURIAGUERRA, pp. 124 à 149.

de MESNET¹ qui raconte la triste histoire d'une épileptique qui tua son propre enfant : « je le tenais dans mes bras lorsque je voulus prendre un couteau pour entamer du pain ; à ce moment je fus pris d'un de mes accès et croyant couper une tranche, j'ouvris la gorge de mon enfant². Quant aux *suicides*³ les exemples en sont nombreux dans la littérature médicale. Un malade de MAGNAN se perça un jour la poitrine de trois coups de tire-point au cours d'un « vertige comitial » ; un autre jour, se promenant sur la place de la Bastille, entr'ouvrit sa chemise et se plongea un couteau dans la région du cœur; porté dans une pharmacie, il revint à lui et ne comprenait pas ce qui s'était passé. Il fit l'année suivante en public deux tentatives du même genre. MARCHAND et AJURIAGUERRA rapportent l'observation d'un malade de 34 ans qui fit trois tentatives par immersion ; une première fois il se jeta dans le canal Saint-Martin (il savait nager, il sortit seul de l'eau), une deuxième fois au pont de Sèvres et une troisième fois au viaduc d'Auteuil : « C'est une espèce de cafard qui me prend d'un seul coup et j'ai envie de me tuer. Je perds alors conscience et je pars. Il paraît que je marche très vite, quand je reviens à moi je me rends compte immédiatement que je viens de faire une tentative de suicide ». Les actes *d'agression sexuelle* ou *pyromaniaques* sont bien connus également comme aspect de l'automatisme comitial. Il n'est pas absolument exceptionnel, en effet, de voir de pareils actes se produire dans des conditions extraordinaires d'inconscience et d'amnésie.

Mais l'automatisme comitial peut prendre des aspects moins tragiques et même proprement comiques. C'est ce que JACKSON appelait des « *accès visibles* ». Certains malades, en effet, ont de véritables comportements de clowns ou de pitres. Certains, disent MARCHAND et AJURIAGUERRA, vont coucher dans le lit des autres, se déboutonnent, déchirent leurs vêtements. Le magistrat de TROUSSEAU par exemple, pendant une audience du tribunal, se levait de son siège pour uriner dans la salle. Une cuisinière observée par MAGNAN entassait dans son pot-au-feu des débris d'assiette, des épluchures de légumes, du savon, une vieille chaussure et les divers objets qui tombaient sous sa main. Par exemple, un épileptique cité par PICHON⁴ outre ses crises convulsives présentait des équivalents pendant lesquels il sautait sur son comptoir devant ses clients en proférant des paroles bizarres, ce qui l'avait fait surnommer : « le danseur ». DE CLÉRAMBAULT cite le cas d'un batelier flamand qui, au cours d'un accès, sortit de sa péniche, se rendit à un marché et empoigna deux oies plumées qu'il mit sur son dos en

1. MESNET, *Acad. de Méd.*, 1883, p. 1449.

2. Il semble remarquable que ces meurtres impulsifs soient peut-être moins inconscients et moins amnésiques que la plupart des autres actes automatiques. « L'explication » fournie par la mère nous paraît du même ordre que celle fournie par le fils qui tua sa mère et dont nous rapporterons plus loin l'observation, pp. 573 à 597.

3. L. MARCHAND et AJURIAGUERRA, *Du suicide chez les épileptiques*, pp. 258 à 274.

4. PICHON, *Les maladies de l'esprit*, Paris, Doin, 1888.

se mettant à courir. KRAFT EBING a observé une épileptique (à vrai dire imbécile) qui se mettait tout à coup à chanter, à faire des grimaces joyeuses en se tordant de rire, en marchant, en se dandinant, etc.. Un fonctionnaire observé par LEGRAND DU SAULLE présentait tous les 40 jours environ de la pâleur et du hoquet ; il se mettait à aboyer, prenant à terre une attitude grotesque, invariablement la même et en termes orduriers, menaçait de mort sa femme ¹. Une malade de PICARD (observation 7) entra dans la boutique d'un épicier inconnu, et se mit en demeure de servir les clients, mettait en sac des légumes, les pesant, indiquant les prix avec exactitude, puis finissant par céder aux objurgations de l'entourage ahuri, continua son chemin pour rentrer chez elle où elle revint enfin à elle ; les faits lui furent racontés par les voisins et elle retourna le lendemain sur les lieux pour s'excuser de son aberration.

*

* *

Devant une telle richesse et une telle complexité de ces actes automatiques, les cliniciens ont tenté de les présenter selon un certain ordre et ils se sont appliqués à en discerner la hiérarchie. PICARD, élève de MARCHAND à qui nous devons certainement l'étude la plus minutieuse des « *actes automatiques de nature comitiale* », après les avoir répartis en un certain nombre de catégories (actes inadaptés ou dangereux, actes instinctifs et quotidiens, fugues et automatismes complexes de l'équilibration – automatismes professionnels – automatismes de l'expression mimique – langage automatique – écriture automatique – actions délictueuses et criminelles) distingue : 1° des automatismes de persévération (l'acte automatique prolongeant l'exécution d'un acte en cours) ; – 2° des actes où prédominent l'autopersévération et l'écho des actes (cas où l'acte a une tendance à se répéter et à se dérouler dans le même cycle psychomoteur) ; – 3° des actes par régression (actes exprimant une régression instinctivo-affective) ; – 4° des actes, par transposition ou substitution des couches psychiques, anachroniques ou paradoxaux. – Mais il a surtout essayé de hiérarchiser l'automatisme comitial en décrivant trois degrés. Comme degré inférieur de cet automatisme, il décrit les actes parcellaires et désordonnés qui se juxtaposent dans une atmosphère de confusion. Au degré moyen, appartiennent les automatismes de répétitions, automatismes habituels ou professionnels qui donnent lieu à des conduites assez complexes mais saugrenues étant tout à la fois inadaptées et coordonnées. Enfin, au troisième degré il s'agit d'un véritable automatisme *eupraxique* c'est-à-dire de conduites paraissant bien

...Classification des
actes automatiques par
PICARD...

1. Cet exemple naturellement est en général rapproché de ce que M^{me} Charlotte-Elisabeth de BAVIÈRE écrivait à propos de RICHELIEU : « Il était sujet à de violents accès de manie ; il s'imaginait quelquefois être à cheval ; il sautait alors autour d'un billard, il donnait des coups de pied à ses domestiques en hennissant et faisait un bruit terrible pendant une heure. Après quoi, ses domestiques le mettaient au lit. A son réveil il ne se souvenait de rien ».

orientées, exigeant que soient surmontés des obstacles ou des difficultés, mais dont l'ensemble se déroule sans être entièrement intégré au moi.

COSSA et MARTIN ¹ font de l'automatisme psychomoteur une sorte de phénomène central et commun de toutes les formes d'épilepsie. Ils en distinguent également trois degrés : 1° l'automatisme élémentaire (succion, mâchonnement, déglutition, automatisme de préhension) ; 2° l'automatisme organisé caractérisé par l'apparence de finalité : actes de déshabillage, actes érotiques ; 3° les automatismes complexes, par exemple l'acte de monter dans un tramway.

Comme on le voit, toutes les descriptions classiques anciennes ou les études contemporaines qui s'en inspirent présentent l'ensemble de ces mouvements et de ces actes plus ou moins conscients et mnésiques comme un aspect très important de « l'épilepsie psychique ». Mais ces travaux s'appliquent à des faits extrêmement polymorphes qui se distribuent aux franges de la crise convulsive, au cours des états crépusculaires de la conscience, au cours du Petit Mal, des absences, de l'épilepsie larvée, etc... Sous leur aspect clinique ces descriptions minutieuses sont excellentes mais le paradoxe de tous ces travaux classiques est de nous fournir une clinique très riche et très nuancée de l'automatisme comitial sans pouvoir, faute d'une perspective suffisante sur la structure de la conscience, lui assigner sa place exacte dans l'épilepsie.

II. Les « crises psychomotrices » des auteurs anglo-saxons.

C'est dans une toute autre direction que l'automatisme comitial a été étudié par les pionniers américains de la Harvard School (F. A. GIBBS, E. L. GIBBS et W. G. LENNOX), de l'école de Montréal, (PENFIELD et JASPER) ou de l'école de Denis HILL ². A leurs yeux, en effet, il y a lieu de réunir toute une série de manifestations dites psycho-sen-

1. COSSA P. et MARTIN P., L'automatisme psychomoteur des épileptiques (*Rev. Neur.*, 1951). Si ce travail présente un intérêt ce n'est évidemment pas dans l'analyse de la classification de l'automatisme psychomoteur, mais plutôt dans l'hypothèse suggérée par les auteurs que l'activité psychomotrice surviendrait au moment où la dépression de l'activité mnésique succède à l'embrassement comitial. Les rapports de l'automatisme comitial avec l'état de sommeil sont particulièrement à noter dans ce travail tant au point de vue clinique qu'au point de vue électroencéphalographique.

2. GIBBS F. A., GIBBS E. L., et FUSTER, Psychomotor Epilepsy, *Arch. of Neurol. and Psych.*, 1948, 60, pp. 331 à 339.

W. PENFIELD et K. KRISTIANSEN, *Epileptic Seizure Patterns*, 1951. H. JASPER, B. PERTUISSET FLANGIN H., E.E.G. and cortical electrograms in patients with temporal lobe seizures, *Arch. Neurol. and Psych.*, 1951, pp. 272 à 290. On trouvera d'ailleurs une excellente bibliographie de tous ces travaux dans l'article très clair de Michelle B. DELL : L'épilepsie temporale, *Presse Médicale*, 1953, pp. 505 à 508.

D. HILL et G. PAAR, *Electroencephalography*, 1950.

D. HILL, Étude électroencéphalographique des T. C., *Marseille médical*, 1947, 5, pp. 215 à 231.

sorielles, psychomotrices et végétatives et de les considérer comme l'expression clinique d'un processus épileptique qui siège dans les structures essentiellement *temporales* ou tout au moins projettent des images électroencéphalographiques plus ou moins typiques dans la région temporale du scalp. Nous reviendrons un peu plus loin sur le problème de la localisation de ce type de crise. Pour le moment, il nous suffit de noter qu'aux yeux de ces auteurs comme chez nous, pour GASTAUT ¹, ou pour GUILLAUME et MAZARS ^{2, 3}, etc... la « *crise psychomotrice* » présente une unité électrographique et clinique. Cette désignation tend à grouper les aspects les plus caractéristiques de l'automatisme comitial comme un type de crise *équivalente* à la crise convulsive.

...la « crise psychomotrice » présente une unité électrographique et clinique...

Les descriptions de cette fameuse épilepsie psychomotrice est bien loin de valoir les descriptions classiques. Elles ont souvent quelque chose de fruste et ne sont guère approfondies. Trois aspects fondamentaux constituent ce syndrome. Tout d'abord cette forme de crise incomplète comprend, comme nous disions au début de ce paragraphe, toute une série de phénomènes *psycho-sensoriels* qui rappellent les auras, et notamment la fameuse *crise de l'uncus* de JACKSON. Deuxièmement, les *actes automatiques* sont décrits généralement par les neurochirurgiens neurologistes ou électroencéphalographistes comme des actes plus ou moins coordonnés, plus ou moins inconscients et qui vont depuis des mouvements très simples de frottement, grattage, balayage jusqu'à des actes plus complexes. Enfin, troisième aspect de cette triade : la *symptomatologie végétative* de type sensitif (sensations épigastriques et abdominales), ou à type moteur ou sécrétoire (salivation, déglutition, mâchonnement). GASTAUT ⁴ a noté qu'au cours de la crise on observe surtout des automatismes alimentaires, tandis qu'après la crise (à la période qu'Hughlings JACKSON désignait comme la phase des automatismes ainsi que le rappellent PENFIELD et KRISTIANSEN, p. 75) on observe surtout des automatismes gestuels et verbaux. Parfois ces crises par leur brièveté et leur soudaineté constituent ce qu'on a appelé la « *fausse absence temporale* ⁵ » avec troubles aphasiques, sentiments d'étrangeté, mâchonnement.

Comme on le voit, ce type de crise constitue le prototype même d'un équivalent. Elle peut comporter elle-même une aura, en rester à ce stade, se constituer en syndro-

1. H. GASTAUT et Y. GASTAUT, Corrélations E. E. G. et cliniques à propos de 100 cas d'épilepsie dite psychomotrice avec foyer sur la région temporale du scalp., *Rev. oto-neuro-ophthalm.*, 1951, 23, pp. 257 à 282. GASTAUT, Article « Épilepsie », *Encycl. med. chir. Neurol.*, folio 17.008, A10, A 20, A 30, A 40. J. ALLIEZ, Épilepsie psychique et lobe temporal. Peut-on envisager une pathologie rhinocéphalique, *Évol. Psych.*, 1952, pp. 21 à 40.

2. GUILLAUME (J.), MAZARS (G.) et MAZARS (Y.), *Revue Neuro.*

3. PAILLAS (J. E.) et SUBIRANA (A.), Rapport au *XV^e Congrès des Sociétés d'O. N. O.*, 1950.

4. PAILLAS, GASTAUT et TAMALET, Les fausses absences d'origine temporale. *Rev. Neuro.*, 81, 285.

5. GASTAUT et collab., *Rev. Neuro.*, 1952, 86, 678-682.

me d'automatisme plus ou moins typique, c'est-à-dire plus ou moins conscient et amnésique, et enfin, éventuellement, le déroulement de la crise graduo-comitiale peut aller plus loin, jusqu'à une crise convulsive généralisée. Voilà donc notre automatisme comitial, un peu trop flottant dans les descriptions classiques, fixé maintenant dans un cadre peut-être, à son tour, un peu trop rigide. Ce « cadre » est constitué par une double définition électrographique et anatomique de la crise psycho-motrice.

Du point de vue *électroencéphalographique*, d'après les premières descriptions de F. A. GIBBS et E. L. GIBBS, le complexe caractéristique de ce type psychomoteur est représenté par des bouffées d'ondes lentes rythmiques à 2-2,5 c/s¹. Ces anomalies apparaissent dès la phase précritique et la période d'état est caractérisée par un ralentissement et une régularisation de ces ondes lentes. La phase post-critique ne montre pas d'extinction corticale. Dans les tracés intercritiques l'E. E. G. peut être normal ou présenter des anomalies non spécifiques (rythme thêta) ou parfois des anomalies spécifiques localisées représentées par des pointes ou une figure typique pointe-onde lente. Depuis lors, on admet généralement que c'est le foyer de pointes, sharps waves, ou pointe-ondes, foyer qui existe à la période intercritique qui est caractéristique. C'est sa fréquente localisation au niveau de la pointe du lobe temporal qui, depuis les observations de 300 épileptiques « psychomoteurs » par les GIBBS et FUSTER (*loc. cit.* p. 558), a déclenché toutes les discussions sur l'épilepsie temporale. En effet, on n'a pas tardé à s'apercevoir que le foyer est parfois bitemporal, soit synchrone, soit asynchrone. Quant à la crise elle-même, elle est moins focale ou en tout cas plus bitemporale qu'on ne l'avait cru. Ce sont tous ces arguments qui alimentent les discussions sur ce point².

Mais sous ce problème électrographique se profile le véritable problème, celui de la *localisation anatomique* de ce type de crise. Il semble bien que dans certains cas l'anomalie électrique, recueillie au niveau de l'os temporal, manifeste une lésion des structures internes du lobe temporal. Par contre, lorsqu'il s'agit d'anomalies bilatérales synchrones et symétriques on comprend que le problème ne soit pas si simple et qu'il soit nécessaire d'admettre la participation de formations de base ou asymétriques, c'est-à-dire de revenir à la considération d'un dispositif central dont le rhinencéphale constituerait l'épanouissement cortical. Rappelons d'ailleurs que les expériences sur le complexe amygdalien effectuées notamment par GASTAUT reproduisent les mêmes

1. Cf. l'Atlas de GIBBS, t. I, p. 110, et dans le livre de ROGER, CORNIL et PAILLAS, les tracés des pp. 70 à 72.

2. Cf. spécialement H. GASTAUT et Y. GASTAUT. Corrélations E. E. G. et cliniques à propos de 100 cas d'épilepsie psychomotrice avec foyers sur la région temporale du scalp. *Rev. O. N. O.*, 1951. — Michelle DELL, L'épilepsie temporale, *Presse Médicale*, 1953, 61, 501-508. — G. C. LAIRY BOUNES, M. B. DELL et M. DAVID, Crises localisées et crises temporales, *R. N.*, 1953, 591-594, etc. On se rapportera pour toute cette question à l'excellent exposé de M. B. DELL dans *l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (sous presse). [NdE : Ici apparaît la première référence à un des textes du *Traité de psychiatrie clinique et thérapeutique* de l'Encyclopédie médico-chirurgicale dont Henri EY a dirigé la première édition et qui paraîtra en 1955

automatismes que les excitations électriques de l'hypothalamus réalisées par HESS il y a déjà quelques années. Il semble donc que le rôle que les GIBBS notamment ont voulu faire jouer au pôle antérieur du lobe temporal comme foyer central de la crise psychomotrice ne puisse guère être soutenu que pour certains phénomènes sensorimoteurs partiels et élémentaires.

Comme on le voit, le terme d'épilepsie temporale sous lequel a été un moment enveloppée la notion de « crise psychomotrice », ce terme a perdu presque toute signification. La critique serrée que M. B. DELL a adressée à cette notion ¹ mérite d'être attentivement méditée par tous. Mais on peut dire déjà qu'il résulte de tous ces travaux et de toutes ces découvertes qui, depuis une dizaine d'années, ont soulevé tant d'espoirs et de controverses, que si la notion d'épilepsie temporale au sens trop étroitement anatomique est caduque, par contre subsiste – comme l'héritage des études classiques sur l'épilepsie larvée et l'automatisme comitial – la notion d'un équivalent bien caractérisé et que l'on peut appeler la « *crise psychomotrice* ».

III. *Phénoménologie des « équivalents » psychosensoriels et psychomoteurs.*

Ainsi que nous l'avons déjà indiqué, une grande partie des équivalents pour autant qu'il s'agit de crises initiales ou incomplètes, conscientes et mnésiques ont la phénoménologie même de l'aura. C'est-à-dire que le « vécu » qui, sous forme d'idées, de perceptions, d'impressions ou d'images prend corps dans la conscience est caractérisé par la vivacité, l'étrangeté mais aussi par cette sorte de prise de distance et de passivité caractéristiques de la conscience hypnagogique. Beaucoup d'équivalents « se déroulent », ou « se présentent » ou « envahissent » la conscience comme des anomalies incoercibles, importunes et incongrues de la vie psychique. Cette structure « focale » de figures psychosensorielles et psychomotrices « se détache » d'une modification globale de la conscience, à la puissance de laquelle échappent certaines activités sensorimotrices, tandis que se substitue à son activité vigilante, un fond de distraction, d'intrusion et de relâchement.

Mais l'expérience vécue des « crises psychomotrices », dans la mesure même où celles-ci se distinguent de ces premières formes d'équivalents auxquelles nous venons de faire allusion, cette expérience propre (conduites automatiques, machinales et impulsives) reste pour nous, tout comme pour le sujet lui-même, quasi indéchiffrable (de même que la crise convulsive elle-même). L'épileptique n'en connaît lui-même rien et l'observateur pas grand chose puisqu'il en est réduit à décrire seulement les

...le « vécu » [...] est caractérisé par la vivacité, l'étrangeté mais aussi par cette sorte de prise de distance et de passivité ...

1. M. B. DELL, 1953, loc. cit., p. 560, et *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Psychiatrie)* (sous presse).

actes et les mouvements qui brusquement tranchent avec le comportement habituel et adapté. Cependant les souvenirs qui parfois lui survivent, l'intentionnalité qui se manifeste dans l'actualité des tendances instinctivo-affectives qu'elle met en jeu, la coordination et la répétition des actes relativement à une finalité centrale (fuite, agression, jeu, recherche de plaisirs érotiques, expression d'un sentiment inconscient, etc.), éclairent vaguement ce qui se passe dans cette crise, quand la conscience devient en tout ou en partie « automatique ». Il suffit d'observer d'ailleurs l'épileptique en état d'automatisme pour saisir sur son visage cet égarement que nous avons déjà noté chez le « confus » aux plus bas niveaux de la déstructuration de la conscience, pour qu'il soit permis de penser que c'est dans la même atmosphère opaque que se déroule incoerciblement avec toute sa violence et sa force de persévération opiniâtre ou de réitération machinale, l'automatisme. Mais quelque chose de la structure focale des troubles de la conscience de l'aura persiste ici même au sein d'une dégradation plus profonde de l'activité de la conscience. En effet il y a une « condensation » et comme un « isolement » du système idéo-affectif qui se décharge. Si l'action n'occupe pas le foyer pour ainsi dire « maculaire » de la conscience, elle n'en constitue pas moins un centre énergétique paracentral sur lequel se concentre toute l'actualité de l'activité psychique. Et tout se passe comme si la conscience avait perdu non seulement son pouvoir d'intégrer les activités sensori-motrices qui composent la diversité du moment présent mais aussi le pouvoir de se représenter la totalité de son champ phénoménal pour ne s'intéresser et ne se limiter qu'à l'instantanéité et à la simplicité d'un acte. Celui-ci l'absorbe tout entier et épuise jusqu'à l'extrême limite de sa répétition, de son déchaînement ou de sa construction toutes les ressources d'une activité qui gagne en violence systématique partielle ce qu'elle a perdu en totalité d'équilibre et d'ordre. Cette structure négative qui fait de la « conscience automatique » déjà une conscience crépusculaire ¹ et parfois confuse, mais aussi et surtout une conscience violente et qui engage la totalité de son activité dans une partie seulement de son champ d'action. Cette « partie » paradoxalement « gestaltisée », cette figure prévalente, cet acte de se frotter les mains, de se ruer dans l'escalier, de danser, de « faire le chien » ou le pitre, de se dénuder ou de mettre le feu, ne se constitue pas selon les lois du hasard, elle est animée par l'intentionnalité même de la conscience pour autant que celle-ci ne cesse jamais d'être orientée par ses intérêts vitaux, constants ou momentanés, immédiats ou différés. Et c'est dans la multiplicité même de ses velléités que se découpe et s'investit le besoin effréné d'agir, de faire, de marcher, d'exécuter, c'est-à-dire de porter, jusqu'à l'acte persévéramment, inlassablement ou violemment exécuté, la puissance de son désir.

1. Ces crises sont précisément minutieusement décrites comme « *attaques crépusculaires* » (Dämmerattacken) par R. W. MEYER-MICKELEST, *Nervenarzt*, 1953, 331 à 346.

...Il suffit d'observer d'ailleurs l'épileptique en état d'automatisme pour saisir sur son visage cet égarement...

...tout se passe comme si la conscience avait perdu [...] le pouvoir de se représenter la totalité de son champ phénoménal pour ne s'intéresser et ne se limiter qu'à l'instantanéité et à la simplicité d'un acte...

C'est en ce sens que GASTAUT ¹ par exemple dit que le mécanisme de l'automatisme de beaucoup le plus fréquent est précisément cette sorte de sélection anarchique que la conscience confuse opère « entre les données de ses perceptions actuelles et ses souvenirs, ses craintes, ses désirs ». D'où il résulte, ajoute-t-il, un « véritable bouleversement dans la hiérarchie des données effectrices sélectionnées, pour fonder le comportement ». Quant aux mouvements, gestes et automatismes qui paraissent « représentés » dans un ou plusieurs centres cérébraux tels la salivation, la déglutition, la mastication, la déviation conjuguée de la tête et des yeux, etc. il est clair qu'ils ne peuvent pas être rapportés à une intentionnalité de la conscience mais qu'ils représentent les scories marginales, les phénomènes proprement « objectifs » du processus cérébral vécu par la *conscience automatique* comme un engrenage de mouvements d'autant plus irrésistibles et irrévocables qu'occupant seuls le champ du possible, ils s'y présentent et entraînent *ipso facto* les conduites selon les lois d'un inéluctable automatisme associatif.

Ainsi ce qui distingue la phénoménologie de la crise psychomotrice de la phénoménologie de l'aura, c'est que la déstructuration partielle de la conscience ici ne l'hypnotise pas seulement sur un vécu passif mais l'engage dans une activité fatalement vécue. Si l'aura est comme une hallucination hypnagogique, la crise psychomotrice est un acte de « *somnambulisme* ».

...Si l'aura est comme une hallucination hypnagogique, la crise psychomotrice est [comme] un acte de « *somnambulisme* »...

On a très souvent remarqué d'ailleurs les profondes relations de l'activité automatique comitiale avec les phases de sommeil-rêve. C'est ainsi que la plupart des auteurs signalent les parentés électrographiques et cliniques entre les phénomènes de l'endormissement et du sommeil et l'équivalent psychomoteur ². DELMAS-MARSALET ³ étudiant les relations de certaines crises d'épilepsie avec l'état hypnique a noté que souvent les crises surviennent à l'endormissement et au réveil, qu'au cours de la journée il y a de brefs épisodes oniroïdes, et enfin qu'il s'y associe souvent des crises de narcolepsie et de cataplexie (épilepsie morphéique). Revenant sur ce type comitial PASSOUANT, LATOUR et CADILLAC ⁴ ont réuni un groupe de 50 cas où ils ont pu montrer que les traits caractéristiques de ce syndrome sont le *somnambulisme* et les troubles psychosensoriels « évoquant l'épilepsie temporale ». Quelle que soit l'interprétation anatomo-électrographique de ces auteurs, un fait demeure, c'est celui d'une profonde communication entre les manifestations de type « psychomoteur » ou « temporal » et la pathologie du sommeil-rêve. Parfois d'ailleurs l'hypnose permet de péné-

1. GASTAUT, *Encyclopédie Med. Chir.*, Neurologie. Folio 17.008, A 20, p. 3 (paragraphe : les crises automatiques).

2. COSSA P., *loc. cit.*, p. 558.

3. DELMAS-MARSALET, P. L'épilepsie de structure morphéique, *Ann. Médico-Psycho.*, 1946, 11, p. 1946.

4. P. PASSOUANT, H. LATOUR et J. CADILLAC, L'épilepsie morphéique, *Ann. Médico-Psycho.*, 1951, 11, pp. 516 à 520.

trer dans la structure de la crise psychomotrice et de défouler ses souvenirs ¹. De même les relations du vécu de la crise et des rêves peuvent être mises en évidence. Examinant un jour un épileptique qui avait commis un crime (meurtre sur la personne de son oncle) et présentant des « équivalents » de type psychomoteurs, il nous racontait qu'il avait fait un rêve terrible et qu'il devait avoir eu une crise la nuit précédente. Et effectivement pendant qu'il nous racontait son rêve, il présenta une crise psychomotrice au cours de laquelle il paraissait se référer au rêve revécu.

Ainsi tout concourt à nous faire rapprocher la crise psychomotrice de l'automatisme par lequel se manifeste et est vécu, jusqu'à la suprême actualisation de ses images, le rêve. Mais répétons-le ici, il s'agit d'un rêve qui contrairement à ce qui se passe dans l'état crépusculaire de la conscience oniroïde ou du délire onirique, ne se constitue pas par l'effet de la dégradation globale et uniforme de la conscience tout entière imagée ; mais il s'agit d'un rêve fragmentaire qui perd en qualité d'événement spectaculaire au regard de la conscience pour gagner en réalisation plastique dans l'ordre de l'action immédiate, foudroyante et « machinalement » réitérée. C'est dans une conscience encore capable de se regarder elle-même mais de ne saisir qu'un morceau d'elle-même, que jaillit la crise psychomotrice avec ses automatismes.

Les crises psychomotrices sont donc « prises » comme l'aura dans une forme de déstructuration de la conscience qui n'est pas du même type que celles qui font l'objet dans ce volume de nos analyses des « Psychoses aiguës ». Il s'agit de vécus et de conduites qui expriment la désintégration partielle du champ phénoménal de la conscience et à ce titre elles appartiennent par leur essence même à la pathologie « neurologique » pour autant que celle-ci a pour objet spécifique ce type de *désintégration focale* ².

P. SCHMIDT semble avoir eu en vue spécialement cette structure parcellaire de la conscience réduite, comme il le dit, à l'instantané et à l'immédiat et par là même

1. Sans doute ici touchons-nous au point où la *crise psychomotrice* confine à la « *crise hystérique* », et nous pensons avec beaucoup d'auteurs que sur ce point les « crises », les états seconds d'automatisme comitial et d'automatisme hystérique sont dans bien des cas impossibles à distinguer « de facto » sinon « de jure »... cf. d'ailleurs sur le problème de l'hystérie-épilepsie le chapitre de MARCHAND et AJURIAGUERRA, pp. 398 à 420.

Malgré la position irréductible de MARCHAND qui distingue radicalement hystérie et épilepsie, les faits connus sous le nom d'épilepsie affective, les profondes analogies des états crépusculaires hystériques et épileptiques, la structure dynamique des amnésies comitiales et des amnésies hystériques, leur sensibilité à l'hypnose ou aux investigations du narco-diagnostic etc., constituent autant de faits que l'on ne peut supprimer, fût-ce par amour de la tradition, d'un trait de plume. En ce qui concerne l'hypnose comme moyen de diagnostic entre épilepsie et hystérie, D. B. PETERSON, J. W. SUMMER et G. A. SONES (Role of hypnosis in différenciation of epileptic from convulsive seizures, *Amer. J. of Psych.*, 1950, 107, pp. 428 à 433), concluent qu'elle représente un moyen de diagnostic assez sûr entre l'épilepsie essentielle et les crises « psychogénétiques ».

2. Cf. notre travail : Système nerveux et troubles nerveux, *Évolution Psychiatrique*, 1947.

...Les crises psychomotrices sont donc « prises » comme l'aura dans une forme de déstructuration de la conscience qui n'est pas du même type que celles qui font l'objet dans ce volume de nos analyses des « Psychoses aiguës »...

condamnée à se concentrer sur un point du champ phénoménal sans que celui-ci soit profondément bouleversé dans sa totalité. Il persiste en effet, dit-il, une « attention marginale » qui marque au fond la résistance de la conscience à l'égard des coulées de rêve (et des mouvements qui les reprennent) qu'elle « contient ».

L'ombre de la « *dissolution uniforme* » qui déjà se perçoit dans ces accidents paroxystiques et constitue plutôt leur horizon que leur structure propre, cette ombre nous allons maintenant la saisir comme l'essence phénoménologique même des « *psychoses aiguës comitiales* » pour autant précisément que celles-ci surviennent chez les épileptiques comme des complications d'ailleurs assez fréquentes de leurs troubles et comme la manifestation d'une déstructuration plus globale de la conscience qui, en se décomposant, transforme la totalité de son monde (comme nous l'avons tant de fois noté au cours de ces « Études ») de telle sorte qu'elle se prend aux exigences de sa propre subjectivité, aux formes de son imaginaire, par le seul effet de sa décomposition.

§ II. – *PSYCHOSES AIGUËS COMITIALES*

Naturellement tous les paroxysmes dont nous venons de parler dans la mesure où ils portent atteinte à la vie psychique pourraient être considérés comme des « psychoses comitiales ». Nous avons vu que c'est ce point de vue qui a été adopté par exemple par WEBER et JUNG quand ils parlent d'« Aurapsychose ». A propos des « crises psychomotrices » nous avons indiqué que nous retrouvions dans leur évolution et leur dégradation l'ordre de décomposition que suit la déstructuration de la conscience qui constitue l'axe même du plan de cet ouvrage. Mais, à vrai dire, ces « accidents », ces « attaques », ces « crises », ces « paroxysmes » en un mot, constituent des expériences hallucinatoires et psychomotrices, comme nous venons de le voir, auxquelles leur brièveté, leur soudaineté et leur violence mais aussi la spécificité de leur vécu confèrent une phénoménologie naturellement insolite, celle d'un *accident qui se situe pour ainsi dire à la périphérie du Moi*.

Il en est tout autrement des « psychoses aiguës » des épileptiques, car on ne peut user de ce terme qu'à l'égard des formes de conscience assez stables et durables, d'une part, et prises dans l'illusion d'une réalité imaginaire, d'autre part, pour constituer véritablement un événement qui reflète le total bouleversement des rapports vitaux et sociaux du Moi avec autrui et son monde.

Cette question des « psychoses des épileptiques », des « troubles mentaux des épileptiques » a été bien souvent controversée. Et on peut ou bien (comme le font volontiers les neurologues et neuro-chirurgiens) « minimiser » cet aspect de la pathologie comitiale en considérant les psychoses épileptiques comme des « épiphénomènes » négligeables, ou bien (comme y inclinent les psychiatres surtout quand ils considèrent

...[le vécu] dans les « psychoses aiguës » des épileptiques, reflète le total bouleversement des rapports vitaux et sociaux du Moi avec autrui et son monde...

les épileptiques internés), grossir l'importance des comportements et des états de conscience morbide. Tout dépend en définitive, il faut bien le dire, du « matériel » clinique envisagé et si on a en vue des épileptiques observés en clientèle privée, en dispensaire, dans les cliniques neurologiques, en « colonies » spéciales ou en milieu « asilaire ». Le problème et les statistiques de la « folie épileptique » dépendent beaucoup de ces conditions de l'observation. MOREAU DE JONNES ¹ considérait que 11,2 % des cas d'aliénation étaient en rapport avec l'épilepsie, PARCHAPPE ² n'admettait que 3,5 %. Aux U. S. A. en 1931 ³ sur l'ensemble de 56.804 cas de psychoses, seulement 1247 (soit 2,2 %) étaient en rapport avec l'épilepsie. En Afrique du Nord en 1937 ⁴, SUTTER trouvait le taux de 7,7 %. Dans notre propre service depuis 20 ans sur un total d'environ 2000 malades, nous avons observé 100 épileptiques avec les formes variées de maladies cérébrales, soit 5% de la population générale des malades. – Quant à la question plus importante de savoir combien parmi les épileptiques présentent des troubles psychiques, il est bien difficile de se former une opinion car la statistique devrait porter sur une grande population d'épileptiques vue en clientèle privée, en consultation de dispensaire, dans les cliniques neurologiques ou neuro-chirurgicales. A ce propos Th. LEMPÉRIÈRE ⁵ nous apporte quelques indications sur 121 épileptiques (52 ambulatoires et 69 internés); elle a noté que 25 (7 ambulatoires et 18 internés) avaient présenté un accès de *confusion mentale* et 33 (8 ambulatoires et 25 internés) ont présenté des *états dépressifs*. Naturellement les notions de « confusion » ou d'état dépressif demanderaient à être précisées, mais pour nous cette dernière petite statistique, malgré son exigüité, nous suffit ; elle met en évidence dans tout le groupe (ambulatoires et internés) la fréquence des « psychoses aiguës », puisque sur 121 malades, 58 ont présenté des états psychopathologiques aigus. Et effectivement si, comme nous le verrons plus loin, certains faits de la pathologie mentale comitiale sont controversés, notamment la détérioration démentielle épileptique ou celui des évolutions schizophréniques, un fait domine tous les autres en ce domaine : les épileptiques en dehors de leurs paroxysmes typiques présentent des *psychoses aiguës*.

Celles-ci, nous allons les étudier maintenant, en nous rapportant au schéma général des niveaux de déstructuration de la conscience que nous avons établi. Ainsi nous aurons à passer en revue par ordre de dissolution croissante les états *maniaco-dépressifs* – les *psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës* (états crépusculaires épileptiques) – et les *confusions* épileptiques.

1. MOREAU DE JONNES, *Acad. des Sciences*, 7 août 1843.

2. PARCHAPPE, *Ann. Médico-Psycho.*, 1843, 11, p. 358.

3. 44^e Rapport annuel du Department of Mental Hygiene (juin 1931 à juin 1932.)

4. SUTTER, *L'épilepsie mentale chez l'indigène nord-africain*, Thèse, Alger, 1937.

5. Th. LEMPÉRIÈRE, *L'état mental intercritique dans la comitiale*. Thèse, Paris, 1953.

...Dans notre propre service depuis 20 ans sur un total d'environ 2000 malades, nous avons observé 100 épileptiques, soit 5%...

Disons de suite que c'est le niveau de déstructuration de la conscience qui correspond aux *états crépusculaires* qui est le plus fréquemment et typiquement offert par la clinique des psychoses aiguës comitiales, aussi est-ce lui que nous étudierons spécialement.

...les états crépusculaires [sont] les plus fréquemment et typiquement offerts par la clinique des psychoses aiguës comitiales...

A.— LES ÉTATS COMITIAUX MANIACO-DÉPRESSIFS.

Déjà dans la description clinique des paroxysmes nous avons mis en évidence l'*angoisse* d'une part et l'*euphorie* d'autre part. Mais outre ces accès de terreur panique ou d'ineffable bonheur, outre les phénomènes hallucinatoires teintés de sinistre désolation ou empreints d'exaltation optimiste, les épileptiques présentent des accès de *dépression* ou d'*excitation* : des crises de fureur avec violences et agitation délirante que l'on a appelées des crises de « *manie épileptique* » ou des accès de profond désespoir avec impulsions au suicide qui constituent les « *états anxieux épileptiques* ».

Il y a peu de travaux systématiques et récents sur cette question, difficile en effet, à cause de l'insensible dégradation clinique de ces psychoses aiguës qui, comme nous l'avons vu, ne permet guère de trancher au couteau les états maniaco-dépressifs, les états crépusculaires et les états confusionnels. Or, dès qu'il s'agit d'épilepsie on parle plus volontiers de psychose confusionnelle, d'accès impulsifs ou d'automatisme, etc., expressions qui masquent souvent la dégradation (c'est-à-dire la *diversité* en même temps que la *parenté*) des tableaux cliniques réalisés par l'ensemble des psychoses aiguës comitiales ¹.

Ceci dit les *états dépressifs* comitiaux ont été mentionnés de tout temps. BERLUREAUX (dans le Dictionnaire Dechambre) parle chez les épileptiques de délire hypocondriaque et de délire hypomaniaque qui ne sont, dit-il, pas exceptionnels. Dans certains cas, ajoute-t-il (p. 148), il existe de l'inertie de la pensée, un état de stupeur (inhibition). Ce sont précisément ces cas de forte dépression avec pessimisme, regrets, découragement, hantise de la mort, qui sous le couvert de la notion de stupeur sont le plus souvent décrits comme « états de confusion simple ». Mais peu importe le nom

1. J. PICARD, (*Soc. Méd. Psycho.*, 26 avril, 1937). A propos d'une communication de BARUK et M^{lle} GEVAUDAN sur les « *Syndromes périodiques en dehors des états maniaques-dépressifs* » a excellemment mis en évidence la nécessité de voir une série de niveaux de déstructuration là où l'observateur trop simpliste se borne à n'enregistrer qu'un état (confusion le plus souvent), sans nuances : « Dans la réalité, dit-il, si l'on refuse à admettre cette sorte de décomposition spectrale qui ne permet plus d'opérer la synthèse diagnostique que par ce subterfuge si courant d'espèces morbides différentes juxtaposées chez un même sujet sous le nom de psychoses associées, il faut avouer que s'observe le plus souvent toute une gamme d'états variables chez le même individu, de type par exemple confusion maniaque, mélancolico-maniaque, onirique, anxieux, crépusculaire... » C'est précisément l'amalgame clinique de ces états qui cache leur diversité structurale.

par lequel on les désigne. LEWIS ¹ a insisté sur le sentiment d'anéantissement qui accompagne ces états dépressifs et KRISCH ² a souligné, ce qui nous paraît cliniquement très juste, que l'épileptique dépressif et pour tout dire mélancolique, se pose plutôt comme un accusateur ; il est le plus souvent en effet un récriminateur, un revendicateur dont les idées délirantes de persécution ou d'hypocondrie se détachent sur un fond de morosité, de tristesse et de malaise, sur un fond de profonde et souvent soudaine dépression vitale ³. Les auteurs allemands (ASCHAFFENBUCH) ont insisté sur ce fond de troubles de l'humeur (« Verstimmungen »). Le « noir » de la dépression comitiale offre la même structure temporelle-éthique que celle de la dépression mélancolique en ce sens que le « cafard », le malaise, le dégoût de l'existence, le désir de la mort, etc. témoignent de la même fondamentale inversion du sens de la vie ⁴ que nous avons étudiée chez le mélancolique.

Les accès d'excitation ont été beaucoup mieux étudiés. Il est vrai qu'ils sont beaucoup plus fréquents. La « tachypsychie » comitiale (PICARD) faite tout à la fois de mentisme, d'excitation, de défilé incoercible d'idées et de mots... ne peut pas ne pas être rapprochée de la « fuite des idées ⁵ ». La plupart des descriptions de cet « automatisme idéo-verbal » renvoie, chez nous, presque toujours au « syndrome d'automatisme mental » décrit par G. DE CLÉRAMBAULT comme une production mécanique, un flux dit « anidéique » de mots. Malgré cet artifice de présentation ou d'observation, le flux idéo-verbal des états d'excitation psychique épileptiques, en dépit de son habituelle brièveté et de l'amnésie qui le recouvre plus souvent que dans l'accès franc de manie, a le même sens, la même structure psychopathologique que la fuite des idées et dans l'ensemble l'état d'excitation comitial ressemble tellement à l'état d'excitation maniaque qu'il est

...habituelle brièveté et
amnésie dans les états
d'excitation psychique
épileptiques...

1. N. LEWIS, Discussion de la communication de ROSNER (A.) : Bref man. dep. cycle as an epileptic process., *N. Y. Neuro. Soc.*, nov., 1938, *Arch. of Neuro and Psych.*, 1939, I, p. 647.

2. KRISCH (G.), *Epilepsie und M. D. Irresein*, Berlin, Karger, 1922.

3. Ces troubles « dysthymiques » ont été bien étudiés par F. SAL Y ROSAS (*Revista de Neuro Psiquiatria*, 1949, XII, pp. 259 à 270). Il insiste sur la brièveté (parfois seulement de quelques heures) de ces crises qui, dit-il, surviennent généralement dans la journée loin du sommeil.

4. Dans la thèse consacrée aux « *Rapports des états anxieux et des états épileptiques* » (Thèse, Bordeaux, 1905), L. TIXIER a étudié plutôt les formes d'angoisse systématisée (obsession-phobie), que les crises mélancoliques. Par contre, M^{lle} LEMPÉRIÈRE (1953), dans sa thèse, souligne l'importance des états dépressifs et des tendances au suicide chez les épileptiques. Parmi ses 67 malades internées, 25 avaient présenté des épisodes dépressifs et 14 avaient fait des tentatives de suicide. Ceci nous paraît exactement conforme à la pratique psychiatrique asilaire. Notons d'ailleurs que parmi les 52 épileptiques ambulatoires observées par M^{lle} LEMPÉRIÈRE, 8 ont présenté des « épisodes dépressifs francs » (comportant 4 tentatives de suicide).

5. D'après KRAEPELIN, la fuite des idées n'existe pas dans cette forme d'excitation comitiale. Par contre, HEILBRONNER qui a consacré un travail très connu sur ce point (*Epileptische Mania nebst Bemerkungen zur Ideenflucht*, *Monatschr. f. Psych.*, 1903), admettait qu'il est difficile de les distinguer radicalement.

plus naturel de les rapprocher que de les opposer. Élargissant la fameuse « aura du bonheur » jusqu'à la vivre sous forme d'une merveilleuse transformation, un malade (D.) de PICARD ¹, épileptique depuis 30 ans, présentait un état « nettement hypomaniaque » avec sentiment de transformation corporelle, d'accroissement de sa puissance musculaire et d'agilité de sa pensée ; un autre (P.) présentait une satisfaction intense, un optimisme systématique, « expression d'une cénesthésie agréable qui le pressait sans qu'il pût dire pourquoi, à plaisanter et à chanter ». PICARD rapporte encore l'observation d'une jeune épileptique (G. V.) qui dans l'intervalle de ces crises présentait des accès d'excitation intellectuelle avec volubilité, érotisme, désordre des actes, chants, cris, jeux de mots, logorrhée, enjouement, et, en 1946, le même auteur a publié ² une observation d'un malade (S. F.) qui éprouvait, hors de ces accès convulsifs, un état d'exaltation avec accélération de la pensée, défilés kaléidoscopiques de souvenirs de guerre, projets mégalomaniaques, etc.; ces accès étaient d'ailleurs de brève durée. Tous ces faits sont au fond assez banals et, répétons-le, il ne leur manque simplement que d'être appelés par leur nom.

Citons encore comme exemple un état d'excitation maniaque, une jolie observation de BARUK ³. Il s'agissait d'une grande épileptique présentant des grandes crises convulsives, fréquentes et violentes. Peu avant le retour des crises elle devient irritable et bavarde et l'agitation gagne jusqu'au moment où la crise se produit. Dans cette période de 1 ou 2 jours, elle tenait des propos de ce genre : « L'autre jour je vais à Compiègne, je rencontre quelqu'un qui me tape sur l'épaule. C'était mon fils. Il sautait sur les genoux de sa mère, il était si content. Vous voyez papa aussi, papa lui a envoyé quelque chose... Ah ! n'en puis plus, si je suis folle laisse-moi, une folie jusqu'au bout, parce que tu es dans ma maison, tu n'as pas trop mal... Oui (comme si elle parlait à elle-même) on a enlevé mon corset! Oh! mon pauvre petit corset (pleurnichant) et quel supplice... J'irai dans mon pays, la petite maison de papa dans le bois... J'irai cueillir des coquilles, je saurai m'arranger... On s'arrangeait si bien, tous les quinze jours on recevait le curé de Passy qui donnait l'absolution, tout allait bien... » Puis la fuite des idées devient plus incohérente et confuse (cf. notre Étude n° 21), la verbigération devient plus incohérente. « On me rend folle... On m'a vérifié ma cervelle... J'ai senti que j'étais mal depuis ce temps-là. C'est le docteur de Paris qui m'a fait ça. Oh ! il a bien tort. Il est mort d'ailleurs le pauvre homme. Il me l'a dit après... Il me l'a montré dans le sang. On me rend folle en me contrariant. De plus en plus je vais devenir désagréable. Je m'excite de plus en plus. Je le sens bien que je suis excitée par mes doigts, ma tête, par mes yeux ».

...observation de BARUK...

Nous pouvons donner ici une observation de notre service, intéressante par l'intrication constante d'accès épileptique et de crises maniaques.

1. J. PICARD, *Évol. Psych.*, 1934, IX, p. 62.

2. J. PICARD, *De la tachypsychie épileptique à l'hypomanie comitiale*, Congrès de Genève-Lausanne, 1946.

3. H. BARUK, Épilepsie et troubles de la pensée intérieure, *Ann. Médico-Psycho.*, 1933, 1, pp. 32 à 51.

...observation de notre service (crises d'agitation maniaque chez une épileptique)...

L. G. 30 ans, débilité mentale. Première crise dès sa naissance, puis la deuxième à l'âge de 2 ans et la troisième à 15 ans (Puberté). Depuis crises très fréquentes. Auras paresthésiques de l'hémicorps droit. Pas d'équivalents psychomoteurs, mais absences « temporales ». Depuis 5 ans elle présente des crises d'agitation à type maniaque (certaines ont un caractère confuso-onirique). Elles ont une durée assez irrégulière, de 2 à plusieurs jours et même parfois de quelques semaines. Pendant ces phases d'excitation maniaque elle ne tient pas en place, ne cesse de parler, de bavarder ou de maugréer. Elle « veut tout manger et tout boire ». Sans cesse elle est joviale, euphorique, grossière, aime à « blaguer », à chanter et présente une fuite des idées avec exubérance, volubilité, érotisme.

Depuis juillet 1952 elle n'est pas sortie du service en raison de la surveillance qu'exigent ses troubles et aussi des conditions familiales peu favorables. Au cours de cette dernière année elle a présenté deux accès d'excitation maniaque. L'un ayant débuté le 21 août 1952 (après une série de crises convulsives du 16 au 18 avril) et ayant duré trois mois (au cours desquels elle n'a pas eu de crise convulsive). Au cours de cet accès elle était constamment exaltée et agressive. Elle parlait d'une façon déclamatoire et emphatique s'opposait, à tout ce qu'on lui conseillait ou commandait de faire. Elle tenait des propos assez stéréotypés, sorte de litanies chantonnées avec des jeux de mots. Elle déambulait constamment et parfois manifestait une agitation extrême. L'excitation, la fabulation, l'activité de jeu formaient l'essentiel du tableau clinique qui ne fut jamais, pendant ce temps, celui de la confusion. Le 13 avril 1953, elle a présenté à nouveau un état d'excitation avec agitation considérable, elle se roulait par terre, criait à tue-tête, etc. Après quelques jours elle est devenue plus confuse et vers la fin mai elle a repris son état habituel. Pendant cette période elle n'a pas eu de crises convulsives. En dehors de ces crises d'excitation elle présentait des troubles de l'humeur et du caractère (susceptibilité, hyperémotivité et revendication affective sans profondeur mais constamment affirmée). Le comportement est teinté naturellement du fond d'oligophrénie (insouciance, colères enfantines, etc...).

Il existe un syndrome de déficit pyramidal du côté droit, des nystagmus, des troubles à type apraxie constructive et quelques troubles de langage qui doivent être considérés comme des séquelles d'une diencéphalopathie infantile. L'*encéphalographie* montre une atrophie corticale marquée surtout au niveau du lobe temporal gauche. *Électroencéphalographie* : plusieurs tracés ont été pris à intervalles de plusieurs mois. Voici l'essentiel des comptes rendus : Rythme alpha pauvre et irrégulier avec tendance à la dystyhmie lente de bas voltage et quelques rythmes rapides sans localisation précise. Pointes lentes de bas voltage sur l'hémisphère gauche. L'injection lente de Privénal active les altérations du tracé et détermine l'apparition des décharges de pointes isolées localisées qui montrent des oppositions de phases sur la *région temporale antérieure gauche*.

Tests : Progressive Matrices : 30 réponses. Temps 45 minutes – Q. I. 75 – Test couleur forme de Goldstein: Persévération – Rorschach : détérioration mentale. Fond affectif pauvre. Agressivité. Opposition. Prévalence et persévération des formes anatomiques et sexuelles. Type de résonance intime coarcté.

On comprend dès lors que depuis bien longtemps les cliniciens se soient préoccupés des rapports et des parentés entre les psychoses périodiques maniaco-dépressives et les psychoses intermittentes non périodiques que l'on peut observer sous forme de crises de type maniaco-dépressif chez les épileptiques.

DOUTREBENTE¹ examinant ces faits cliniques était allé jusqu'à penser qu'il fallait rattacher la psychose périodique à la comitialité. Depuis lors, quelques auteurs se sont intéressés à cette question et ils l'ont présentée soit dans le sens d'une « association » entre les deux affections², soit dans le sens d'une parenté profonde³ qui n'est autre au fond que celle d'un même niveau différent selon le rythme des accès, l'évolution générale de la psychose et la fréquence typique des paroxysmes plus profonds dans le déroulement des manifestations psychopathologiques comitiales.

L'affinité des formes comitiales et maniaco-dépressives (10 cas sur 76 observations d'épileptiques dans notre service fermé) est un fait évident que nous pouvons encore exprimer en disant que parmi les manifestations psychopathologiques des épileptiques, des états maniaco-dépressifs peuvent remplacer des crises comitiales comme dans l'observation rapportée plus haut (p. 117). C'est-à-dire que, tout de même que l'affection cérébrale se manifeste par des paroxysmes plus ou moins profonds et rapides, elle peut se manifester par des formes d'altération de la conscience qui constituent les états maniaco-dépressifs. Par là d'ailleurs, nos analyses de la déstructuration de la conscience dans la crise de manie et de mélancolie non seulement présentent plus de relief mais reçoivent, au fond, une sorte de vérification expérimentale.

...L'affinité des formes comitiales et maniaco-dépressives [...] est un fait évident...

1. DOUTREBENTE, Manie rémittente à double forme d'épilepsie larvée, *Ann. Médico-Psych.*, 1886, 17. Le cas qu'il rapporte est en effet bien intéressant. Il s'agissait d'un malade atteint de manie rémittente de 1866 à 1880, puis d'une psychose à double forme maniaco-dépressive de 1880 à 1882, qui présenta ensuite des crises convulsives lesquelles disparurent pour faire place à nouveau à des crises maniaco-dépressives. J. PICARD, *Évol. Psych.*, 1934, IV, p. 67, rapporte une observation assez semblable. LOGRE, Épilepsie et intermittence, *Semaine des Hôpitaux*, 1949, pp. 3622 à 3624, a publié un cas très analogue. On trouvera l'indication de faits semblables dans l'article de TINEL et LAMACHE, Soc. de Psychiatrie, janvier 1928, *Encéphale*, 1928, dans la thèse de HEDOUIN, Les rapports de l'épilepsie avec la psychose maniaco-dépressive, Bordeaux, 1933, et celle de CURTON, L'épilepsie consciente mnésique, Bordeaux, 1932. Ce dernier reprend exactement à son compte l'idée de DOUTREBENTE.

2. L. MARCHAND et AJURIAGUERRA, *Épilepsies*, pp. 170 à 190, ont consacré un chapitre très documenté à ce problème et ils concluent que l'on ne saurait « confondre en un même groupe neurologique la psychose périodique voire endogène ou constitutionnelle et l'épilepsie psychique qu'elle soit périodique ou non ». Certes, l'épilepsie se caractérise par des paroxysmes, les états maniaco-dépressifs ne font pas partie du corps même de l'épilepsie, mais si l'épilepsie est caractérisée tout à la fois par des paroxysmes et par toute la gamme de psychoses (car, comme a pu l'écrire GRUHLE dans le *Traité de BUMKE*, p. 684, chez les épileptiques chroniques on rencontre tout l'arsenal, tous les symptômes psychiatriques), qui témoignent d'une déstructuration intermittente et plus ou moins profonde de la conscience, on comprend que, comme toutes les psychoses aiguës, les crises maniaco-dépressives font naturellement partie de la séméiologie de l'épilepsie.

3. J. PICARD, Thèse, 1927, et son article « Les parentés psychologiques et cliniques de l'épilepsie et de la psychose maniaco-dépressive », *Évol. Psych.*, 1934, IV, pp. 52 à 74. — H. BARUK, L'automatisme épileptique, *Semaine des Hôpitaux*, 15 juillet, 1930, et l'Epilepsie et troubles de la pensée intérieure. La pensée parlée et le syndrome paranoïde d'origine comitiale, *Ann. Médico-Psycho.*, 1933, I, pp. 32 à 51. Ce sont les deux auteurs qui ont vu avec le plus de lucidité qu'épilepsie et psychose maniaco-dépressive n'étaient pas des entités qui s'excluaient l'une l'autre.

B.— LES ÉTATS CRÉPUSCULAIRES ÉPILEPTIQUES ¹.

Ces états de déstructuration de la conscience correspondent à ce type de psychoses aiguës que nous avons étudiées dans notre Étude n° 23. Ils ont été toujours soigneusement décrits dans la pathologie de l'épilepsie en raison même des « réactions médico-légales » auxquelles ils donnent souvent lieu. Nous allons, pour nous bien pénétrer du tableau clinique de ces « crises », de ces « états seconds » et de l'atmosphère trouble et fantastique de leur vécu, choisir d'abord un exemple dans notre pratique médico-légale. Il s'agit d'un matricide perpétré en 1937 par un épileptique âgé de 63 ans en état crépusculaire typique. Ce malade, après de longues années de grandes crises convulsives de type graduo-comitial, présenta une brusque série d'équivalents psychomoteurs avec actes automatiques inconscients plus ou moins amnésiques. Depuis quelque temps un certain degré de détérioration démentielle se manifestait qui devait dans la suite s'accroître jusqu'à sa mort (1942) à l'âge de 65 ans. C'est donc au cours de ce déclin démentiel que se situe l'état crépusculaire que nous allons étudier et qui par son

...Ils ont été toujours soigneusement décrits dans la pathologie de l'épilepsie en raison même des « réactions médico-légales » auxquelles ils donnent souvent lieu...

...nous avons choisi un exemple dans notre pratique médico-légale. Il s'agit d'un matricide...

1. Les principaux travaux et ouvrages qui traitent des états crépusculaires épileptiques sont d'abord les fameux ouvrages de caractère médico-légal, celui de LEGRAND DU SAULLE, *Étude médico-légale sur les Épileptiques*, Paris, 1877, et celui de R. von KRAFT EBING, *Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie*, Stuttgart, 1875, Trad. fr. par REMOND, Médecine légale des aliénés, 1900. KRAFT EBING a consacré un mémoire spécial à ce sujet (Ueber epileptoïde Dämmer und Traumbzustände, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XXXIII). Parmi les travaux anciens citons encore la discussion à la *Société Médico-Psychologique* (1873) sur l'épilepsie larvée, — SIEMERLING, 1873. Ueber die transitorische Bewusstseins der Epilept., *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1895, — RAECKE, *Die transitorische Bewusstseinsstörungen der Epileptiker*, Halle, 1903. — En France à cette époque c'est indirectement que l'on s'est occupé de ces états, cf. spécialement J. MAXWELL, *L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie*, Thèse, Bordeaux, 1903, et le rapport de VALLON sur *Les délires transitoires du point de vue médico-légal*, Congrès d'Angers, 1898, et c'est notamment à propos des fugues et automatismes ambulatoires plus ou moins mnésiques et conscients que l'École française a étudié ces états (PITRES, 1895, JOFFROY et DUPOUY, 1909, V. PARANT, 1909, etc.). Sous le nom de délire comitial mnésique G. DE CLÉRAMBAULT a publié une très belle observation en 1909, *Bull. Soc. Méd. Ment.*, et à la même Société en 1921, un nouveau cas remarquablement analysé. Depuis lors on se rapportera au travail de CHRISTOFFEL (*loc. cit.*, p. 544), à l'article de CLAUDE et BARUK, Sur quelques formes dégradées de l'épilepsie, *Encéphale*, 1931, au paragraphe que GRUHLE consacre aux « epileptische Dämmerzustände », dans le *Traité* de Bumke, p. 681, au travail de KALDEWEY, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1927, 110, pp. 113 à 147, à ceux de KNAPP, Die epileptische Dämmerzustände, *Archiv. f. Psych.*, 1940, nr, pp. 322 à 340, et de F. MARTELLI, *Annali del Osp. psich. Perugia*, 1941, pp. 1 à 22, aux rapports de F. BRAUN et J. SUTTER, sur « Les troubles de la conscience et de la mémoire dans l'épilepsie », *C. R. Congrès des aliénistes de Genève-Lausanne*, 1946, et enfin à la très intéressante thèse de P. SCHMIDT, 1950, *loc. cit.*, dont il a publié des parties dans *l'Encéphale*, *l'Évolution Psychiatrique* et les *Annales Médico-Psych.*, en 1951-1952. Il est remarquable que ni le livre de ROGER, CORNIL et PAILLAS, ni celui de HOCH et KNIGHT, ne soufflent pour ainsi dire mot de cette pièce maîtresse de la clinique de l'épilepsie. MARCHAND et AJURIAGUERRA, s'ils ne consacrent pas une étude spéciale à ces formes intermédiaires aux états maniaco-dépressifs et aux états confuso-oniriques, y font constamment allusion dans leur étude sur l'épilepsie consciente et mnésique (pp. 191 à 219), et sur l'automatisme comitial (pp. 117 à 161), dont un grand nombre de manifestations se détachent justement de l'état crépusculaire et de l'état de conscience pathologiquement modifiée (et non totalement abolie).

caractère dramatique et typique, nous permettra d'analyser la structure d'un des aspects les plus caractéristiques des psychoses épileptiques.

OBSERVATION DE JEAN-PIERRE L.

I. *Curriculum vitae – Antécédents.* Jean-Pierre L.¹ est né le 27 juillet 1877, à St-Étienne (Loire). Il était fils unique. Il n'existe pas d'antécédents neuro-psychopathiques dans son ascendance. Il perdit son père à l'âge de 10 ans et fut élevé par sa mère.

...« le cas Jean-Pierre »...

D'une famille aisée mais ayant essuyé des revers de fortune, il reçut une éducation assez soignée. Il fit des études secondaires et aurait été admissible à la première partie du baccalauréat. Son développement somato-psychique n'a présenté aucune anomalie, aucun arrêt. Il n'a pas été atteint pendant son enfance de maladies graves. Il fit son service militaire pendant 4 ans dans les dragons. Vers l'âge de 24 ou 25 ans (vers 1904 ou 1905) il a contracté la *syphilis* qui fut soignée assez correctement. Il s'est marié à 28 ans, après qu'il en eut obtenu de son médecin traitant l'autorisation. Sa femme n'a jamais été enceinte.

Peu après son mariage en septembre 1911, à 33 ans, il fut victime d'un accident d'automobile qui provoqua un important *traumatisme crânien avec fracture du rocher*, commotion et coma pendant trois jours puis période d'agitation et de confusion pendant une huitaine de jours, période durant laquelle il reconnaissait sa femme *mais pas sa mère*. Il conserva comme séquelle de ce grand *syndrome traumatique crânien* une paralysie faciale droite qui disparut lentement et un enfoncement du crâne au niveau de l'écaïlle du temporal droit.

Quelques mois après, en avril 1912, alors qu'il était avec sa femme installé en Ille-et-Vilaine, il se mit brusquement à crier « qu'il entendait crier dans ses oreilles (aura auditive), et il tomba brusquement par terre restant environ une demi-heure sans conscience après une phase de convulsions généralisées.

De 1912 à 1930 des *crises d'épilepsie* survinrent assez fréquemment, d'abord tous les deux mois puis tous les 3 ou 4 mois. Elles étaient soit diurnes soit nocturnes. Il n'a présenté durant toute cette période que ces accidents comitiaux convulsifs sans équivalents, actes automatiques ou état de confusion épileptique. Réformé au début de la guerre en raison de ses crises d'épilepsie, il exerça la profession d'employé de banque ou d'assurances, avec des fortunes diverses et en manifestant une grande instabilité. Il a ainsi habité Nantes pendant 12 ans (Crédit Foncier d'Algérie), ensuite Orléans (Crédit Orléanais). Il se trouvait à Ch. en 1929 au moment du krach de cette banque. C'est à cette époque que ne pouvant plus s'occuper, ne trouvant plus d'emploi, il s'installa avec sa femme auprès de sa mère qui habitait à Ch. et vivait de sa retraite d'institutrice.

Peu de temps après, vers 1930, à 53 ans, il vit la fréquence de ses crises diminuer (une tous les six mois environ) mais, par contre, apparurent des manifestations d'épilepsie « psychique » sous forme *d'équivalents* : absences et *actes automatiques* (arithmomanie notamment).

En 1936, sa mère et sa femme constatèrent qu'il devenait irritable. Il lui arriva de gifler sa mère. De plus il perdait la mémoire, devenait apathique. Sa « raison » paraissait tellement altérée que sa femme proposa une consultation chez un spécialiste. Sa

1. Cet homme ayant tué à l'âge de 60 ans sa mère âgée de 80 ans, nous fûmes appelé à l'examiner quelques heures après son crime le dimanche 24 octobre 1937. Nous établimes le rapport médico-légal qui entraîna un non-lieu et l'internement. C'est en grande partie ce rapport qui constitue l'essentiel de cette observation.

mère refusa. Il y a lieu de remarquer que J. P., depuis l'apparition de ses crises d'épilepsie en 1912 jusqu'aux jours qui ont précédé le drame, *n'avait jamais consulté un médecin*. Tout au plus fut-il traité par la médication bromurée mais d'une manière intermittente et insuffisante.

Tels sont les principaux antécédents de J. P. Résumons-les en quelques mots. C'est un ancien syphilitique et un traumatisé du crâne, atteint d'épilepsie avec manifestations psychiques, troubles du caractère et affaiblissement intellectuel, désœuvré, coléreux, s'entendant mal avec sa mère. Son entourage et lui-même étaient à la merci d'un état crépusculaire comitial ou d'un accès d'automatisme épileptique.

Le casier judiciaire de Jean-Pierre n'est pas vierge. Il a été condamné en 1925 pour abus de confiance, par le Tribunal de Nantes à 4 mois de prison avec sursis. Étant « démarcheur » il avait détourné à son profit une partie d'une somme à lui confiée par un client et destinée à l'achat de valeurs. S'étant engagé à rembourser cette somme (environ 6.000 frs), il ne tenait pas ses engagements, d'où plainte et condamnation avec sursis. Aucune expertise mentale n'a eu lieu au cours de l'instruction et rien dans l'examen du dossier que nous avons eu entre les mains ne permet de se faire une opinion à ce sujet.

Le samedi 23 octobre 1937 à 18 heures, après quelques jours d'obnubilation et de délire, étant resté seul avec sa mère, âgée de 80 ans, *il la tua en lui fracassant le crâne à l'aide d'une chaise*.

...« le cas Jean-Pierre »...

II. *Expertise médico-légale* (octobre-novembre 1937). Voici l'étude clinique que nous fûmes appelé à faire à l'occasion de ce matricide :

Jean-Pierre est un homme de 60 ans, grand, à membres minces, à musculature développée, mais surchargée de graisse. Son visage est vultueux, couperosé ; ses traits sont réguliers, flous et atones. La mimique est assez rapide mais hébétée. La gesticulation est vive. Dans l'ensemble, sa présentation est celle d'un homme correct, amène, approuvatif, un peu cérémonieux, légèrement apathique et visqueux, mais aussi emphatique et verbeux. Cet ensemble de traits et sa présentation suggèrent l'idée d'un affaiblissement psychique. Effectivement, cette aisance, cette prolixité, le ton avantageux et détaché de son discours contrastent étrangement avec sa situation dramatique, laquelle n'occupe sa conscience que par intermittence et pour ainsi dire fortuitement.

L'analyse de sa mentalité et de l'état mental au cours de l'observation sera facilitée par l'exposé de nos examens successifs. Il y a lieu en effet de souligner, avant d'exposer les détails et les conclusions de notre observation, que l'état mental de J. P. a subi depuis le drame des variations qui s'intègrent dans le caractéristique mouvement ascensionnel de sa conscience vers son degré de clarté et de contrôle habituels. C'est ce trait *fondamental* de l'activité psychique de J. P. qu'il importe particulièrement de mettre en évidence en notant au cours des examens successifs l'évolution interne que subit une conscience oniroïde quand elle se rapproche progressivement de la pensée vigile. Par là nous trouverons la raison profonde d'affirmer la *structure psychopathologique de la pensée* de J. P. et aussi, par l'analyse de ses contenus de conscience superposés et du lien profond qui les unit, le *mobile* (enseveli dans l'inconscience morbide de l'acte) de son geste matricide.

1° ÉVOLUTION DES TROUBLES PENDANT LES JOURS QUI ONT SUIVI LE CRIME.

État mental le 24 octobre (quelques heures après le crime). Présentation correcte et pseudo-lucide. Aisance. Propos diffluent, vagues, mal adaptés. Aucune réaction affective douloureuse à l'égard de son acte criminel dont il garde des souvenirs partiels, frag-

mentaires, scéniques mais sur lequel ne s'exerce aucune critique, aucune réflexion. Ces souvenirs sont assez précis et avoués sans difficulté ni particulière émotion. Voici d'ailleurs ce qu'il déclare à peu près textuellement :

« Oui, j'ai eu un accident d'auto en 1911. J'avais contracté la syphilis en 1905... Ce qui m'ennuyait c'est que je n'avais pas de travail c'est difficile... J'allais chez les Pères Blancs, c'était pour l'instruction... On discutait... Ce que j'ai fait hier?... Ah! oui... avec la chaise?... avec la chaise et les pieds? Vous voulez peut-être parler de ça, de... que j'ai tué ma mère... Ah ! oui... avec la chaise et les pieds... *Je n'y étais pas monté dessus...* Elle était enceinte... Ce n'était pas de moi... Oui elle a succombé là... Je me suis mis comme ça (se met lui-même en position « gynécologique »)... Alors c'est tombé... là devant... oui un gland. Ce sont des saletés... Voilà... Oui j'ai donné des coups de pied pour la tuer... Ah ! oui... Quelle impression ça m'a fait ? Ah !... J'étais en érection. Oui... C'est vrai... Je vous assure, je suis croyant... J'allais chez les Pères Blancs parfois pour les discussions politiques. Oui je discutais... Moi je crois que tous les hommes sont frères... oui frères... la main tendue (éclate en sanglots). Il faut le bien de l'humanité... le bonheur suprême... C'était des étoiles que j'avais vues et la conversation de Dieu pour le tremblement de terre que j'ai senti l'autre jour comme le soir où j'ai vu tout ça sur les cieux bleus... »

...« le cas Jean-Pierre »...

Il n'existe pas d'état confusionnel profond, la conscience est seulement légèrement obscurcie et troublée. Le récit et les propos se déroulent lentement et sous forme d'images concrètes, scéniques, analogues aux images d'un rêve au ralenti. Cette activité oniroïde est en partie encore actuellement vécue et en partie racontée comme un récit flou dans lequel se mêlent la fiction et la réalité. L'affectivité est très troublée, paradoxale, « à contre-temps » ; froideur placide à l'égard de l'événement tragique vis-à-vis duquel il « se détache » comme s'il en était un simple spectateur un peu indifférent. Éréthisme émotionnel déclenché par des « clichés » affectifs et grandiloquents. Enfin, notons des reliquats d'une pensée onirique mouvante et hallucinatoire qui s'infiltré dans la conscience actuelle et une tendance au délire mégalomane, aux exagérations imaginatives, comme si la vie psychique était gonflée d'une boursoufflure d'emphase et de solennité de mauvais goût.

Il s'agit d'un *état oniroïde typique* (état crépusculaire épileptique) avec altération peu marquée de la lucidité, persistance des souvenirs, bonne adaptation à l'ambiance, mais construction des événements actuellement vécus et surtout récemment vécus selon les lois de la pensée du rêve : vivacité des images scéniques, syncrétisme, valeur spectaculaire de l'imagination onirique, incapacité d'exercer la critique, forte subjectivation de la pensée, captation par les contenus dramatiques du champ psychologique.

Dans les jours suivants, l'état reste à peu près le même. Le Docteur PICARD a établi au moment de sa mise en observation à l'hôpital psychiatrique, le 26 octobre, le certificat suivant : « Épilepsie psychique. Ralentissement idéo-moteur avec déchaînements impulsifs soudains et violents. Obnubilation intellectuelle avec incohérence de la pensée et saugrenuité des propos. Possibilité d'un état d'affaiblissement intellectuel permanent par involution démentielle. Désordre émotif. Ce sujet, au cours d'un équivalent mnésique, a tué sa vieille mère dans un raptus d'intense sauvagerie à coups de chaise et de pied. Déchaînement d'éléments sadiques avec représentations mentales sensorielles d'ordre sexuel. Traumatisme crânien ancien, etc.. » Les jours suivants, il paraît plus lucide, plus calme.

État mental le 3 novembre 1937. Dans la nuit, il a présenté de l'énurésie et peut-être une crise convulsive. La conscience est plus claire. Il a l'impression depuis 3 ou 4 jours, de récupérer son orientation temporo-spatiale, de retrouver la « notion des choses ». Trois constatations peuvent être faites : 1° degré de lucidité beaucoup plus grande ; 2° conscience douloureuse de sa situation ; 3° changement dans les souvenirs et les explications du crime. Voici ce qu'il dit, en effet :

...« le cas Jean-Pierre »...

« Depuis vendredi j'ai repris un peu la notion des choses, mais jusque-là je ne me rendais pas compte du tout. Il me semble que plusieurs personnes m'ont questionné. Je ne sais plus qui ni où. Je suis allé dans un bureau. Il fallait monter (exact). Je ne crois pas que ce soit vous qui m'avez interrogé. J'ai bien réfléchi à tout ça. Voilà, avec ma mère, nous n'étions pas bien ensemble. Nous nous disputions depuis quelque temps. Ma mère était appelée « matador » à cause de son caractère. Je l'appelais Hitler parce qu'elle nous menait vivement... Je cherchais du travail et je n'en trouvais pas. Ah ! je ne peux pas comprendre comment j'ai pu lui donner la mort avec l'impression, l'idée qu'il y a un être suprême... Je disais ma prière pourtant... Cette nuit, j'ai pissé dans mon lit. Ça vient de mon accident. Ça m'a laissé des troubles, comment appelle-t-on ça? Ah! je ne sais plus... Épilepsie? oui, c'est ça... Voilà. *Je n'ai pas dans l'idée que ce serait vrai que j'ai fait ça... Comment est-ce que j'ai pu faire ?... Je me rappelle avoir donné un coup de talon. Il y a eu une explication... Elle n'était pas commode... J'ai dû la pousser... la chaise. J'y étais appuyé dessus. Ah! mais je n'ai pas pris d'armes... Ah! non, pas d'armes... Ah! c'est affreux ! Mais quel salaud je suis. Salaud ! Salaud ! (il se frappe la tête). Oui, ça c'est rien. Ah ! salaud ! Mais qu'est-ce que je raconte... Oui, c'était sale... Non je ne crois pas. Je ne me suis pas masturbé. Savez-vous la première fois que je me suis fait ça ? J'avais 10 ou 11 ans... Ma mère avait un amant. Il venait la rejoindre chez nous... Je les entendais faire l'amour... toute la nuit... Alors je me touchais... Voilà... Puis ensuite je m'amusais au ballon avec les copains... Mais c'est elle qui faisait des « chichis », elle ne voulait pas, « fais pas ceci... fais pas cela » (minauda et grimace).*

Le comportement de J. P. est beaucoup mieux adapté que lors de l'examen immédiat. Il est moins bradypsychique. Ses réponses sont plus pertinentes, plus longues. Il a lui-même le sentiment d'avoir « réfléchi », de « se rendre compte ». Son orientation temporo-spatiale est tout à fait correcte. Dans l'ensemble la clarté, l'ordre et la netteté des opérations psychiques et de la conscience sont en très grand progrès. L'affectivité n'est plus aussi émoussée, froide et paradoxale. J. P. souffre de sa situation, il y réagit avec colère et désespoir. Si de telles émotions sont encore fugaces et spasmodiques, elles témoignent cependant d'une compréhension du caractère dramatique des actes qu'il a commis.

Enfin, il y a lieu de noter également *le changement qui s'est opéré dans le récit du drame.* L'amnésie a atteint les premières explications données. Ceci mérite d'être souligné. Lors de notre premier examen le récit du crime était indissolublement lié aux images oniriques, aux idées délirantes de jalousie à l'égard de sa mère et de grossesse de celle-ci. Maintenant tout se passe dans sa conscience, comme si « oubli » et « censure » coïncidaient. Il se substitue au pur souvenir tout imprégné des « expériences vécues » de l'état oniroïde, une « interprétation » plus bénigne de son agressivité à l'égard de sa mère avec qui « il ne s'entendait pas », avec qui « il se disputait souvent » et qu'il a peut-être par mégarde « poursuivie » et fait tomber.

...tout se passe dans sa conscience, comme si « oubli » et « censure » coïncidaient...

Il écrit le 5 novembre, sur notre demande, la relation suivante des événements :

« C'est le mercredi 3 novembre un peu avant midi que le docteur m'a fait appeler. Je lui ai répondu et j'ai soumis de nouvelles affaires – au sujet de mes relations avec ma mère. Je ne vois pas à écrire n'ayant pas mes lunettes et ça me gêne beaucoup. De même ma tête qui va plutôt mal depuis le 8 octobre 1935. Je ne voulais pas vivre aux dépens de ma mère. Je m'étais promis de chercher du travail régulier ce que j'ai fait, mais n'ai pu en trouver pour moi, j'en ai trouvé pour un autre et je m'étais promis de me tuer en octobre 37 si je n'avais rien, aussi j'en parlais souvent et je me flanquerais de gros coups de poings sur la tête à droite pour en terminer. Mais je n'avais pas l'idée de frapper qui que ce soit. Quelques jours avant mon acte, je pensais me sortir d'affaires et je ne puis comprendre ce qui m'a pris de frapper ma mère et de perdre la tête. Depuis vendredi dernier 29 octobre, les idées me reviennent, je ne comprends pas mon acte, ni comment il est venu à l'heure. Je regrette beaucoup et énormément ma femme, je me demande ce qu'elle est devenue ma mère étant morte. J'ai le sang à la tête et les pieds toujours froids, je mange très peu et ne sais que devenir. Du reste, depuis 34 à Rouen, j'évite tout ce qui me monte la tête, en effet, un matin à 9 heures n'ayant pris que du lait, café, pain et beurre, j'étais chez un marchand de fonds et de biens à Rouen. Je me suis trouvé mal dans la rue en arrivant, un agent de police s'est occupé de moi, moi je ne me souviens plus de ce qui s'est passé mais ma femme le sait. En tout cas, je me tenais froid et sage et ne sais pas comment j'ai pu arriver à ce résultat. J'écris au docteur selon ce qu'il m'a dit, selon mes idées et sans voir. Je me souviens aussi que je me servais depuis les conseils du Dr. Chrétien de gouttes d'eau oxygénée pour le lavage de la bouche, mais depuis quelques mois impossible de m'en procurer, ni médicaments. Ma mère m'en achetait plus – je comprenais parfaitement qu'il fallait que je travaille pour me soigner, être propre moralement et physiquement et je cherchais, c'est pourquoi ce manque de travail m'a monté certainement à la tête. Mon dossier établit que j'ai toujours travaillé honnêtement et j'ai eu de bons emplois mais de la malchance énorme. Je crois être à Bonneval. Il me semble me rappeler que ma femme et ma belle-sœur sont venues me dire au revoir, je voulais pleurer et j'avais du chagrin beaucoup, elles m'ont consolé en me disant d'être sage, c'est tout ce dont je me souviens. Lorsque la 18^e heure arrive depuis 5 jours, je cherche de me préciser mes souvenirs de la scène avec ma mère. Je sais que le gaz et la cuisinière étaient illuminés donc vers 18 et 19 heures, je ne me rappelle pas si c'est le dimanche 24 ou lundi 25 octobre, d'où je venais. En tous cas, je ne l'ai pas attaquée, c'est sur ce qu'elle m'a dit et que j'ai dû la faire tomber de sur sa chaise. Je revois très bien la scène, ma mère à terre avec du sang, elle m'a pris une jambe, gauche il me semble et en me défendant j'ai le souvenir de l'avoir frappée plusieurs fois sans l'intention de la tuer puis qu'immédiatement pensant avoir mal fait, j'ai appelé plusieurs fois au secours à la fenêtre et ne voyant personne je suis allé me constituer prisonnier. Tout cela est écrit le mercredi 3 novembre 1937 ».

...« le cas Jean-Pierre »...

Cet écrit témoigne du retour à une plus grande précision et à une plus nette clarté de l'activité psychique malgré quelques erreurs dans les dates. Les souvenirs de la scène du drame sont assez circonstanciés, mais comme nous l'avons déjà fait remarquer, le souvenir de l'état crépusculaire contemporain du crime, et qui était encore vécu lors de notre première entrevue a disparu comme disparaît le souvenir d'un rêve.

Examen du 7 novembre 1937. On observe de jour en jour une lucidité plus grande. J. P. est tout à fait calme. Il reste pensif. Son comportement est correct. Il est résigné. Dans l'ensemble de ses réactions affectives, il existe une nuance d'expansivité euphorique dont nous reparlerons ultérieurement. Il se présente avec docilité et politesse. Sa parole est plus aisée, mais il est encore prolix et diffluent. Voici ses propos :

...« le cas Jean-Pierre »...

« Je suis triste... de ce qui est arrivé avec ma mère... Je revois encore la lumière... ma mère par terre. Je la vois par terre... Elle avait une vache... ah ! non, excusez, une chatte que je détestais. Je lui donnais des coups de pied... Je ne sais pas, j'ai frappé la chatte ou ma mère, je ne sais plus laquelle... Il y a eu des explications... mais je ne me rappelle pas... Il y avait du sang... J'ai vu des choses pas belles... Je ne comprends pas pourquoi... Je me suis regardé mes organes. Non, je ne me suis pas masturbé. Mais pourquoi ? Ah ! je me le demande. Qu'est-ce que tu as fait?... Tu as dû lui envoyer un coup de pied dans la chatte ou dans ma mère... J'ai vu du sang et des saletés, oui, la viande de la chatte... C'est dégoûtant, je suis allé dans un coin où il y avait un seau et je me suis fait cette vilaine opération ?... Je me suis vu en érection. J'avais un membre énorme... Je me suis sorti cette affaire énorme et je l'ai décalotée pour voir si j'étais sale... Elle a dit que je lui avais fait mal... Alors, je me suis mis à la fenêtre et j'ai appelé au secours... Je me suis dit des sottises... J'étais en érection... Là oui je l'ai vue à terre. La chatte y est pour quelque chose. Je me suis mis en colère... Il faut croire que je me méfiais de mes nerfs. Je crois en l'Être suprême. Je priais et je me mettais à genoux tous les matins devant le Christ... J'allais voir les Pères Blancs. Je disais en priant : Surtout, mon Dieu aidez-moi mes idées et que mes nerfs ne prennent par le dessus ? Je ne pensais pas tuer ni frapper, mais j'avais peur de me disputer avec toutes les deux. J'en appelais une Hitler et l'autre Mussolini. Avec ma femme je ne rouspétais pas... Si ça avait été ma femme je ne l'aurais pas frappée. Elle m'aurait rappelé à l'ordre... Oui, il y a eu une discussion, mais je ne me rappelle pas... J'ai mêlé tout dans ma tête. Je me suis fâché avec elle. Je me disputais avec elle parfois. Je lui disais « si j'ai connu les femmes, tu m'as montré l'exemple, dès que mon père est mort tu as amené le cuisinier ». J'avais 12 ans. J'entendais ma mère qui éprouvait du plaisir. Je me disais que ça devait être merveilleux. J'avais un camarade qui disait qu'il avait eu des rapports avec la bonne de sa mère et moi je me masturbais. Comment, Docteur, ai-je pu vous dire qu'elle était enceinte ? Oh ! c'est de la folie ! Voyons, Docteur, il faut que j'aie été fou. Il a fallu que je sois fou... Oh ! je mérite le bagne. Oh ! pourquoi est-ce que j'ai dit ça... Je suis un malheureux... J'étais allé voir le Père Blanc. Je me suis plaint de mon état d'âme. Je me suis plaint de ma mentalité... J'étais bien pensant. Je me disputais quelquefois avec ma mère. Elle lisait l'Œuvre... Moi je suis socialiste chrétien. Je suis pour la main tendue... Oh ! je m'administras des volées souvent... Je suis un malheureux... Oh ! j'ai beaucoup de chagrin (pleure)... Vous me dites que c'était le samedi que j'ai fait ça?... Oh ! mais comment.. Docteur, le samedi?... Mais c'est terrible... Voyons c'est le jour où j'étais allé chez les Pères Blancs. J'ai fait ça ce jour-là ? Je croyais lundi... Ah ! ma tête a flanché... Pourtant j'ai tout arrêté, pas de vin, plus de femmes, seulement le tabac. Oui, j'ai commis des fautes avec cette veuve qui a été ma maîtresse pendant 5 ans. Ah ! mais j'ai compris... A Rouen aussi, avec M^{lle} Jeanne, nous avons fait l'opération six fois puis je n'ai plus voulu. On s'est vu quatre fois en tout. J'étais seul là-bas. Elle est venue dans ma chambre. C'était la chambre où j'avais couché avec ma mère... Ah ! pardon... avec ma femme. Oui, j'étais porté sur la bagatelle. Ah ! mais non jamais je n'ai voulu prendre une femme

ÉPILEPSIE

de force ! Ah ! jamais... je préfère les préparatifs (se met à rire). Je ne savais rien avant 12 ans. Jamais je ne m'étais masturbé avant d'entendre ma mère... Ah ! elle criait son bonheur... Encore !... Encore !... (s'exalte et rit). Et bien, moi aussi j'ai crié mon bonheur avec la belle brune, la veuve ». (Interrogé sur ses rêves il déclara avoir des cauchemars qu'il ne se rappelle pas). « Cette nuit, j'ai rêvé que je voyais ma mère habillée, oui en toilette proprement vêtue, avec son air dur... Oui la dernière vision que j'ai d'elle, ses cuisses, et puis ça... oui je l'ai vu... Les robes étaient relevées. Ah ! je me demande si j'ai frappé la chatte ou ma mère... »

Le 9 novembre. L'état est à peu près le même. Les souvenirs de la scène paraissent de plus en plus sommaires. « Je me rappelle cependant que j'ai frappé... Mais c'est parce que je me suis trompé. J'ai voulu frapper la chatte et je me suis trompé. J'étais loufoque voilà ». Depuis lors, tout en se souvenant du crime, il l'a toujours rapporté à une erreur ou l'a minimisé en invoquant une simple altercation qui a mal tourné...

2° ANALYSE DU SYNDROME PSYCHOPATHOLOGIQUE.

J. P. a présenté durant toute notre observation un *état crépusculaire épileptique en voie de régression*. Depuis l'état de demi-conscience onirique initial jusqu'à la récupération de son état de lucidité habituel nous avons assisté à la constitution tardive et progressive de l'amnésie: au fur et à mesure qu'il est sorti de son état crépusculaire il a perdu le souvenir des détails du drame, surtout des contenus de conscience qui l'ont accompagné et davantage encore de ses motifs.

...« le cas Jean-Pierre »...

Mais il y a lieu de retenir chez J. P. un autre syndrome, celui d'un *affaiblissement intellectuel permanent et probablement progressif*. Certes tant qu'a duré l'obscurcissement oniroïde de sa conscience il a donné plus facilement l'impression d'être un dément, mais, même en dehors de cet état crépusculaire, J. paraît touché de façon globale et permanente dans ses capacités intellectuelles. Dysmnésie, bradypsychie, amnésie verbale discrète, incapacité de maintenir un effort, une direction, embrouillement facile des idées, diffusion, désordre des associations, tels sont les caractères négatifs de cet état d'affaiblissement. Il en résulte un extraordinaire flou de la pensée et une extrême naïveté du jugement. Il apprécie très mal les situations et porte sur la sienne propre, sur le crime qu'il a commis, sur son genre d'existence et sur son placement à l'hôpital psychiatrique, des jugements globalement justes mais sans profondeur ni constance. Il est léger, versatile, et surtout foncièrement euphorique, malgré les quelques émotions tristes qu'il exprime dans ses pleurnicheries passagères. L'ensemble de son comportement et de ses opinions est teinté de niaiserie et d'inconstance. Il paraît avoir oublié véritablement un certain nombre d'événements ; c'est ainsi qu'il ne se rappelle pas d'avoir été inculpé d'abus de confiance. On peut se demander si en dehors des raisons invoquées (crises), une raison plus profonde ne l'empêche pas depuis une dizaine d'années, de faire un travail suivi et s'il ne faut pas mettre sur le compte de cet affaiblissement son rendement professionnel faible, son instabilité, son désœuvrement, les modifications de son caractère et de sa conduite.

Ainsi nous pouvons conclure que J. a présenté un *état crépusculaire oniroïde de structure comitiale sur un fond d'affaiblissement démentiel*.

3° EXAMEN SOMATIQUE.

C'est un homme de 60 ans, grand, à type athlétique, à tempérament congestif. Au

niveau du crâne dans la région temporale droite, il existe une large perte de substance osseuse.

Le visage est atone. La parole assez facile mais au cours de notre observation nous avons noté une certaine difficulté de l'articulation avec mouvements péribuccaux et de rares mouvements de mâchonnement. Il paraît exister un *très léger* degré de paraphasie.

Il n'existe qu'une très légère trémulation de la langue et des doigts. Il n'y a pas de paralysie oculaire. Les réflexes photomoteurs sont normaux mais les pupilles sont inégales. On ne trouve pas de séquelles de sa paralysie faciale.

Il y a lieu de noter quelques petites cicatrices sur le bord gauche de la langue, mais pas de leucoplasie.

Les réflexes ostéo-tendineux sont normaux et égaux et il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

Signalons comme seul signe de la série pyramidale une ébauche de réflexe en extension à l'excitation cutanée plantaire du côté droit. Ceci est à rapprocher des éléments très discrets de paraphasie.

L'appareil cardio-vasculaire est peu touché. Il n'y a pas de signe d'aortite. La tension artérielle est de 13-8.

Les autres viscères ne présentent pas de signes pathologiques.

Enfin, l'examen du sang a donné des signes négatifs en ce qui concerne les réactions syphilitiques. Le liquide céphalo-rachidien est normal : albumine 0,30 – leucocytes 0,8 – Benjoin 00000.12100.00000 – Pandy, Wassermann négatifs.

...« le cas Jean-Pierre »...

La conclusion diagnostique de cette observation est que *J. P. est atteint depuis 50 ans de syphilis et depuis 25 ans d'épilepsie post-traumatique, qu'il présente des troubles mentaux caractérisés par un état d'affaiblissement intellectuel progressif avec quelques signes de neurosyphilis, par des manifestations comitiales (crises convulsives, équivalents, états crépusculaires), de plus en plus graves et par la tendance à l'impulsivité et aux actes automatiques.*

4° APPLICATION DES DONNÉES DE L'OBSERVATION A LA DÉTERMINATION DE SA RESPONSABILITÉ.

Du lundi 18 au mardi 19 octobre 1937, J. P. a eu trois crises comitiales vers 10 heures, vers 2 heures et vers 5 heures. Il s'est levé vers 8 heures, se plaignait d'être courbaturé, ne se rappelant rien des crises, et quand sa femme les lui apprit il se mit en colère et présenta ensuite une crise de désespoir, se donnant des coups sur la tête. Le mardi soir, après s'être couché il eut dans la nuit une *crise d'arithmomanie* : il se mit à compter d'une façon inconsciente et automatique. Cette crise a duré 1/4 d'heure. Le mercredi 20 il craignait que la maison ne lui tombât sur la tête. Il avait l'impression « que la terre tournait et le ciel aussi ». Il est allé à la Bibliothèque du couvent et y a pris des livres. Il n'a pas voulu se rendre chez le médecin où sa mère et sa femme voulaient le conduire.

Le jeudi 21, le matin, il est allé en se promenant chercher du lait dans une ferme et commença à tenir à sa femme des propos délirants : « Il avait vu les astres décrire des cercles dans la nuit. On avait peut-être gagné 400.000 frs ». Il paraissait, dit sa femme, « vague ». Le soir, vers 21 heures, il ne voulut pas se coucher, déclarant que la maison brûlait. Il voyait les flammes et de la fumée. Il voulait partir, craignant que la maison ne s'écroule. Il s'est enfin mis au lit tout hébété, et a présenté des signes d'anxiété durant toute la nuit.

ÉPILEPSIE

Le vendredi 22, « il était complètement dans la vague », il errait dans la rue et ne disait pas grand'chose. Il fut examiné par le médecin qui ordonna du *gardénal*. Il prit, pour la *première fois* de son existence, ce médicament le soir même. Il regardait les astres, était préoccupé par des questions de navigation, de construction de bateaux. Tout son comportement était étrange. Il paraissait, à son entourage, surexcité.

Le samedi 23 il continue ses « divagations ». Sa femme effrayée alla demander au médecin de bien vouloir établir un certificat d'internement. Celui-ci est établi vers 16 heures et constate la nécessité de placer J. à l'asile. A la même heure, celui-ci se trouvait chez les Pères Blancs ¹ où il discutait de la transmutation des métaux. Revenu chez lui il parut abattu et triste. Sa mère pleurait dans un coin. Vers 17 heures, sa femme se décida à sortir un moment pour aller acheter des provisions pour le lendemain. Elle le laissa seul dans la maison avec sa mère.

Ce que nous savons du drame lui-même nous ne le connaissons qu'à travers la conscience troublée du criminel. Il paraît vraisemblable d'admettre qu'à l'occasion d'un incident sans importance, d'une altercation (peut-être à propos de la chatte), l'agressivité de J.P. s'est déchaînée. Il a renversé sa mère, l'a frappée avec sauvagerie à l'aide de la chaise, puis à coups redoublés de talon.

Si nous essayons de pénétrer dans la conscience de J. P. autant que faire se peut et dans la mesure même de ses premières explications au moment où les expériences délirantes oniroïdes étaient encore vécues par lui en continuité avec l'effroyable scène, nous pouvons peut-être reconstituer l'atmosphère intérieure de la tragédie que le criminel a éprouvée et « voulue ».

1. L'extraordinaire concordance des événements vécus par Jean-Pierre et de certaines scènes cruciales des « *Frères Karamazov* » est si frappante, que nous n'hésitons pas à rappeler ici quelques passages du chapitre intitulé « *Le Diable* ». *Hallucination d'Ivan Fiodorovitch*, Le père a été tué (ce père qui, déjà dans les premiers chapitres de l'ouvrage, avait été sauvagement frappé à coups de pied par Dmitri). Ivan déjà chancelant est comme ivre d'imaginaire, il va chez Smerdiakow. Les tempes lui battaient, son pouls était précipité. Le soir était tombé. Il pénétra dans la maison et reçut là les terribles aveux de Smerdiakow : ce n'est pas Dmitri (le frère aîné) qui a tué le père ; c'est lui (c'est-à-dire lui Smerdiakow le misérable et épileptique domestique) qui a tué en fait, mais c'est *lui* aussi (Ivan) qui l'a tué moralement car il avait « désiré » avec ardeur *la mort de son père...* Cette terrible scène et cette révélation sur le meurtre du père bouleversèrent encore davantage Ivan :

« Ivan sortit. La tourmente continuait. Il marcha d'abord d'un pas assuré, mais se mit bientôt à chanceler. « Ce n'est que physique » songea-t-il en souriant. Une sorte d'allégresse le gagnait. Il se sentait une fermeté inébranlable ; les hésitations douloureuses de ces derniers temps avaient disparu. Sa décision était prise et « déjà irrévocable » se disait-il avec bonheur. A ce moment il trébucha, faillit choir. En s'arrêtant, il distingua à ses pieds l'ivrogne qu'il avait renversé, gisant toujours à la même place, inerte. La neige lui recouvrait presque le visage. Ivan le releva, le chargea sur ses épaules. Ses idées s'éparpillaient : « Si je n'avais pas pris une résolution si ferme pour demain, pensa-t-il soudain avec délice, je ne serais pas resté une heure à m'occuper de cet ivrogne, j'aurais passé à côté sans m'inquiéter de lui... Mais comment ai-je la force de m'observer ? Et eux qui ont décidé que je deviens fou ! » En arrivant devant sa porte, il s'arrêta pour se demander : « Ne ferais-je pas mieux d'aller dès maintenant chez le procureur et de tout lui raconter?... Non, demain, tout à la fois ! » Chose étrange, presque toute sa joie disparut à l'instant. Lorsqu'il entra dans sa chambre, une sensation glaciale l'étreignit, comme le souvenir ou plutôt l'évocation de je ne sais quoi de pénible ou de répugnant, qui se trouvait en ce moment dans cette chambre et qui s'y était déjà trouvé. Il se laissa tomber sur le divan. La vieille domestique lui apporta le samovar, il fit du thé, mais n'y toucha pas ; il la renvoya jusqu'au lendemain. Il avait le vertige, se sentait las, mal à l'aise. Il s'assoupissait, mais se mit à marcher pour chasser le sommeil. Il lui semblait qu'il avait le délire. »

... L'extraordinaire concordance des événements vécus par Jean-Pierre et de certaines scènes cruciales des « Frères Karamazov »...

...« le cas Jean-Pierre »...

Il vivait depuis plusieurs jours dans un état de demi-rêve, ses pensées tourbillonnaient dans une rêverie incoercible et étrange. Des images surgissent à son esprit, celles de la puissance, de la catastrophe imminente, de Dieu, du feu, du mouvement des astres, etc.. Halluciné, il éprouvait des impressions ineffables de vertige, il entendait la voix de Dieu, il conversait avec lui, il assistait à des scènes d'épouvante. L'ensemble de ces troubles caractérisés par un état de subconfusion avec onirisme, hallucinations de l'ouïe, de la vue et cénesthésiques, était submergé par des vagues d'anxiété, teintant ses émotions de sentiments de remords, de peur, de tristesse. C'est dans cet état déterminé par une baisse notable du niveau psychique (état crépusculaire comitial), que, vivant avec intensité, anarchie et incoercibilité des contenus de conscience douloureux et terrifiants, bouleversé, livré à ses pulsions instinctivo-affectives les plus profondes et les moins bien contrôlées, c'est dans cet état que la tension agressive fondamentale qui représentait comme l'axe de son système de pulsions, sa tension agressive à l'égard de sa mère s'est brusquement déchargée dans une sanguinaire impulsion empruntant sa force aveugle à la fureur épileptique et sa violence à celle de son désir inconscient de vengeance et d'incestueuse jalousie.

...condition négative
nécessaire et condition
positive requise...

Si en effet l'état crépusculaire de sa conscience est la *condition négative* fondamentale et nécessaire de l'acte criminel, l'impulsion matricide a requis une *condition positive* : la forte charge affective à l'égard de la mère. Dès les premiers instants J. P. a « raconté » le drame sous l'angle de la frustration : « Elle était enceinte et ce n'était pas de moi... Ce n'est pas moi qui y étais monté dessus... » Toujours quand il parlait de sa mère c'était pour s'en moquer, la calomnier, exhaler son dépit superficiellement incompréhensible. Il minaudent pour l'imiter. Il l'appelait Hitler. Il l'accusait de ne plus

.../... « Je ne suis pas médecin, et pourtant je sens que le moment est venu de fournir quelques explications sur la maladie d'Ivan Fiodorovitch. Disons tout de suite qu'il était à la veille d'un accès de fièvre chaude, la maladie ayant fini par triompher de son organisme affaibli. Sans connaître la médecine, je risque cette hypothèse qu'il avait peut-être réussi, par un effort de volonté, à conjurer la crise, espérant, bien entendu, y échapper. Il se savait souffrant, mais ne voulait pas s'abandonner à la maladie dans ces jours décisifs où il devait se montrer, parler hardiment, « se justifier à ses propres yeux ». Il était allé voir le médecin mandé de Moscou par Catherine Ivanovna. Celui-ci, après l'avoir écouté et examiné, conclut à un dérangement cérébral et ne fut nullement surpris d'un aveu qu'Ivan lui fit pourtant avec répugnance : « Les hallucinations sont très possibles dans votre état, mais il faudrait les contrôler... D'ailleurs vous devez vous soigner sérieusement, sinon cela s'aggraverait ». Mais Ivan Fiodorovitch négligea ce sage conseil : « J'ai encore la force de marcher ; quand je tomberai, me soignera qui voudra ! » Il avait presque conscience de son délire et fixait obstinément un certain objet, sur le divan, en face de lui. Là apparut tout à coup un individu, entré Dieu sait comment, car il n'y était pas à l'arrivée d'Ivan Fiodorovitch après sa visite à Smerdiakov. C'était un monsieur, ou plutôt une sorte de gentleman russe, qui frisait la cinquantaine, grisonnant un peu, les cheveux longs et épais, la barbe en pointe. »

« Écoute, dit Ivan Fiodorovitch en se levant, je crois que j'ai le délire, raconte ce que tu veux, peu m'importe ! Tu ne m'exaspéras pas comme alors. Seulement, j'ai honte... Je veux marcher dans la chambre... Parfois je cesse de te voir, de t'entendre, mais je devine toujours ce que tu veux dire, car c'est moi qui parle, et non pas toi ! Mais je ne sais pas si je dormais la dernière fois, ou si je t'ai vu en réalité. Je vais m'appliquer sur la tête une serviette mouillée ; peut-être te dissiperas-tu. »

« Tais-toi, sinon gare aux coups de pied.

— En un sens, ça me fera plaisir, car mon but sera atteint : si tu agis ainsi, c'est que tu crois à ma réalité ; on ne donne pas de coups de pied à un fantôme. Trêve de plaisanteries ; tu peux m'injurier, mais il vaut mieux être un peu plus poli, même avec moi. Imbécile, canaille ! Quelles expressions ! .../...

lui donner les médicaments dont il avait besoin. Il souffrait de vivre à ses crochets. Tous ces traits psychologiques se groupent dans le sens d'une animosité à l'égard de sa mère, animosité qui avait déjà trouvé une expression plus agressive lorsqu'il l'avait giflée il y a un an.

...« le cas Jean-Pierre »...

Frappé de ce caractère fondamental de la vie affective de J. P. nous avons noté le 28 octobre, dans les renseignements très complets que sa femme nous avait donnés, que sa mère peu après son veuvage avait eu un amant, mais d'après M^{me} J. P. son mari devait l'ignorer. Nous avons vu au contraire que spontanément, le 3 novembre, J. P. avait associé au récit de son érection au moment du crime le souvenir de sa première masturbation alors qu'à l'âge de 12 ans il entendait les cris voluptueux de sa mère dans les bras de son amant.

Telle est la scène traumatique qui chez le jeune adolescent a cristallisé la fixation œdipienne infantile et a préparé le crime œdipien sénile. On ne peut pas ne pas être convaincu du rôle que ce souvenir odieux a pu jouer dans l'existence libidinale de J. P. lorsqu'on a entendu ses ricanements, son extraordinaire excitation, lorsqu'il s'écriait : « Ah ! elle criait son bonheur !... et bien ! moi aussi, je l'ai crié ensuite avec la veuve, la belle brune », faisant allusion à la principale aventure amoureuse de sa vie.

...Telle est la scène traumatique qui [...] a cristallisé la fixation œdipienne infantile et a préparé le crime œdipien sénile...

Ainsi à 50 ans de distance, chez ce vieillard épileptique, nous voyons au cours d'un état crépusculaire comitial cette frustration libidinale « remonter » et investir d'une profonde et violente signification de jalousie son acte meurtrier.

— En t'injuriant, je m'injurie ! Toi, c'est moi-même, mais sous un autre museau. Tu exprimes mes propres pensées... et tu ne peux rien dire de nouveau !

— Si nos pensées se rencontrent, cela me fait honneur, dit gracieusement le gentleman. »

« J'aime sincèrement les hommes ; on m'a beaucoup calomnié. Quand je me transporte sur la terre, chez vous, ma vie prend une apparence de réalité, et c'est ce qui me plaît le mieux. Car le fantastique me tourmente comme toi-même, aussi j'aime le réalisme terrestre. Chez vous, tout est défini, il y a des formules, de la géométrie ; chez nous, ce n'est qu'équations indéterminées ! Ici, je me promène, je rêve (j'aime à rêver). Je deviens superstitieux. Ne ris pas, je t'en prie ; la superstition me plaît. J'adopte toutes vos habitudes ; j'aime aller aux bains publics, imagine-toi, être à l'étuve avec les marchands et les popes. Mon rêve, c'est de m'incarner, mais définitivement, dans quelque marchande obèse, et de partager toutes ses croyances. Mon idéal, c'est d'aller à l'église et d'y faire brûler un cierge, de grand cœur, ma parole. Alors mes souffrances prendront fin. J'aime aussi vos remèdes : au printemps, il y avait une épidémie de petite vérole, je suis allé me faire vacciner ; si tu savais comme j'étais content, j'ai donné dix roubles pour « nos frères slaves ! » Tu ne m'écoutes pas. Tu n'es pas dans ton assiette, aujourd'hui — Le gentleman fit une pause — Je sais que tu es allé hier consulter ce médecin... Eh bien ! comment vas-tu ? Que t'a-t-il dit ? »

« Le diable, des rhumatismes ? »

— Pourquoi pas ? Si je m'incarne, il faut en subir toutes les conséquences. *Satanas sum et nihil humani a me alienum puto.*

— Comment, comment ? *Satanas sum et nihil humani...* Ce n'est pas bête, pour le diable !

— Je suis heureux de te plaire enfin.

— Cela ne vient pas de moi, dit Ivan, cela ne m'est jamais venu à l'esprit. Étrange...

— C'est du nouveau, n'est-ce pas ? Cette fois-ci je vais agir loyalement et t'expliquer la chose. Écoute. Dans les rêves, surtout durant les cauchemars qui proviennent d'un dérangement d'estomac, ou d'autre chose, l'homme a parfois des visions si belles, des scènes de la vie réelle si compliquées, il traverse une telle succession d'événements aux péripéties inattendues, .../...

...« le cas Jean-Pierre »...

Au moment du meurtre de sa mère, après lui avoir asséné les coups mortels, se sentant en érection, il a trouvé dans sa conscience oniroïde où tout se mêlait comme dans les scènes éparses d'un rêve, l'inspiration de ses actes bizarres et dérisoires. Ayant la conscience vague de « sa saleté », de son effroyable « saleté sexuelle », il se déboutonna, regarda son « énorme machin » et se « décalotta » comme pour voir si « elle était sale ». Quand il racontera la scène quelques jours après, il nous dira qu'il a le souvenir de ses mains ignobles, dégoûtantes, pleines de sang et de saleté, et, ce disant, il fera le geste de se masturber retrouvant le sens d'une métaphore qui lie au travers des degrés de sa conscience sa culpabilité érotique à l'ignominie physique de son corps.

Un moment, nous avons pu croire qu'il y avait eu attentat sexuel. Il nous semble cependant que, comme cela arrive fréquemment dans les états crépusculaires qui, comme le rêve, répétons-le encore, satisfont les pulsions sans les réaliser complètement, toute la conduite de J. P. au moment de l'action a plutôt la valeur de gestes symboliques et désordonnés que celle d'un acte libidineux qui aurait eu pour objet (autrement qu'indirect, anachronique et inconscient) le corps de sa vieille mère de 80 ans.

Qu'il soit possible de rattacher cette jalousie vindicative inconsciente à une fixation érotique à sa mère du type « œdipien » cela paraît hors de doute et de discussion. Telle est, à notre sens, la signification profonde de l'acte criminel commis par J. P. Livré à ses instincts les plus bas par son épilepsie, il a tué sa mère dans des conditions qui rendent éclatant le caractère pathologique d'un acte, manifestement commis dans un état d'inconscience épileptique.

.../...depuis les manifestations les plus hautes jusqu'aux moindres bagatelles, que, je te le jure, Léon Tolstoï lui-même ne parviendrait pas à les imaginer. »

« Tu as les nerfs malades, insinua le gentleman d'un air dégagé mais amical ; tu m'en veux d'avoir pris froid, cependant cela m'est arrivé de la façon la plus naturelle. Dans l'espace, dans l'éther, dans l'eau, il fait un froid, on ne peut même pas appeler cela du froid : cent cinquante degrés au-dessous de zéro. On connaît la plaisanterie des jeunes villageoises : quand il gèle à trente degrés, elles proposent à quelque niais de lécher une hache ; la langue gèle instantanément, le niais s'arrache la peau ; et pourtant ce n'est que trente degrés ! A cent cinquante degrés, il suffirait, je pense, de toucher une hache avec le doigt pour que celui-ci disparaisse... si seulement il y avait une hache dans l'espace...

— Mais, est-ce possible ? interrompit distraitemment Ivan Fiodorovitch. Il luttait de toutes ses forces pour résister au délire et ne pas sombrer dans la folie.

— Une hache ? répéta le visiteur avec surprise.

— Mais oui, que deviendrait-elle, là-bas ? s'écria Ivan avec une obstination rageuse.

— Une hache dans l'espace ? Quelle idée ! Si elle se trouve très loin de la terre, je pense qu'elle se mettra à tourner autour sans savoir pourquoi, à la manière d'une satellite. »

« Ne fais donc pas le philosophe, espèce d'âne !

— Comment puis-je philosopher, quand j'ai tout le côté droit paralysé, qui me fait geindre. J'ai consulté la Faculté ; ils savent diagnostiquer à merveille, vous expliquent la maladie, mais sont incapables de guérir. »

« Comment dire, si tu parles sérieusement...

— Dieu existe-t-il oui ou non ? insista Ivan avec colère.

— Ah ! c'est donc sérieux ? Mon cher, Dieu m'est témoin que je n'en sais rien, je ne puis mieux dire.

— Non, tu n'existes pas, tu es moi-même et rien de plus ! Tu n'es qu'une chimère !

— Si tu veux, j'ai la même philosophie que toi, c'est vrai. Je pense, donc je suis, voilà ce qui est sûr ; quant au reste, quant à tous ces mondes, Dieu et Satan lui-même, tout cela ne .../...

Reste à examiner un dernier point. L'acte matricide de J. P. a été commis par un épileptique en état crépusculaire, quel souvenir en a-t-il gardé ? Nous pouvons dire que l'impulsion à laquelle n'a pas pu résister le criminel n'a pas été recouverte immédiatement ni complètement par une amnésie typique. Certes, il est fréquent d'observer principalement dans les états plus crépusculaires que proprement confusionnels des actes automatiques mnésiques, la chose étant même possible pour certains accès d'automatisme épileptique au cours des crises. Et l'ensemble de ces faits est connu sous le nom d'*épilepsie mnésique*. Le peu d'amnésie de l'acte ne doit pas nous arrêter par conséquent, puisque, répétons-le, il s'agit spécialement d'un état crépusculaire de la conscience au cours duquel la fixation des souvenirs se fait relativement assez bien. Mais un autre aspect de la mémoire de l'inculpé doit retenir notre attention. S'il a gardé un souvenir suffisant de l'acte il n'en reste pas moins que, au cours des jours qui ont suivi le crime et durant lesquels nous l'avons observé, le souvenir de l'action s'est progressivement affaibli et transformé. Qu'est-ce à dire ? N'aurions-nous pas à faire à quelque simulateur qui jouerait de son amnésie et de son épilepsie comme d'un procédé de défense ? Il peut paraître paradoxal en effet d'entendre un inculpé déclarer qu'il se rappelle, puis qu'il ne se rappelle plus qu'il a tué sa mère qui était « en train d'accoucher » puis qu'il l'a frappée au lieu de frapper la chatte et enfin qu'il a eu une simple altercation au cours de laquelle il l'aurait tuée sans s'en rendre bien compte. Certes, l'amnésie invoquée par J. P. ne revêt pas un tel degré qu'il ne puisse plus se rappeler s'il a commis l'acte. Sans doute l'hypothèse de la simulation des troubles mentaux devant le tableau clinique et l'évolution typique des troubles, ne peut-elle même pas être envisagée, mais il n'en reste pas moins que nous nous trouvons, en fait, en présence d'une *forme d'amnésie paradoxale et retardée*. Cette éventualité nous avait paru

.../... m'est pas prouvé. Ont-ils une existence propre, ou est-ce seulement une émanation de moi, le développement successif de mon moi, qui existe temporellement et personnellement... ? Je m'arrête, car j'ai l'impression que tu vas me battre. »

« Tant qu'il y avait les atomes, les cinq sens, les quatre éléments, cela allait encore. Les atomes étaient déjà connus dans l'antiquité. Mais vous avez découvert « la molécule chimique », « le protoplasme », et le diable sait encore quoi ! »

« Quel âne — Ivan eut un rire nerveux et se mit à réfléchir — N'est-ce pas la même chose de rester couché éternellement ou de marcher un quadrillion de verstes ? Mais cela fait un billion d'années ?

— Et même davantage. S'il y avait ici un crayon et du papier, on pourrait calculer. Il est arrivé depuis longtemps et c'est là que commence l'anecdote.

— Comment ! Mais où a-t-il pris un billion d'années ?

— Tu penses toujours à notre terre actuelle ! La terre s'est reproduite peut-être un million de fois ; elle s'est gelée, fendue, désagrégée, puis décomposée des éléments, et de nouveau les eaux la recouvrirent. Ensuite, ce fut de nouveau une comète, puis un soleil d'où sortit le globe. Ce cycle se répète peut-être une infinité de fois, sous la même forme, jusqu'au moindre détail. »

« Mon ami, remarqua sentencieusement le visiteur, mieux vaut avoir le nez long que pas de nez du tout, comme le disait encore récemment un marquis malade (il devait être soigné par un spécialiste), en se confessant à un Père Jésuite. J'y assistais, c'était charmant. — Mon fils, dit le Père en soupirant, on ne peut demander tous les biens à la fois, et c'est déjà murmurer contre la Providence, qui, même ainsi, ne vous a pas oublié ; car si vous criez comme tout à l'heure, que vous seriez heureux toute votre vie d'avoir le nez long, votre souhait a été exaucé indirectement, car ayant perdu votre nez, par le fait même, vous avez le nez long... »

— Fi ! que c'est bête ! s'écria Ivan.

— Mon ami, je voulais te faire rire, je te jure que telle est la casuistique des Jésuites .../...

...« le cas Jean-Pierre »...

probable dès notre premier examen car lorsqu'on observe un épileptique plongé encore dans l'état crépusculaire durant lequel il s'est livré à des actes automatiques, on est dans une situation analogue à celle où se trouve l'observateur qui, écoutant le rêveur achever son rêve, prévoit qu'il sera peut-être le seul à se rappeler les paroles qui vont tomber dans l'inconscient de celui qui vient de les prononcer. C'est en effet quelque chose de semblable qui s'est produit. L'amnésie a frappé peu à peu un certain nombre de souvenirs de la scène du crime contenus dans la conscience du criminel. Ce qui a été le plus atteint par l'amnésie, et tout de suite, c'est le vécu délirant du crime, les expériences oniriques contemporaines du drame. Ce noyau profond de l'agression dont la réalité psychologique a éclaté d'emblée, cette relation inconsciente entre l'impulsion homicide et la jalousie incestueuse, œdipienne, cette continuité entre la scène traumatisante de son enfance et l'horrible drame de sa vieillesse, se sont exprimés par des images, des fabulations délirantes qu'il a les premières « oubliées » et « censurées » par la suite. Là réside en effet le caractère le plus remarquable de cette amnésie paradoxale et retardée : l'amnésie a frappé les souvenirs corrélatifs aux instances les plus inconscientes comme si la « lucidité », la « clarté » de la conscience coïncidait dans sa progression et son action avec la « censure » qui maintient ou refoule dans l'inconscient les images désagréables. Remarquons enfin que, parallèlement à cet oubli, à cette censure des souvenirs, s'est effectué dans la phase de réveil de l'état crépusculaire un travail analogue dans l'ordre des explications du crime. J. P. a varié dans son récit et ses explications selon une loi comparable à celle de son amnésie ; ses explications au fur et à mesure que sa lucidité revenait sont devenues de plus en plus disculpatrices, jusqu'à aboutir à

.../... et que tout ceci est rigoureusement vrai. Ce cas est récent et m'a causé bien des soucis. Rentré chez lui, le malheureux jeune homme se brûla la cervelle dans la nuit ; je ne l'ai pas quitté jusqu'au dernier moment... Quant aux confessionnaires des Jésuites, c'est vraiment mon plus agréable divertissement aux heures de tristesse. »

Entraîné par son éloquence, le visiteur élevait de plus en plus la voix et considérait avec ironie le maître de la maison ; mais il ne put achever. Ivan saisit tout à coup un verre sur la table et le lança sur l'orateur.

— Ah mais, c'est bête enfin ! s'exclama l'autre en se levant vivement et en essuyant les gouttes de thé sur ses habits ; il s'est souvenu de l'encier de Luther ! Il veut voir en moi un songe et lance des verres à un fantôme ! C'est digne d'une femme ! Je me doutais bien que tu faisais semblant de te boucher les oreilles, et que tu écoutais...

A ce moment, on frappa à la fenêtre avec insistance. Ivan Fiodorovitch se leva.

— Tu entends, ouvre donc, s'écria le visiteur, c'est ton frère Aliocha qui vient t'annoncer une nouvelle des plus inattendues, je t'assure !

« Ce n'est pas un rêve ! Non, je jure que ce n'était pas un rêve, tout ça vient d'arriver. Ivan courut à la fenêtre et ouvrit le vasistas.

— Aliocha, je t'avais défendu de venir, cria-t-il, rageur, à son frère. En deux mots, que veux-tu ? En deux mots, tu m'entends ?

Smerdiakov s'est pendu il y a une heure, dit Aliocha.

— Monte le perron, je vais t'ouvrir, dit Ivan, qui alla ouvrir la porte... »

Sans doute Jean-Pierre n'a jamais raconté son expérience délirante sous la forme hallucinatoire attribuée par DOSTOÏEWSKI à Ivan Fiodorovitch, mais sauf sur ce point l'identité et l'intensité du vécu dramatique, cosmologique et philosophique sont si saisissantes, que l'on peut bien dire que, autour du drame œdipien (déjà, et par personne interposée, consommé sur la personne du père dans le roman — en cours d'exécution sur la personne de la mère dans notre observation), c'est le même crépuscule de la réalité et la plus vertigineuse problématique de l'être et du néant qui sont vécus par les frères Karamazov et par ce vieil employé beauceron.

une minimisation supportable de ses souvenirs, à la constitution d'un faux souvenir. Nous pouvons donc conclure que ni son amnésie retardée et paradoxale, ni les variations dans ses déclarations de plus en plus disculpatrices ne sont des attitudes de simulation mais qu'elles expriment le travail automatique de récupération de l'activité psychique qui, en accédant à des degrés plus élevés, a refoulé et « travesti » la « réalité » subjective de l'impulsion matricide selon la loi générale du refoulement. Disons enfin pour terminer que J. P. est loin d'avoir récupéré un niveau psychique normal et qu'il est vraisemblable que son déficit est, dans une certaine mesure, chronique, démentiel, considération qui, jointe au caractère impulsif et automatique de son acte matricide, nous permet d'affirmer avec une certitude accrue encore que J. était en état de démence au sens de l'article 64 du Code Pénal au moment de l'action.

5° LA FIN DE JEAN-PIERRE.

Interné à l'hôpital psychiatrique de Bonneval en novembre 1937 dans le service du D^r PICARD, il y est décédé en janvier 1942.

Durant toute la durée de son séjour on a pu constater des crises comitiales assez fréquentes et des épisodes confusionnels. Progressivement, l'état démentiel s'est accentué. Inactif, mais assez ordonné dans son comportement, il a accusé des troubles de plus en plus profonds des fonctions intellectuelles et de la mémoire. Sa vie psychique s'est lentement obscurcie et rétrécie jusqu'à se perdre dans le vague et l'insouciance.

Le souvenir de son crime s'est estompé. Quand on lui en parlait il répétait « Je ne l'ai pas fait exprès » et même à la fin de son existence devenu indifférent, il lui est arrivé de subir une telle « scotomisation » de la scène du drame qu'il la niait purement et simplement (Dr. Picard). C'est au cours d'un état de mal épileptique qu'il est mort à l'âge de 65 ans.

III. *Analyse structurale de l'état crépusculaire.*

Une telle observation permet sans doute d'étudier de la manière la plus concrète deux aspects fondamentaux de cet état crépusculaire : l'un négatif, l'autre positif.

STRUCTURE NÉGATIVE.

La conscience de J. P. présentait un aspect typique, celui de *l'obnubilation de la conscience*. La conscience, c'est-à-dire l'organisation du champ du vécu (champ défini par l'ordre des phénomènes qui composent son actualité) avait subi une régression et son bouleversement avait atteint l'activité fonctionnelle par quoi s'opèrent ces synthèses seules capables d'arracher à l'étreinte des pulsions aveugles et inconscientes, les actes, les idées, les perceptions, tous ces « fragments » de la vie psychique qui normalement se détachent de son courant automatique. L'altération du pouvoir de la

conscience « portait » sur sa clarté interne l'ombre de son amoindrissement. Vide, elle se ternissait de ce vide. Au relief, à la vigueur, à la netteté, à l'ordre de ses contenus se substituaient l'indifférenciation, la grisaille où elle s'enlisait. Sans contours, sans consistance, sans encadrement logique, les phénomènes psychiques se dissolvaient dans les ténèbres que leur faiblesse et leur confusion engendraient. Les formes qui naissent normalement de l'effort de construction par quoi se figurent et se déterminent les aspects du réel vécus dans le champ de la conscience s'effaçaient et se confondaient. Perdant son exacte adaptation au monde objectif qui requiert un net découpage conceptuel pour être appréhendé et analysé dans les actes constitutifs de son efficacité, la pensée gélatineuse et opaque était comme alourdie, obscure et immobile. La torpeur et l'hébétude ôtaient à *Jean-Pierre* toute possibilité de saisir et de pénétrer la réalité seulement vaguement perçue par lui. Son visage portait la marque de cette obnubilation, – ouaté et dépourvu de la vivacité de son éclat, son regard, embué, lointain et éteint, altéré dans sa transparence par le reflet même de l'ombre amassée dans la profondeur de sa conscience obscurcie, était comme le signe du crépuscule de sa pensée, signe tellement significatif que sa signification sautait aux yeux de tous. C'est bien ce qui avait frappé la femme de notre malade. Il avait l'air, nous dit-elle, depuis plusieurs jours « d'être ailleurs », d'être perdu dans le vague, d'être « hébété », « égaré », au point que toute la famille s'en était alarmée. Et après le drame, dès notre premier examen, quand nous avons noté chez *Jean-Pierre* cette expression « ahurie » et « perplexe », son regard éteint et vide où se reflétait le vertige intérieur, l'observation psychiatrique n'a fait que rejoindre la constatation « vulgaire » tant un tel trouble est manifeste quand l'ensemble du comportement, de la mimique et des propos, toute l'expression psychique sont désadaptés, lointains au point de réserver entre le malade et autrui une épaisseur de flou où se perd et s'amortit toute relation interhumaine. Ce sont toutes ces nuances qui composaient l'impression clinique de l'*obnubilation*, celle-ci interposant entre les êtres un rideau qui estompe et éteint le filigrane idéo-verbal précis que suppose leur commerce. Comme il est facile de le constater par les propos que nous avons rapportés plus haut, les réponses de *Jean-Pierre* étaient lentes, incertaines et vagues et leur désadaptation décalait au profit de la masse inconsistante de son rêve délirant l'exacte incidence de nos propos respectifs. Réfractée dans l'atmosphère trouble de sa pensée, chaque expression de son langage, de ses gestes ou de son visage se chargeait de perplexité, d'étonnement et restait engluée dans l'émotion momentanée qui l'étreignait. L'état crépusculaire, cette dissolution dramatique de la vie psychique non point assez profonde pour abolir la conscience mais assez « bouleversante » pour ébranler le sujet et le contraindre impulsivement à l'action, contenait après le crime comme un écho de la catastrophe qui avait germé dans l'ombre de ses obscures déterminations.

...la pensée gélatineuse et opaque était comme alourdie, obscure et immobile. La torpeur et l'hébétude...

...une épaisseur de flou où se perd et s'amortit toute relation interhumaine...

Un autre caractère de l'état crépusculaire de Jean-Pierre était représenté par l'*aspect chaotique de la pensée*. Ce n'est pas seulement la « lucidité » de sa conscience qui était altérée, mais aussi sa capacité de s'ordonner efficacement relativement à une fin ¹. C'étaient le tumulte et l'anarchie qui résonnaient en lui et précipitaient sa pensée dans une succession kaléidoscopique d'événements fulgurants et, même après la consommation de son acte criminel, sans cesse « *inachevés* ». Car c'est encore l'inachèvement qui caractérisait son crime comme pour ajouter l'inassouvissement à son terrible aspect de fantastique. Sa mère tuée, il tuait encore cette morte en cessant de pouvoir se la représenter comme si le drame n'avait, pour lui, pas plus de fin que de commencement. Sollicité depuis plusieurs jours par des vagues violentes d'émotion, secoué de désirs ou d'idées, il se débattait contre le déchaînement de ses velléités aveugles contre la sarabande des images qui tournoyaient en lui. Esclave de la forme même des actes qui s'imposaient à lui et dont il ne percevait que l'exigence du sens, pris dans l'engrenage des déroulements intempestifs qui se dévidaient incoerciblement, il sentait au plus profond de lui-même s'agiter « la marionnette » dont les frénétiques violences, les caricaturales lubies, les caprices, l'engageaient dans une course effrénée et sans but. C'est une révolution que chaque instant opérait dans son être, lui interdisant toute constance et tout repos. Tout à la fois auteur involontaire, acteur improvisé et spectateur, impuissant mais complice, du vertigineux prodige qui éclatait sur cette tragique scène qu'était devenue sa conscience, il se confondait avec le mouvement même auquel il résistait, il se sentait écartelé et pantelant, secoué de toutes les violences qui « forçaient » ses actes et ses pensées. Cet état de « surexcitation » et d'exaltation a attiré l'attention de son entourage ; il ne pouvait manquer d'échapper à sa femme quand elle le voyait en proie à une agitation désordonnée, aller et venir, se précipiter chez les Pères Blancs, « se donner de gros coups de poing », discuter de la « transmutation des métaux », errer dans la rue, se lancer et se perdre dans d'étonnantes « divagations ». Dès notre premier examen, il se présentait encore dans cet état, passant de la déclamation à la colère, de l'érotisme aux prières, tour à tour pathétique et pitoyable, gesticulant ou silencieux, exprimant par chacune de ses attitudes le rythme forcené et incohérent de son désordre intérieur. Lui-même éprouvait l'angoisse de ce tourbillon qui l'emportait et dans le récit qu'il a fourni, les jours suivants, de cette période, il ne manquait point de faire allusion à cet état de « folie » au cours duquel, disait-il sommairement « sa tête le travaillait énormément » comme si sa tête s'était détachée de son propre moi et l'entraînait hors de lui.

... l'aspect chaotique de la pensée...

...succession kaléidoscopique d'événements fulgurants [...] sans cesse inachevés...

La forme « *oniroïde* » de la conscience constituait un caractère également typique

1. En quoi précisément l'état crépusculaire apparaît ici phénoménologiquement différent de l'équivalent psychomoteur avec son automatisme aveugle, opiniâtre et inlassablement dirigé vers un même but absurde ou saugrenu.

de l'état crépusculaire qui opérait une condensation de la pensée en images. Ce que sa pensée perdait en faculté de déploiement dialectique et d'intégration conceptuelle ou en travail d'abstraction, les images tendaient à le gagner en intensité et en exclusivité. Et de même que l'esprit du dormeur se peuple d'images intenses et émouvantes, de même la conscience troublée de *Jean-Pierre* se condensait en contenus concrets. Elle se ramassait en remous d'expressions figurées, compactes et scéniques, en formes figuratives de souvenirs et de désirs ; les « représentations » du passé ou de l'avenir, les simulacres du réel, véritables lambeaux de vie, vécus hors du temps et de la réalité, exerçaient sur sa conscience entièrement prisonnière de ses images, un irrésistible empire. Le propre de cette structure de conscience dont notre malade nous fournit un exemple typique est (nous l'avons vu dans notre Étude n° 23) de varier dans ses niveaux structuraux mais aussi de tendre éperdument à constituer l'imaginaire en monde, monde fantasmique trop faible pour éclipser le monde réel, assez fort pourtant, pour le maintenir à l'horizon du vécu actuel. Sauf peut-être au moment où *Jean-Pierre* a cru sa maison en feu, sa conscience, saturée d'imaginaire, ne confondait pas cependant dans la même « réelle réalité » ses fantasmes et ses perceptions – et la fiction mystique et cosmologique qu'il vivait incoerciblement restait comme entre les parenthèses d'une semi-réalité ; soit qu'elle fût vécue seulement comme un souvenir (il a déclaré à sa femme qu'il *avait* vu les astres décrire des cercles dans la nuit) soit qu'elle demeurât pour elle-même une illusion (« on a peut-être gagné 400.000 frs »). Elle n'a été actuellement et complètement vécue qu'à de très brefs instants. Loin d'être entièrement perçu jusqu'à représenter la seule réalité, l'imaginaire était seulement dilué et éparpillé en réseau significatif qui infiltrait la réalité sans la remplacer. Sa conscience pressentait plus de significations qu'elle ne « réalisait » de fantasmes. Mais si l'image ne se constituait pas en « tableau » hallucinatoire ¹, elle était présente comme support de la réalité, comme intuition créatrice et plastique capable d'animer de sa lumière significative tout le champ phénoménal. C'était un rêve qui transfigurait la réalité sans se substituer à elle et qui sans être entièrement figuré en formes perceptives actuelles organisait et orientait le champ de la conscience et gagnait en virtualité de diffusion et de généralisation ce qu'il perdait en scénifications concrètes et achevées. C'est ainsi que « l'état mental » de *Jean-Pierre* durant ces jours qui ont précédé le crime était traversé de pressentiments, de presciences, de prophéties et d'étranges prémonitions, formes anticipées et virtuelles du drame en marche. L'idéologie politique de *Jean-Pierre* comme une forme du « rêve de son existence » s'était installée durant ces jours « crépusculaires » dans tous les détails de sa vie quotidienne. Les coups de boutoir de ses espoirs démesurés le pressaient d'entreprendre des réformes, à réviser sa conduite. Mêlée étroitement aux fantasmagories de sa métaphysique religieuse, sa philanthropie

1. Comme dans le récit de Ivan Karamazov.

...les « représentations » du passé ou de l'avenir, les simulacres du réel, véritables lambeaux de vie, vécus hors du temps et de la réalité...

...Sa conscience pressentait plus de significations qu'elle ne « réalisait » de fantasmes...

...[sa conscience était] traversée de pressentiments, de presciences, de prophéties et d'étranges prémonitions...

se reflétait dans le ciel, les étoiles, ses communications avec Dieu, etc... La merveilleuse correspondance de ce qui était par lui perçu et pensé forçait les situations, les êtres, les objets à entrer dans le cercle magique de son « rêve » d'un monde meilleur. Celui-ci lui apparaissait tantôt comme élargi jusqu'à l'horizon réalisé de son désir, tantôt comme réduit par les menaces d'une force contraire, selon le rythme émotionnel de son propre mouvement intérieur. Ainsi se constituait pour lui un monde à la fois artificiel, surnaturel et présent, organisé par ses propres courants affectifs dans le crépuscule de sa raison chavirée. Étrange catastrophe individuelle, convertie en fin du monde que seul peut réaliser un degré de plus dans la confusion du désir et de la réalité. Sans doute avons-nous déjà eu l'occasion d'approfondir l'étude de l'état crépusculaire (p. 292) mais c'est peut-être dans sa forme comitiale, c'est-à-dire la plus paroxystique et la plus tumultueuse, que l'on saisit à quel point le tragique du vécu est rigoureusement déterminé par le vertige même de la déstructuration de la conscience. La métaphore s'y écrase jusqu'au point où le cataclysme comitial est vécu comme séisme cosmique. Mais si, à ce point de nos études une fois encore et de la façon la plus décisive, le phénomène psychiatrique se trouve à l'intersection même du monde de la nature et de la nature de l'homme, cela ne peut pas avoir d'autre sens que la nécessité de compléter la pathologie négative de l'état crépusculaire de *Jean-Pierre* épileptique, ancien traumatisé du crâne et syphilitique, par la pathologie positive représentée par le système pulsionnel personnel de l'homme *Jean-Pierre*.

...on saisit à quel point le tragique du vécu est rigoureusement déterminé par le vertige même de la déstructuration de la conscience...

STRUCTURE POSITIVE.

L'état crépusculaire en effet n'est pas seulement un trouble dont nous venons d'analyser la structure formelle, ce n'est pas seulement une ombre, c'est un drame. La négativité de la conscience suppose son mode d'organisation dramatique et fantasmique. Et, en effet, *Jean-Pierre* dans son état second épileptique tombe jusqu'au plus profond de la tragédie humaine.

...L'état crépusculaire n'est pas seulement un trouble [...] c'est un drame.

1° – *L'atmosphère lyrique et métaphysique de la conscience crépusculaire.* Comme si l'horizon existentiel se rapprochait jusqu'à occuper le centre même de sa conscience, les grands problèmes de l'au-delà, des fins dernières, du destin se concrétisaient en vécu immédiatement dramatique. Notamment, lorsque précisément à l'heure où tombe la nuit, le ciel prenait pour lui un aspect fantasmagorique et qu'il se sentait attiré vers la splendeur « des cieux bleus » dans le moment même où un « tremblement de terre » ébranlait son existence. Saisi d'une terrible angoisse métaphysique, il se tournait vers l'Être suprême, entendait la voix de Dieu et ne cessait de penser à des problèmes mathématiques de construction de bateaux et de navigation. Nous avons noté que depuis longtemps il vivait dans ses auras une sorte de vertige des nombres

(arithmomane). Il avait l'esprit occupé alors par des calculs stériles où non seulement se projetait son métier de comptable mais aussi un besoin de tout comprendre et de formuler en nombres ses idées vagues mais prodigieusement riches pour lui de découvertes possibles. Il « déchiffrait » dans ses chiffres le mystère qui l'entourait et il agitait sous forme plus concrète qu'abstraite des chaînes de nombres. Dans sa pensée confuse et inextricable il sentait que pouvaient naître de grandes et merveilleuses découvertes au service de l'humanité malheureuse. Très préoccupé des problèmes religieux, il ne cessait de se rendre dans le couvent des Pères Blancs. Il recherchait depuis plusieurs jours leur conversation, il ne pensait qu'à leur faire des confidences, à retourner les voir, afin d'établir ainsi comme des contacts rassurants avec Dieu. La transmutation des métaux, éternel thème de la recherche de la pierre philosophale, le mouvement des astres, les secrets de la nature et de l'existence d'un Être suprême rapprochaient ce pauvre vieillard épileptique des préoccupations des grands physiciens, des astronomes et des philosophes. Mais sa pensée certes moins prompte et moins riche dans son mouvement discursif que chez le savant ou le mathématicien restait comme embryonnaire et seulement empêtrée dans l'amphigourie de ses intuitions concrètes. Plus poétique que scientifique, elle ne trouvait le contact avec Pythagore, les alchimistes ou Galilée que dans la buée hermétique et lyrique de leurs représentations mystiques et magiques de la nature. L'art et la science se confondaient en une même vertigineuse signification, celle d'une fusion du « cogito » et du « cogitatum » dans une intuition terriblement confuse et émouvante de l'identité du Moi et du Monde. L'angoisse constituait le centre et l'horizon de ce monde tragique où tout était remis en question. Ainsi la nuit de l'esprit coïncidait chez *Jean-Pierre* avec la beauté mystérieuse de la nuit qui l'entourait, soit qu'effectivement à la tombée du jour les formes du monde terrestre se confondissent dans les ténèbres envahissantes avec l'obscurité du ciel, soit qu'en plein jour même la disparition de la réalité résorbée dans le monde de ses fantasmes, engendrât pour lui l'émotion propre aux terreurs infantiles de l'espace noir, de la solitude et de l'ombre menaçante.

Ici l'expérience de l'état crépusculaire comitial si près de l'expérience de la fin du Monde découvre les aspirations les plus profondes de la nature humaine, celles qui, vécues dans l'angoisse et l'émotion esthétique du mystère, sont le foyer même de l'inspiration de l'Apocalypse, de KIERKEGAARD ou d'Edgard POË. Le fantastique sous forme d'une irruption « sacrée » fait trembler l'être jusque dans les bases existentielles de son destin et de son monde. Mais, répétons-le, cette fantasmagorie, pour si proche qu'elle soit des grandes œuvres philosophiques ou artistiques de l'esprit humain, reste ici comme vouée à une expérience incapable de se transcender et de se communiquer, vouée à n'être vécue que comme une ténébreuse et prodigieuse chute vers les profondeurs abyssales de la nature de l'homme et des choses.

... l'expérience de l'état
crépusculaire comitial si
près de l'expérience de la
fin du Monde...

2° – *La tragédie œdipienne*. Le matricide de ce vieillard eût pu paraître fortuit il y a 50 ans et le clinicien aurait pu, au temps de KRAFFT-EBING, penser qu'il s'était acharné sur sa mère simplement « parce qu'elle se trouvait là » comme une cible occasionnellement offerte à son impulsivité. Mais bien différente apparaît la motivation du drame si l'on tient compte de la série de ses « associations libres », de l'enchaînement dramatique dans sa conscience, après le crime, de toutes les images complexuelles (frustration, jalousie incestueuse à l'égard de la « mère phallique », identification passive à l'image maternelle, agressivité ambivalente, castration punitive) toutes images complexuelles qui interfèrent pour former la trame significative de son besoin de tuer et aussi de se détruire.

Sans doute faut-il, pour en saisir toute la sauvagerie, introduire dans ce drame ce qu'y a ajouté d'horreur, la violence déchaînée par le paroxysme comitial. Il faut bien, en effet, pour recomposer dans sa totalité l'atmosphère *frénétique* de l'état crépusculaire de *Jean-Pierre* se garder d'oublier la poussée irrésistible d'une violence que rien ne pouvait maîtriser. C'est, en effet, dans l'explosion d'un prodigieux déchaînement de ses forces aveugles, qu'il a actualisé, en les portant à leur suprême puissance, ses tendances agressives, qu'il a investi ses *pulsions* de sa terrible *impulsivité*.

...il a investi ses pulsions de sa terrible impulsivité...

C'est que sa « fureur » épileptique était là non seulement comme l'énergie libérée par la synchronisation des décharges neuronales, mais comme l'explosion d'une agressivité qui incorporait à l'image maternelle la charge latente d'une fixation libidinale radicalement frustrée. Les simagrées, l'agitation, l'angoisse constituèrent les premiers jours une première phase tragicomique de l'action qui déjà s'ébauchait sur le plan du simulacre. Aussi voyons-nous *Jean-Pierre* d'abord excentrique, extravagant, grotesque, sorte de pantin absurde et grandiloquent, faire des « scènes » à sa mère, se montrer hâbleur et bourdonnant. Mais la fièvre de la vie familiale toujours plus chargée d'animosité, de querelles et de conflits mesquins, montait peu à peu à un diapason de passion forcenée. Tous les personnages sont alors secoués de colères et d'angoisse comme ceux des romans de DOSTOÏEVSKI. Sous l'influence de tant d'émotion accumulée et libérée, dans l'état crépusculaire de *Jean-Pierre*, l'entourage reflète à son tour l'hostilité et la peur. Sa véhémence inquiète et exaspère sa femme, et le drame noué d'abord dans la fiction du délire éclate, lorsque la terrible finalité qu'il contient avec peine, imprime enfin à sa conduite son suprême caractère d'exécution.

Mais pour que ce « beauceron » s'identifiât avec quelque « frère Karamazov », il fallait bien que surgît du fond de lui-même la substance réelle d'un drame qui devait l'égaliser à quelqu'une de ces grandes figurations héroïques (Œdipe, Antigone, Électre, etc.) en qui les tragiques grecs ont, par avance, concentré la totalité de la passion humaine. *Jean-Pierre* s'est rué sur sa mère en s'identifiant à Œdipe, à son crime et à son châtement.

...Jean-Pierre s'est rué sur sa mère en s'identifiant à Œdipe, à son crime et à son châtement.

L'observation clinique montre assez clairement la *réalité* de ses « complexes » pour qu'il soit possible à chacun de saisir combien cette réalité, dans un état où toute réalité autre que celle-là chancelait, devait nécessairement s'emparer de cet homme et le porter à perpétrer le plus abominable forfait. *Ce n'est pas par hasard qu'il a tué sa mère*. Sa conscience claire ne pouvant plus contrôler sa conduite, les injections de son inconscient ont préfiguré dans la fiction oniroïde prémonitoire l'horrible enchaînement de son mobile, comme après le crime elles ont contribué à l'éclairer. Dès le premier contact que nous avons eu avec lui, en effet, sa formule « je ne suis pas monté dessus » nous a averti du sens du meurtre. Le contexte « elle était enceinte, ce n'était pas de moi, elle a accouché... Je me suis mis comme ça... Le gland est tombé devant moi... », etc. nous donne la mesure et la signification de l'intentionnalité fantasmique de sa conscience crépusculaire. Tout le complexe œdipien s'est manifesté dans ce matricide incestueux quand il s'est acharné sur l'« *imago* » maternelle et au travers d'elle, sur son support réel, le pauvre corps de sa vieille mère. Il n'a pas eu assez de toutes ses forces pour la frapper et détruire cet « objet » sacré qui l'attirait et qu'il haïssait à la fois, ne trouvant que dans cette destruction sanglante de « l'*imago* » qui le torturait le suprême assouvissement libidinal. C'est dans ce tourbillon d'images sanglantes, dans le sang même de cette orgie de stupre et d'assassinat qu'il a vécu, en même temps que sa mère, les derniers moments de leur existence. Il est mort, en effet, avec elle – ce qui lui est resté ensuite de vie n'étant, après son crime, qu'une vague apparence d'existence déchargée de son sens.

3° – *L'amnésie retardée et l'évolution du souvenir du crime dans la conscience de Jean-Pierre*. Le problème de l'amnésie ¹ que peut poser l'état crépusculaire (et nous l'avons déjà vu à propos de l'examen des « Troubles de la mémoire ») se confond avec celui de la modification générale de l'activité psychique ; elle perd de ce fait ce caractère de simplicité par quoi on croit pouvoir la saisir en tant que phénomène nettement isolable. Le propre de l'activité mnésique est d'organiser la disponibilité des souvenirs. Or cette organisation suppose ce qui est précisément impossible dans l'état crépusculaire, à savoir une activité synthétique suffisante. Cette constatation est si évidente qu'inconscience et amnésie sont deux termes pratiquement corollaires qui définissent « l'automatisme comital » sous sa forme la plus caractéristique. Ce qui obscurcit et fausse souvent l'observation du fait et la théorie psychopathologique qui en découle, c'est une conception trop sommaire du conscient et de l'inconscient qui se les représente comme deux modes d'activité radicalement différents. A la conscience, on recon-

1. Notre élève BRISSON (F.) a consacré, il y a quelques années, sa thèse (Paris 1939) à *l'amnésie retardée épileptique*. Il a d'ailleurs utilisé l'observation de Jean-Pierre que nous lui avons communiquée.

naît les attributs de clarté, de fixation mnésique et de coordination adaptés du comportement. A l'inconscient, on concède seulement les caractères d'actes mécaniques, aveugles et amnésiques. Dès lors on se trouve fort embarrassé pour étudier les formes dégradées de l'automatisme comitial que tant d'auteurs, comme nous l'avons vu, ont pourtant si bien étudiées. Si l'on se représente au contraire qu'il existe dans la déstructuration de la conscience tous les degrés entre l'acte normal et l'acte impulsif le plus aveuglément « réflexe », on admet du même coup que les niveaux de cette déstructuration correspondent à des « coupes » transversales du psychisme, qui vont depuis l'activité automatique inconsciente et amnésique jusqu'à des formes si « dégradées » de l'automatisme qu'il peut être conscient et mnésique. Cela ne veut pas dire qu'il n'existe alors aucune altération de la conscience et de la mémoire mais que les actes sont solidaires d'un trouble si discret de la conscience que celui-ci paraît « pratiquement nul » ou si peu manifeste qu'il nécessite une analyse approfondie pour être mis en évidence.

Dès lors, il est évident que l'état crépusculaire de la conscience comporte non une abolition pure et simple de la conscience, mais une *modification structurale de la conscience*. Cette modification est suffisante pour nous rendre compte des modifications corollaires de la mémoire, laquelle ne sera pas, nous pouvons nous y attendre, une amnésie « pure et simple ».

Tant que le rêve pathologique a duré et s'est poursuivi jusqu'au crime, la conscience de Jean-Pierre a été remplie de ses représentations et images incestueuses et obscènes qui ont constitué la trame du drame vécu par lui. Cette réalité ayant « survécu » aux instants qui ont marqué son actualité, durait encore sous forme d'émotion, au moment où nous l'avons examiné pour la première fois alors qu'il demeurait encore « en présence » de cette réalité et que ses souvenirs en reflétaient la récente « fraîcheur ». Dans la suite, le retour à une vie consciente plus organisée et plus claire, le refroidissement de son émotion n'ont plus laissé subsister que le fait principal, le crime (resté globalement mnésique et conscient pendant quelques jours). Ce qui a été d'abord recouvert par l'oubli, c'est le contexte délirant du crime, c'est la couche de vie psychique ensevelie normalement dans l'inconscient et dont le complexe d'Œdipe constituait le centre. En se constituant, l'état crépusculaire, comme le retrait de la mer découvre les algues qu'elle recouvrait, a mis à jour et en action cette couche archaïque et inconsciente, cette infrastructure fantasmique de la sphère instinctivo-affective. Quand il s'est dissipé par contre, l'inconscient s'est trouvé à nouveau recouvert par les instances normales et conscientes qui l'ont « remis à sa place ». Le crime, dans la mesure même où il a pu se dégager de ce réseau de significations inconscientes, a échappé comme une épave au naufrage et à l'engloutissement des souvenirs. Quelque temps encore, certaines images sont restées flottantes et accrochées par les liens de leur

...En se constituant, l'état crépusculaire, comme le retrait de la mer découvre les algues qu'elle recouvrait, a mis à jour [...] cette infrastructure fantasmique de la sphère instinctivo-affective...

...l'ombre de la démence, en nivellant tous les problèmes, a rendu inutiles les ruses de l'inconscient...

signification inconsciente au meurtre (la masturbation, la chatte). Puis *l'élaboration secondaire* (comme dans le souvenir et le récit des rêves) a fait son œuvre en ensevelissant ces liens et en leur substituant une explication. « J'ai tué ma mère par erreur, je voulais donner un coup de pied à la chatte et j'ai atteint ma mère ». Ultérieurement, ce souvenir lui-même s'est éteint au fur et à mesure que l'ombre de la démence, en nivellant tous les problèmes, a rendu inutiles les ruses de l'inconscient et de la conscience et a englouti la totalité du passé.

La courbe de cette amnésie retardée partielle et systématique mérite qu'on s'attarde encore une fois à sa considération. Elle a subi très exactement la courbe de récupération de l'activité de la conscience tant que les troubles de *Jean-Pierre* ont été représentés par des anomalies des niveaux de conscience. Par contre, il n'en a plus été de même quand ils ont reflété sa démence initiale. Tandis que la conscience revenait à son niveau maximum sans d'ailleurs pouvoir justement atteindre son activité normale, le souvenir de la scène s'effaçait comme si la restructuration de la conscience avait pour fonction de rétablir la censure des souvenirs liés au libre jeu de la couche inconsciente. A ce moment, tout de même que la couche des images archaïques perdait à nouveau son actualité et cessait d'émerger dans une conscience dégradée, le souvenir du drame perdait ses liens directs avec la motivation complexuelle pour être rationalisé et somme toute scotomisé (je voulais donner un coup de pied à la chatte et j'ai tué accidentellement ma mère). Mais plus tard quand, sous l'emprise d'une faiblesse générale et démentielle de l'activité psychique, Jean-Pierre a « perdu la mémoire », cela a voulu dire alors, qu'il s'est retiré du monde des valeurs : il s'est en effet confiné dans une sorte d'existence « inexistante » comme nous le soulignons plus haut. L'amnésie qui était d'abord une forme de l'organisation de la mémoire (comme l'amnésie du rêve) est devenue ensuite une « absence de mémoire » dans le naufrage démientiel. Nous aurons l'occasion de souligner l'intérêt de cette remarque lorsque nous étudierons la démence pour autant qu'elle est précisément une forme de troubles qui ne se réduit pas à la pathologie des niveaux de conscience, mais qu'elle suppose une forme *existentielle* du déficit.

...le souvenir de la scène s'effaçait comme si la restructuration de la conscience avait pour fonction de rétablir la censure des souvenirs...

Enfin, nous devons faire remarquer que ce malade n'a fait l'objet d'aucune investigation biologique, radiologique, anatomique (ni électro-encéphalographique naturelle). Il nous semble pourtant que nous pouvons envisager ce cas comme un cas d'épilepsie graduo-comitiale (épilepsie avec aura auditive, équivalents de type arithmomanie et état crépusculaire typique). Chez cet épileptique qui présentait depuis quelques années des équivalents, l'état crépusculaire est venu ajouter une psychose aiguë à ces accès paroxystiques et cette psychose aiguë s'est réalisée comme un modèle *d'état crépusculaire épileptique* – tout comme Jean-Pierre nous apparaît lui-même comme le prototype de *l'homme épileptique*, quand dans cette scène qui appartient aux violences frénétiques du monde « Dostoïewskien » il a exprimé jusqu'au sang et dans le corps

même de sa mère ses fantasmes de la vie reçue et de la mort donnée, en mêlant à la scène matricide les sanglantes images de la parturition.

– Cette longue analyse d'un état crépusculaire épileptique que nous avons tenu à placer au centre même de notre « Étude » sur l'Épilepsie, n'a guère besoin d'autres commentaires sur les fameux « états seconds » de la conscience épileptique qui ont été bien décrits et analysés¹ par G. DE CLÉRAMBAULT, RAECKE, CHRISTOFFEL, PICK, etc...

P. SCHMIDT en a approfondi particulièrement la structure en se référant aux analyses de JASPERS. Si ses premiers chapitres consacrés à la structure des états crépusculaires nous paraissent plutôt s'appliquer à ces paroxysmes équivalents que nous avons étudiés plus haut, ce qu'il dit de « l'être-dans-le monde » propre de l'état crépusculaire, nous paraît correspondre rigoureusement à ce que nous avons nous-même écrit et dit à ce sujet et qu'illustre admirablement le cas clinique que nous venons d'exposer. La perception pathologique de la réalité s'ouvre sur l'envers du monde objectif, sur un au-delà. Mais cet arrière-monde est vécu sous forme illusionnelle, scénique et concrète. Il s'agit d'une sorte d'expérience intuitive immédiatement vécue, de « processives hypogées vers l'au-delà de la conscience humaine ». P. SCHMIDT tente alors d'étudier l'état crépusculaire « comme lieu de la figuration de la dialectique du Moi et du non-Moi ». Les contenus figurés de la conscience oniroïde propres à ces états seconds « sont disposés sur un cercle qui les oriente sur le monde extérieur et qui les dirige en même temps sur le sujet ». Une double exigence se dessine, dit-il, dans la phénoménologie même de l'état crépusculaire, celle de l'intentionnalité de la conscience au sens de HUSSERL considérée dans son mouvement centripète ou dans son mouvement centrifuge. *Les courants centripètes de la vie intentionnelle* constituent le trouble de la corrélation noématique-noétique de la conscience, elle-même étant atteinte en tant que structure de multiplicité. La conscience crépusculaire est en effet essentiellement une « conscience démultipliée » (dépersonnalisation, hallucination, étrangeté). Elle est encore une « conscience modifiante » en tant qu'elle subit une distorsion fondamentale et fatale de sa propre représentation à soi. Elle est encore *conscience déchirante et alternante* en tant qu'elle dérive toujours plus l'unité du courant qui place l'unité au centre et comme but de son intentionnalité. – Quant aux *courants centrifuges de la vie intentionnelle* ils projettent sur le monde le mystère, la quasi-réalité ou la réalité de l'imaginaire.

...les courants centripètes
et centrifuges de la vie
intentionnelle...

On conçoit qu'après de telles analyses de l'état crépusculaire comitial et après ce que nous avons déjà dit des psychoses oniroïdes, nous ayons suffisamment approfondi – sans l'épuiser – cet aspect fondamental de la déstructuration épileptique de la conscience.

1. Cf. références bibliographiques plus haut p. 572.

...ces états crépusculaires épileptiques se produisent le plus souvent après une série de crises...

Au point de vue clinique nous devons signaler que ces états crépusculaires épileptiques se produisent le plus souvent après une série de crises ou sont plus ou moins intriqués avec des crises convulsives. Le caractère post-paroxystique est le plus souvent signalé ¹. S. LEWIN ² étudiant 52 cas observés au Boston Psychopathic Hospital de 1940 à 1947, qui, par bien des côtés, s'apparentaient aux états crépusculaires (ahurissement, anxiété, excitation, hallucinations, parfois « extase » avec impulsion auto et hétéro-agressive) a noté que 17 de ces états se sont produits 24 heures après une crise, 4, un ou deux jours après et 2, de deux à sept jours après. Souvent ces états crépusculaires sont plus brefs que celui que nous venons de rapporter (un ou deux jours, parfois quelques heures) ; mais il arrive que celui-ci déroule ses péripéties dramatiques pendant plusieurs jours.

...Le caractère impulsif (le « délire d'action ») propre à ces états [...] constitue également un aspect clinique fondamental...

Le caractère *impulsif* (le « délire d'action ») propre à ces états qui comportent tant de violences, d'actes de délinquance et même de crimes, constitue également un aspect clinique fondamental. Aussi bien comme nous l'avons noté plus haut, c'est sous l'angle médico-légal qu'ils ont été surtout étudiés. KRAFFT-EBING ³ rapporte toute une série d'actes sanglants accomplis par des épileptiques au cours de ces « accès transitoires » ; le plus impressionnant est celui de PIONZO (observation de TORELLI et ZAVALLERO que nous avons déjà signalée dans notre Étude n° 11 sur les Impulsions), qui menace plusieurs personnes au cours d'un « état d'obnubilation de la conscience avec hallucinations » ; il cite ainsi deux observations de LEGRAND DU SAULLE ⁴. Le cinquième groupe des états qu'il étudie est particulièrement typique de l'état crépusculaire : il s'agit alors, dit-il, d'obnubilation avec des actes analogues à ceux du rêve mais coordonnés et rappelant ceux du somnambulisme. Les représentations impulsives sont surtout dans ce cas de caractère expressif. (Les malades se croient des princes ou des héros). Ces états durent plusieurs jours et parfois plusieurs semaines. » Enfin KRAFFT-EBING donnait les caractères généraux de ce type de folie transitoire épileptique et mettait l'accent sur la lucidité apparente, les hallucinations terrifiantes, le délire religieux, la sauvagerie des actes impulsifs et enfin la tendance à la répétition.

RAECKE ⁵, à propos des quatrième et cinquième catégories de « niveaux » de troubles transitoires de la conscience qu'il décrit chez les épileptiques, a signalé également leur caractère *impulsif* et MARCHAND et AJURIAGUERRA ⁶ insistent aussi sur le

1. O. BINSWANGER, *Die Epilepsie*, 2^e édit., 1931, et R. A. CLARK et J. M. LESKO, Psychoses associated with Epilepsy, *Amer. J. Psych.*, 1939-40, 96, p. 595.

2. S. LEWIN, Epileptic Clouded States. A Review of 52 cases, *J. of new. and ment. Dis.*, 1952, 116, pp. 215 à 225.

3. KRAFFT-EBING, *Médecine légale des aliénés* (Trad. fr., de Rémond, 1900), pp. 312 à 336.

4. Ces observations furent publiées dans les *Annales Médico-Psychologiques*, en septembre 1877.

5. RAECKE, (1903) loc. cit., p. 572.

6. MARCHAND et AJURIAGUERRA, pp. 103 à 105.

fait que « l'état crépusculaire est perméable à la réalisation de pensées délictueuses ou mêmes criminelles qui sont réprimées dans l'état normal ». Ils montrent aussi comment ces actes sont pris dans la structure même de la pensée du rêve et qu'il est parfois impossible à l'épileptique de savoir s'il a accompli ou non les crimes dont il a rêvé, tant chez lui le rêve et l'action sont profondément confondus.

Mais, et c'est par là que nous terminerons cette étude des « états crépusculaires épileptiques », ce rêve délirant par sa grandeur scénique ou lyrique est une « expérience délirante épileptique », c'est-à-dire qu'il porte en lui en puissance, sinon en acte, une terrible agressivité et que les images, les scènes, les péripéties hallucinatoires qui entrent dans le vécu oniroïde de la conscience ont toujours quelque chose d'une explosion, d'un cataclysme ou d'une tragédie caractéristiques de la « *fureur épileptique* ».

...ce rêve délirant par sa grandeur scénique ou lyrique est une « expérience délirante épileptique »...

C.— LES ÉTATS CONFUSO-ONIRIQUES. ¹

Les états crépusculaires que nous venons de décrire se continuent insensiblement dans la clinique avec les états plus profondément confusionnels, de telle sorte que, répétons-le, beaucoup d'auteurs décrivent pêle-mêle les uns et les autres ², car, sous le nom d'états confusionnels, c'est toute la série même des psychoses aiguës qui est décrite par la plupart des cliniciens.

Quoi qu'il en soit, comme le disent MARCHAND et AJURIAGUERRA (p. 106), « à un degré plus élevé l'état confusionnel est identique à celui de la confusion mentale classique ». On note, en effet, chez beaucoup d'épileptiques dans les périodes intercritiques ou plus souvent autour des paroxysmes des confusions profondes, souvent stuporeuses avec un délire onirique plus ou moins apparent. C'est ce que FALRET appelait le « *grand mal* intellectuel ». Presque toujours il s'agit d'une confusion de tonalité anxieuse. Presque toujours, aussi, il s'agit d'agitation et même de véritable accès de *fureur* impulsive, inconsciente et amnésique. Les anciens auteurs parlaient pour désigner ces états de « convulsions mentales » ou « d'états convulsifs de l'intelligence » ou encore de « manie épileptique furieuse » (FALRET).

La *fureur*, l'agitation *clastique* et *agressive* représentent l'aspect séméiologique le plus important de la confusion comitiale. « Rien, disait ESQUIROL, ne peut dompter cette *fureur* ni l'apparence de la force ni l'ascendant moral ». Parfois l'apparition d'une crise convulsive calme l'accès (FALRET et SAVAGE). Mais le plus souvent les attaques convulsives peuvent se produire ou se renouveler sans que l'accès confusionnel en soit

...La *fureur*, l'agitation *clastique* et *agressive* représentent l'aspect séméiologique le plus important de la confusion comitiale...

1. CHIARIMONTI et PALAZZUOLI, *Epilessia e amenza, Rivista Pat. nerv. e ment.*, 1954 : 75, 170-184.

2. MARCHAND et AJURIAGUERRA, par exemple, pp. 101 à 115.

influencé (MARCHAND). Parfois cette agitation est *fébrile* (38° à 39°).

Le *délire onirique* peut être très intense et les malades épileptiques confuso-oniriques ressemblent assez exactement aux alcooliques en état confuso-onirique. Mais comme les comportements et les propos n'expriment pas l'imagerie vécue et que celle-ci reste le plus souvent amnésique, le caractère le plus typique de cette confusion profonde et agitée est d'être « pauvre » au point de vue du « vécu », du « contenu ». C'est en ce sens que CHRISTIAN refusait à cette confusion profonde et désordonnée le nom de « délire » car, disait-il, « chez l'épileptique en état de fureur il n'y a pas d'idées, pas de conscience, tout est automatique ¹ ».

Parfois la confusion prend la forme d'un véritable « *délire aigu* ² ». Elle peut aussi être simplement stuporeuse. Le faciès atone, le mutisme, l'aspect « cataleptique » ou « stuporo-catatonique », la prostration, le refus d'aliment, le gâtisme et l'hyperthermie caractérisent cet état de stupeur épileptique qui peut exceptionnellement se prolonger plusieurs semaines et même, disent MARCHAND et AJURIAGUERRA (p. 113), plusieurs mois. Il faut spécialement signaler la confusion post-critique ou post-convulsive survenant après une ou plusieurs grandes crises ou des « *crises sérielles* » : cette confusion a fait l'objet de nombreuses analyses que nous avons notées à propos des états crépusculaires ³.

La *durée* de tous ces accès confusionnels est assez variable, de quelques heures à quelques jours ⁴.

L'*amnésie* consécutive est particulièrement intense et on a décrit naturellement des formes d'amnésie lacunaire, « mordant » tantôt sur les souvenirs du passé antérieur (rétrograde), tantôt sur la fixation des souvenirs ultérieurs (antérograde). Il semble que l'amnésie soit corrélative de la soudaineté et de la profondeur brutale de la désorganisation de la conscience si typiques des psychoses comitiales comme de tous les accidents épileptiques en général. Mais ce n'est pas toujours le cas ainsi qu'en témoigne l'intérêt des psychiatres et des médecins légistes pour les formes de l'épilepsie *mnésique*, comme nous l'avons noté, mais à vrai dire il s'agit plutôt alors d'états crépusculaires laissant après eux l'organisation et l'évocation des souvenirs s'opérer de façon plus ou moins précaire et intermittente, comme nous l'avons vu à propos de l'observation de *Jean-Pierre*.

– Si nous voulons maintenant caractériser l'ensemble de ces psychoses aiguës comitiales, nous pouvons le faire en quelques mots.

1. CHRISTIAN, *Congrès inter. de Médecine Mentale*, Paris, 1878.

2. MARCHAND et X. ABÉLY, Confusion mentale agitée postépileptique à forme de délire aigu azotémique, *Ann. Médico-Psycho.*, 1952, 11, p. 693.

3. RAECKE, loc. cit., p. 572, en a fait le centre de son étude des troubles de la conscience des épileptiques. Signalons aussi une très bonne analyse de PICK, Étude clinique sur les troubles de la conscience dans l'état postépileptique, *Ann. Médico-Psycho*, 1903, p. 18.

4. PUTMANN et MERRITT, *Arch. Neuro and Psych.*, 1941, p. 797.

Le *début soudain*, la *brièveté* relative des accès (quelques jours généralement), l'*amnésie* souvent complète et tenace en constituent la triade symptomatique fondamentale. Il faut y ajouter aussi deux aspects séméiologiques également très importants. – C'est, d'une part, la *violence impulsive* du vécu délirant telle que, comme nous l'avons vu, ces psychoses délirantes aiguës réalisent les formes de comportement essentiellement «impulsif» et « automatique », c'est-à-dire que l'expressivité psychomotrice a tendance à s'épuiser entièrement et instantanément dans des actes souvent forcenés (suicide, homicide, agressions, fugues, conduites sexuelles, actes saugrenus, agitation désordonnée). – C'est, d'autre part, ce que l'on a appelé la « *représentation photographique* » des mêmes accès, c'est-à-dire le fait que le même malade a tendance à reproduire exactement sa crise antérieure. Ceci est bien loin d'être toujours vrai mais, comme nous l'avons si souvent indiqué pour toutes ces psychoses aiguës, ce qui est bien plus vrai, c'est la tendance de ces crises, qu'elles soient de type excitation maniaque, dépression, anxiété, états crépusculaires ou confusionnels, à se répéter, à être intermittentes comme si l'ensemble du tableau clinique de l'épilepsie se composait de l'alternance et de la substitution de crises et de psychoses aiguës.

...Le début soudain, la brièveté relative des accès, l'amnésie souvent complète [...] la violence impulsive, [...] la « représentation photographique » des mêmes accès...

§ III. – LES TROUBLES MENTAUX COMITIAUX CHRONIQUES

Nous avons eu l'occasion d'observer à propos de nos Études sur la Manie, la Mélancolie, les Psychoses hallucinatoires aiguës, et aussi les Délires confuso-oniriques que toutes ces crises et accès pouvaient se survivre et s'organiser en formes d'existence pathologique durable, autrement dit que ces psychoses aiguës pouvaient se transformer en psychoses chroniques. C'est un aspect particulier de cette loi générale que nous devons maintenant vérifier ici.

La pathologie mentale de l'épilepsie n'est pas épuisée en effet par la description des états de déstructuration de la conscience que nous venons d'étudier, car les organisations délirantes, autistiques ou démentielles de la personnalité peuvent constituer, dans l'évolution des troubles au cours de l'existence d'un épileptique, une éventualité qui, pour être relativement rare, n'en est pas moins importante. Nous devons en dire quelques mots ici sans d'ailleurs trop développer ce chapitre malgré son importance pour la pathologie de l'épilepsie.

...La pathologie mentale de l'épilepsie n'est pas épuisée par la description des états de déstructuration de la conscience...

A.— LES DÉLIRES DES ÉPILEPTIQUES.

En donnant ici au terme de délire le sens qui le rapproche de la notion d'organisation délirante de la personnalité (Wahn ou Delusion) et l'éloigne pour autant du sens de « delirium », nous devons indiquer que certaines psychoses délirantes chroniques s'observent parfois chez les épileptiques. Il s'agit tantôt de délires de revendication, de délires passionnels, tantôt de délires d'interprétation ou hallucinatoires à type d'influence ou de persécution (que l'École française éprouve quelque répugnance à classer purement et simplement dans le groupe des schizophrénies). Assez souvent il s'agit de « *délire mystique* » ou plus exactement de thèmes où s'intriquent la mégalomanie et la culpabilité et on pourrait dire le Ciel et l'Enfer. Nous verrons, en effet, que l'homme épileptique est perpétuellement sollicité par le malaise et l'angoisse de l'au-delà. MOREL avait signalé la mélancolie religieuse qui saisit l'épileptique dès le début de l'évolution de la maladie. DUPAIN (1888) dans sa thèse a étudié spécialement ces délires religieux des épileptiques ¹. A cette époque les classiques ne se sont guère intéressés à la question et on trouve très peu de choses sur ce point chez MAGNAN ² ou KRAEPELIN ³ ; ce dernier insistait cependant sur les relations de ces délires avec les périodes d'extase et les états crépusculaires. Plus récemment SWICK ⁴ en a fait une excellente étude en soulignant également l'importance des expériences ineffables des états crépusculaires de la conscience.

BOVEN ⁵ s'est spécialement intéressé à ces formes délirantes. Il en a réuni 53 observations et a rencontré 33 cas avec des idées délirantes de culpabilité sur un fond d'anxiété, 23 fois des idées mystiques, 20 fois des idées de préjudice et 12 fois des idées de satisfaction sur fond d'euphorie. Il a insisté beaucoup, à son tour, dans son travail sur le nombre et l'étrangeté des expériences délirantes vécues par l'épileptique comme condition d'édification d'un système délirant.

GRUHLE ⁶ souligne le caractère primaire du délire des épileptiques et il fait des réserves sur la notion d'état crépusculaire, car, dit-il, dans le délire transitoire il y a non pas « trouble de la conscience » (Bewusstseinstörung) mais « oscillation » de la conscience (alternierenden Bewusstsein)...

Quant aux *organisations délirantes chroniques* elles sont parfois très proches des schizophrénies délirantes comme l'ont montré — nous le verrons plus loin — GIESE et

1. DUPAIN, *Étude clinique sur les délires religieux*, Thèse, Paris, 1888.

2. MAGNAN, *Leçons cliniques*, 1883, pp. 60 à 77.

3. KRAEPELIN, *Edition*, 1913, III, pp. 1050-1051.

4. A. SWICK, *Les délires d'allure mystique au cours des états épileptiques*, Thèse, Paris, 1934.

5. BOVEN, Religiosité et épilepsie, *Archives suisses de Neuro.*, 1918, IV, pp. 153 à 169.

6. H. W. GRUHLE, Ueber den Wahn bei Epilepsie, *Zeitschr. f.d.g. Neuro.*, 1936, 154, PP- 395 à 399.

VORKARTNER. Mais GRUHLE tient cette éventualité pour rare (8 % d'après un matériel de 92 malades) et la plupart des cas (7 cas sur 8) ne posent pas de problème à l'égard de la schizophrénie.

En fait, les observations de délire chronique à forme de délire d'interprétation, de psychose hallucinatoire chronique, de délire de revendication, sont exceptionnelles. Aussi on comprend que pour MAGNAN (qui justement n'en parlait pas ou presque pas), ou pour la plupart des auteurs, il s'agit d'une association fortuite d'un cas de « psychoses associées » ou de « psychoses combinées ¹ ».

B.— LES PSYCHOSES COMITIALES A ÉVOLUTION SCHIZOPHRÉNIQUE.

Naturellement au regard d'une Psychiatrie rigoureusement et strictement nosographe ce terme même de psychose comitiale schizophrénique constitue un scandale que ne sauraient justifier les quelques observations éparses dans la littérature ou que la clinique nous présente à titre d'échantillons si exceptionnels qu'il paraît plus « raisonnable » de parler d'une « association fortuite ». Telle est la thèse la plus généralement soutenue par les auteurs qui se sont occupés de la question ².

...comitalité et schizophrénie : une « association fortuite »...

1. Les travaux de MAGNAN, de son élève RESPAUT (1883), de MEUS, *Bull. Acad. Méd.*, Belgique, septembre 1906, et les opinions de MASSELON (1912), et de GAUPP (1904 et 1925), sur ce genre de combinaisons, sont très bien exposés dans la thèse de FOLLIN (1941, pp. 113 à 139).

2. Citons parmi les grands travaux sur les rapports de la Schizophrénie et de l'Épilepsie, ceux de KRAEPELIN (Traité), de L. MORAWITZ, *Klinische Mischformen von Epilepsie und Katatonie*, Thèse, de Zurich, 1900, de MASOIN, Quatre observations d'accès d'épilepsie chez les déments précoces, *Congrès des Aliénistes*, Bruxelles, 1903, de H. GIESE, Ueber Klinische Beziehungen zwischen Epilepsie und Schizophrénie, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1914, 26, p. 22, de VORKARTNER, Epilepsie und D. P., *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1914, 10, et Monographie de la « *Monatschr. f. Psych. in Neuro.* », 1918, (cahier 4), de RECKTENWALD, Epilepsieartige Krampfanfälle und Verlangen der Schizo., *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1920, 58, p. 79, de J. THOMAS, *De la démence précoce consécutive au mal comital*, Thèse, Paris, 1923, de E. FONT, *Des accidents épileptiques observés au cours de la D. P.*, Thèse, Montpellier, 1923, de C. H. RODENBERG, Ueber echte Kombinationen von epileptischen und schizophrénien Syntomenkomplexen, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1929, 92, de H. HOVEN, Des accidents épileptiques au cours de la D. P., *J. belge de N.*, 1925, I, p. 261, de E. KRAPP, Epilepsie und Schizophrénie, *Arch. f. Psych.*, 1928, 83, p. 549, de J. NOTKIN, Epileptic manifestations on the group of schizophrénia and m. d. Psychoses, *J. of nerv. and ment. Diseases*, 1929, 69, p. 494, de G. Muller, Anfälle bei schizo. Erkrankungen, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1930, 93, p. 235, de GLAUS, Ueber Kombination von Schizophrénie und Epilepsie, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1931, 135, p. 450, de MEDUNA, *Die Konvulsionstherapie der Schizophrénie*, Hall, 1937, de F. MINKOWSKA, *Epilepsie und Schizophrénie im Erbgang*, Zurich, 1937, de W. KAT, Ueber Gegensatz Epilepsie Schizophrénie (analysé in *Zentralblatt N. P.*, 1938, 90, p. 471), de S. FOLLIN, *Epilepsies et psychoses discordantes*, Thèse, Paris, 1941, de YDE, EDEL, LOSHE et FAURBY, On the relation between Schizo and induced convulsions, *Acta Psychiatrica*, 1941, 16, p. 325, de P. HOCH, Clinical and biologic interrelations between Schizophrénia and Epilepsy, *Amer. J. of Psych.*, janvier, 1943, 507, de J. HOERNIG et D. LEIBERMANN, The epileptic threshold in Schizophrénia, *J. of Neurology and Psychiatry*, 1953, 16, pp. 30 à 34.

KRAEPELIN en 1910 notait des crises d'épilepsie chez 18 % de ses déments précoces. STRAUSS à la même époque indiquait 33 % et GIESE seulement 8,6 %. GAUTER (1925) sur 487 cas d'épilepsie ne comptait qu'un seul cas de schizophrénie, WYRSCH (1933) 10 seulement sur 10.000 épileptiques ; inversement W. KAT (1938) a relevé seulement 165 cas d'épilepsie en dépouillant 50.000 dossiers de schizophrènes. Depuis lors, le problème a été étudié en long et en large et il est incontestable qu'un certain nombre d'observations montrent qu'une organisation schizophrénique de la personnalité peut s'établir chez les épileptiques. C'est un des grands mérites de S. FOLLIN (1941) d'avoir fait l'étude la plus minutieuse et la plus approfondie de ce problème. (Nous lui avons nous-même fourni deux observations (VIII et X). Les faits qu'il rapporte ainsi que ceux rassemblés par KRAPF, LANGE, etc. montrent qu'il est impossible de ne pas tenir compte de cette possibilité d'évolution relativement rare mais incontestable. P. HOCH (1943) indique que sur 100 épileptiques dix présentent « des symptômes schizophréniques ». Tout dépend naturellement de ce que l'on appelle « symptômes schizophréniques ». Mais de véritables, d'authentiques formes d'évolutions schizophréniques existent. Nous en avons nous-même observé 5 cas sur une centaine d'épileptiques dans notre service. Le niveau mental de ces malades nous a paru généralement faible et l'ensemble de l'évolution nous a toujours fait penser aux formes de schizophrénies post-encéphaliques ¹ où prédominent les fabulations oniriques ou post-oniriques, les hallucinations visuelles et le caractère fantastique des conceptions délirantes. Il s'agit donc surtout de formes dites « paranoïdes ». Il nous a semblé aussi qu'il y a une sorte de raison inverse entre la fréquence des crises et l'activité délirante. Cette « alternance » a pu être considérée comme réalisant une sorte d'antagonisme (GLAUS) entre l'état convulsif et la schizophrénie. C'est de là que MEDUNA est parti ² et c'est ce que paraît confirmer le dernier travail paru sur ce sujet (HOERNIG et LEIBERMAN, *loc. cit.*, p. 603) lequel montre que la crise d'épilepsie au cours du coma insulinaire paraît être un facteur d'efficacité du traitement... Mais ces faits pour si importants qu'ils soient dans la pratique ne changent rien au problème car il est bien évident que l'épilepsie n'est l'épilepsie, ne produit de paroxysmes, de psychose aiguë et éventuellement de psychose chronique qu'en tant qu'elle est un processus de déstructuration de la conscience. Que dans l'évolution des troubles paroxystiques aigus, subaigus ou chroniques, ceux-ci affectent entre eux des rapports d'inhibition ou d'entraînement réciproques, ne change rien à la liaison profonde et naturelle qui s'établit entre eux. C'est

...possibilité d'évolution schizophrénique rare mais incontestable (Thèse de FOLLIN, 1941)...

...antagonisme entre l'état convulsif et la schizophrénie...

...la crise d'épilepsie [...] facteur d'efficacité du traitement...

1. Les relations de la schizophrénie avec l'épilepsie et avec l'encéphalite épidémique et le syndrome parkinsonien sont assez exactement superposables.

2. MEDUNA, *Ann. Médico-Psycho.*, 1939, I, pp. 546 à 566, Genèse du traitement de la schizophrénie par le cardiazol.

dans cette perspective que doit être placé, ainsi que S. FOLLIN l'a fait excellemment, ce problème. C'est dans ce sens qu'il peut être envisagé dans une voie féconde

C.— LA « DÉMENCE ÉPILEPTIQUE ».

A propos justement des formes démentielles survenant chez les jeunes adultes, le problème que nous venons de rappeler a été très discuté, et c'est au fond à la considération d'un état démentiel progressif survenant chez les jeunes épileptiques que certains auteurs ont réduit les rapports de l'épilepsie et de la démence précoce. Cela se comprend si on considère avec MARCHAND que le cas qui se présente le plus généralement est celui d'un enfant qui, vers l'âge de 10 ans ou de la puberté, devient inattentif, fait des fugues, devient incapable de suivre ses cours à l'école, etc... Dans ce cas, il est bien évident que la parenté avec la démence précoce type MOREL, KAHLBAUM, KRAEPELIN, s'impose de soi-même. On trouvera dans le livre de MARCHAND et AJURIAGUERRA (pp. 643-645) une très bonne description de cette sorte de démence épileptique des jeunes gens. Parfois cette démence ressemble à s'y méprendre à une paralysie générale juvénile ; c'est la fameuse démence épileptique paralytique spasmodique, décrite par VOISIN avec les troubles de la parole et troubles parétiques. Mais on a décrit aussi des formes démentielles propres à l'adulte et notamment le syndrome de « neurosomatic deterioration » de HODSKINS et YAKOVIEV². Cette démence épileptique de l'adulte s'annonce souvent par des crises d'agitation et des idées délirantes ; les troubles moteurs et du langage y sont également fréquents.

Somme toute il n'est guère possible de décrire un tableau clinique bien caractéristique et l'affaiblissement intellectuel de l'épileptique prend généralement les caractères de la démence propre à chaque âge de la vie. Si l'on ajoute à cela que l'état démentiel, étant évidemment conditionné par des lésions cérébrales importantes, est soudé dans sa forme et son évolution au processus dont il dépend en même temps que l'épilepsie³,

...On trouvera dans le livre de MARCHAND et AJURIAGUERRA une très bonne description de cette sorte de démence épileptique des jeunes gens...

1. Du point de vue électroencéphalographique, DENIS HILL (*Folia P. N.*, Amsterdam, 1948, 51, p. 95, et le *compte-rendu du Congrès Mondial de Psychiatrie*, 1950) a repris les premières recherches de JASPER, FITZPATRICK et SALAUR (1931), de GIBBS et LENNOX (1938), qui admettent des corrélations entre les états épileptiques et schizophréniques tout comme BARUK et de JONG, à propos de la catatonie. (BARUK, *Psychiatrie Médicale*, pp. 320 à 433).

2. HODSKINS et YAKOVIEV, Neurosomatic deterioration in epilepsy, *Arch. of Neurol. and Psych.*, 1930, 23, p. 986.

3. Que la démence épileptique soit en rapport avec des processus cérébraux, c'est là une opinion qui paraîtrait devoir s'imposer. Mais l'idée d'une épilepsie essentielle est si ancrée dans l'esprit des psychiatres que l'on a beaucoup ergoté sur ce point. C'est ainsi que certains auteurs anglo-saxons (FETTERMAN et BARNES, 1934, DAWSON et CONN, 1929, SULLIVAN et CAHAGAN, 1935, COLLINS, 1941, DAVIDOFF, DOOLITTLE et BONAFEDE, 1944), dont on trouvera la référence bibliographique dans le livre de MARCHAND et AJURIAGUERRA, pp. 663 à 666, ont interprété l'absence de corrélation entre l'affaiblissement intellectuel et la sévérité et la fréquence des attaques comme une preuve que la détérioration est en rapport avec des facteurs constitutionnels plutôt qu'avec .../...

on ne peut pas être surpris du polymorphisme et somme toute de la banalité des études cliniques sur la démence épileptique ou plutôt sur les états démentiels épileptiques.

Ayant ainsi rappelé les principaux aspects du syndrome épileptico-démontiel et avoir souligné la variabilité et l'inconsistance de son tableau clinique, nous devons maintenant exposer l'état actuel de cette question ¹.

Il est exact que pour les auteurs du XIX^e siècle, la démence épileptique constituait une éventualité assez fréquente. ESQUIROL tenait pour très grand le risque pour un épileptique de devenir dément : « La démence est l'espèce d'aliénation mentale qui menace le plus ordinairement les épileptiques ». De même BILLOD, CALMEIL, KRAFFT-EBING, etc.² Cependant certains comme PARCHAPPE, FALRET, KRAEPELIN, GOWERS considéraient que seule une minorité des épileptiques devenaient déments ³. Les auteurs de cette époque insistaient presque tous sur un certain nombre de conditions qui leur paraissaient favoriser l'évolution démentielle chez les épileptiques. Tout d'abord ils incriminaient le *petit mal* et les vertiges (qui « tuent l'intelligence plus vite et certainement plus que les accès »). Ensuite, ils insistaient sur l'importance de l'apparition des crises dans le *premier âge*.

Ces divers aphorismes qui constituaient la base de l'enseignement traditionnel sur la démence épileptique ont été plus ou moins battus en brèche par les travaux contemporains.

En ce qui concerne la fréquence des évolutions démentiels, c'est naturellement

.../... des facteurs anatomiques. Il est exact qu'il y a absence de relations directes entre les crises d'épilepsie et la démence. La démence peut survenir très longtemps après une période de plusieurs années de crises (dans un cas de BOURNEVILLE (1880), l'épilepsie avait débuté à l'âge de 4 ans et le malade ne devint dément qu'à 22 ans). Elle peut survenir avant que n'apparaissent les crises. Elle peut survenir au contraire quand les crises ont cessé. De même, la démence peut survenir chez des épileptiques ayant peu de crises et au contraire des épileptiques à accès très fréquents peuvent ne jamais présenter de démence. Mais cela ne veut pas dire que la démence ne dépend pas des lésions cérébrales, cela veut dire tout simplement que les crises convulsives et la démence sont des aspects sémiologiques différents de la lésion cérébrale qui constitue leur substratum commun. Cf. MARCHAND et AJURIAGUERRA, pp. 647 à 655.

1. Quatre excellentes mises au point de ce problème vont faciliter grandement notre tâche. Il suffit en effet de se rapporter au livre de HOCH et KNIGHT (1947), chapitre X, rédigé par Martin MAYMAN et David RAPAPORT, pp. 123 à 135, — à l'ouvrage de MARCHAND et AJURIAGUERRA (1950), chapitre III, Les épilepsies progressives et le syndrome épileptique démentiel, pp. 619 à 666, — à la thèse de Th. LEMPÉRIÈRE, *L'état mental intercritique dans la comitialité, Étude clinique et psychiatrique* (1953), chapitre III : la détérioration mentale des épileptiques — et enfin au travail récent de H. GWYNNE JONES, *Experim. studies in the psychology of epilepsy, Rev. de Psycho. appliquée, juillet 1953*, 209-217. Dans ces ouvrages récents, on trouvera une bibliographie si complète que nous nous contentons d'y renvoyer pour tous les travaux que nous allons citer.

2. ESQUIROL sur 339 épileptiques notait 155 déments et CALMEIL sur 300 malades en a vu 240 arriver à la démence et il prédisait que les 60 autres ne seraient pas davantage épargnés...

3. PARCHAPPE ne trouvait que 2 déments sur 520 épileptiques.

sous l'angle de la psychométrie de la détérioration mentale des épileptiques, qu'elle a fait l'objet d'innombrables travaux. Presque tous les auteurs récents soulignent que les travaux anciens ont pris pour objet seulement des épileptiques internés, ce qui risque de fausser la statistique, mais on doit tenir compte aussi inversement du fait que beaucoup de statistiques récentes sont faites sur de jeunes épileptiques, c'est-à-dire à l'âge où les manifestations épileptiques de la maladie cérébrale risquent fort de se combiner aux effets d'un arrêt du développement intellectuel. Rien d'étonnant dès lors que soient inférieurs à la moyenne les quotients intellectuels de tous les épileptiques étudiés par DAWSON et CONN (1929), ROSANOFF et HANDY (1938), COLLINS, ATWELL et MOORE (1938), SHOTWELL et MAC CULLOCH (1944) et REED (1951). Généralement, en effet, tous ces auteurs tiennent pour assuré que tous ces jeunes épileptiques avaient un quotient intellectuel aux environs de 0,70 - 0,80. Mais quand le jeune épileptique n'a pas une intelligence normale, il est bien difficile de savoir s'il s'agit d'une arriération ou d'une détérioration démentielle. Comme le fait remarquer très justement Th. LEMPÉRIÈRE, la méthode proposée par BABCOCK et basée sur le « scatter » entre les tests de vocabulaire et les tests de performance ne peut pas être employée en raison des troubles des fonctions verbales que l'on observe assez souvent, ainsi que nous le verrons chez les épileptiques. Quant à la méthode fondée sur la comparaison entre le développement des capacités scolaires et professionnelles et l'adaptation sociale et familiale du sujet avant ses crises et le niveau de capacité opératoire après l'apparition des crises, cette méthode entre les mains de PASKIND (1932) lui a permis de fixer à 6,5 % la fréquence de la détérioration mentale chez les épileptiques ambulatoires ; utilisée par LENNOX (1942) sur un matériel clinique de 1400 cas, elle a abouti à la même proportion (6%). Par contre la méthode des « retests successifs », méthode qui permet de fixer des scores intellectuels à intervalles plus ou moins réguliers, a permis, employée chez des malades internés ou en colonies, par FOX, DAWSON et CONN et COLLINS, de mettre en évidence une détérioration importante chez plus d'un tiers de leurs jeunes malades ; tandis que la même méthode pratiquée chez des épileptiques ambulatoires a fait évaluer à 5 % environ le nombre des malades qui présentent une telle détérioration (ARIEFF et YACORZYNSKI (1941-1942), ZISKIND et ZISKIND (1940), DAVIES EYSENCK (1952). Il résulte de tous ces travaux qu'une détérioration importante s'observe surtout chez les malades internés ou placés en colonies, et que, par contre, chez l'épileptique ambulatoire, même quand il est suivi pendant plusieurs années, une nette détérioration ne se rencontre que rarement. *La fréquence de la dégradation démentielle chez les épileptiques apparaît donc infiniment moindre aux auteurs contemporains qu'aux auteurs anciens.* Il est bien probable que la valeur absolue de la fréquence de la démence n'a pas varié mais que, par contre, le plus grand nombre d'épileptiques observés dans les consultations, les laboratoires d' E. E. G., etc. a fait considérablement baisser le pourcentage des démences chez les épileptiques.

...6,5 % [est] la fréquence de la détérioration mentale chez les épileptiques ambulatoires (PASKIND, 1932)...

...il n'y a aucune corrélation entre la gravité et la fréquence des convulsions et la gravité de la détérioration intellectuelle...

Pour ce qui est de l'action des *paroxysmes* et de leurs modalités sur la détermination de la démence, les recherches que nous devons également à l'école anglo-saxonne ont permis à DAWSON et CONN, COLLINS, SULLIVAN et GAHAGAM, HILKEVITCH, etc. de montrer qu'il n'y a aucune corrélation entre la gravité et la fréquence des convulsions et la gravité de la détérioration intellectuelle. Mais un problème sans cesse en suspens, celui de la distinction de l'épilepsie symptomatique et de l'épilepsie essentielle, ou plus récemment celui de l'opposition entre l'épilepsie idiopathique et l'épilepsie temporale, rend toutes les recherches statistiques sur ce point à peu près inutilisables. D'après LENNOX cependant, la démence apparaîtrait dans l'épilepsie essentielle après une longue période d'accidents convulsifs tandis qu'une détérioration notable s'observerait dans 20 % des cas chez les malades atteints d'épilepsie dite symptomatique. Il nous semble bien que, comme les anciens auteurs le disaient et comme les neuro-chirurgiens et électroencéphalographistes nous le répètent, c'est dans le type que nous désignons comme « *graduo-comital* » que l'évolution démentielle est la plus fréquente sinon la plus précoce.

Pour ce qui est de l'âge d'apparition des crises et de son influence sur l'évolution démentielle, PASKIND et BRAUN, SULLIVAN et GAHAGAN, LENNOX, etc... semblent avoir confirmé l'importance de ce facteur. Mais il serait bien imprudent de lui donner une valeur trop absolue. M^{lle} LEMPÉRIÈRE insiste sur le facteur défavorable à l'égard de la démence que constitue la précocité de l'âge d'apparition quand il s'agit d'épilepsies « symptomatiques » ou lésionnelles seulement.

Enfin, à propos de l'affaiblissement intellectuel des épileptiques, s'est posée la question de savoir si cette détérioration avait un caractère spécifique. D'après les études des travaux de SHEPS¹ et de GOTTSCHALCK², de CAPPs³, etc... les troubles de la mémoire ou des associations ne présentent rien de bien spécial. Si certains auteurs ont parlé de troubles de la mémoire immédiate, d'allongement du temps des réactions associatives, il ne semble pas que l'épileptique soit à cet égard bien différent de n'importe quel malade organique cérébral. Tant au point de vue du test de Rorschach que des diverses épreuves de performance perceptives, intellectuelles ou mnésiques, l'épileptique présente, en effet, cette lenteur, cette bradypsychie que l'on retrouve aussi bien dans les tumeurs cérébrales que dans les démences artériopathiques ou traumatiques. Cependant, nous pouvons insister avec M^{lle} LEMPÉRIÈRE sur deux traits importants : c'est d'une part les *troubles du langage* et d'autre part la *persévération*.

1. SHEPS, Intelligence of male non institutionalised epileptics of military age, *Journ. of ment. Sciences*, 1947, 93, pp. 82 à 88.

2. GOTTSCHALCK, The institutionnal psychotic epileptics, *Amer. J. of Psychol.*, 1942, 98, pp. 839 à 841.

3. CAPPs, Vocabulary changes in mental deterioration, *Arch. of Psychol.*, 1939, 242, p. 81.

Les troubles de la phonation, de l'articulation (lenteur, bégaiement, blésité) ont retenu depuis longtemps l'attention des cliniciens ¹. Plus récemment, les anglo-saxons ont étudié à l'aide de tests de vocabulaire la pauvreté du stock verbal (G. C. SIMMINS (1933), CAPPS (1939), L. COLLINS (1951), SHOTWELL et Mac CULLOCH (1944). Cependant, Margaret DAVIES EYSENCK (1952) a tiré de l'étude de 30 enfants épileptiques la conclusion que c'est le défaut de scolarité qui serait responsable de cette pauvreté du vocabulaire et de l'inaptitude verbale.

...troubles du langage et persévération (thèse de Th. LEMPÉRIÈRE, 1953)...

La persévération, phénomène que l'on rencontre également au cours de multiples affections cérébrales (NEISSER en 1894 l'avait noté spécialement dans les affections du lobe temporal) a été particulièrement étudiée ces dernières années, soit sous forme de persévération sensorielle ou de persévération motrice (tests mesurant le facteur « P » de CATELL). ZAZZO et SOSBERGER ² ont étudié d'abord 46 épileptiques ambulatoires au point de vue de la persévération motrice ; puis une nouvelle série de 41 épileptiques comparés à des hystériques et à un groupe témoin. Ils ont mis en évidence une perte de vitesse significative quand l'épileptique doit lutter contre l'automatisme. De même DELAY, PICHOT, PERSE et GUIBERT ³ ont comparé à cet égard 66 femmes épileptiques et 400 sujets témoins. Il résulte de toutes ces observations que le phénomène de persévération est incontestablement fréquent chez les épileptiques. Th. LEMPÉRIÈRE estime que l'augmentation du score P. moyen chez les épileptiques tient à deux facteurs : la détérioration psychomotrice et l'âge. Plus le sujet est âgé, plus il est persévérateur.

Mais ceci nous engage déjà dans le problème que nous allons maintenant envisager, celui du caractère, du tempérament, de la « mentalité » de l'épileptique qui, même lorsqu'il n'est pas dément, manifeste un certain nombre de « troubles intellectuels ». De telle sorte que l'on ne saurait s'étonner qu'au cours des évolutions si diverses que peut affecter la comitialité, certains épileptiques deviennent de plus en plus hébétés, stuporeux, confus et déments.

Sans doute la démence épileptique n'est-elle pas aussi fréquente que le considérait ESQUIROL, mais il s'agit là d'une « complication mentale » qui fait incontestablement partie du tableau clinique de l'épilepsie, et nous disons cela non pas seulement pour nous conformer à une tradition, mais tout simplement pour obéir aux enseignements de la clinique.

1. Cf. par exemple le vieux travail de CAMPBELL CLARK, *An epileptic speech.*, *Journ. of Ment. Sciences*, 1900.

2. ZAZZO et SOSBERGER, Recherche des facteurs « P », chez les épileptiques, *Encéphale* 1949, 38, pp. 302 à 316. — SOSBERGER-STAMBAK (M.) et ZAZZO (R.). La valeur diagnostique du facteur P chez les épileptiques, *Rev. Psych. appl.*, 1953, n° 3, 277-282.

3. DELAY (J.), PICHOT, PERSE et GUIBERT, Étude sur le test de persévération de CATELL et sur son emploi dans l'épilepsie, *Ann. Médico-Psycho.*, 1953, I, pp. 1 à 18.

§ IV. – L'HOMME ÉPILEPTIQUE

Tous les épileptiques ne présentent pas un « type de caractère » ou un « pattern psychique », comme disent les anglo-saxons, qui constituerait comme le dénominateur commun de l'épilepsie et pourrait être considéré comme « le facteur essentiel » de la maladie épileptique. Mais inversement la pathologie comitiale ne se réduit pas à celle d'une décharge électrique cérébrale ou à une convulsion. Aucune de ces deux positions ne nous paraît justifiée et c'est cependant à l'une d'elles que chaque psychiatre ou chaque neurologue se fixe généralement avec prédilection. Nous allons voir que « l'homme épileptique » est un homme dont le « caractère » n'est ni préexistant ni déterminant relativement aux « crises », mais qu'il est profondément lié aux paroxysmes comitiaux. La maladie épileptique comporte une modification structurale de la pensée de l'épileptique. Tel est le fait que nous devons mettre maintenant en évidence pour bien montrer que l'épilepsie, si elle ne se réduit pas à une détermination *génotypique* essentielle, n'en comporte pas moins une composante biotypologique de tempérament – si elle ne se réduit pas à un *caractère épileptoïde* qui serait une cause, elle n'en est pas moins liée à un ensemble de caractères de la vie psychique qui peut être considérée comme l'effet du processus comitial, – si elle ne se réduit pas à une causalité *psychogénétique* n'en demeure pas moins prise dans le mouvement de la vie instinctivo-affective, de telle sorte que l'épilepsie n'est pas seulement un syndrome en quelque sorte mécanique (syndrome d'irritation corticale, disait-on, il y a quelques années) mais qu'elle est une modification typique de la personnalité laquelle est celle d'un malade qui a des crises, mais aussi d'un malade dont l'existence est engagée dans et par les brusques variations paroxystiques de déstructuration de sa conscience dans une « manière-d'être-au-monde-épileptique ». Tantôt c'est la crise qui saute aux yeux du clinicien quand elle se détache sur un fond psychique « inaltéré » ; tantôt c'est le trouble de la vie psychique qui est au premier plan et refoule la crise à l'arrière-plan du tableau clinique. Mais la « masse statistique » des épileptiques se situe entre ces deux extrêmes et il est possible de dégager de cette masse un « type de réaction » ou, si l'on veut, une forme d'existence humaine qui a fait l'objet de tout temps dans la science médicale et aussi dans la littérature, de descriptions ou d'études qui loin d'être tenues systématiquement hors du problème de l'épilepsie doivent au contraire y être incorporées. Celui-ci, en effet, s'il devait être résolu ne pourrait l'être complètement que le jour où nous pourrions nous faire une idée claire de l'articulation des phénomènes bioélectriques cérébraux de l'épilepsie et des modifications de la conscience et de la personnalité de l'épileptique. Nous n'en sommes pas là. Les relations des formes électrographiques et cliniques de l'épilepsie avec le caractère de l'épileptique, avec la « psycho-

...[l'existence du malade est engagée dans] une « manière-d'être-au-monde-épileptique »...

logie » de l'épileptique sont en effet très vagues. C'est ce qui résulte notamment du récent travail de GASTAUT, ROGER et LESÈVRE ¹. Nous devons donc nous contenter ici de rechercher « sous » ou « autour » des phénomènes comitiaux, la constellation « caractérielle », « intellectuelle » et « instinctivo-affective » qui paraît constituer une sorte de portrait, de physionomie de l'épileptique, non pas seulement de l'épileptique moyen, mais plutôt de l'épileptique le plus typique.

A.— BIOTYPE.

Naturellement, la « constitution » de l'épileptique fait partie de son patrimoine biologique et c'est à l'hérédité de l'épilepsie ² que tous les travaux de biotypologie demandent généralement leur fondamentale justification.

Au temps où l'on s'occupait beaucoup de savoir si les maladies mentales se distribuaient selon les lois de MENDEL, DAVENPORT et WEEKS (1911) ont pensé que l'épilepsie se transmettait selon un mode récessif simple. C'était également l'opinion de OBERHOLZER (1912). En 1923 RUDIN soutenait la même opinion. THORN et WALKER (1922) ont noté la « ratio » de 7,85 % parmi 431 enfants issus de 117 épileptiques. HOFFMANN (1921) trouvait 11 % et KRISH (1923) 10,34 %. D'après CONRAD et LUXEMBURGER (taux corrigé) le pourcentage d'épileptiques chez les enfants d'épileptiques est de 6,3 %. Ce taux qu'il soit de 10 % ou seulement de 6 % est nettement significatif si l'on admet avec STROMGREN que la morbidité moyenne dans la population générale est de 0,35 %. Le risque d'épilepsie est donc pour les enfants d'épileptiques environ vingt fois supérieur au risque moyen. Pour les frères et sœurs, VON VERSCHUER indique le taux de 4% et CONRAD et LUXEMBURGER 3,99 %. Quant aux investigations chez les jumeaux, c'est encore à K. CONRAD que l'on doit les études les plus soigneuses sur ce point (1935). Il a étudié 253 paires de jumeaux homozygotes, la concordance d'épilepsie chez les 2 jumeaux a été de 66,6 %, taux qui indique avec évidence que la constitution « joue un grand rôle » mais qu'elle est bien loin de tout déterminer en matière d'épilepsie. Naturellement on en vient alors à la fameuse distinction de l'épilepsie dite « essentielle » ou « idiopathique » et de l'épilepsie dite symptomatique. Si

...c'est à l'hérédité de l'épilepsie que tous les travaux de biotypologie demandent généralement leur fondamentale justification...

1. GASTAUT (H.), ROGER (J.), LESÈVRE (N.), Différenciation psychologique des épileptiques en fonction des formes électrocliniques de leur maladie, *Revue de Psycho. appliquée*, n° 3, juillet 1953, 237-249.

2. Sur l'hérédité de l'épilepsie on conseillera spécialement l'article d'ENTRES, dans le *Traité de BUMKE* (t. I), la remarquable étude de K. CONRAD, dans le « *Handbuch der Erbkrankheiten* », publiée sous la direction de A. GUTT (1940), l'article « The genetics of Epilepsy », de F. J. KALLMANN et Gehrard SANDER dans le livre « *Epilepsy* », de HOCH et KNIGHT (1947). En France depuis P. MARIE, on s'est montré très résistant à l'idée d'une hérédité de l'épilepsie et spécialement L. MARCHAND, « *Hérédité et épilepsies* », Éd. Nouvelle Revue Critique, Paris, 1938, p. 124, s'y est toujours opposé.

l'on accepte les critères cliniques et anamnestiques, somme toute, assez conjecturaux et grossiers, CONRAD trouve 83,3 % de concordance dans les cas d'épilepsie idiopathique et seulement 12,5 % de concordance dans les cas d'épilepsie symptomatique.

On a cherché aussi à serrer le problème de plus près par une étude *électroencéphalographique* des familles d'épileptiques ¹. LENNOX et les GIBBS ont établi que chez les sujets « normaux » on trouvait 84 % de tracés sans anomalies et 10 % de tracés avec anomalies. Chez les épileptiques on trouve 12 % de tracés normaux et 87 % de tracés pathologiques. Ceci dit, chez les parents d'épileptiques on trouve 34 % de tracés normaux et 59 % de tracés anormaux et dans la fratrie 25 % d'E. E. G. normaux pour 65 % d'anormaux. Quant à l'application de l'E. E. G. aux jumeaux ces mêmes auteurs trouvent chez les jumeaux normaux monozygotes 85 % d'E. E. G. semblables contre 5 % seulement chez les dizygotes. Dans les paires de jumeaux épileptiques la concordance E. E. G. était de 100 % chez les monozygotes mais la dysrythmie se montrait plus constante que la manifestation clinique puisque seuls 25 % de ces paires de jumeaux présentaient des crises.

Il apparaît donc que la « constitution » joue un rôle dans la masse des facteurs qui « constituent » l'épilepsie. On peut en discuter l'importance, la fréquence, l'efficacité causale mais le fait demeure dans sa brutalité ² : il existe une affinité génotypique pour l'épilepsie et la dysrythmie cérébrale. On comprend dès lors que l'on ait tenté de rechercher s'il n'y a pas comme pour les malades maniaco-dépressifs une certaine corrélation somatopsychique entre l'épilepsie et la morphologie. Ainsi est née l'idée d'un « morphogramme » ou d'un « biotype » épileptique ³. KRETSCHMER et ENKE ont commencé à établir une relation entre le type athlétique et l'épilepsie, mais à leurs yeux il conviendrait d'être prudent et ils se bornent à noter que les athlétiques comme les épileptiques sont adhésifs, visqueux, etc. K. WESTPHAL dans son étude de 1505 épileptiques avait déjà montré les relations non seulement du type athlétique mais aussi du type dysplasique avec l'épilepsie. Il avait notamment remarqué la rareté de type pycnique (5,5 %) et la proportion par contre considérable de type athlétique (28,9 %) et dysplasique (29,8 %). (Il convient d'ailleurs de noter que le type asthénique est

...il existe une affinité familiale génotypique pour l'épilepsie et la dysrythmie cérébrale...

...relation entre le type athlétique et l'épilepsie (KRETSCHMER et ENKE, 1936)...

1. LENNOX, GIBBS (F. A.) et GIBBS (E. L.) Inheritance of cerebral dysrythmie and Epilepsie, *Archiv. Neuro and Psych.*, 1940, 44, pp. 1155 à 1183, et Twin, Brain Waves and Epilepsy, *Archiv. Neuro and Psych.*, 1942, 47, pp. 702 à 706.

2. Ce fait exprime le « seuil » tempéramental de la réaction épileptique.

3. Cf. sur cette question spécialement E. KRETSCHMER et ENKE, *Die Persönlichkeit der Athletiker*, Leipzig, 1936. — K. WESTPHAL, *Körperbau und Charakter der Epileptiker*, *Nervenarzt*, 1931, 4, pp. 96 à 99. — F. MAUZ, *Die Veranlagung zu Krampfanfälle*, 1937. — STAUDER, *Konstitution und Wesenänderung der Epileptiker und exper. Untersuch über Konstitution und Krampfbereitschaft bei Epileptikern*. *Arch.f. Psych. und Nervenheil*, 1940 H2, pp. 136 à 220.

représenté aussi dans sa statistique par 25 %). De telle sorte qu'il apparaît bien difficile de lier très étroitement le type physique avec l'épilepsie mais que l'on doit enregistrer la forte proportion d'athlétiques et de dysplasiques dans le groupe. Cependant SAL Y ROSAS ¹ qui s'est tant occupé de toutes les conditions étiologiques constitutionnelles et de milieu dans l'épilepsie admet que les indices anthropométriques rapprochent les épileptiques du groupe athlétique de KRETSCHMER.

Avec MAUZ (1935) le biotype est considéré dans un sens plus physiologique que proprement morphologique. Pour lui il s'agit d'un type de tempérament et de « réactivité ». Le travail de MAUZ vise à préciser les prédispositions aux crises (ce qu'il appelle la prédisposition « *ictaffine* » ^a) et ayant écarté ce qu'il appelle les épilepsies symptomatiques pures (c'est-à-dire celles qui ont une cause purement accidentelle), il distingue une *constitution ictaffine* et une *diathèse ictaffine*. La constitution ictaffine est surtout représentée par le *type énéchéétique* (de « ἐνέχω », s'attacher à) caractérisé somatiquement par « la figure amorphe avec un regard d'animal fidèle et bon comme celui d'un chien de St-Bernard » et par un biotype dysplasique. Du point de vue psychologique, l'énéchéétique est aussi lourd et mal structuré : la tendance à la persévération, le caractère fruste et sommaire de la vie psychique, une tendance aux réactions évasives et maladroites, enfin un certain enracinement au sol, au milieu familial, représentent les traits de cette constitution ictaffine. Mais il y a une autre forme de ce tempérament qui est appelé par MAUZ « les constitutions défectueuses combinées ou mixtes » de types très rares (grands, petits, rachitiques) qui correspondent à ce que BREMER a appelé le « *status dysraficus* » et que, au fond, tout le monde depuis MOREL et MAGNAN appelle « la dégénérescence » avec ses stigmates.

...la prédisposition « *ictaffine* » de MAUZ (1935)...

A partir de cette première catégorisation, MAUZ envisage de classer la constitution ictaffine selon une échelle de niveaux : au niveau le plus bas (ou pôle inférieur) correspondent les « défectuosités constitutionnelles mixtes, mais au niveau le plus élevé (ou pôle supérieur) il décrit le *biotype explosif athlétique* caractérisé par une tendance aux troubles vaso-moteurs (angiospasmes, congestion ou pâleur céphalique), par le peu de tolérance à l'alcool et par les grandes oscillations de température, et le *biotype hystérioréflexe* avec hyperémotivité, tics et morphologie asthénique (ce type s'apparente beaucoup à la constitution hyperémotive et à la débilité psychomotrice de DUPRÉ). Quant à la *diathèse ictaffine*, elle est seulement un état d'abaissement général du seuil constitutionnel qui permet à des facteurs déclenchants de produire des convulsions. W. JANZ (1940) a spécialement étudié cette prédisposition et à son tour il a tenté de décrire des variétés tempéramentales qui favorisent les crises convulsives. Il a ainsi

1. SAL Y ROSAS (F.), La estructura corporal en las enfermedades convulsivas. *Jornadas Medico-Chirurg. de Lima*, décembre 1941.

a. [NdE : Nous avons rétabli l'orthographe selon GUIRAUD (1956) Ictaffine comme «affinité ictale»]

distingué la « convulsivité » (seuil spécifique de convulsion) et la « disposition convulsivante » (seuil individuel de convulsion).

Mais tout cela, on en conviendra, reste assez vague et décevant. Tout au plus pouvons-nous dire qu'effectivement certains traits de morphologie et certaines dispositions de tempérament se trouvent chez un assez grand nombre d'épileptiques. Certains aspects, en effet, un peu massifs, lents, maladroits de la physionomie et de la psychomotricité, certaines formes « confuses » comme noyées dans la masse somatique, certains traits de la pathologie diathésique aussi ¹ laissent prévoir l'aptitude aux convulsions et aux explosions violentes et condensées, et déjà deviner une forme de « *caractère épileptoïde* ».

B.— PSYCHOTYPE.

Le « caractère » et les « mœurs » des épileptiques ont été décrits par les anciens auteurs. En 1890 FALRET insistait sur leur irritabilité, leur humeur maussade et querelleuse et FÉRÉ sur leur « mobilité » (instabilité) et leur tendance aux « explosions » sur un fond d'impuissance et de tristesse. « Ils passent, disait-il, de l'enthousiasme et de la bienveillance la plus outrée au mépris et à la haine la plus implacable ». Il notait aussi leur obséquiosité gênante, leur « religiosité ». Nous reviendrons plus loin sur la psychologie caractérielle de l'homme épileptique. Pour le moment nous allons faire état simplement des « psychogrammes » que les écoles psychiatriques contemporaines ont dressés, c'est-à-dire des schémas structuraux des dispositions affectives et des « patterns psychométriques » des capacités intellectuelles qui ont paru propres aux épileptiques et ont fait l'objet des analyses qualitatives et quantitatives de leur « psychisme ».

...Obséquiosité gênante,
religiosité...

I. L'épileptoïdie.

C'est à Françoise MINKOWSKA que revient certainement le mérite d'avoir tenté, dès 1923 ², d'approfondir la structure de la personnalité épileptique et de dégager une

1. Nous ne pouvons pas développer ce point ici, mais ces affinités de l'épilepsie avec les migraines, l'asthme, les syncopes, les syndromes végétatifs paroxystiques ont fait récemment l'objet d'une très bonne revue générale de R. JANZEN. Das « Grenzland der Epilepsie ». *Fortschritte der N. Psych.*, août, 1951, pp. 333 à 362.

2. F. MINKOWSKA, Recherches généalogiques et problèmes touchant aux caractères et en particulier à celui de l'épileptoïdie, *Ann. Médico-Psycho.*, 1923. — *Epilepsie und Schizophrenie von Erbgang mit besonderer Berücksichtigung der epileptoïden Konstitution und der epileptischen Structure*, Zurich, 1937, p. 218, et 13 tables d'index biotypologiques et 13 tableaux généalogiques se rapportant à 2 familles groupant respectivement 399 personnes de 1757 à 1923 et 373 personnes de 1761 à 1923. Ce travail commencé en 1925, dans le canton de Zurich, fut achevé en 1935 et publié en 1937. Depuis lors F. MINKOWSKA est revenu sur ce sujet constant .../...

...Françoise MINKOWSKA,
1923...

« forme spécifique » de vie psychique de ces malades. La famille B. étudiée par l'auteur comprenait 373 personnes dont 25 étaient frappées de maladie mentale : 5 cas de schizophrénie, 8 cas d'épilepsie, 5 cas de psychoses associées (de type association schizophrénie maniaque dépressive pour 1 cas et 3 cas d'épilepsie-psychoses schizophréniques) 2 cas d'arriération et 5 cas dont le diagnostic n'a pas pu être établi. L'ancêtre de cette famille était atteint d'épilepsie ¹. Cette famille est restée très attachée à son village natal et la plupart de ses membres ont continué à y cultiver la terre. Le tempérament familial s'y montrait dans son ensemble assez uniforme. « Si j'essaie, dit F. MINKOWSKA, de me faire une image de cette famille, j'ai l'impression d'être en présence de quelque chose de continu et de stable ; il n'y a ni saut ni onde, mais une condensation et une concentration des facteurs affectifs. Une comparaison vient à l'esprit, celle d'une ligne qui est parallèle à la surface de la terre et qui, par endroits, est fixée au sol par des poids qui l'empêchent de vibrer à l'unisson avec l'ambiance ». A propos de ce caractère d'adhésivité et de concentration, F. MINKOWSKA rapporte un mot de BLEULER : « Le schizoïde se détache trop de l'ambiance ; le syntone le fait d'une façon suffisante ; l'épileptoïde ne le fait pas assez ». Il lui paraît donc possible de dégager de cette famille comprenant plusieurs cas d'épilepsie un certain type de caractère familial qu'elle nous propose d'appeler « épileptoïdie ». Il s'agit d'une affectivité concentrée, condensée, ramassée, visqueuse qui adhère aux objets de l'ambiance. L'épileptoïde est un être affectif, mais dont l'affectivité manque de mobilité. Peu enclin à vibrer à l'unisson avec les personnes, il fixe de préférence son affectivité sur les objets, d'où la méticulosité, sa fixation sur des groupements familiaux ou sociaux et des idées d'ordre général à teinte sentimentale ou mystique. Il aime ce qui dure et ce qui est stable. Il représente dans la société les éléments stables et conservateurs. Parfois ce type d'affectivité s'accuse encore et se caractérise par une bradypsychie croissante : « La décharge devient de plus en plus insuffisante, ce qui aboutit, en fin de compte, à une véritable stase ; celle-ci crée pour l'individu une atmosphère irrespirable, orageuse et chargée d'électricité ; ce sont ensuite le tonnerre et les éclairs. La stase provoque des décharges explosives devant lesquelles l'individu reste impuissant ; elles l'envahissent tout entier de façon subite et totale provoquant l'obnubilation de la conscience en se distinguant par la soudaineté et la violence ». M^{me} MINKOWSKA s'est attachée notamment à l'étude du cas de VAN GOGH qu'elle présente comme un cas typique d'épilepsie essentielle. Elle a proposé de désigner cette constitution épileptoïde par le terme de « *glischroïde* ¹ ». Cette constitution est en effet caractérisée essentiellement par la viscosité qui constitue un de ses pôles

...affectivité concentrée, condensée, ramassée, visqueuse qui adhère aux objets de l'ambiance...

...Mme MINKOWSKA s'est attachée notamment à l'étude du cas de van GOGH ...

.../... de ses préoccupations à propos de VAN GOGH, *Évolution Psychiatrique*, 1932, III, pp. 55 à 76, et surtout à propos de l'application du test de Rorschach. (Le test de Rorschach dans l'épilepsie essentielle, *Ann. Médico-Psycho.*, 1944, II, p. 545, et 1946, II, p. 321).

1. On trouvera dans l'ouvrage de MINKOWSKI, *Le temps vécu*, pp. 188 à 198, un exposé assez complet du livre de Fr. MINKOWSKA.

essentiels et par l'explosivité qui constitue l'autre pôle.

WALLON² a retrouvé de son côté un certain nombre de caractères de la mentalité épileptique ; il a notamment insisté sur la lenteur et la projection adhésive³ dans le monde objectif : « Chez l'épileptique, dit-il, il y a dans l'effort plus d'inhibition que d'initiative, d'où la pénurie d'invention motrice ou verbale contre laquelle l'épileptique est sans cesse à se débattre. L'insistance, l'espèce d'acharnement qu'il y met n'est pas tant besoin d'agir pour agir qu'une nécessité de sa conscience car l'inertie, la carence de ses fonctions aperceptives lui imposent l'intermédiaire du geste et du mot. » Pour lui, la persévération est un trait spécifiquement épileptique et nous retrouvons là une donnée d'observation qui a fait l'objet d'innombrables études⁴. Rappelons à ce sujet que GILBERT-ROBIN⁵ s'est directement inspiré des descriptions de F. MINKOWSKA, notamment dans l'étude des enfants épileptiques. Les auteurs Scandinaves sous le nom de personnalité « *ixothymique*⁶ » ont validé le même concept. D'autres auteurs l'ont également accepté⁷. SAL Y ROSAS⁸ a dessiné un très bon portrait de l'épileptique. Il insiste naturellement sur son irritabilité, sa viscosité et ce qu'il appelle sa « parasociabilité » (qualités d'accrochage et d'obséquiosité qui ont été décrites en 1929, par P. MENGER chez les parkinsoniens sous le nom d'assiduité importune). Par contre, MARCHAND, chez nous, s'est toujours insurgé contre cette notion⁹ et CONRAD¹⁰, étudiant la descendance de 553 épileptiques « essentiels », n'a pas

1. On lira dans un récent numéro de *l'Évolution Psychiatrique*, n° II, 1953, une lettre jusque là inédite d'Edouard PICHON à F. MINKOWSKA, lettre dans laquelle PICHON mettait toutes ses extraordinaires ressources linguistiques au service de la formulation expressive de cette qualité visqueuse et concentrée de la conscience des épileptiques. [NdE : PICHON E.: *Aux origines de l'épileptoïdie*, *Evol.Psych.*, XVIII, 1, 1953, 63-65].

2. WALLON, La mentalité épileptique, *Journ. de Psychol.*, 1925, p. 500.

3. Cette adhésion au concret a été récemment encore mise en évidence par Irène TALAN (Contribution à l'étude de l'intelligence chez les épileptiques. *Revue de Psycho. appliquée*, 1953, n° 3, 282-287).

4. Citons les travaux déjà anciens de CHRISTOFFEL, « Gedankengang in epileptischen Ausnahmeständen », *Zeitschr.f.d. g. Neurol.*, 1920, pp. 55 à 161 ; de WIERSMA, The psychology of epilepsy, *J. of Ment. Science*, 1923, pp. 482 à 497, et ceux plus récents de LARRABURE, La prueba de las asociaciones determinadas y su aplicación en los epilepticos, *Revista de Neuropsiquiatria*, 1942, pp. 338 à 380; de MEYERS et BRECHER, The so called epileptic personality as investigated by, *J. Abnorm and Soc. Psych.*, 1941, 36, pp. 413 à 422; de DELAY, PICHOT, PERSE et GUIBERT, Le test de persévération de CATTELL et son emploi dans l'épilepsie, *Ann. Médico-Psychol.*, 1953, pp. 1 à 18.

5. GILBERT-ROBIN, La constitution épileptoïde, *Gazette Médicale de France*, novembre 1931, *Encéphale*, décembre, 1931, pp. 780 à 801.

6. DAHLGREN, Concept of epileptoïd or ixoïd character type, *Nord. Med.*, mars 1947, 33, pp. 635 à 700. STROMGREN, « Om den ixothym psycho », *Hospitastid*, 1936, 79, pp. 637 à 648. SJOBRING, *Ixophrenie, Psychologisk, Pedagogisk, Upsalabok*, vol., II, p. 926.

7. GOTOR, *La epilepsia*, 1942. de MORAGAS, *Revista espanola de pediatria*, 1948, pp. 680 à 684.

8. SAL Y ROSAS (F.), Le caractère épileptique, *Revue de Psychol. appliquée*, 1953, n° 3, 260-276.

9. MARCHAND et AJURIAGUERRA, *Epilepsies*, pp. 240 à 254.

10. CONRAD (K.), Ueber die Erb und Konstitutions biologische Forschung am Epilepsie Problem, *Zentralblatt Neuro.*, 1938, 87, 689.

retrouvé chez eux les traits de cette constitution épileptique, point qui retiendra plus loin notre attention.

II. Test de RORSCHACH.

Cette discussion s'est poursuivie depuis une vingtaine d'années au sujet des indications tirées du *test de Rorschach*. On trouvera dans l'article de PIOTROWSKI (dans l'ouvrage de HOCH et KNIGHT), dans la thèse de Th. LEMPÉRIÈRE et dans le travail de Luigi MASSIGNAN des exposés très complets de ce problème. Nous nous référons nous-mêmes constamment à ces trois travaux dans ce paragraphe ¹.

RORSCHACH avait cru pouvoir donner, grâce à son test, la possibilité de faire un diagnostic d'épilepsie sur un psychogramme typique et il donnait comme caractéristique : l'augmentation du temps de réaction, la persévération, le grand nombre des réponses couleurs, les tendances à la confabulation, la minutie de la description, les références personnelles, etc. ; le type d'aperception serait presque toujours DG-D-Dd. Il pensait que ces protocoles étaient d'autant plus riches en kinesthésies et en réponses couleur que les sujets étaient plus « affaiblis » au point de vue intellectuel.

On trouvera dans son livre (Trad. fr. p. 188 à 192) deux exemples de protocole. Dans un cas il s'agissait d'une démence épileptique, dans l'autre d'un épileptoïde. Notons à pro-

1. Citons spécialement parmi les innombrables travaux publiés sur ce point, RORSCHACH, *Psychodiagnostik*, 1921 (3^e édit., 1937, trad. française P. U. F., 1947). — GUIRDHAM, The Rorschach test in epileptics, *Journ. of Ment. Science*, 1935, 81, pp. 870 à 891. — BOVET (T.), Der Rorschach Versuch bei verschiedenen Formen von Epilepsie, *Arch. Suisses Neuro. et Psych.*, 1936, 37, p. 156. — E. W. ARLUCK, A study of some personality characteristics of epileptics, *Arch. of Psych.*, 1941, p. 77. — HARROWER, ERICKSON, Personality changes accompanying cerebral lesions. I. RORSCHACH, Studies of patients with cerebral tumors, *Arch. Neurol. and Psychiat.*, 1940, 43, pp. 859 à 890, II. RORSCHACH, Studies of patients with focal epilepsy, *même revue*, 1940, 43, pp. 1081 à 1807. — BOCHNER et HALPERN, *The clinical application of the Rorschach test*, Ed. Grune et Stratton, New York, 2^e éd., 1945. — B. O. BACHLER, Thèse, Santiago du Chili, 1949. — SAL Y ROSAS, Le test de Rorschach chez les épileptiques, *Congrès mondial de Psychiatrie*, Paris, 1950, *C. R. Psychiatrie clinique*, II, p. 77. — EUZIÈRE, LAFON, FAURE, etc. L'état mental des épileptiques à travers les tests projectifs de Rorschach et de Loewenfeld, *C. R. 1^{er} Congrès Mondial de Psychiatrie*, 1950, 11, p. 140. — On trouvera une très abondante bibliographie sur ce sujet dans la thèse de M^{lle} LEMPÉRIÈRE et aussi dans le très remarquable travail que vient de publier tout récemment Luigi MASSIGNAN élève de F. BARISON, (Epilepsie e Rorschach, *Rivista di Pato. men. e nerv.*, 1953, 74, pp. 17 à 83). Cet article contient la revue générale la plus complète publiée à ce jour de tous les travaux dont nous venons de rappeler les plus connus. Non seulement il contient un index bibliographique très complet mais aussi un résumé (pp. 26 à 32) des principaux travaux. Dans le n° 3 de la *Revue de Psychologie appliquée* (1953) nous devons noter dans l'article de J. LEME LOPES une excellente mise au point de psychodiagnostic du Rorschach dans l'épilepsie (pp. 178 à 183) et les études de N. RAUSCH de TRAUBENBERG (Rorschach d'enfants et adolescents épileptiques) et de N. DIERKENS, DOPCHIE et J. DURKENS (Corrélation entre des données cliniques et certains facteurs de tests de Rorschach). Enfin on se rapportera à l'ouvrage très complet d'EWALD BOHM (*Lehrbuch der Rorschach Psychodiagnostik*, Berne, 1951), notamment pp. 255 à 262. (Ce livre contient à la fin des tables d'équivalence des formules employées dans les différentes langues.)

...le type « coarcté »
(RORSCHACH)...

pos de ces premiers travaux sur le Rorschach des épileptiques par RORSCHACH lui-même, que celui-ci a proposé une classification des « Erlebnistypen » (ce que l'on traduit de façon si maladroite par « résonance intime » ou parfois par un contre-sens « réactivité ») qui s'inspire de la caractérologie de JUNG. C'est sur le calcul de certains « facteurs » tirés du test qu'il a ainsi proposé d'isoler un type somme toute bien vague: le type « coarcté » (d'arc étroit, *coarctare*, rétrécir). Ce type est caractérisé par l'absence de K. et de C. (OK/OC). Ce type s'observe dans la fatigue et aussi chez les gens âgés. Mais il est moins fréquent chez l'épileptique que le type « dilaté ». Si nous insistons sur ce point c'est que tout au long des travaux que nous allons maintenant exposer, cette référence au type « coarcté » (ou à sa forme mineure dite type coarctatif) revient assez fréquemment ¹.

...STAUDER décrit également un syndrome « abortif »...

STAUDER ² qui, avec F. MINKOWSKA, comme nous le verrons plus loin, s'est fait l'apologiste de la spécificité de ce psychogramme a isolé deux types de protocole qu'il considérait comme spécifiques de l'épilepsie essentielle. Le premier (syndrome typique ou symptôme de Rorschach) est caractérisé par la lenteur du temps de réaction, la fréquence des jugements de valeur, le type de résonance intime OK/OC, le petit nombre des réponses et surtout la persévération notée à travers les dix planches. STAUDER sur un matériel de 222 sujets a trouvé 62 % d'épileptiques « essentiels » de ce type. Il estime que le renforcement de ce type est fonction de la constitution athlétique, de l'emploi du phénobarbital et de la fréquence des épisodes confusionnels ou des équivalents psychiques. Il a décrit également un syndrome « abortif » caractérisé par la lenteur du temps de réaction, la rareté des kinesthésies, le grand nombre de « C » avec peu de « CF » ou de « FC », l'augmentation des réponses globales, la symétrie, etc... et une persévération beaucoup moindre que dans le syndrome typique. Il a rencontré ce syndrome abortif chez 138 sujets (38 %) atteints d'épilepsie essentielle. Cependant, l'auteur ayant dépouillé le protocole de 74 épilepsies post-traumatiques a noté que 24 % de ceux-ci montraient un syndrome typique, 49 % un syndrome « mitigé » voisin du syndrome abortif, et 27 % qui faisaient des réponses très différentes (richesse en C et CF). Quant à l'étude de 34 épilepsies symptomatiques (tumeurs cérébrales, méningoencéphalites, etc.) il a trouvé dans 50 % un syndrome typique ou abortif. Enfin, il paraît fort embarrassé d'un groupe de 30 épileptiques qui ne présentaient ni anomalies caractérielles, ni syndrome typique ou abortif. Et nous voici justement au cœur du débat que n'a pas manqué de soulever le psychogramme des épileptiques. Outre, en effet, la question de savoir si ce psychogramme est ou non spécifique de la comitialité, on s'est demandé si, comme l'ont prétendu STAUDER et F. MINKOWSKA, ces

1. On trouvera dans l'article de MONNIER, *Encéphale*, 1934, un bon exposé de la technique et de la conception de Rorschach.

2. STAUDER, *Konstitution und Wesenänderung der Epileptiker*, Éd., Thieme, 1938, p. 196. L'auteur a étudié les protocoles de 368 cas d'épilepsie « essentielle » et de 1780 sujets normaux ou atteints d'autres troubles mentaux.

types de protocole étaient véritablement un facteur de diagnostic entre l'épilepsie essentielle (dite encore idiopathique ou gèneine) et l'épilepsie symptomatique.

F. MINKOWSKA¹ a voulu lier la spécificité d'une constitution « *glischroïde* » et la spécificité du psychogramme de Rorschach à la notion même d'une épilepsie essentielle caractérisée, beaucoup plus que par les convulsions, par une originalité de réactivité et d'expressivité, par une structure spécifique de la vie psychique. Malheureusement, comme nous allons le voir, la spécificité du psychogramme qu'elle a établi dans ses méthodiques et patientes recherches, n'éclate pas du tout comme une évidence. Pour elle, revenant à l'un des critères avancés par RORSCHACH, l'abondance des « kinesthésies déchaînées » est un des caractères les plus décisifs du diagnostic de l'épilepsie essentielle par le test de Rorschach. Mais elle insiste tout autant sur l'aspect structural de la perception des formes : c'est la tendance à percevoir et à exprimer par le langage, des formes *attachées et reliées* les unes aux autres. Le caractère de lien intime et formel de la perception lui paraît lui-même lié à la tendance de l'épileptique, à adhérer, à « *persévérer* » et à « *concentrer* » dans tous les actes de sa vie psychologique². Elle n'a pas de peine à opposer ainsi à la ségrégation, à la dissociation, à l'isolation des formes schizophréniques, l'unité, l'agglutination des formes épileptoïdes de l'acte perceptif et du contact sensoriel. Une des critiques qui a été le plus souvent opposée aux recherches de F. MINKOWSKA a été suggérée à la plupart des auteurs par le fait que les kinesthésies sont bien loin d'être aussi fréquentes qu'elle l'affirme puisque, au contraire, c'est le petit nombre des kinesthésies dans les protocoles qui est considéré comme un des aspects caractéristiques du psychogramme des épileptiques³. Nous reviendrons un peu plus loin sur la critique très approfondie que M^{lle} LEMPÉRIÈRE a faite récemment de la conception de F. MINKOWSKA.

...Travaux de F.
MINKOWSKA...

1. F. MINKOWSKA, L'épilepsie essentielle. Sa psychopathologie et le test de Rorschach, *Ann. Médico-Psycho.*, 1946, il, pp. 321 à 355.

2. Une des originalités de la grande clinicienne qu'était F. MINKOWSKA est d'avoir tenté d'utiliser le test de Rorschach non pas comme un instrument d'étude statistique mais comme une expérience du contact le plus largement humain avec les malades. C'est ainsi qu'elle a préféré aux formules pseudoalgébriques qui sont la monnaie courante des grimoires Rorschachiens, une plus pénétrante analyse du comportement du testé relativement au testeur. Cela l'a conduite à noter le comportement spécial de l'épileptique au cours de la passation du test. L'épileptique est très coopératif, appliqué ; il mesure ses réponses et surtout il traduit par ses formules son incessant besoin de « coller » à sa tâche, d'en coller les morceaux et aussi de lutter pour vaincre les difficultés ou encore de fuir exaspéré devant elles. Cette triche méthodologique figure certainement à l'actif des recherches de F. MINKOWSKA.

3. C'est ainsi que GUERDHAM sur 132 épileptiques a noté seulement 115 K, sur 3332 réponses, alors que 100 sujets normaux donnent 163 K sur 3336 réponses. PIOTROWSKI, STAUDER, BOCHNER et HALPERN, OLIVEIRA, PAILLAS et SUBIRANA ont également trouvé une certaine pauvreté de K. Un auteur polonais DROMOCKI cité par PIOTROWSKI et M^{lle} LEMPÉRIÈRE a peut-être fourni une explication de cette divergence en signalant que dans la période post-critique les sujets donneraient beaucoup plus de K et de C que lorsqu'ils sont éloignés de leurs crises. Cependant l'expérience de l'électrochoc qui, d'après les observations de LOWENBACK et de STEINBRUCK, montre un appauvrissement en K après le choc, rend tous ces faits d'une interprétation bien délicate.

Par contre, L. MASSIGNAN dans son travail si complet s'inspire largement de la méthode « non orthodoxe » de F. MINKOWSKA et somme toute parvient à des conclusions assez analogues aux siennes.

D'autres travaux ont tenté de rechercher la spécificité du psychogramme épileptique tel qu'il apparaît à travers le test de Rorschach dans la modalité de « résonance intime ». RORSCHACH lui-même considérait que le type de résonance intime est pour l'épileptique du type dilaté et surtout extratensif. Cependant GUIRDHAM, PIOTROWSKI, SAL Y ROSAS, au contraire, ont cru pouvoir donner comme caractéristique le type coarcté ou coarctatif. (GUIRDHAM sur 100 épileptiques a noté 32 coarctés, 30 coarctatifs, introvertifs, 20 extratensifs, 8 ambiéquaux.)

Comme on le voit, à peine croit-on avoir saisi un type spécifique que celui-ci s'évanouit ¹. Aussi est-il compréhensible que l'on ait cherché moins à se servir du test de Rorschach comme d'un instrument de diagnostic que comme une méthode permettant d'approfondir un certain nombre de traits qui, sans être spécifiques, peuvent aider le clinicien à assurer son diagnostic et aussi son pronostic. Ne courant plus ainsi après la pierre philosophale du caractère pathognomonique, du « psychogramme spécifique », le psychologue tend à se rapprocher davantage du clinicien. Comme lui, en effet, il apprend à se contenter d'approximations successives et d'accumuler des signes sans espoir d'en trouver un seul ni même un groupement qui donne véritablement la clé du diagnostic.

C'est ainsi que PIOTROWSKI a accumulé un certain nombre de traits qui par leur juxtaposition ou leur conjugaison peuvent permettre une approche moins ambitieuse du diagnostic. Il a dressé une table de 14 signes qui permettent de silhouetter le diagnostic d'un psychogramme *d'épileptique* et d'un psychogramme plus général d'atteinte *organique*. Voici quels sont les traits épileptiques que l'on peut selon lui tirer de l'épreuve de Rorschach : 1° – temps supérieur à une minute par réponse (T) ; 2° – moins de 2 kinesthésies (M) ; 3° – fréquence des dénominations de couleur CN (colour naming) ; 4° – moins de 70 % de bonnes formes (F+) ; 5° – moins de 5 réponses populaires (Pop), 6° – moins de 6 persévérations à travers 3 planches (Rpt) ; 7° – description (DSCR) à au moins une planche ; 8° – méticulosité (MTC) ; 9° – commentaire (COM) ; 10° – remarques de symétrie ; 11° – moins de 5 ou plus de 10 formes globales ; 12° – temps initial moyen de réaction supérieur à 20 secondes ; 13° – choc clob à la planche IV ; 14° – interprétation à caractère de lutte, d'hostilité d'agression (HOST). La présence d'au moins sept signes de cette série permettrait de penser sinon de conclure à l'épilepsie. Par contre, la présence de 5 des signes suivants permet simplement d'affirmer qu'il existe une atteinte cérébrale organique : 1° – nombre de réponses inférieures à 15 ; 2° – temps [de réaction moyen] supérieur à une minute par

1. Peut-être faut-il faire exception cependant pour la persévération qui au fond est signalée presque par tous les auteurs. SAL Y ROSAS, encore récemment notait cette persévération typique dans 59 % des protocoles de 355 épileptiques. PIOTROWSKI l'a notée 17 fois sur 25 protocoles et GUIRDHAM dans 43 cas sur 132.

ÉPILEPSIE

réponse ; 3° – moins de 2 kinesthésies ; 4° – dénomination de couleur ; 5° – moins de 70% de bonnes formes ; 6° – moins de 25 % de réponses populaires [banales] ; 7° – persévération à travers [au moins] 3 planches ; 8° – incapacité de réagir (IMP) ; 9° – perplexité ; 10° – phrases automatiques. ^a

Ainsi, d'après les tableaux de PIOTROWSKI, l'épilepsie est envisagée comme l'espèce d'un genre, celui des lésions organiques du cerveau. C'est dans le même sens qu'est conduit le remarquable travail de Th. LEMPÉRIÈRE. Après avoir passé en revue tous les efforts pour trouver une base plus ou moins spécifique à la mentalité ou au caractère épileptique et après avoir souligné la fragilité et la confusion de leurs résultats, l'auteur ayant étudié cliniquement et psychologiquement 121 épileptiques (59 internés et 62 ambulatoires) parvient, en ce qui concerne le test de Rorschach, à quelques conclusions importantes. Tout d'abord il lui paraît évident que les corrélations significatives que l'on peut tirer des épreuves de Rorschach chez les épileptiques effacent plutôt qu'elles ne maintiennent, si même elles ne les inversent pas, les distinctions anciennes entre épileptiques organiques et épileptiques essentiels. En effet, les signes organiques de PIOTROWSKI se rencontrent bien chez 65 % de ces épileptiques organiques ou symptomatiques mais ils se rencontrent également chez 54 % des épileptiques essentiels. Quant à la recherche des 14 signes d'épilepsie de PIOTROWSKI, Th. LEMPÉRIÈRE n'a pas trouvé de différence significative entre épilepsie organique et les diverses variétés d'épilepsie. Elle en conclut que : « le test de Rorschach n'est pas un très bon instrument dans le diagnostic de l'épilepsie », mais elle s'empresse d'ajouter : « il est par contre un excellent moyen d'étude de la personnalité des épileptiques ». Se référant aux idées de GUIRDHAM pour qui les épileptiques psychologiquement et cliniquement normaux ont au Rorschach un type de résonance intime coarcté ou coarctatif, l'étude des protocoles de ses cas groupés selon l'importance des troubles psychiques et du caractère lui permet de conclure que ces troubles sont plus importants chez les épileptiques organiques que dans l'épilepsie essentielle.

Tel est le chassé-croisé auquel aboutit ce long effort de nombreux chercheurs pour dresser un « pattern » spécifique de la mentalité épileptique à l'aide du test de Rorschach. Tout ce que l'on a d'abord dit de l'épilepsie essentielle tend à se dire maintenant toujours davantage de l'épilepsie organique ou symptomatique (dont la fameuse épilepsie « dite » temporelle est le prototype).

Nous pouvons conclure cet exposé des recherches sur le psychogramme caractéristique de l'épilepsie qu'il n'y a pas de psychogramme véritablement pathognomonique. C'est notamment l'impression qui se dégage du numéro de la *Revue de Psychologie appliquée* (juillet 1953) que nous avons si souvent cité. Nous compren-

a.[NdE : ce paragraphe comprenait quelques erreurs de transcription dans la succession des planches ; nous l'avons rétabli en nous basant sur l'original de PIOTROWSKI, ainsi que sur les manuels classiques du test de Rorschach : BOCHNER et HALPERN, BOHM... et aussi DELAY, PICHOT, LEMPÉRIÈRE et PERSE...]

...Travaux de Th.
LEMPÉRIÈRE (1953)...

drons mieux la raison de cette déception plus loin, quand nous essaierons de pénétrer dans la structure psychique plus globale de l'homme épileptique. Il est en effet assez illusoire de rechercher des troubles spécifiques de fonctions plus ou moins élémentaires, alors que la physionomie de l'épileptique, pour autant qu'il en existe une typique, se situe à un niveau bien plus élevé. Quant à la distinction entre une épilepsie essentielle dont le psychogramme constituerait un véritable phénotype et l'épilepsie symptomatique qui ne le comporterait pas, elle paraît assez arbitraire, à la lumière de tous les travaux que nous venons d'exposer¹.

III. *Structure affective.*

Il suffit d'observer un épileptique et sa crise pour être naturellement convaincu que cette crise représente un comportement et n'est pas faite seulement de mouvements mécaniques. Il ne peut pas en être autrement d'ailleurs puisque l'épilepsie constitue un aspect de la pathologie du système cérébro-spinal, que cette pathologie reproduit sous forme plus ou moins automatique des comportements plus ou moins archaïques impliquant une certaine finalité. Il n'y a plus guère de neuro-psychiatres qui persistent à considérer la crise d'épilepsie comme un déclenchement purement fortuit de mouvements sans signification. De par ailleurs, les relations qui relient la crise à la personne de l'épileptique, à son histoire, à sa situation vitale actuelle, montrent assez que le déterminisme même de la crise n'est pas, comme on le disait il y a 50 ans, sans relations avec l'ensemble de la vie psychique du sujet. L'école psychanalytique ne pouvait pas ne pas s'intéresser à cette décharge de mouvements et à son sens non plus qu'à la personne de l'épileptique, pour autant qu'il « fait » sa crise, qu'il se trouve engagé dans son déroulement et son éclosion. C'est pourquoi, si nous voulons pénétrer dans la structure affective de la crise d'épilepsie et dans ses relations avec la vie instinctive et affective de l'épileptique, nous ne pourrons pas avoir de meilleur guide que STEKEL, FREUD, etc.². Nous allons voir

... cette pathologie reproduit [...] des comportements [...] archaïques impliquant une certaine finalité...

1. Contrairement à l'opinion de F. WESSENFELD (*Zeitsch. f. d. g. Neuro.*, 1941), 171, 321-336), Ruth HARTEL et W. EDERLÉ (même revue, 1943, 176, 640-670) estiment impossible de discerner au moyen du Rorschach l'épilepsie essentielle de l'épilepsie symptomatique.

2. W. STEKEL, *Zentralblatt für Psychoanalyse*, 1911, 1, Fascicules 5 et 6, — der epileptische Symptomenkomplex und seine Behandlung, *Fortschritt. Sexualwiss. Psychoanal.*, 1924, 1, p. 17. — P. CLARK, *Clinical studies in epilepsy*, 1917. — F. WITTELS, Eine Epilepsie Analyse. *Fortschr. Sexualwiss. Psychoanal.*, 1924, 1, p. 78. — P. GRAVEN, Die aktive analytische Behandlung der Epilepsie, *Fortschr. Sexualwiss. Psychoanalyse*, 1924, 1, p. 58. — K. A. MENNINGER, Psychoanalytic study of a crise of organic epilepsy, *Psychoanalyse Review*, 1926, 13, p. 187. — A. GILLES et R. CARRIAT, Données psychanalytiques chez un épileptique, *Ann. Médico-Psychol.*, 1925, II, pp. 428 à 442. — P. SCHILDER, *Introduction to a psychoanalytic psychiatry*, New York, 1928. — P. CLARK, A further contribution to the psychology and essential epilepsy, *J. of nerv. and ment. Disease*, 1926, t., 63. — FREUD, Dostoïewski und die Vätertötung, *Almanach der Psychoanalyse*, 1930, *Gesamtschriften*, vol. XII. — W. REICH, Ueber den Epileptischen Anfall, *International Zeitschr. für Psychoanalyse*, 1931, t. XVII, .../...

d'ailleurs, comme nous l'avons déjà remarqué à propos des études psychanalytiques sur la manie et la mélancolie, que les psychanalystes ne sont guère d'accord sur les processus psychogénétiques de l'épilepsie. Nous devons nous attendre ici, comme ailleurs, à saisir certaines intentionnalités affectives tout à la fois profondes, vagues et violentes.

Dès 1911, STEKEL se basant sur l'analyse de 4 cas crut pouvoir avancer que l'épilepsie est une maladie psychogène plus souvent qu'on ne le croit. Au centre des tendances affectives de l'épileptique il plaçait un système pulsionnel essentiellement homicide. La crise constituerait un substitut de cette tendance homicide et réaliserait également un acte sexuel qui, lui-même, a pour le sujet la valeur d'un crime. La crise, ajoutait-il, est produite par une très forte angoisse de culpabilité et il insistait sur les fantasmes inextricablement mêlés de châtement, de naissance, de renaissance et de mort. Il considérait cette « pseudo-épilepsie » comme curable par l'analyse. Dans un travail ultérieur (1924) il s'est intéressé aux épilepsies proprement organiques et il a tenté d'analyser dans ces cas les situations psychologiques auxquelles ces crises, mêmes les plus organiques, paraissent liées. Il décrit ainsi huit situations psychogènes en rapport avec ces crises : 1° – l'épileptique se précipite dans sa crise pour fuir une situation d'angoisse ; 2° – l'épileptique vit dans sa crise une situation psychologique récente ; 3° – l'épileptique vit dans sa crise un traumatisme infantile ; 4° – la crise d'épilepsie reproduit le traumatisme de la naissance ; 5° – la crise réalise une régression jusqu'à la phase intra-utérine ; 6° – l'épileptique réalise dans sa crise l'expérience de sa propre mort ; 7° – la crise représente un acte sexuel interdit ; 8° – la crise est l'équivalent d'un crime. Ces expressions de la vie affective inconsciente ¹, ces manifestations de certaines tendances libidinales dans la crise sont, comme on le voit, très polymorphes et ne se prêtent à aucune formule thématique caractéristique. Tout ce que l'on peut dire c'est que la crise peut, dans certains cas, être interprétée comme l'effet d'une pulsion plus ou moins archaïque. Nous allons maintenant nous rendre compte que, à l'exception de l'analyse par FREUD du cas de Dostoïevski, depuis les premiers travaux de STEKEL on n'a guère dépassé – tout au moins sans extrapolation arbitraire – ces intuitions.

Pierce CLARK (1915-1930) a repris l'idée que la crise convulsive satisfait des désirs sexuels anachroniques (contemporains de la fixation œdipienne ou des tendances homo-

...intentionnalités affectives tout à la fois profondes, vagues et violentes...

...[Pour STEKEL] la crise constituerait un substitut de cette tendance homicide et réaliserait également un acte sexuel...

.../...p. 263. — A. KARDINER, The bioanalysis of the epileptic reaction, *Psychoanalytic Quarterly*, 1932, 1, 375. — E. PICHON RIVIÈRE, Algunos conceptos fundamentales de la teoría psicoanalítica de la epilepsia, *Revista de Neurol. y Psiquiat.*, décembre, 1941. — Los dinamismos de la epilepsia, *Revista de psicoanalisis*, 1944, pp. 340 à 381. — L. H. BARTEMEIER Concerning the psychogenesis of convulsive disorders, *Psychoanalytic Quarterly*, 1943, t. XII, p. 330. — MITTELMANN, Psychopathology of epilepsy, (in HOCH et KNIGHT, 1947, I. P- 136). SHICK (A.), A contribution to the Psychopathology of genuine Epilepsy. *Psychoanalyt. Rev.*, 1949, 36, 217. E. KRAPF, Physiogénèse et psychogénèse des états convulsifs. *Évol. Psych.*, 1953, 607.

1. Si l'on veut bien se rapporter à l'analyse de notre cas Jean-Pierre on se convaincra que toutes ces formules y trouvent leur écho, p. 593.

sexuelles). Il a spécialement insisté sur le *narcissisme* comme mécanisme primaire de l'intentionnalité inconsciente de l'épileptique (fantasme du retour au sein maternel).

W. REICH (1925-1930) a poursuivi dans le même sens l'étude de la « signification » libidinale de la crise. L'attaque représente un coït ¹ et comme lui aboutit à une décharge énergétique, à une sorte d'orgasme. Mais c'est un ensemble de mouvements rythmiques qui intéressent seulement la musculature striée et notamment celle des membres du cou et de la tête à l'exclusion des muscles abdominaux. Il s'agit d'un « orgasme extragénital » qui satisfait les tendances complexuelles inconscientes. Comme P. CLARK il considère qu'il y a bien plus souvent une érotisation narcissique du corps tout entier.

Avec S. FREUD (1930) et son étude approfondie du cas de DOSTOÏEWSKI, nous pénétrons plus profondément dans la structure de la personnalité de l'épileptique. Ce qui constitue l'objet de l'investigation psychanalytique ce n'est plus le « paroxysme », c'est le « caractère épileptique ». Sans doute FREUD admet explicitement que l'épilepsie suppose un processus somatique de base, mais, dit-il, cela n'empêche pas d'essayer de comprendre comment il met en jeu des décharges instinctives. Celles-ci trouvent une issue dans les convulsions et autres phénomènes comitiaux mais elles représentent des tendances inconscientes, une charge libidinale qui tend à exploser. Quand cet aspect de l'épilepsie est prévalent, il s'agit d'une épilepsie affective ² dont le cas de DOSTOÏEWSKI constitue un prototype. Il insiste sur le fait que « à côté » de « vraies crises » d'épilepsie, DOSTOÏEWSKI souffrait de crises qu'il qualifiait lui-même d'« attaques mortelles », comme si à ce moment il mourait. Pour FREUD ces crises expriment l'identification à une personne morte ou à une personne dont la mort serait désirée. Il s'agit ici du « père » et c'est là le centre, le noyau affectif de la personnalité épileptique du célèbre romancier. Le parricide, la mort désirée du père (mort effectivement assassiné par un serviteur comme l'est dans le roman Fiodor Pavlovitch par Smerdiakov), le meurtre du parent inconsciemment trop aimé et consciemment, terriblement haï, constitue le drame existentiel qui ne cesse de hanter DOSTOÏEWSKI et de développer en lui un fort sentiment de culpabilité. Cette fixation œdipienne est à la base de son homosexualité latente, de son attitude de passivité ; elle est compensée par une agressivité paroxystique ou sublimée dans un mysticisme passionné et une philanthropie généreuse. Elle crée un état de tension et d'angoisse qui ne se décharge qu'en s'assouvissant dans le simulacre de la mort du père et par de là cette mort fictive en « réalisant » la propre mort du sujet identifié à l'image du Père. La « mort » de la crise c'est la mort de l'image paternelle et l'autodestruction comme *châtiment* de ce *crime* ¹. Nous saisissons donc ici la signification dra-

...le cas de DOSTOÏEWSKI
constitue un prototype
d'une épilepsie affective...
(FREUD, 1930)

...le meurtre du parent
inconsciemment trop
aimé et consciemment,
terriblement haï...

1. Des enregistrements E. E. G. réalisés pendant le coït montrent une parfaite analogie entre la crise comitiale et l'orgasme... tout au moins en ce qui concerne les artefacts musculaires !

2. Sur l'épilepsie affective, l'« *Affect. épilepsie* » de Bratz, cf. MARCHAND et AJURIAGUERRA, pp. 410 à 415. — Cf. aussi le tout récent travail de KRAPP, *loc. cit.*, p. 623.

matique et complexe d'un aspect fondamental de l'épilepsie de Dostoïewski. Sans doute cette « juxtaposition » admise par FREUD d'une « vraie » et d'une « pseudo » épilepsie consacre-t-elle un distinguo plus subtil que satisfaisant et limite-t-elle le sens de la psychogénèse de l'épilepsie. Mais si, comme nous le verrons plus loin, une psychogénèse « pure » est radicalement impossible pour l'interprétation causale totale de n'importe quelle variété d'épilepsie, la part de psychogénèse qui peut être impliquée dans toutes les épilepsies est ici magistralement mise à jour, mise à nu.

Avec A. KARDINER (1932-1941) nous revenons à l'interprétation psychanalytique de l'attaque convulsive. La crise est comme une vertigineuse régression vers le premier acte de l'existence, un incoercible besoin de renaître. Ce besoin est à la source de la répétition des accès et de la tendance constante à revenir toujours en arrière ou à persévérer dans un effort opiniâtre et toujours renouvelé. Le Moi tend toujours et sans cesse à fusionner les énergies anarchiques et destructrices pour les regrouper et leur imprimer une nouvelle direction. C'est bien à la situation d'une nouvelle « naissance » que tend l'épileptique comme c'est encore à une « renaissance » morale que tend la sublimation de cette tendance.

Les autres auteurs ² se sont contentés de reprendre comme un leitmotiv ces idées en les appliquant avec plus ou moins de bonheur à des cas où la « composante névrotique » de l'épilepsie est parfois si importante qu'on se prend à douter du diagnostic. Peut-être le récent travail de KRAPF ³ peut-il nous aider à comprendre l'intégration somato-psychique du besoin inconscient dans la décharge neuronale. Mais il reste certes beaucoup de chemin à parcourir pour aller jusqu'à la chose même, au phénomène épileptique total et original, une fois traversée de part en part la métaphore qui nous sert vaille que vaille actuellement de connaissance approximative : l'épilepsie est une « affection », une « passion » convulsivante.

...la part de psychogénèse qui peut être impliquée dans toutes les épilepsies est [par FREUD] magistralement [...] mise à nu...

...l'épilepsie est une « affection », une « passion » convulsivante...

C.— LA PERSONNE ET LE MONDE ÉPILEPTIQUES.

Contre le frère aîné de Karamazov accusé de parricide le « réquisitoire » nous dépeint cette famille de forcenés sous les traits du fanatisme et de la violence. S'identifiant lui-même aux frères Karamazov, le procureur s'écrie : « Pourquoi ? Parce que nous sommes une « nature large », un « Karamazov » capable de réunir tous les

1. Naturellement « tout cela », répétons-le, ce « complexe » protéiforme de sentiments violents nous l'avons vu à propos de l'état crépusculaire de Jean-Pierre (cf. supra).

2. On cite toujours les travaux de P. SCHILDER et de S. E. JELIFFE, mais à vrai dire, en dehors des interprétations et intuitions dont nous venons de rappeler l'essentiel, ils n'ont rien rapporté de bien positif à l'analyse de la structure affective de l'épilepsie. Nous pouvons en dire autant de FENICHEL.

3. KRAPF (E.), Physiogénèse et Psychogénèse des états convulsifs, *Évolution Psychiatrique*, IV, 1953, 607-622.

...un « Karamazov » capable de réunir tous les contrastes et de contempler à la fois deux abîmes...

contrastes et de contempler à la fois deux abîmes, celui *d'en haut*, l'abîme du sublime, idéal, et celui *d'en bas*, l'abîme de la plus ignoble dégradation... Ce mélange contre nature lui est constamment nécessaire. Deux abîmes, messieurs, deux abîmes simultanément, sinon nous ne sommes pas satisfaits, il manque quelque chose à notre existence...¹ » Et le défenseur n'a pas de peine à montrer à son tour dans l'exaltation de son client, une « sublime frénésie » : « Oui ces cœurs, oh ! laissez-moi les défendre ; ils sont rarement et si mal compris, ces cœurs sont souvent assoiffés de tendresse, de beauté, de justice, précisément parce que sans qu'ils s'en doutent eux-mêmes, ces sentiments contrastent dans leur propre violence avec leur profonde dureté. Ces natures ne peuvent pas dissimuler leur impétuosité parfois grossière, voilà ce qui frappe, voilà ce qu'on remarque, alors que l'intérieur demeure ignoré. En réalité leurs passions s'apaisent rapidement et quand ils rencontrent une personne aux sentiments élevés, ces êtres qui semblent grossiers et violents, cherchent la « régénération ² ».

...le monde « dostoïewskien »...

Il ne nous paraît pas possible de faire la moindre tentative de pénétration de la structure globale de la personne et du monde épileptique sans nous référer d'abord et nécessairement au monde « dostoïewskien » dont les violences frénétiques, les terribles décharges passionnelles, les fulgurantes explosions de crimes et de châtiments, les éclats, les vociférations enflammées, les orgies, les trances et les flambées de sauvages ou théâtrales émotions sont proprement « épileptiques ». Ce ne sont pas seulement le Prince Muichkine, Ivan Karamazov, Smerdiakov, M. Galiachkine, etc. qui sont épileptiques, ce sont *tous* les personnages, *toutes* les situations chaotiques dans lesquelles se débattent ces héros prolixes, insatiables et déchaînés en proie aux plus tumultueuses et ardentes agitations des instincts, aux extases, aux ivresses, aux débauches effrénées, aux sentiments les plus contradictoires et les plus bouleversants, aux plus tragiques tortures de l'angoisse, ce sont tous ces personnages secoués des pulsations vitales les plus profondes et désordonnées qui sont « épileptiques », comme est « épileptique » le monde imaginaire du réel épileptique qu'était DOSTOÏEWSKI ³.

Que tous les épileptiques ne soient pas des personnages de ce style, que tous ne pré-

1. *Les frères Karamazov*. Le réquisitoire caractéristique. Livre XII. Réquisitoire d'Hypolyte Kirillovitch contre Dmitri accusé à tort d'avoir tué son frère assassiné par un serviteur, épileptique comme DOSTOÏEWSKI lui-même.

2. *Les frères Karamazov*. Un sophiste (13), Livre XII. Plaidoirie du défenseur Fetionkovitch en faveur de Dmitri, frère d'Ivan Fiodorovitch épileptique et d'Aliocha, mystique « incarnant le fatal désespoir qui pousse une foule de gens à retourner comme ils disent en *sol natal*, à se jeter dans les bras de la *terre natale* comme des enfants effrayés par les fantômes, se réfugient sur le sein tari de leur mère pour s'endormir tranquillement et échapper aux visions qui les épouvantent ». — Plaidoyer somme toute pour les trois frères Karamazov en qui se projette et se partage l'âme même de DOSTOÏEWSKI.

3. Les travaux, ouvrages et essais littéraires sur DOSTOÏEWSKI sont innombrables. En France citons les livres de SUARES (1911), Cahiers de la quinzaine, d'A. GIDE (1911, Plon), de H. TROYAT (1940), de P. DOURNES (1947), la traduction française de « *Le monde religieux de Dostoïewski* », par Romano GUARDINI (Éd. du Seuil, 1947).../...

sentent pas cliniquement ces traits de violence contenue ou déchaînée, que tous ne soient pas construits sur ce modèle, tout le monde en peut tomber d'accord. Que ce fond épileptique existentiel ne soit pas non plus la condition nécessaire de l'épilepsie tout le monde en devrait également convenir, nous semble-t-il. Mais il n'en reste pas moins que la masse des épileptiques présente une physionomie psychique, un « caractère » qui doit être considéré non pas seulement comme représentant un type statistiquement moyen et somme toute conjectural, mais comme l'essence de l'épilepsie maxima en tant que l'épilepsie est ou tend à devenir une « *forme d'existence convulsive* ».

...l'épilepsie est ou tend à devenir une « forme d'existence convulsive »...

C'est cette forme d'existence, ce « Dasein », cette manière-d'être-au-monde » qui doit faire l'objet des études caractérologiques psychologiques de la « mentalité épileptique ». Les méthodes employées jusqu'ici, nous l'avons vu à propos notamment du test de Rorschach, ont quelque chose de dérisoire pour être trop fragmentaires et abstraites. Sans doute parviennent-elles à saisir certains aspects concrets de la structure de la personne épileptique, mais dès qu'elles prétendent la saisir dans sa totalité, elles la pulvérisent en mille morceaux qui rendent l'ensemble méconnaissable. Seuls les auteurs qui « trichent » avec ces méthodes (Fr. MINKOWSKA notamment) parviennent à les rendre fécondes en les protégeant contre le risque auquel la généralité des auteurs succombe, celui de défigurer l'épileptique en le réduisant à un jeu purement arithmétique de divisions dont le quotient est *insignifiant*.

L'homme épileptique comparé à une « *bouteille de Leyde* » par tant d'auteurs, cet homme épileptique dont SAMT¹ a dit « qu'il a toujours le paroissien dans sa poche, le nom de Dieu sur les lèvres et la canaillerie dans le corps » ; cet « homme » dont les crises et les paroxysmes sont devenus le rythme existentiel, nous pouvons nous le représenter et le décrire de telle façon que dans la structure de sa personne et de son monde nous n'aurons pas de peine à reconnaître comme des évidences les « facteurs », les « traits » que les psychologues « déchiffrent » péniblement ou les systèmes pulsionnels que les psychanalystes y ont laborieusement « découverts ».

.../... Quelques thèses : celle de BAROIS, sur les « *Épileptiques de génie* » (Paris, 1902), celle de BERCOVICI (Paris, 1933), etc. ont témoigné de l'intérêt médical pour l'œuvre du grand romancier russe.

Le plus récent travail psychopathologique est celui de P. SCHMIDT, Thèse, 1950, le chapitre consacré à Dostoïewski a paru dans *L'Encéphale*, 1951, 40, pp. 312 à 340.

Rappelons enfin les écrits de DOSTOÏEWSKI les plus intéressants du point de vue de la psychopathologie de l'épilepsie, *Le Double* (1846). *L'Idiot* (1868). *Les Possédés* (1871). *Le rêve d'un homme ridicule*, le *Journal d'un écrivain 1873-1877*, et les *Frères Karamazov* (1879). On trouvera aussi des documents intéressants dans la « *Correspondance de Dostoïewski* », publiée par D. ARLAN (Éd. Calman-Lévy, 1949).

1. SAMT, Epileptische Irreseinformen, *Arch. f. Psych.*, 1875, V, p. 343.

I. *La compression.*

ZIEHEN disait que ce qui manque à l'épileptique c'est « l'esprit », c'est-à-dire la légèreté, la vivacité et l'humour. C'est que l'homme épileptique est « pesant » et « lourd ». Il a de la peine à sauter d'une idée à une autre. Sa physionomie et sa psychomotricité ont quelques chose d'une pesante gravité qui exclut la souplesse, la promptitude et l'agilité. A pas lents et embarrassés, sa pensée, visqueuse et opiniâtre, se déplace avec difficulté et tend à persévérer. Entêté et buté, morose et renfrogné, il revient sans cesse à l'idée, aux mots ou aux occupations qu'il poursuit avec application dans leurs moindres détails. Tout dans son être tend à persévérer, à se maintenir, à se fixer. Fortement freiné et serré, le fil de sa pensée ne se dévide qu'avec peine. Or le propre de la vie psychique étant de se dérouler en mettant en jeu tous les moyens possibles de l'expressivité, l'épileptique constamment empêtré dans son discours ¹ prolix, tâtonnant, itératif, ânonnant, embourbé dans le pathos de ses idées comme dans ses phrases maladroitement, épuise son énergie dans les efforts qu'exige la construction pénible de sa pensée ou de son action. L'homme épileptique se traîne et il traîne comme une charge écrasante le poids d'un monde intérieur dans lequel il s'enlise.

Mais il y a un autre aspect de cette « charge », c'est qu'elle est non seulement inerte, mais aussi et surtout accumulation explosive d'énergie interne. L'inexpressivité, le défaut de déroulement, d'entrain et de vivacité, le blocage massif des réactions, laissent le système énergétique psychique sans débouchés. La tension des valeurs subjectives (l'égoïsme a-t-on pu dire) se manifeste par l'auto-référence à soi et au corps, dans l'hypocondrie, par la préoccupation obsédante des conflits qui sont comme les foyers énergétiques internes des forces maintenues sous « pression » par leur blocage ou leur inemploi.

Cette « charge » épileptique (ce *poids* et cette *tension* d'énergie accumulée) constitue le fardeau de l'homme épileptique, son malaise existentiel profond et lancinant. L'épileptique n'est jamais gai, il est *comprimé*. Rétrécie par son défaut de flexibilité et d'agilité, concentrée faute de pouvoir se détendre, s'exprimer, se manifester et rayonner, l'existence épileptique s'enroule sur elle-même par un lent et concentrique mouvement dont chaque spirale d'événement accroît la tension. Toujours plus serré et resserré ³ à l'étroit dans un espace sans élasticité et un temps sans détente, l'épileptique

1. Cf. notamment les travaux de C. CLARK, *Langage of Epilepsies, J. of Ment. Ps.*, 1900, (avril), et de W. SCRIPTURE, *La parole épileptique, J. de Psycho.*, 1921, pp. 724 à 729, sur le langage des épileptiques.

2. GOTOR parle d'une « adiadococinésie psychique ».

3. Si le « Procureur » parle des frères Karamazov comme d'êtres qui sont « trop larges » c'est pour exprimer qu'ils oscillent d'un excès dans l'autre, mais chacun de ces excès est vécu comme un rétrécissement paroxystique de la conscience.

...A pas lents et embarrassés, sa pensée, visqueuse et opiniâtre, se déplace avec difficulté et tend à persévérer...

...accumulation explosive d'énergie interne...

apparaît à autrui comme un personnage « inhibé », « borné ¹ », « morose », « irritable » et il s'éprouve lui-même dans sa détresse comme un être confiné, soumis à une étouffante pression.

Comme on le voit, cette première analyse de la structure de la vie psychique de l'homme épileptique nous rapproche des analyses circonstanciées de Fr. MINKOWSKA qui a admirablement vu que l'existence épileptique oscillait entre ces deux pôles qu'elle appelait celui de la *viscosité* et celui de l'*explosivité*. Tel est en effet l'épileptique qu'il ne cesse de se charger par une condensation lente, progressive et accumulative de ses expériences comprimées, jusqu'à soudainement « exploser ».

...deux pôles que F. MINKOWSKA appelait celui de la viscosité et celui de l'explosivité...

II. Les décharges paroxysmales.

Chez beaucoup d'épileptiques, la crise survient brutale et sans que rien ne puisse ni au sujet ni à l'observateur l'expliquer. Mais il arrive aussi que l'accumulation d'une tension d'angoisse, une brusque irritation occasionnelle ou plus souvent une longue phase de malaise et de méditative incubation précède la crise qui apparaît alors comme une décharge bienfaisante. Tous les cliniciens connaissent bien en effet l'antagonisme naturel qui semble opposer les périodes des crises fréquentes voire « sérielles » et les périodes de tension insupportable avec l'humeur maussade, l'irritabilité et l'accentuation de tous les phénomènes de « compression psychique ».

Qu'elles soient déterminées par l'excès de tension ou qu'elles la résolvent purement et simplement, il n'en reste pas moins vrai que la crise complète et générale est à certains égards salutaire ² et que souvent les malades la redoutent moins que l'absence prolongée de cette nécessaire « soupape de sûreté ». Son efficacité résolutive est peut-être inséparable des significations intentionnelles inconscientes que STEKEL, nous l'avons vu, a étudiées. C'est-à-dire que la décharge pseudo-orgastique en libérant cette « masse agglutinée de mouvements », comme disait H. JACKSON, satisfait les « besoins psycho-organiques » profonds des sphères instinctivo-affectives les plus archaïques. On ne saurait à cet égard se contenter de trouver simplement « grotesques » les interprétations psychanalytiques car, si elles ne nous expliquent pas la crise, et encore moins la totalité de l'épilepsie, elles peuvent nous permettre de comprendre, jusqu'à un certain point, l'angoisse de l'épileptique « qui cherche sa crise » et la détente apaisante qui lui succède.

...l'angoisse de l'épileptique « qui cherche sa crise » et la détente apaisante qui lui succède...

L'homme épileptique a besoin de sa crise et si on la lui supprime il faut avoir soin

1. L'épileptique paraît souvent plus borné qu'il n'est. *L'Idiot* (Le Prince Muichkine), est considéré comme un « faible d'esprit » alors que sa naïveté, sa candeur et les paradoxes de son comportement participent de la structure « en circuit fermé » de sa conscience, ce qui n'exclut pas chez lui une prodigieuse intelligence des situations.

2. « Électrochoc spontané », a-t-on pu dire.

...Saisi de sa crise, l'épileptique s'en saisit à son tour et transforme en événement...

de lui donner des compensations. Ce besoin devient même parfois comme une habitude toxicomaniaque qui cherche à se satisfaire en profitant de toutes les occasions. La crise devient alors une sorte de comportement expressif, un langage muet mais violent qui se substitue aux balbutiements de l'état de compression. Saisi de sa crise, l'épileptique s'en saisit à son tour et transforme en *événement* culminant l'*accident* comitial. Comme nous l'avons déjà indiqué et comme nous le verrons plus loin, cette relation existentielle de l'épileptique avec sa crise vaut surtout pour certaines formes d'épilepsie (formes icto-comitiales).

Par contre, l'éventualité que nous allons envisager maintenant vaut surtout pour l'aspect opposé de l'épilepsie (forme graduo-comitiale). Quand l'épileptique fait mal sa crise, quand celle-ci se déroule de façon plus incomplète, reste à mi-chemin de sa conclusion et quand ses équivalents, comme les cauchemars d'un sommeil incomplet et agité, épuisent plus qu'ils ne calment – au lieu d'un assouvissement total, l'épileptique éprouve alors des expériences d'angoisse ou décharge son impulsivité automatique dans des comportements qui – même amnésiques – entretiennent et parfois avivent dans son existence le malaise et le désarroi¹. D'accès incomplets en équivalents, de crises psychomotrices en paroxysmes conscients et mnésiques, cette épilepsie larvée, celle « qui tue le psychisme » réalise une forme d'existence tumultueuse et constamment bouleversée où le paroxysme, sans pouvoir aboutir à une décharge complète ou, en tout cas, insuffisamment cathartique, n'apparaît plus que comme un accident redoutable et en quelque sorte étranger.

III. *La frénésie épileptique.*

Quelles que soient la fréquence et la profondeur de ces « chutes paroxysmales » l'homme épileptique dans ses décharges soudaines ou dans son « impulsivité caractérisée », dans ses « crises » comme dans ses « troubles du caractère », obéit aux pulsions extrêmes de sa nature violente. Il est bien vrai qu'il est pour ainsi dire animé d'une sorte d'agressivité terrible comme si l'instrument naturel de cette agressivité, sa musculature (plus ou moins « athlétique ») était toujours prête à frapper, à tuer. Nous l'avons vu à propos de tous les accidents paroxystiques et aussi des « psychoses épileptiques », cette fureur, ce besoin forcené de détruire, constitue l'axe existentiel de l'épileptique. Qu'on la désigne sous le nom de « sadisme » ou d'instinct d'agression, qu'on la considère comme survivance pulsionnelle de la phase orale ou anale du développement instinctivo-affectif ou comme liée au complexe parricide de l'Œdipe, cette tendance profondément et proprement épileptique se retrouve dans la brutalité, la colère, les emportements de la vie quotidienne comme dans les terribles impulsions des

...cette fureur, ce besoin forcené de détruire, constitue l'axe existentiel de l'épileptique...

1. Aussi ne nous étonnerons-nous pas si la fameuse « épilepsie temporale » est donnée généralement comme la plus génératrice des troubles du caractère et des traits « épileptoïdes ».

ivresses de l'épileptique, dans ses rêves sanglants, dans ses réponses au Rorschach, quand ce n'est pas dans ces tragiques « états crépusculaires » où il donne libre cours à sa furie homicide, au déchaînement de ses pulsions meurtrières, à l'assouvissement de sa rage de destruction, à sa « fureur » sanguinaire.

Comme nous l'indiquons plus haut à propos du monde « dostoïevskien », la tendance violemment opposée à l'exaltation religieuse, au sacrifice, à l'idéal, est comme soudée au radical homicide de l'épileptique. Il est tout à la fois ou dans la succession vertigineuse de ses volte-face, ange et bête plus que tout autre homme, et c'est précisément ces soubresauts juxtaposés ou alternants de sa nature qui impriment à ses passions, à ses révoltes, à ses conversions, à ses grandiloquences grotesques ou à ses repentirs, cette tonalité frénétique qui le situe au diapason le plus élevé de la violence. De telle sorte que l'existence épileptique traversant ses paroxysmes et comme martelée de coups de boutoir de cette frénésie, est presque tout entière syncopée ou contractée, elle est en un mot : « *convulsive* ». Certes, tous les épileptiques ne sont pas des « frères Karamazov » mais ce qui chez ceux-ci (incarnation et projection des fantasmes de l'auteur) a été présenté par DOSTOÏEVSKI lui-même comme le style même du personnage épileptique et de son roman, se retrouve, sur un registre plus modeste et moins apparent, chez beaucoup d'épileptiques comme la trame de leur destin. Et ce n'est certainement pas par hasard que le médecin légiste et le psychanalyste sont d'accord pour considérer l'épileptique comme un criminel en puissance ¹.

...ange et bête plus que tout autre homme...

...l'existence épileptique [...] est presque tout entière syncopée ou contractée, elle est en un mot : « convulsive »...

1. Sans doute peut-on penser non sans raison que tous les hommes sont des « criminels en puissance » puisque tous portent au fond d'eux-mêmes les pulsions agressives qui diversifient chez chacun d'eux les instances sadiques. Mais l'épileptique par la libération plus ou moins massive de cette agressivité intégrée et comme actualisée dans son caractère est particulièrement « chargé » d'agressivité homicide. On pourra peut-être penser que nous dressons ici de l'épileptique un portrait bien excessif car enfin sur les quelque 10 millions d'épileptiques qui (d'après LENNOX) vivent à la surface de la terre, il n'y a que bien peu de criminels et la plupart des autres sont ou paraissent être inoffensifs et sans agressivité. Mais nous le répétons, nous essayons de saisir ici la modalité épileptique de l'existence en tant que vécu réel tout à la fois vague, violent et fantasmatique de cette existence. Si tous les épileptiques n'ont pas un comportement épileptique, fanatique et criminel on retrouve sinon chez la plupart d'entre eux, en tout cas chez *les plus typiques* cette structure d'existence frénétique. Et cela nous suffit pour les décrire sous sa forme la plus significative. Enfin on pourrait penser que cela ne vaut que pour l'épileptique « *interné* », l'épileptique « *aliéné* », qu'observe le « *Psychiatre* », mais que cela n'est pas vrai pour l'épileptique ambulatoire qu'observe le « *Neurologue* ». Mais, comme nous le dirons plus loin, l'épileptique est le type même d'une maladie mentale et, sauf pour quelques formes de convulsions partielles proprement « *neurologiques* » en tant qu'elles n'altèrent ni la conscience ni la personnalité du sujet, elle comporte non seulement une *pathologie de la conscience* dont les accidents paroxystiques, leurs équivalents et les psychoses aiguës comitiales sont les manifestations cliniques mais encore une *pathologie de l'existence* que nous esquissons précisément ici. Et, à ce point de vue, que l'épilepsie soit dite « *organique* » ou « *généine* » ou « *essentielle* » elle nous paraît bouleverser la structure psychique de l'être. C'est dans ce bouleversement que l'agressivité, la criminalité virtuelle nous paraît occuper une place centrale même si elle n'est pas toujours apparente surtout au regard des profanes (non psychiatres), qu'ils soient médecins ou non, qui par préjugé ou incompréhension sont peu aptes ou enclins à analyser la structure psychique de l'homme épileptique.

Nous avons à propos de l'homme maniaco-dépressif souligné en reprenant la formule de L. BINSWANGER qu'il est essentiellement un homme antinomique. Si nous nous rapportons à ce que nous avons dit de la déstructuration temporelle-éthique de la conscience dans la manie et dans la mélancolie et sur les oscillations éthiques du maniaco-dépressif, nous pouvons préciser que celui-ci est constamment au centre du conflit entre ce qu'il *faut* faire et être, ce qu'il *désire* faire et être, de telle sorte que la structure anthropologique de l'homme maniaco-dépressif nous a dévoilé son perpétuel tâtonnement entre le bien et le mal, l'avant et l'arrière et, pourrait-on dire, la « droite » et la « gauche ». Le contraste de l'existence épileptique nous paraît être d'une autre essence. Ce n'est pas sur un plan existentiel pour ainsi dire *horizontal* qu'il est tantôt ceci, tantôt cela, qu'il est ceci et cela, ce n'est pas d'une extrémité à l'autre des positions du balancier du temps et du « choix moral », c'est dans un vertige plus tumultueux et plus profond qu'il *va et vient* entre deux abîmes, qu'il *monte et descend*, comme si la loi de son existence était celle d'une explosion à deux temps, l'une *vers le haut*, l'autre *vers le bas*, celle d'un rythme *vertical* entre la condition humaine de la station debout et celle de la chute. De telle sorte que l'homme épileptique, dans ses paroxysmes comme dans la forme structurale de sa conscience et de son caractère est frénétiquement propulsé soit vers l'au-delà d'un monde surnaturel et immortel, soit dans l'« en-deçà » de la vie, dans les affres de la mort. Emporté dans les élans d'un « mysticisme », d'une « religiosité » ou d'un « idéalisme » exaspérés, il succombe aussi et tombe irrésistiblement jusqu'à abolir avec son être toute existence. Cette « chute » n'est pas, en effet, seulement celle du péché, celle de l'homme qui s'abandonne aux plus basses exigences de sa mauvaise nature, celle de l'homme qui, en perdant conscience, se livre aux plus bestiales pulsions de son inconscient, – c'est aussi pour lui l'anéantissement, le meurtre de la vie, la fin du monde. On comprend que STEKEL et FREUD aient pu mettre en évidence dans cette rupture, totale et paroxystique – ou virtuelle et permanente des relations épileptiques de l'être et du néant, ces aspects complexuels et intentionnels qui donnent un sens vague et violent à l'existence comitiale. En tombant l'épileptique n'est pas seulement en train de mourir mais aussi de tuer, il « tombe sur » autrui, car cette « petite mort » qu'est sa crise ne figure pas seulement la passivité cadavérique de l'homme foudroyé, mais plutôt une agonie, un combat, un frénétique corps à corps. Et ce corps à corps convulsif se déroule comme une étreinte sadique de l'objet libidinal inconsciemment investi des primordiales pulsions complexuelles : l'homicide, l'inceste et l'autopunition sont les forces qui confèrent aux décharges nerveuses et musculaires de son corps, leur suprême, leur première et dernière signification.

Cette fulgurante tragédie qui contracte en quelques instants ses péripiéties, est celle-là même qui constitue le fond frénétique de l'homme épileptique de cet homme « sujet » aux « attaques » du mal « caduc », de cet homme sans cesse menacé d'être

...c'est dans un vertige plus tumultueux et plus profond [que les positions éthiques et temporelles] qu'il va et vient entre deux abîmes...

précipité aux portes de la mort et qui, terrassé, est encore contraint de se débattre dans un corps à corps mortel avec lui-même – de cet homme qui, même quand il est debout face à son monde, est encore emporté par le vertige de son « mal sacré ».

IV. *La structure existentielle de l'homme épileptique et le processus organique comitial.*

Ainsi que nous l'avons maintes fois souligné, une étude phénoménologique du vécu psychopathologique n'exclut pas la nécessité de recourir à un bouleversement organique pour l'expliquer, bien plus elle l'exige. De telle sorte que si certains lecteurs superficiels concluaient un peu hâtivement que l'analyse psychologique que nous venons de présenter est de la « pure littérature » ils se tromperaient. La description phénoménologique de l'homme épileptique a pour unique objet l'approfondissement séméiologique et clinique de la maladie comitiale et elle est destinée seulement à mieux nous faire saisir qu'elle est l'effet d'un désordre cérébral qui en constitue la condition étiologique même.

Ce que l'on appelle la « mentalité épileptique » ou le « caractère épileptique » (dont quelques-uns hésitent à accepter la réalité pour la raison inverse qui la font sur-estimer par d'autres) c'est une modalité d'existence que le processus épileptique imprime à la vie psychique. Certes – comme nous le verrons dans le tome suivant de cet ouvrage – tout le monde accepte la notion de « démence organique », mais pourquoi, au nom de quoi faudrait-il refuser à des troubles psychiques autres que la « démence », la possibilité de faire partie intégrante du tableau clinique d'une affection cérébrale à manifestations épileptiques ? L'encéphalite épidémique avec son syndrome parkinsonien essentiellement psychomoteur, ses troubles du caractère, ses traits particuliers d'impulsivité, de perversité, de bradypsychie et ses crises oculogyres nous ont depuis longtemps familiarisés avec cette possibilité d'un bouleversement structural de la conscience et de la personne par un processus cérébral. C'est dans ce sens que l'homme épileptique réunit dans sa forme d'existence un ensemble de troubles négatifs qui lui sont communs avec tous ou presque tous les « malades organiques » du cerveau. Il présente comme le traumatisé du crâne, le malade atteint de tumeur cérébrale ou d'une encéphalopathie quelconque ce que l'on est convenu d'appeler le « *syndrome psycho-organique* » (BLEULER) ou les « *signes psychiques d'organicité* », que ceux-ci soient enregistrés par le clinicien (MARCHAND, KLEIST) ou mesurés par le psychométricien (HARROWER, ERICKSON, PIOTROWSKI, ARLUCK, Th. LEMPÉRIÈRE, etc.). Sur ce fond commun, la personnalité épileptique s'édifie selon la dynamique structurale que nous venons d'indiquer, mais c'est seulement dans certains cas qu'elle affecte cette forme typique qui admet elle-même tous les degrés. C'est ainsi que Th. LEMPÉRIÈRE souligne que certains aspects de « caractère épileptique » paraissent réactionnels à la situation

...Ce que l'on appelle la « mentalité épileptique » [...] c'est une modalité d'existence que le processus épileptique imprime à la vie psychique...

vitale de l'épileptique et ne sont par conséquent que des effets indirects de l'épilepsie. Peut-être ne faut-il pas aller trop loin dans cette interprétation « paralléliste » des rapports entre l'épilepsie et le caractère épileptique. Cependant pour nous qui estimons qu'il y a un *écart organo-clinique* entre le processus organique et sa manifestation clinique, nous concevons parfaitement que, sous la condition générale des troubles de la « compression psychique » (que l'épileptique partage avec tant d'autres « organiques ») et sous la condition particulière des accidents paroxystiques qui déstructurent par « à coups » sa conscience, l'homme épileptique constitue ou tend à constituer une forme d'existence propre sans que celle-ci, ses multiples « traits » ou « facteurs » soient étroitement déterminés par tel ou tel trouble de « fonctions » isolées. Cette élasticité, cette relative indépendance à l'égard du processus cérébral expliquent que la structure existentielle ne soit pas toujours constante et maxima.

...on ne peut pas ne pas être frappé par l'analogie ou mieux l'identité « phénoménale » des descriptions psychologiques ...cliniques...physiopathologiques...électroencéphalographiques...

Ceci dit on ne peut pas ne pas être frappé par l'analogie ou mieux l'identité « phénoménale » des descriptions psychologiques de l'homme épileptique, des descriptions cliniques des troubles épileptiques et des descriptions physiopathologiques et électroencéphalographiques du processus comitial. Elles convergent vers l'unité naturelle du phénomène épileptique, vers sa totalité. La tension, la viscosité, la compression de la vie psychique, son défaut d'expressivité et de liquidité, ses paroxysmes, ses décharges, ses chutes de niveau, ses explosions, autant de « métaphores » qui trouvent leur équivalent dans les grapho-éléments des tracés. Les paroxysmes bilatéraux synchrones et symétriques des pointe-ondes, les ondes lentes spontanées ou provoquées par l'hyperpnée que l'on observe dans l'intervalle des crises du grand et petit mal dit « idiopathique », les tracés intercritiques d'épilepsie dite « symptomatique généralisée » qui manifestent un trouble bilatéral de l'électrogénèse corticale par projection d'altérations basales sous corticales (rythme thêta pariéto-temporal ou delta frontal, de bouffées fusiformes bilatérales et synchrones), toutes les manifestations infracliniques des diverses catégories d'épilepsie témoignent, quelle que soient leur nature, leur origine, leur étiologie et leur localisation même, d'une excitabilité excessive des neurones cérébraux ou ce qui revient au même d'une perméabilité exagérée de leurs synapses ¹. Que ces troubles de la dynamique neuro-électrique soient dus à une « fragilité » du système régulateur diencephalique qui a tendance à se court-circuiter, se propagent massivement et immédiatement dans l'allocortex, l'isocortex et jusque dans le rhombencéphale comme il arrive dans la crise icto-comitiale – qu'il s'agisse d'une propagation plus lente et serpentine au travers des structures corticales jusqu'à, par bombardement commissural ou embrasement des centres sous-corticaux, provoquer une crise généralisée de type

1. Nous empruntons à GASTAUT (Encyclopédie médico-chirurgicale, — *Neurologie*, 1951), ces formules électroencéphalographiques des divers types de tracés intercritiques dans les diverses formes d'épilepsie.

« *gradu-comital* ». – la grande hypersynchronisation neuronale de la crise persiste souvent sous forme intermittente et atténuée dans l'état intercritique. De telle sorte que la possibilité même de diagnostiquer l'épilepsie par l'électro-encéphalogramme intercritique ne peut se concevoir que par la permanence d'une dysrythmie plus ou moins durable. Certes il arrive souvent de rencontrer des tracés anormaux mais non spécifiques soit bilatéraux synchrones, soit diffus ou localisés (surtout dans les formes du grand mal), mais il arrive aussi de noter des anomalies spécifiques (pointe-ondes, poly-pointe-ondes, bouffées d'ondes polyrythmiques harmoniques bisynchrones ou localisées) associées à une dysrythmie lente elle-même non spécifique ¹.

De telle sorte que nous pouvons « paraphraser » la clinique en termes électroencéphalographiques et notamment considérer que l'habitus psychique tout à la fois non spécifique et spécifique de l'homme épileptique paraît constituer la forme d'existence, le type d'expérience vécue par l'épileptique dont le cerveau n'est pas ou n'est plus capable de fonctionner librement et sans risquer à tout instant de faire explosion.

Une telle « paraphrase », une telle « métaphore » est certes généralement pleine d'embûches et on ne saurait trop se méfier des analogies verbales qui ont empoisonné tant de problèmes sous prétexte de leur trouver une ingénieuse solution. Mais quand comme ici – comme, nous le faisons remarquer plus haut – l'analyse phénoménologique nous contraint à décrire la structure de l'homme épileptique comme celle d'une existence perpétuellement « chargée » et « déchargée » et que sur l'électroencéphalogramme s'inscrit cette dysrythmie caractéristique par quoi se manifeste l'hypersynchronisation neuronale, peut-être sommes-nous vraiment contraints de nous soumettre à cette évidence de fait. Et tout de même que la métaphore de l'« inflammation » correspond au phénomène même de la fièvre, de la rougeur et de la chaleur des tissus, pouvons-nous ici considérer que la « métaphore » n'est ici que l'expression imagée de la réalité des troubles cérébraux, qu'elle est une métaphore qui enveloppe une qualité existentielle de l'être.

– Il nous reste à envisager encore un problème que n'ont cessé de se poser tous les cliniciens, neuropathologistes et électroencéphalographistes : la personnalité épileptique est-elle caractéristique de cette variété d'épilepsie que l'on nomme idiopathique ? Tandis que la mentalité épileptique, les caractéristiques tirées de l'épreuve de Rorschach, l'épileptoïdie, voire la structure complexe mise en évidence par les psychanalystes paraissaient il y a quelques années s'appliquer exclusivement à l'épilepsie dite « gène », « essentielle », ou idiopathique, l'extension considérable prise par la notion d'épilepsie symptomatique ou lésionnelle depuis le développement prodigieux

...nous pouvons « paraphraser » la clinique en termes électroencéphalographiques...

...[car] elle est une métaphore qui enveloppe une qualité existentielle de l'être...

1, Cf. GASTAUT, « Les Épilepsies », de ROGER, CORNIL, PAILLAS, pp. 82 à 90.

de l'E. E. G. a entraîné une révision et presque un renversement complet de cette opinion si répandue. Nous pouvons nous rapporter encore au travail le plus récent à ce sujet, celui de Th. LEMPÉRIÈRE. Elle rappelle d'abord que les anciens auteurs (CALMEIL, ESQUIROL, MOREAU de Tours) avaient noté que les crises mineures (ce qu'ils appelaient le petit mal ou l'épilepsie larvée) étaient celles qui avaient le plus fâcheux retentissement sur le psychisme. C'est ainsi – comme nous le verrons dans le dernier chapitre de cette Étude – que l'épilepsie psychique apparaît de plus en plus superposable à la notion « d'épilepsie temporale » (quels que soient le contenu anatomo-physiologique réel de ce concept et son extension différente selon l'école de Chicago ou celle de Montréal). Dans le matériel clinique de Th. LEMPÉRIÈRE les « troubles caractériels graves » ont été observés chez 43 malades sur 121 et 7 seulement étaient de type essentiel, 22 de type temporal et 14 de type localisé non temporal. D'où elle conclut que « les troubles caractériels sont beaucoup plus fréquents dans les épilepsies secondaires que dans l'épilepsie essentielle ». Les malades qui présentent des troubles caractériels graves donnent au test de Rorschach un protocole très riche de réponses couleur. Les malades bien adaptés donnent habituellement un protocole à type « coarcté ». Quant à la persévération elle lui paraît fonction de la détérioration (plus fréquente dans les épilepsies post-traumatiques ou symptomatiques que dans l'épilepsie essentielle) et de l'âge (avec lequel elle augmente).

Ce chassé-croisé (analogue à celui que l'on rencontre au cours de l'évolution de tant de problèmes, paraissant devoir se résoudre dans un sens contraire à celui qui avait été primitivement envisagé), est bien intéressant. Il y a bien des chances qu'il rende, ici, sensible – comme dans les cas analogues – qu'une dichotomie d'abord admise puis rejetée n'en exprime pas moins une diversité relative. La diversité du caractère épileptique relativement au type d'épilepsie peut et doit être recherchée dans une perspective moins nettement tranchée et plus nuancée. Il est possible en effet si nous en croyons notre propre expérience que la masse des épileptiques oscille entre deux types de « personnalités ». L'une où prédominent l'hyperesthésie émotionnelle, les réactions d'instabilité et d'irritabilité « catathymique », la sensibilité aux situations affectives, la suggestibilité, la frénésie théâtrale, l'utilisation des crises comme moyens inconscients de défense et d'expressivité névrotique, sans tendance à la détérioration et avec un abaissement du seuil convulsif. L'autre où prédominent le syndrome de compression avec persévération et viscosité, frénésie impulsive profondément engagée dans une modalité d'existence qui emprunte aux crises incomplètes et aux psychoses aiguës (états crépusculaires notamment) ses caractéristiques de violence et de contraste, avec tendance à la détérioration, à l'hébétude plus ou moins démentielle. La première constitue le pôle *hystéro-épileptique* de l'homme épileptique ; la seconde un pôle *épileptoïde*. A condition de ne pas voir dans cette nouvelle opposition une dichotomie

...si nous en croyons notre propre expérience la masse des épileptiques oscille entre deux types de « personnalités »...

aussi radicale que celle qui nous paraît insoutenable (entre l'absence totale de mentalité épileptique dans l'épilepsie symptomatique et la mentalité épileptoïde maxima de l'épilepsie essentielle) – à condition aussi d'envisager que la masse des hommes épileptiques est sollicitée du fait même de l'épilepsie par une forme d'organisation de leur personnalité qui oscille entre ces deux types ou les mélange – à condition enfin de considérer que cette forme d'existence est l'effet et non la cause du processus comitial quel qu'il soit (qu'il soit assez primitif pour constituer l'aptitude convulsive ou assez nettement secondaire pour constituer une affection ou un foyer épileptogène), il nous semble que ces deux formes extrêmes de la structure de la personnalité épileptique permettent d'en saisir la naturelle complexité et les variations cliniques. Mais, comme on le voit, ceci nous entraîne à considérer maintenant le fameux problème de la classification des formes d'épilepsie. Nous allons retrouver à son sujet la nécessité de considérer les types d'épilepsies – comme les formes d'existence épileptique qui en sont le reflet – dans le cadre d'une unité qui n'exclut pas pour autant cette diversité.

§ V. – LE PROBLÈME DE LA CLASSIFICATION DES FORMES DE L'ÉPILEPSIE.

L'Épilepsie ou les épilepsies et quelles épilepsies ? Nous venons de le dire à propos de la « mentalité », du « caractère » de l'homme épileptique, ses variétés n'excluent pas une certaine unité dans le groupe et nous pensons que plus généralement, malgré les divisions que le génie d'analyse clinique, physiopathologique ou électroencéphalographique a récemment introduites dans la masse des épileptiques ou les catégorisations artificielles qui y avaient été découpées par l'école classique, il y a une certaine unité physiopathologique de l'épilepsie. Sans doute avons-nous nous-même dans cet exposé tenté d'opposer des types d'épilepsie, mais l'épilepsie définie comme *un ensemble de troubles paroxystiques de la conscience dont la crise convulsive généralisée représente la forme typique maxima* constitue une forme typique de « maladie mentale ¹ » essen-

1. L'épilepsie appartient à la Psychiatrie en tant qu'elle est le modèle même de la maladie mentale, comme l'avait admirablement vu HUGHLINGS JACKSON. Ce n'est évidemment pas parce qu'elle dépend de troubles cérébraux qu'elle cesse d'appartenir à la Psychiatrie. Cela en effet équivaudrait à dire que la Psychiatrie ne s'occupe que des maladies qui n'ont « rien à voir » avec la pathologie cérébrale et plus généralement avec la pathologie somatique. Nous nous sommes assez appliqués à établir solidement (cf. notre Étude n° 4) la véritable nature de la « maladie mentale » pour ne pas pouvoir accepter une si légère et superficielle vue des choses. Ce qui fait ranger l'épilepsie dans le cadre de la Neurologie, c'est qu'effectivement il y a des « formes partielles » d'épilepsie qui non seulement dépendent d'un foyer bien localisé, mais ont une *structure circonscrite*, une « expression » clinique et électroencéphalographique focale. C'est le cas pour *certaines* crises rolandiques et plus généralement certaines crises de la convexité corticale. Mais dès que la crise n'en reste plus à ce stade, dès qu'elle se généralise, il est bien évident que la « propagation ».../...

...L'épilepsie appartient à la Psychiatrie en tant qu'elle est le modèle même de la maladie mentale...

tiellement psycholeptique. Elle se présente sous tous ces aspects cliniques et physiopathologiques comme une « réaction » à laquelle on ne peut enlever son unité sans la défigurer. Ceci dit, il n'en reste pas moins que du point de vue étiologique, pathogénique et même clinique la description de certaines « formes » d'épilepsie s'impose, car toutes n'ont pas la même valeur localisatrice, cela est aussi évident et surtout d'un grand intérêt pratique quand il s'agit de savoir d'où part la décharge d'épilepsie graduo-comitiale. C'est justement ce point de vue pratique qui, aux yeux des neurochirurgiens, justifie une division cérébrographique des épilepsies.

Le premier groupement classique, celui que nous retrouvons chez les épileptologues de la fin du XIX^e siècle, divisait les épilepsies en épilepsie symptomatique, épilepsie essentielle et épilepsie sympathique. Cette dernière n'a pas connu la fortune des deux autres. Par contre, l'opposition d'une épilepsie *essentielle* (ou idiopathique ou cryptogénique ou gèneue ou génétique ou commune, etc.) et d'une épilepsie *symptomatique* (ou lésionnelle ou secondaire ou organique ou « focale », etc.) a partagé le champ de l'épilepsie en deux territoires plus ou moins clairement distincts ¹. En même temps elle engageait le problème de l'épilepsie dans des discussions sans fin entre les « Psychiatres » généralement plutôt attachés à « leur » Épilepsie essentielle et les

...l'opposition d'une épilepsie essentielle [...] et d'une épilepsie symptomatique...

.../... du processus épileptique altère plus ou moins profondément la conscience, et qu'elle est alors objet de cette science médicale qu'est la Psychiatrie pour autant qu'elle a pour objet les altérations psychiques de la conscience et de la personnalité. Ceci dit, on comprend que les rapports de la Neurologie et de la Psychiatrie ne soient pas aussi simples que se l'imaginent ceux qui croient pouvoir réduire purement et simplement la Psychiatrie à la Neurologie (parce que, disent-ils, toutes les « maladies mentales » sont dues à des processus cérébraux, *ce qui est d'ailleurs vrai*, mais se refusent à voir dans la pathologie cérébrale deux domaines, celui des désintégrations sensomotrices de base et celui de dissolution de l'activité d'intégration psychique), et ceux qui croient que la Neurologie et la Psychiatrie doivent être radicalement séparées l'une de l'autre (parce que, disent-ils, les maladies mentales sont psychiques, ce qui est vrai si on veut entendre par là qu'elles sont définies par leur phénoménologie psychique, mais ce qui est évidemment faux si on veut dire qu'elles sont l'effet d'une causalité psychique). Nous avons tant de fois précisé notre point de vue (*Les rapports de la Neurologie et de la Psychiatrie*, Éd. Hermann, Paris, 1948, et *Troubles nerveux et Système nerveux, Évolution Psychiatrique*, 1947, n° 1), qu'il est inutile d'y revenir. On comprend que dans la perspective qui est non seulement la nôtre pour autant qu'elle est explicite mais qui est aussi la position impliquée dans l'opinion de la plupart des auteurs, une épilepsie est d'autant plus « neurologique » qu'elle est partielle. Aussi rangeons-nous les vraies « épilepsies partielles », c'est-à-dire celles qui le sont, du point de vue *clinique* comme du point de vue *lésionnel*, dans le champ de la Neurologie et nous ne nous en occuperons pas ici. Mais il ne suffit pas qu'une épilepsie soit symptomatique d'une lésion partielle pour qu'elle soit considérée comme neurologique car pour la plupart d'entre elles l'aura est un prélude et la crise incomplète un équivalent d'une altération globale de la conscience, c'est-à-dire d'une « maladie mentale » paroxystique.

1. Cette distinction chez nous classique a été consacrée par REDLICH et par O. BINSWANGER notamment au 6^e Congrès des Neurologues allemands de 1913. Naturellement des neurologues éminents, PIERRE MARIE chez nous dès le début du siècle et FOERSTER (Congrès des Neurologues allemands, 1926), ont tenté de ramener l'épilepsie essentielle à l'épilepsie symptomatique, travail qui s'est poursuivi avec le maximum de succès possible jusqu'à PENFIELD et les travaux des neuro-chirurgiens et électroencéphalographistes contemporains.

« Neurologues » généralement disposés à ramener l'épilepsie à *leur* modèle bravais-jacksonien et à ce que l'on considérait il y a 50 ans comme un simple « syndrome d'irritation corticale ». Il n'a pas manqué de bons esprits pour s'insurger contre cette dichotomie un peu simpliste. C'est ainsi que, notamment du côté des Psychiatres, beaucoup d'auteurs ont pensé que même quand il existe une prédisposition, celle-ci n'exclut pas un processus cérébral actuel et que le processus épileptogène se manifeste par tous les symptômes psychiques épileptiques même quand il est manifestement représenté par une lésion dont l'épilepsie est symptomatique. C'est notamment la position que L. MARCHAND a toujours soutenue chez nous. C'est peut-être aussi celle de W. GRUHLE lorsqu'il écrivait dans le fameux *Traité* de BUMKE : « Il n'y a malheureusement aucun signe de diagnostic pour les caractères idiopathiques de l'épilepsie. Le diagnostic d'épilepsie gèneine n'est qu'un diagnostic par exclusion » (p. 675). C'est au fond un diagnostic négatif, c'est-à-dire que la notion d'épilepsie essentielle se définit comme n'étant pas symptomatique ou tout au moins ne paraissant pas l'être. On a bien tenté de donner un contenu empirique positif à la notion en définissant l'épilepsie gèneine ou idiopathique comme une épilepsie « génétique », c'est-à-dire comme la manifestation d'une aptitude convulsive considérée comme un « facteur héréditaire ¹ ». Mais l'aptitude n'explique pas toute l'épilepsie et elle-même peut être l'effet d'une anomalie cérébrale. De telle sorte que l'on n'en finit plus dans les statistiques de décompter les facteurs du milieu intérieur et du milieu extérieur et la proportion réciproque ou respective du génotype et de l'environnement. Tous les « schémas » et toutes les ingéniosités d'explication employés par les auteurs ne suffisent pas à emporter la conviction sans d'ailleurs qu'il soit contestable qu'une « certaine aptitude », une « prédisposition » intervienne chez un certain nombre d'épileptiques qu'ils aient ou non des lésions cérébrales apparentes. Un autre contenu empirique et positif a été cherché dans la biotypologie et la caractérologie. Mais, comme nous l'avons vu, les biotypes sont bien loin d'être spécifiques et même « significatifs ». C'est ainsi que sur 47 épileptiques étudiés à Bonneval nous avons dénombré chez 15 épileptiques avec activité épileptogène généralisée 23 % de pycniques, 20 % de leptosomes, 33 % de type mixte leptosomes athlétiques, 13 % d'athlétiques et 20 % d'amorphes plus ou moins dysplastiques, et chez 32 épileptiques à activité épileptogène localisée 22 % de pycniques, 34 % de leptosomes, 13 % de leptosomes athlétiques, 22 % d'athlétiques et 9 % d'amorphes. Ainsi, non seulement le biotype des épileptiques est assez varié pour n'être pas très significatif, mais il n'est pas spécifique de l'épilepsie essentielle si nous l'opposons à l'épilepsie où l'on décèle par l'électroencéphalographie un foyer épileptogène... Nous n'accorderions peut-être pas beaucoup de crédit à une « statistique » portant sur des cas si peu nombreux s'il ne nous avait semblé que les véritables statistiques n'étaient guère plus démonstratives. Là enco-

1. Nous avons rappelé plus haut les travaux de K. CONRAD, notamment sur les jumeaux.

re on décèle bien une certaine affinité entre l'épilepsie et le type athlétique mais elle ne peut pas être considérée – et de loin – comme une constante ni même comme une corrélation très significative. Quant à l'*épileptoïdie*, nous avons noté en étudiant longuement l'homme épileptique qu'elle n'était pas l'apanage des épilepsies familiales ou des crises icto-comitiales et que, d'après les auteurs les plus récents, elle paraissait sous certains de ses aspects les plus caractéristiques être plus fréquente dans « l'épilepsie temporale » que dans « l'épilepsie idiopathique »... Probablement parce qu'il existe une corrélation entre l'épileptoïdie et les troubles de la conscience plus significative que la corrélation entre l'épileptoïdie et l'épilepsie essentielle ¹.

Si nous ajoutons à cela que tout de même que les tenants de l'épilepsie essentielle tiennent l'épileptoïde pour une condition nécessaire de l'épilepsie symptomatique ² et que ses adversaires montrent l'importance des encéphalopathies infantiles, des traumatismes, etc. dans les manifestations comitiales paraissant être idiopathiques ³, on conviendra que cette vieille dichotomie ne tient guère debout et qu'il vaut mieux l'abandonner plutôt que de la laisser continuer à empoisonner l'atmosphère déjà si naturellement trouble des discussions sur l'épilepsie.

Mais il y a plus encore, tandis que l'on considérait que la fameuse épilepsie essentielle était l'épilepsie « psychique » par excellence, nous avons pu nous convaincre qu'il n'en est rien et que, comme nous l'avions vu et nous le verrons plus loin, les formes d'épilepsie graduo-comitiales sont celles qui offrent au point de vue psychiatrique la plus riche symptomatologie.

Enfin depuis que le fossé creusé entre l'épilepsie essentielle et l'épilepsie symptomatique a tendu à se combler, un autre s'est creusé – et il n'est pas le même ! Les électroencéphalographistes et neuro-chirurgiens (Les GIBBS, W. PENFIELD, D. HILL, GASTAUT, etc.) en déchiffrant les tracés électrographiques ont voulu opposer l'épilepsie *diencephalique* à l'épilepsie corticale et notamment *temporale*. On sait que pour ces Écoles ⁴ l'épilepsie peut être démembrée en quatre grands accidents : le *petit mal* (ou

...opposition entre épilepsie diencephalique et l'épilepsie corticale notamment *temporale*...

1. C'est ce qui ressort par exemple du travail de W. BEHRMANN, Zu den Grundfragen der epileptoïden Störungen, *Allg. Zeitschr. Psych.*, 1949, 124, pp. 87 à 90, comme celui de Th. LEMPÉRIÈRE (*loc. cit.*, 1953).

2. Par exemple encore récemment POHLISCH (K.), Differenzialdiagnose der genuina und sogenannte traumatische Epilepsie, *Arch. f. Psych., Zeitschr. f. d. g. N.*, 1950, 185, pp. 466 à 473.

3. Les expériences de PENFIELD et BALDWIN sont à cet égard du plus grand intérêt (Inisural sclerosis and temporal Lobe Seizures produced by Hippocampal herniation in birth par EARLE (K. M.), BALDWIN (M.) et PENFIELD (W.) *Arch. of Neuro Psych.*, 1953, 69, 27-42). Sur les fœtus et les morts-nés la compression du crâne réalise presque constamment la herniation dans la fosse postérieure de la circonvolution de l'hippocampe, ce qui entraîne des lésions bilatérales siégeant au niveau de l'hippocampe et de l'uncus, lésions qui peuvent naturellement produire une épilepsie qui éventuellement paraîtra être congénitale.

4. Cf. spécialement PENFIELD et ERICKSON, *Epilepsy and cerebral localisation*, 1941, le livre de ROGER, CORNIL et PAILLAS, les articles de GASTAUT dans l'*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*...

absence épileptique) spécifiquement diencéphalique caractérisée par les décharges bilatérales synchrones de pointe-onde à 3,5 cycles-seconde – le *grand mal* à type de décharge épileptique d'emblée générale ou généralisée à type de pointes puis d'ondes bilatérales synchrones, véritable orage électrique qui embrase le cerveau tout entier, et peut soit partir d'un point de départ diencéphalique¹, soit partir d'un foyer épileptogène cortical ou d'anomalies diffuses corticales qui « entraînent » le diencéphale – la *crise psychomotrice* dite aussi « temporelle » avec projection dans la région temporelle surtout antérieure périfalciforme dans l'insula ou dans la région de l'hippocampe, selon les auteurs, de grapho-éléments semblables à la crise généralisée mais « focalisés » et qui manifesteraient un processus purement temporel ou temporo-diencéphalique – enfin la *crise corticale locale* analogue à la crise strychnique localisée, expérimentalement réalisée et comportant des décharges de pointes rythmiques continues. Laissons de côté, comme nous l'avons déjà dit, ce quatrième type proprement « neurologique » ; dès lors, il est aisé de comprendre qu'une division naturelle s'est plus ou moins présentée à l'esprit des observateurs, cliniciens ou physiopathologistes. Cette division consiste à tracer une ligne de démarcation entre, d'une part, le petit mal et le type primitivement diencéphalique de la grande crise générale – et, d'autre part, les crises généralisées ou temporelles psychomotrices. De telle sorte que devait se présenter aussi à l'esprit une possibilité de maintenir, en lui assignant un autre contenu, la traditionnelle distinction entre épilepsie idiopathique et épilepsie symptomatique ou focale. C'est pourquoi on a une tendance – tempérée souvent par un goût marqué pour les petits groupements intercalaires – dans les milieux de neurologues, neurochirurgiens et électroencéphalographistes, à opposer à l'épilepsie idiopathique ou diencéphalique, l'épilepsie psychomotrice temporelle.

C'est ainsi que GASTAUT oppose la clinique et la physiopathologie de l'épilepsie idiopathique (association d'absences, de grandes crises généralisées et de myoclonies, abaissement du seuil convulsivant, prédisposition héréditaire) et de l'épilepsie symptomatique (crises généralisées, crises partielles et psychomotrices). Mais dans la description clinique comme dans leur interprétation physiopathologique beaucoup de chevauchements et d'intrications brouillent la clarté de ce schéma. P. MARTIN fait justement remarquer que la concordance électro-clinique ne se vérifie que dans 80 % des cas – ce qui serait certes déjà beaucoup – et qu'il y a des discordances inexplicables.

.../... l'article de P. MARTIN. Corrélations électrologiques et cliniques dans l'étude de l'épilepsie. Unité et pluralité de l'épilepsie traditionnelle, *Ann. Médico-Psycho.*, 1952, 1, pp. 1 à 41 et 145 à 174.

1. L'hypersynchronisation généralisée au point de départ diencéphalique a été réalisée expérimentalement par JASPER, DROOGLEVER, FORTUYN et HUNTER et par SPIEGEL qui en excitant la région intralaminaire du thalamus ont obtenu des crises de type petit mal, puis de grand mal.

Ainsi on peut observer des crises psychomotrices chez des malades présentant un petit mal tout à fait typique ou des antécédents héréditaires épileptiques dans les cas paraissant le plus typiquement symptomatiques, etc..

Nous avons tenu à vérifier par l'étude aussi approfondie que possible d'un certain nombre de cas d'épilepsie ¹, ce qu'il fallait penser de cette classification et nous avons essayé une synthèse clinico-électrographique qui sans avoir la prétention de résoudre ce difficile problème peut aider à son éclaircissement.

...nous avons essayé une
synthèse clinico-électro-
graphique...

...Ce travail groupe 98
cas d'épilepsie observés à
Bonneval et à Marseille...
(voir note 1)

GROUPE I (10 cas). Tout d'abord, nous avons été frappés de l'homogénéité assez grande d'un premier groupe de cas. Il s'agit d'épileptiques dont la crise est toujours générale d'emblée, de type *icto-comitial* et qui présentent des « absences » ou des « myoclonies ». Il s'agit d'épilepsies à forme de *réaction épileptique simple*. C'est-à-dire que tout se passe dans ces conditions comme si le malade épileptique réagissait massivement et brutalement au processus épileptique. Celui-ci, caractérisé électriquement par des décharges globales, paraît intéresser le mécanisme d'ouverture ou de fermeture de l'activité de la conscience conformément à une loi de « tout ou rien ».

Ce groupe comprend 10 cas ² sur 46 (soit 23 %). Il s'agit de 3 femmes d'un âge moyen de 23 ans et de 7 hommes d'un âge moyen de 33 ans ayant des crises depuis 16 ans en moyenne. Dans 4 cas il existait une hérédité similaire (le malade n° 32 avait un frère qui est classé dans le groupe satellite en raison de quelques particularités cliniques – aura – et reliquat d'hémiplégie gauche). Par contre, on n'a pu mettre en évidence aucune affection cérébrale connue. Toutes les crises présentées par ces malades sont de type icto-comitial. Dans 3 cas de ces crises générales s'associèrent des absences typiques et dans 2 cas les manifestations étaient uniquement des attaques de petit mal (n° 18 et n° 42). Dans 4 cas elles s'accompagnèrent de myoclonies. Le niveau mental de ces malades est assez faible : 3 seulement avaient atteint un développement intellectuel normal (n° 2, n° 18 et n° 16). Trois ont un quotient intellectuel autour de 0,75, deux autour de 0,65 et deux sont des imbéciles. (Ceci ne saurait surprendre car, comme nous y insisterons plus loin, la plupart des épileptiques correspondant à ce groupe sont des malades ambulatoires et c'est par mesure d'assistance que seuls ceux qui sont plus ou moins arriérés sont placés à l'hôpital psychiatrique). Par contre, la détérioration démentielle de ces malades est négligeable (après 16 ans de crises en moyenne). Les crises ont tendance d'ailleurs à diminuer de fréquence avec l'âge. L'examen neurologique de tous ces malades n'a décelé aucun syndrome digne d'être noté. Les traits de la mentalité « épileptoïde » n'existaient pas dans 4 cas et étaient très discrets dans 5 cas. Dans un seul cas ils étaient très accusés. Par contre, le « pôle hystérique » de la personnalité épileptique était prévalent dans

1. Ce travail groupe 98 cas d'épilepsie observés à BONNEVAL et à MARSEILLE. P. de CASTRO s'est chargé de 50 observations de notre service et du service du Dr. PICARD. DONGIER s'est chargé d'un groupe de 50 épileptiques observés à l'hôpital de la Timone à Marseille. H. MIGNOT s'est joint à nous pour rassembler, confronter et analyser les résultats de cette étude systématique qui sera exposée en partie dans un mémoire de P. de CASTRO et sous son aspect plus global dans le chapitre Épilepsie de l'*Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Psychiatrie*, que nous préparons ensemble. Nous détachons de cette statistique 46 cas observés à BONNEVAL et que nous avons personnellement triés et classés.

2. Cas n° 2, 5, 10, 13, 14, 16, 18, 23, 32 et 42 de notre statistique.

trois cas et net dans deux autres cas. Cette forme d'épilepsie est celle qui nous paraît le plus voisine de la névrose hystérique avec laquelle, dans quelques cas, le clinicien peut être amené à la confondre.

Quant à l'étude électrographique de ces cas, elle donne des résultats parfaitement homogènes : Début des crises par pointes généralisées, décharges de pointe-onde à 3,5 c/s bilatérales synchrones et abaissement du seuil d'excitation épileptogène (cardiazol ou [stimulation] photique). Dans un seul cas (n° 32) il existait seulement une instabilité des rythmes corticaux (frère d'épileptique).

Enfin, en dehors d'un certain degré d'arriération signalé plus haut et de quelques troubles du caractère, 4 malades seulement ont présenté des troubles mentaux à type de psychoses aiguës (dépression anxieuse, manie et confusion onirique). Ce qui frappe le plus dans ce groupe (qui correspond précisément au type le plus pur d'« épilepsie essentielle ») c'est que ce groupe est le moins saturé en épileptoïdie et en troubles mentaux hormis certaines réactions de caractère surtout névropathique.

GROUPE II (5 cas). A côté de ce groupe, nous allons en étudier maintenant un autre également assez homogène ¹. Il s'agit de 5 cas (11 %) caractérisés par des crises également de *type icto-comitial* s'accompagnant parfois de myoclonies et d'absences mais caractérisés par une atteinte corticale diffuse avec altération du rythme de fond. Ce petit groupe est composé de 3 femmes (d'un âge moyen de 53 ans) et de 2 hommes (d'un âge moyen de 28 ans) ayant des crises depuis 25 ans en moyenne. Dans aucun de ces cas on ne trouve d'antécédents héréditaires. Par contre, dans un cas, on note une encéphalite de l'enfance (n° 20), et dans un autre un traumatisme crânien à l'âge de 3 ans (n° 36). Les crises de ces malades sont des crises générales sans auras. Dans 2 cas (n° 20 et 22), il y avait des absences et des myoclonies ; dans un cas (n° 36) seulement des myoclonies. Tous ces malades sont des arriérés (tous du niveau de la débilité avec un quotient intellectuel autour de 70 et deux imbéciles). Outre ce défaut de développement intellectuel, 2 d'entre eux présentaient une certaine détérioration intellectuelle et le groupe est fortement saturé en traits d'épileptoïdie intimement associés à l'obtusion et au puérilisme oligophrénique. Dans deux cas, il existait des syndromes neurologiques importants : syndrome d'atteinte diffuse avec tremblements et mouvements anormaux et troubles de l'équilibration (n° 22) ; syndrome de Little avec surdi-mutité (n° 39). Au point de vue encéphalographique, le groupe est caractérisé par une dysrythmie lente et hypersynchrone et des altérations bilatérales. Comme dans le premier groupe, l'activation cardiazolique et photique est efficace ; le seuil de convulsivité était assez nettement abaissé dans 3 cas sur 5. Les troubles mentaux étaient dans tous ces cas assez fréquents : crises d'excitation, fugues, impulsivité. Dans un cas (n° 28), il s'agit d'un délire chronique à forme fantastique avec épisodes confuso-oniriques.

GROUPE III. (21 cas). Un troisième groupe homogène d'observations est représenté par 21 cas qui sont caractérisés ² par des crises de type *gradu-comital* (avec auras et équivalents) et du point de vue électrique par un « foyer » temporal seul ou sur un fond de dysrythmie lente et diffuse. Il s'agit de 14 hommes d'un âge moyen de 47 ans et de 7 femmes d'un âge moyen de 37 ans, qui ont des crises depuis, en moyenne, 26 ans. C'est-à-dire qu'il s'agit dans tous ces cas de formes de très longue évolution. Pour tout ce groupe il n'y a pas un seul antécédent héréditaire épileptique à l'exception peut-être du cas

1. Ce sont les cas n° 20, 22, 28, 36 et 39 de notre statistique.

2. Les cas 6, 11, 15, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 34, 35, 37, 38, 40, 45, 47, 48, 49.

n°26 dont la mère a présenté de l'éclampsie. Les affections cérébrales acquises et bien caractérisées sont aussi extrêmement rares (une encéphalite infantile n° 29, deux traumatismes cranio-cérébraux n° 25, n° 49 (?), une hémorragie cérébrale avec ictus ayant précédé d'un an la première crise). Les crises sont toutes à type *graduo-comitial*, c'est-à-dire qu'elles comportent une aura¹ et qu'elles restent parfois incomplètes à type d'équivalents psychomoteurs². Ce groupe comporte 9 sujets de niveau mental moyen et 8 atteints de légère débilité, 3 débiles avec un quotient intellectuel autour de 0,65 et un imbécile.

Par contre, une certaine détérioration s'observe, très considérable dans 3 cas, très nette dans 2 autres cas et faible dans 5 cas. Il est vrai que les malades les plus détériorés sont aussi les plus âgés.

Dans 13 cas il existe des syndromes neurologiques très nets (notamment des déficits moteurs unilatéraux, et dans 4 cas un syndrome aphaso-apraxique, notamment chez un malade opéré de tumeur cérébrale (n° 35). Dans ce groupe, contrairement à ce que nous avons noté dans les précédents, les traits d'épileptoïdie sont très marqués. Dans 3 cas seulement, on ne les a pas notés (mais dans un cas – n° 40 – il s'agissait d'un état tellement démentiel, qu'il était impossible de les rechercher et dans un autre cas – n° 30 – l'état d'arrière-régénération rendait cette recherche très précaire). Par contre, les réactions hystériques ou le caractère hystérisé des crises n'existaient dans aucun cas, sauf peut-être dans un (n° 26), cas remarquable par le fait que la première crise s'est produite pendant que sa mère enceinte avait une crise d'éclampsie et aussi par le caractère réactionnel des crises à la moindre émotion ou à la moindre contrariété.

Au point de vue électrique, il existait dans tous ces cas un *foyer temporal*. Dans certains cas, ce foyer n'a pu être mis en évidence que sous narcose au privénal (cas n° 6, 15

1. Voici la description des auras de ce groupe de malades : n° 19, sensation de quelque chose qui l'opresse à l'intérieur du cerveau, en même temps son œil gauche se ferme, sa main gauche se porte vers son oreille, la tête se dévie vers la droite — n° 21, bruit dans l'oreille gauche comme un réveil, comme une cloche, sent ses lèvres et ses mains remuer, a le temps de s'asseoir par terre — n° 25, myoclonies du bras gauche, déviation de la tête vers la gauche, il exécute un ou deux pas en arrière — n° 26, paresthésies, se plaint du ventre, porte sa main sur la région épigastrique qu'elle comprime énergiquement, sifflement dans les deux oreilles, sensation subite de chaleur dans la tête ; d'autres fois elle a l'impression que tous les objets deviennent tout à coup très petits ou au contraire très gros — n° 31, élévation et adersion de la tête et des yeux vers la gauche, raidissement du tronc et des extrémités avec flexion des bras — n° 49, sensation désagréable (au niveau de l'épigastre) qui monte jusqu'à la gorge — n° 6, paresthésies des deux bras et crampes de la jambe gauche, difficultés pour avaler et pour parler, il sent la glotte paralysée, il dit aussi avoir la même impression que lorsqu'on regarde avec « les lunettes des vieux », voit les personnes petites et « d'en haut », sent les odeurs avec acuité surtout celle du tabac — n° 15, paresthésies de la moitié droite du corps, en général de type brachial droit — n° 27. « C'est, dit-elle, comme des boucles de toutes les couleurs » surtout vertes qu'elle localise dans l'hémichamp gauche, d'autres fois des mauvais goûts (quelque chose de brûlé), bruits, sifflements dans les oreilles, sensation de constriction thoracique — n° 37 sent qu'elle ne peut plus parler, puis ses bras sont paralysés — n° 47, paresthésies du membre supérieur droit — n° 48, paresthésies au niveau de la main et du bras gauches qui s'étendent jusqu'à l'oreille gauche, sensation de paralysie des mains et des doigts.

2. Citons à titre d'exemple l'observation n° 29. La malade s'arrête de faire son travail, sa tête et ses yeux dévient vers la droite, elle se livre à une activité manuelle dépourvue de sens : chiffonner un torchon, tapoter ses vêtements. Pendant ses crises, elle entend des sifflements dans les oreilles — n° 34, type de « *dreamy state* » : « C'est comme si je rêvais. Une fois je devais me mettre à plat ventre avec ma montre dans les mains et je voyais des gens très petits au loin sur une colline qui me faisaient des signes ; je me voyais en train de sortir de l'eau d'un puits. Je me rends compte que ce sont des rêves et ça passe très vite ».

et 48). Dans la plupart des cas, il s'agissait d'un foyer temporal unilatéral (cas 17) et dans 4 cas, d'un foyer avec projection bilatérale. Dans 9 cas ces altérations focales s'accompagnaient d'un rythme de fond altéré ¹. La stimulation lumineuse et au cardiazol s'est révélée dans tous ces cas sauf un (n° 38) inopérante contrairement à ce que nous avons noté pour l'activation de ces foyers sous privénal.

Au point de vue des troubles mentaux présentés par ces malades, la richesse séméiologique est considérable. Si certains (n° 25, 27, 29) ne présentaient que des troubles du caractère, il s'agissait cependant d'une impulsivité considérable et parfois amnésique. Nous notons par ailleurs 9 cas (n° 6, 24, 34, 37, 38, 40, 45, 48 et 49) d'états confusionnels plus ou moins oniriques, 2 cas de crises d'agitation maniaque ou confusionnelle multiple (n° 15 et 26), un cas de délire paranoïde très riche (n° 31), 4 évolutions démentielles (n° 35, 40, 47, 48) ², deux cas d'arriération profonde (n° 11 et 30). C'est là un des points qu'il nous paraît le plus intéressant de souligner et qui a littéralement renversé le préjugé dont nous étions partis : ce que l'on appelait auparavant l'épilepsie psychique et que beaucoup d'auteurs identifiaient à l'épilepsie essentielle, nous paraît trouver sa place la plus grande (et non pas d'ailleurs exclusive) dans le cadre de ce type d'épilepsie.

GROUPE IV. Satellite du groupe I (2 cas). Nous avons hésité à placer dans le premier groupe homogène 2 observations. Dans l'une, (n° 7), il s'agit d'un homme âgé de 45 ans présentant des crises généralisées mais dont le tracé ne concorde pas avec les images électroencéphalographiques typiques du groupe I. Il s'agit d'un rythme alpha symétrique et de bouffées paroxystiques d'ondes delta bilatérales synchrones sur les 2 régions frontotemporales. Pour le reste (stimulation, caractère des crises) ce cas doit être rapproché du groupe I. Dans l'autre cas (n° 33), il s'agit du frère du malade correspondant au n° 32, ce qui nous a empêché de mettre ce malade dans le même groupe que son frère, c'est que cliniquement il présente des crises avec auras, des crises incomplètes à type d'équivalents psychomoteurs, des séquelles d'hémiplégie gauche et que du point de vue électrique les bouffées de pointes-ondes bilatérales synchrones ne sont apparues que sous stimulation cardiazolique.

GROUPE V. Satellite du groupe III (8 cas). Les observations n° 4, 41, 43, tout en se rapprochant presque complètement des cas typiques du groupe III, s'en distinguent uniquement parce que nous n'avons pas pu mettre en évidence d'auras (notons à ce sujet que le malade n° 43 est non imbecile). Deux autres malades (n° 1 et 46) contrairement à tous les autres cas du groupe III avaient des antécédents héréditaires épileptiques et un seuil

1. Nous avons joint ces cas où un foyer se détache sur un fond d'altération du rythme de base à ce groupe. Il est évident qu'on pourrait à la rigueur d'un point de vue électro-encéphalographique surtout scinder ce groupe en deux, mais nous avons fait un effort de synthèse plus que d'analyse.

2. Nous avons, outre la statistique que nous sommes en train d'exposer, fait un autre inventaire dans les archives du service portant sur 49 autres cas observés il y a une dizaine d'années. Naturellement, nous ne disposons pas du critère électroencéphalographique pour les classer. Mais en essayant de reconstituer les critères cliniques, nous les avons répartis en 2 groupes : 34 cas à forme d'épilepsie icto-comitiale, 15 cas à type graduo-comitiale. Dans le premier groupe, nous avons été frappés de la relative rareté des syndromes psychopathologiques. C'est ainsi que pour ces 34 observations, nous n'avons trouvé que 2 états dépressifs avec réactions suicides, un épisode confusionnel et 2 délires hypocondriaques, tandis que sur 15 épilepsies de type graduo-comitiale, nous avons noté 3 psychoses à type maniacodépressif, 3 schizophrénies, 3 psychoses délirantes aiguës et 2 états névrotiques à forme d'hypocondrie et de névrose obsessionnelle. Soit dans le premier groupe, 6 cas de troubles mentaux caractérisés sur 34 observations, et dans le deuxième groupe 11 psychoses plus ou moins graves sur 15 cas.

de convulsivité abaissé. De plus, l'un d'eux avait un foyer non pas temporal mais fronto-pariétal gauche. De même le cas 8, tout en se rapprochant beaucoup des cas du groupe III, présentait non pas un foyer temporal mais un foyer pariéto-occipital et le cas 9 ne présentait au point de vue électroencéphalographique qu'une zone pariéto-occipitale gauche dans laquelle le rythme alpha était seulement plus pauvre et irrégulier. Le cas n° 50 nous a paru également douteux en raison du peu de netteté du foyer. Il existait seulement quelques ondes lentes de moyenne amplitude sur la région fronto-temporale droite.

...Classification par H.EY
et M. DONGIER...

Il résulte de cette étude de 46 cas et également de la statistique de 50 cas établie par DONGIER à Marseille que lorsqu'on considère un lot d'épileptiques présentant par définition des troubles mentaux graves, puisqu'il s'agit de malades placés dans les hôpitaux psychiatriques, on peut les répartir en 3 groupes :

Le premier groupe (environ 25 %) est caractérisé par *une forme d'épilepsie du type icto-comitial paraissant en rapport avec une aptitude convulsive* qui se traduit par *l'abaissement du seuil de convulsivité* aux excitations photiques et cardiazoliques et *une formule électrique bilatérale synchrone*.

Le deuxième groupe (environ 10%) est caractérisé par des *crises à type icto-comitial* paraissant en rapport avec des *anomalies électriques corticales diffuses*, pour la plupart séquelles d'encéphalite.

Le troisième groupe (environ 65 %) est caractérisé par des *crises à type graduo-comitial* (aura, équivalents psychomoteurs, etc.) qui paraissent déterminés par la propagation plus ou moins étendue de *foyers épiléptogènes* souvent associés à des *altérations du rythme de fond*.

...premier type (icto-comitial diencephalique)...

Le premier type (*icto-comitial diencephalique*) est probablement beaucoup plus fréquent chez les épileptiques ambulatoires (consultations, cliniques neurologiques) que dans les hôpitaux psychiatriques. Il s'agit en effet d'une épilepsie qui, en dehors des paroxysmes, présente relativement peu de complications psychopathologiques. Sans qu'il soit possible de se prononcer sans de longues et minutieuses observations, il nous paraît possible d'assurer que ce genre d'épilepsie est de pronostic favorable au fur et à mesure que l'épileptique avance dans la vie ; autrement dit, il semble qu'il s'agisse d'une épilepsie qui a peu de tendances à la détérioration mentale et aux troubles mentaux graves. Ce type de « *réaction convulsive* » n'est pas sans affinités avec les réactions hystériques, les traits de la mentalité et du caractère de ces épileptiques nous paraissent comporter souvent plus de composantes névrotiques que d'épileptoïdie, si l'on vise par ce terme ce que nous avons dit précédemment de la « *compression* » et de la « *frénésie* » de l'homme épileptique. D'un point de vue physiopathologique, il paraît assez plausible d'admettre un mécanisme diencephalique à la base de ces éclipses de la conscience. Les figures électriques qui révèlent la symétrie et la généralité des décharges ainsi que leur imminence quasi-constante, traduisent certainement ce que l'on appelle une activité épileptique profonde. Que des lésions et non

point seulement un facteur génétique ou une « propriété essentielle » hypothétique soient responsables de cette perpétuelle menace, cela paraît bien probable et ôte à cette épilepsie « idiopathique » son caractère de propriété essentielle.

Le deuxième type (*icto-comital cortical diffus*) par contre, doit s'observer beaucoup plus dans les hospices et les hôpitaux psychiatriques, car il affecte avec le groupe des oligophrènes et des encéphalopathiques infantiles des rapports d'affinité profonde. C'est toute la pathologie de l'arriération et des évolutions démentielles à forte charge de caractère épileptoïde (compression psychique). Tout se passe comme si les anomalies électriques de fond jouaient ici le rôle d'une « prédisposition », d'une aptitude cérébrale à « entraîner » les structures diencéphaliques profondes dans leurs réactions brutales et massives analogues au premier type.

Enfin, le troisième type (*graduò comital*) correspond assez exactement à ce que l'on appelle de si mauvais mots « l'épilepsie temporale ¹ » ou « l'épilepsie psychomotrice ² », est caractérisé par le type même de la crise à forme progressive parfois incomplète, souvent en rapport avec le sommeil, déclenchée par la narcose, réfractaire au contraire aux stimulations photique ou cardiazoïque. Le cheminement et par conséquent le point de départ de l'onde épileptique, constituent les phénomènes cardinaux pour la description clinique et l'interprétation physiopathologique. Du point de vue électrique le foyer plus ou moins unilatéral et souvent bilatéral ou alternant d'un hémisphère à l'autre est aussi plus ou moins net et isolé ³. Il n'est pas rare qu'il soit associé à une dysrythmie de fond. Mais quel qu'il soit (et parfois il est extra-temporal), s'il est à l'origine de la crise plus ou moins généralisée, il n'explique pas non plus la généralisation, celle-ci impliquant aussi la mise en activité, la libération de tout le dispositif diencéphalique. D'où les relations inextricables de ce type d'épilepsie dite « temporale » avec les structures cérébrales de base. Mais ce qui nous paraît du plus grand intérêt c'est que cette forme d'épilepsie moins brutale, plus « larvée » est génératrice d'un grand nombre de troubles mentaux. A ce type d'épilepsie correspondent tout à la fois les formes psychomotrices et les formes dites « psychiques » (équivalents automatiques, états crépusculaires, etc.). Rien d'étonnant dès lors à ce que G. C. LAIRY-BOUNES, J. GARCIA-BADARRACO et M. B. DELL ⁴ aient trouvé dans l'épilepsie psychomotrice et l'épilepsie psychique le même trouble E. E. G. de la

...deuxième type (*icto-comital cortical diffus*)...

...troisième type (*graduò comital*)...

...cette forme d'épilepsie moins brutale, plus « larvée » est génératrice d'un grand nombre de troubles mentaux...

1. Cette forme en rapport avec des foyers qui se projettent sur la région temporale du scalp, même si elle part de telle ou telle portion du lobe temporal, peut partir aussi de structures voisines et intéresser également les structures plus profondes qui viennent se projeter sur la région temporale.

2. Il est bien évident que les crises incomplètes, les auras, et les équivalents qui sont typiques de cette forme d'épilepsie ne se limitent pas à cet aspect d'automatisme dit psychomoteur.

3. M. B. DELL, dans son article de *l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Psychiatrie I)*, a mis en lumière le « porte-à-faux » des corrélations anatomo-électrocliniques qui constituent la base de la notion d'épilepsie focale temporale.

4. LAIRY-BOUNES, GARCIA, M. B. DELL, Épilepsie et troubles de la vigilance, *Encéphale*, 1953, 170-192.

vigilance. Et on peut dire que toute la séméiologie et la phénoménologie que nous avons exposées plus haut se réfèrent *principalement* à cette forme d'épilepsie qui est au fond la « vraie épilepsie » pour autant qu'elle constitue le noyau clinique auquel s'appliquent les descriptions les plus classiques. Il n'est pas étonnant non plus que l'épileptoïdie et tous les attributs caractériels de la mentalité épileptique y soient particulièrement fréquents comme s'ils émanaient des expériences proprement épileptiques des paroxysmes et de tous leurs équivalents.

Sans doute ne donnons-nous pas à cette classification le sens d'une division en compartiments étanches. Elle se trouve conforme à peu près à celle que l'on lit un peu partout actuellement, mais pas plus que nous n'avons voulu admettre l'opposition radicale de l'épilepsie essentielle et de l'épilepsie symptomatique, nous ne sommes enclins à séparer radicalement et sur de simples figures électrographiques deux, trois ou une multitude d'épilepsies distinctes. Qu'elles le soient au point de vue de leur valeur localisatrice est un autre problème, celui du point de départ du processus épileptogène; mais d'où qu'elles partent, quels qu'en soient le rythme, la profondeur et les modalités de la dissolution épileptique, toutes les épilepsies ont quelque chose de commun : la déstructuration, plus ou moins globale, brève ou complète du champ de la conscience, en rapport plus ou moins direct et immédiat avec la libération de cette forme archaïque de la motilité qu'est le mouvement convulsif.

L'épilepsie est impliquée dans l'organisation même de notre système nerveux. Celui-ci en se différenciant et évoluant vers les formes contrôlées du comportement et vers la structuration d'une conscience qui est l'ordre même de sa propre activité, intègre les automatismes et les maintient refoulés. Mais qu'un homme quelconque soit soumis à un courant électrique ou à une injection de cardiazol et, brutalement, il se déchaîne et est réduit à l'agglutination informe de mouvements chargés des plus sombres et obscures finalités vitales. Il s'écroule puis il se relève, tout comme il tombe dans le sommeil et se réveille. Ce modèle de réaction épileptique massive semble réalisé par le type même de la crise icto-comitiale, diencéphalique. Mais l'équilibre dynamique de la conscience et des instances qu'elle « contient » est encore vulnérable d'une autre façon et un foyer constitué par l'anarchie d'une « population de neurones » qui massivement se déchargent de leur énergie ¹ peut gagner de proche en proche les struc-

1. Il s'agit là du fameux processus d'hypersynchronisation dont P. MARTIN, *Ann. Médico-Psycho.*, 1952, 1, p. 36, fait remarquer très judicieusement qu'il n'est après tout que « le résultat d'un déficit de la capacité normale de désynchronisation de l'état de veille », c'est-à-dire, somme toute, un trouble *négatif*. Récemment A. CHAVANY, D. HAGENMULLER et G. LOBEL (Essai d'interprétation physiopathologique des symptômes paroxystiques de l'épilepsie. La critique de la conception jacksonienne. La notion de stimulation. *Progrès Médical*, 10 mai 1954, 195-200) ont ouvert une fois de plus le débat sur les notions d'excitation et de libération. Pour nous, toute « stimulation » se réduit à un trouble *négatif*, c'est-à-dire à une désorganisation de l'équilibre impliqué dans l'organisation du système nerveux.

...toutes les épilepsies ont quelque chose de commun : la déstructuration, plus ou moins globale, brève ou complète du champ de la conscience...

tures nerveuses voisines et se propager non seulement dans tout l'hémisphère mais dans toutes les formations grises commissurales et basales jusqu'à produire, au terme de ce cheminement, la dissolution qui, dans la première modalité, était réalisée d'emblée. L'image d'un commutateur qui éteint d'un seul coup la lumière de la conscience ou celle d'une allumette souffrée qui s'enflamme lentement jusqu'à se consumer sont les métaphores qui viennent le plus naturellement à l'esprit. Elles ne sont qu'une façon d'exprimer ce que toutes les connaissances électro-encéphalographiques et physiopathologiques cérébrales nous ont appris depuis trente ans. Comme on le voit, le « centre » de l'épilepsie dans tous les cas est le même, c'est le dispositif qui, enraciné dans le tronc cérébral, s'épanouit dans l'archépalium et dans les merveilleuses arborisations qui s'enroulent dans le rhinencéphale. Que l'« épiceptre » épileptogène en soit la substance réticulée diencéphalique, celle du noyau amygdalien ou tel autre amas de substance grise corticale ou sous-corticale dont certainement les études et expériences des pionniers de l'électrophysiologie nerveuse ne tarderont point à nous faire connaître la fonction épileptogène, c'est là un problème de neuropathologie d'une portée immense mais qui dépasse le cadre de nos intérêts cliniques immédiats.

Par contre, à suivre, jusque dans ces arcanes encore bien obscures, le fil d'Ariane du processus épileptique cérébral, nous avons gagné sinon une classification parfaitement claire des formes d'épilepsie, tout au moins une compréhension plus exacte de ce qui constitue dans le cadre de son unité, la pluralité des formes épileptiques de déstructuration de la conscience. L'une de celles-ci soumise à la loi du « tout ou rien » paraissait au premier abord représenter l'épilepsie psychiatrique par excellence, mais elle cède le pas à l'autre, celle d'une dégradation structurale de l'activité nerveuse qui, épousant le processus même de déstructuration de la conscience, se propage en franchissant plus ou moins vite et à rebours les étapes de l'évolution des fonctions nerveuses.

Aussi en terminant cette Étude sur l'Épilepsie, pouvons-nous répéter ce que nous disions en l'entreprenant : aucun processus pathologique plus que l'épilepsie ne peut intéresser un psychiatre qui se place dans la perspective organo-dynamiste ouverte par HUGHLINGS JACKSON, car l'épilepsie est le modèle d'une déstructuration paroxystique de la conscience. Ses formes et ses degrés, tous ses symptômes et ses tableaux cliniques éclairent tous ceux qui composent l'ensemble des maladies mentales ¹. Non seulement celles que nous étudions ici et qui entrent dans la pathologie de la conscience, mais peut-être aussi celles qui altèrent la personnalité car nous avons pu voir que l'épilepsie n'est pas seulement pour la conscience une certaine manière de se décomposer et de s'écrouler, mais qu'elle est aussi une certaine manière pour l'homme épileptique « d'être-dans-le-monde ».

...l'épilepsie est le modèle d'une déstructuration paroxystique de la conscience...

1. C'est dans ce sens que W. GRUHLE écrivait dans le *Traité* de BUMKE, tome VIII, (p. 684), « chez les épileptiques chroniques on trouve tout l'arsenal de tous les symptômes psychiatriques ».

*Bibliographie**Principaux ouvrages*

- TISSOT, *Traité des nerfs et de leurs maladies*, Lausanne, 1790, t. XIII, et *Œuvres*, Édition Delahaye, Paris, 1855.
- DELASIAUVE, *Traité de l'Épilepsie*, Édition Masson, Paris, 1854, p. 559.
- FALRET (J.), *De l'état mental des Épileptiques*, Édition Asselin, Paris, 1861, p. 89.
- HERPIN (Th.), *Des accès incomplets d'épilepsie*, Édition Baillière, Paris, 1867, p. 207.
- JACKSON (H.), *Travaux de 1863 à 1899. Selected Writings*, Édition par J. Taylor chez Hodder et Stroughton, 1931. Londres, 1931-1932.
- FÉRÉ (Ch.), *Les épilepsies et les épileptiques*, Édition Alcan, Paris, 1890, p. 636.
- VOISIN (J.), *L'épilepsie*, Édition Alcan, Paris, 1897, p. 420.
- LEGRAND DU SAULLE, *Étude médico-légale des épileptiques*, Éd. Delahaye, Paris, 1877.
- BURLUREAUX, *Épilepsie, Dictionnaire Dechambre*, 1887, t. XXXV, pp. 120 à 221.
- CHRISTIAN (J.), *Épilepsie, Folie épileptique*, Édition Hayez, Bruxelles et Édition Masson, Paris, 1890, p. 164.
- BINSWANGER (O.), *Die Epilepsie*, Édition Holder, Vienne et Leipzig, 1^e édition 1899 – 2^e édition 1913, p. 548.
- GOWERS (W. R.), *Epilepsy and other chronic Convulsive Diseases*, 1^e édition 1881 – 2^e édition 1901, p. 320, Trad. fr. Albert Carrier, Édition Masson, 1883.
- OTTOLUNGI, *La epilepsia psichica*, Turin, 1890.
- GELINEAU (J.-B.), *Traité des épilepsies*, Édition Baillière, Paris, 1901, p. 945.
- RAECKE, *Die transitorische Bewusstseinstörungen der Epileptiker*, Édition Marbol, Hall, 1903, p. 178.
- MAXWELL (J.), *L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie*, Thèse, Bordeaux, 1903, p. 255.
- VOGT (H.), *Die Epilepsie*, Traité d'Aschaffenburg, Édition fr. Deuticke, Berlin-Vienne, 1915.
- CLARK (L.P.), *Clinical Studies in Epilepsy*, Édition State Hospital Press. Utica, New York, 1917.
- WILSON (S. A. Kinnier), *Modern Problems of Neurology*, Londres, 1928, pp. 1 à 76, et article Epilepsy in *Handbuch der Neurologie* de BUMKE et FOERSTER, t. XVII, 1935, pp. 1 à 87.
- PICARD (J.), *Les actes automatiques de nature comitiale* (Thèse, Paris), Édition Jouve, Paris 1927, p. 121.
- LENNOX (W. G.), et COBB (S.), *Epilepsy*, Editions Williams and Wilkins Comp. Baltimore, 1928, p. 197.
- GRUHLE (H.-W.), *Epilepsie in Handbuch de Bumke*, t. VIII, 1930.
- PAGNIEZ (P.), *L'épilepsie, Conceptions actuelles sur sa pathogénie et son Traitement*, Édition Masson, Paris, 1929, p. 199.
- MUSKENS (L. J. J.), *Épilepsie*, Édition fr. Édition de Vosvankleef, Anvers, sans indication de date (1930?) p. 503, Édition allemande, Springer, Berlin, 1926.
- MINKOWSKA (F.), *Epilepsie und Schizophrenie im Erbgang mit besonderer Berücksichtigung der Epileptoiden Konstitution und der epileptischen Struktur, (Familia F. und Familia B)*. (Monographie des « Archiv. der Julius Klaus-Stiftung für Vererbungsforschung, Socialanthropologie und Rassenhygiene, (XII) » Edition Art. Institut Orell Füssler, Zurich, 1937, p. 218, (15 tableaux généalogiques et 14 tableaux d'indices biotypologiques).

MAUZ (F.), *Die Veranlagung zu Krampfanfälle*, Édition Thieme, Leipzig, 1937. p. 68.

STAUDER (K. H.), *Konstitution und Wesenänderung der Epileptiker*, Edition Thieme, Leipzig, 1938, p. 196.

CONRAD (K.), *Die erbliche Fallsucht*, Handbuch der Erbkrankheiten de A. GÜTT, t. III, 2^e partie, Édition Thieme, Leipzig, 1940.

LENNOX (W.-G.), Seizures States in « *Personality and Behaviour Disorders*, de J. Mc V. Hunt. Édition Ronald Press, New York, 1944 et *Science and Seizure*, Hayer, 1941, p. 258, 2^e édition, 1946.

PENFIELD (W.), et ERICKSON (T. C.), *Epilepsy and cerebral Localization*, Édition C. C. Thomas, Springfield, 1941, p. 623.

MOREAU (Jacqueline), *L'épilepsie des tumeurs du cerveau*, Thèse. Paris, 1943.

WEBER (W.-C), et JUNG (R.), Ueber die epileptische Aura, *Zeitschr. f. d. g. Neuro*, 1940, 170 - 211 - 265.

GOTOR (P.), *La epilepsia*, Édition Morata, Madrid, 1942.

BRAUN (F.), *Conscience et Mémoire dans l'Épilepsie*, Rapport Congrès des Aliénistes de Genève-Lausanne, juillet 1946.

SUTTER (J.), *Conscience et Mémoire dans l'Épilepsie*, Rapport au Congrès des Aliénistes de Genève-Lausanne, juillet 1946.

TEMKIN (O.), *The falling Sickness : A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*, Édition J. Hopkins, Baltimore, 1945, p. 380.

HOCH (G. H.), et KNIGHT (R. P.), *Epilepsy Psychiatric aspects of convulsive Disorders*, Édition Grund et Stratton, New York, 1947, p. 214, (Compte-rendu de la 46^e session de l'American psychopathological Association, mai 1946).

MARCHAND (L.), et AJURIAGUERA (J., DE) *Épilepsies*, Bibliothèque Neuro-Psych. de Langue française, Éditions Desclée de Brouwer, Paris, 1948, 721 pages.

ALSTRÖM (C. H.), *A study of epilepsy, its clinical, social and genetic aspects*, Éd. Munksgaard, Copenhagen, 1950.

ROGER (H.), CORNIL (L.), et PAILLAS (J. E.), *Les épilepsies, Problèmes actuels physiopathologiques, anatomo-cliniques et thérapeutiques*, Édition Flammarion, Paris, 1950, p. 340.

PAILLAS (J. E.), et SUBIRANA (A.) Lobe temporal, chap. II. Seméiologie neuro-psychique, Congrès d'O. N. O. de Barcelone, *Revue d'O. N. O.*, 1950, 22.

GASTAUT (H.), *Les épilepsies*, (folio 17.008 A 10). *Physiopathogénie des épilepsies* (folio 17.008 A 20). *Étiologie*, (folio 17.008 A 30) – *Diagnostic*, (folio 17.008 A 40). *Encyclopédie Neuro-Chirurgicale*, Neurologie, I, 1951.

SCHMIDT (P.), *Conscience et Convulsions psychiques dans quelques états épileptiques*, Thèse, Paris, 1950 (texte dactylographié).

PENFIELD (W.), et KRISTIANSEN (K.), *Epileptic Seizure Patterns*, Édition Ch. C. Thomas, Springfield III, 1951, p. 104.

LEMPÉRIÈRE (Th.), *L'état mental intercritique dans la comitialité, Étude clinique et psychosomatique*, (Thèse, Paris), 1953.

SAL Y ROSAS (F.), Nombreux travaux dont la bibliographie se trouve dans la *Revista latino-amer, de Psiquiatria*, janvier 1954, 84-90.

PENFIELD (W.) et JASPER (H.), *Epilepsy and functional Anatomy of the human Brain*, Éd. Little Brown and C^o, Boston, 1953.

BALBI (R.), *Le epilepsie*. Éd. Acta Neurol. Policlinico, Naples, 1953, 221 p.

DELL, DONGIER, GASTAUT, LEMPÉRIÈRE, MIGNOT, ROGER, VIDART. *Epilepsie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale – Psychiatrie* (sous presse).

Revue générales – Index bibliographiques

GRUHLE (W.), Ueber die Fortschritte in der Erkenntniss der Epilepsie in den letzten Jahren und über das Wesen dieser Krankheit, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1910, 2, 1 à 42. – Ueber die Fortschritte etc... in der Jahren 1910-1920, *Zentralblatt-Neuro*, 1923, 34, 1 à 100.

LEDEBOER (Ch.), The literature on epilepsy of the past ten years, *Folie psych. néerl*, 1949, 52, 1 à 86.

SPIEGEL, *Progress in Neuro and Psych.* New York, articles de H. HOUSTON-MERRITT pour l'année 1947 (pp. 155-163), d'Ephraïm ROSEMAN et Ch. D. ARING pour 1948 (pp. 193 à 206) et des mêmes auteurs pour 1949 (pp. 193 à 208), article de Francis M. FORSTER pour 1950 (pp. 202 à 216), et du même auteur pour 1951 (pp. 179 à 186), de FORSTER et BERRY pour 1952 (pp. 203 à 214).

Périodiques

« *Epilepsia* ». Revue éditée par l'*International League against Epilepsy*, Éd. Munksgaard, Copenhague.

Journal of E. E. G. and Neurophysiol. (paraît depuis 1946).

Revue Neurologique. Comptes-rendus de la Société d'E. E. G. et des sciences connexes.

Congrès et Réunions

1872-1873. *Société Médico Psychologique.* Discussion sur l'épilepsie larvée.

1896. *Congrès des Neuro. et Aliénistes de langue française.* Bordeaux. Les impulsions irrésistibles (V. PARANT).

1912. VI^e Réunion annuelle de la « *Gesellschaft deutscher Nervenärzte* ». Rapports de REDLICH et O. BINSWANGER. Septembre.

1926. XVI^e Réunion annuelle de la « *Gesellschaft deutscher Nervenärzte* », Düsseldorf, septembre 1926. Rapport d'O. FOERSTER (C. R. in *Zentralblatt*, 1926, 44, 746-798).

1932. *Réunion internationale de Neurologie.* Paris 31 mai-1^{er} juin. Rapports d'ABADIE, PAGNIEZ et CROUZON. (C. R. *Revue Neurologique*, 1932, 1, 1046-1392).

1935. *Congrès neurologique international*, 29 juillet-2 août, Londres. Rapports d'ABADIE, W. G. LENNOX, E. SPIEGEL, F. FRISCH, K. ORZECOWSKI, M. MINKOWSKI, A. ULRICH, W. PENFIELD, M. SGALITZEN et J. J. MUSKENS.

1946. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française*, Genève-Lausanne 22-27 juillet. Rapport de F. BRAUN et J. SUTTER sur Conscience et Mémoire dans l'épilepsie.

1948. 26^e Réunion annuelle de l'*Association for Research in Neuro and Ment. Diseases* (avec l'*American League against Epilepsy*). 14 décembre, New York (C. R. édité en 1948 par Williams et Wilkins).

1949. Réunion *Société E. E. G. et Sciences connexes de langue française*, Paris, 4 mai.

1950. *Congrès International d'O. N. O.*, 25-30 mai, Barcelone (Lobe temporal). Séméiologie neuro-psychique par PAILLAS et SUBIRANA. [NdE : *Revue d'O.N.O.*, février 1950 et 1 vol. Doin, 1950]

1953. 3^e *Congrès International d'E. E. G. de Neurophysiologie clinique*, Boston, août.

Étude n° 27

STRUCTURE ET DÉSTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE

20. La classification des M. mentales.
21. Manie.
22. Mélancolie.
23. Bouffées délirantes.
24. Confusion.
25. Psychoses périodiques
maniaco-dépressives.
26. Épilepsie.
27. *Structure et déstructuration
de la conscience.*

Il y a des mots qui font peur. Nous n'échappons pas naturellement à cette crainte dans la mesure même où la conscience nous paraît être au centre de la vie psychique anormale comme elle est au centre de l'existence, non pas comme un mot vide de sens ou un « deus ex machina », mais comme cette structure basale de la réalité vécue qui est aussi une réalité. Nous envisagerons au cours de cette étude le problème de la définition et de la réalité de la conscience, celui de sa « position » dans l'ensemble du monde de la nature et de la vie psychique, terribles problèmes auxquels nous ont heureusement préparé nos Études antérieures. C'est pourquoi c'est seulement en conclusion de nos analyses cliniques que nous osons les aborder. Est-il besoin de dire que nous n'avons ni la ridicule prétention de les résoudre ni même celle d'en exposer entièrement tous les aspects ?

...la conscience nous paraît être [...] cette structure basale de la réalité vécue qui est aussi une réalité...

§ I.— LA NOTION DE TROUBLES DE LA CONSCIENCE AU REGARD DES POSITIONS PSYCHIATRIQUES ET PSYCHANALYTIQUES CLASSIQUES

Avant d'entreprendre, pour notre propre compte, d'esquisser, tout au moins, une description de la conscience et d'essayer de pénétrer dans sa dynamique structurale, voyons un peu ce que disent les psychiatres et les psychanalystes de la conscience et de ses troubles.

Considérée comme épiphénomène ¹ simple fonction vigile ou instance réflexive

1. « Pour les positivistes comme nous, disait MORSELLI (cité par BIANCHI, *La Mécanique du cerveau*, 1921) la conscience est une abstraction ». Cette opinion est assez répandue pour être rappelée en tête de cette Étude.

transcendantale par la plupart des auteurs, la conscience pour les psychiatres et pour les psychanalystes n'a au fond aucune réalité et pour ainsi dire aucune épaisseur. Aussi ses troubles sont-ils généralement réduits à n'être qu'un défaut de clarté « plus ou moins confusionnel », c'est-à-dire à n'être qu'une pure négativité. Si on s'avise pourtant qu'à ces troubles correspondent les vécus imaginaires plus ou moins près des expériences du rêve, on n'en tire pas la conclusion qui s'impose, savoir que l'activité de conscience implique une stratification dynamique vulnérable dans les plans qui la composent. C'est ce que nous allons mettre en évidence dans ce premier chapitre.

...l'activité de conscience implique une stratification dynamique vulnérable dans les plans qui la composent...

A. – LES « TROUBLES DE LA CONSCIENCE » EN PSYCHIATRIE

Naturellement il est presque aussi difficile de définir ici la psychiatrie « classique » que la conscience ¹. Mais nous pouvons être compris de tous, si nous disons que tout d'abord nous allons interroger quelques Précis et Traités anciens ou récents sur cet important problème.

Deux Précis de Psychiatrie parus récemment en France, celui de BARBÉ ² et celui de H. BARUK ³, n'en parlent pas ou n'en disent que quelques mots, pour des raisons d'ailleurs exactement opposées, l'un (BARBÉ) considérant la conscience comme un épiphénomène, et l'autre (BARUK) la définissant comme une instance hautement réflexive. Si nous nous tournons vers l'Amérique et que nous ouvrons le petit « Traité » de W. S. SADLER ⁴, nous y trouvons seulement une vague définition de la conscience par la vigilance, à propos de la personnalité, du « selfhood » et de la « selfrealization » comme formes de conscience personnelle.

1. Nous ne pouvons guère chercher ce que les grands classiques ont écrit avant la fin du XIX^e siècle sur les troubles de la conscience, car si on excepte naturellement HUGHLINGS JACKSON, MOREAU (de Tours) et quelques autres, c'est surtout à une psychologie associationniste qu'ils ont recouru.

2. BARBÉ, *Précis de Psychiatrie*, édition de 1950. C'est seulement à la page 30 qu'il y est fait allusion ; la conscience qui peut être troublée soit comme conscience du Moi, soit comme conscience du monde.

3. BARUK, *Précis de psychiatrie*, Édition Masson, Paris, 1950. Par contre, dans son ouvrage « *Psychiatrie morale, expérimentale, individuelle et sociale* » (Éd. Presses Univers., 1945, 277 pp.), il consacre un chapitre (ch. V, pp. 141 à 180) au problème de la conscience. Au sens large, dit-il, c'est l'activité psychique dans son ensemble, opinion « qui ne peut plus être soutenue ». Aussi la considère-t-il *senso strictu* comme la « connaissance que l'activité psychique a d'elle-même », définition qui fait de la conscience une transcendance proprement réflexive (γνώθη σεαυτον). Aussi la description des troubles de la conscience en exclut-elle les troubles où les malades perdent seulement le sentiment de non fonctionnement tout en gardant la conscience de leurs troubles, de telle sorte que les troubles de la conscience ne commencent que lorsqu'est troublée la réflexion de la conscience sur elle-même. Autrement dit, BARUK place si haut l'activité de conscience qu'elle n'est altérée qu'en tant que jugement et c'est dans les troubles de la pensée ou les troubles de la personnalité qu'il distribue les troubles de la conscience, faute d'avoir suffisamment approfondi leur phénoménologie.

4. W. S. SADLER, *Modern Psychiatry*, St. Louis C. V. Mosby C, 1945.

Les ouvrages plus anciens sont généralement aussi peu explicites. ROGUES DE FURSAC ¹ consacre quelques lignes aux troubles de la conscience qu'il définit par l'inadaptation et l'amnésie des actes. Dans le manuel de JELIFFE et WHITE ², pas une ligne. L'excellent Précis de DIDE et GUIRAUD ³ qui commence par un développement sur la vie inconsciente ne souffle plus mot dans la suite de la conscience et il n'y est question que de troubles de la pensée, de la personnalité, de l'attention, etc.

Cependant tous les ouvrages ne sont pas aussi systématiquement fermés à cette notion et un certain nombre de Traités anciens ou récents contiennent quelques indications sur ce sujet « tabou », il s'agit le plus souvent d'analyses psychopathologiques qui mettent en évidence que la pathologie de la conscience déploie un éventail d'expériences délirantes correspondant à sa dégradation. Ainsi par exemple dans le Traité de TANZI et LUGARO ⁴ on trouve une assez riche description de degrés des troubles de la conscience (comprenant notamment la « dissociation mentale » et « l'ottundimento della coscienza ») ou encore dans le manuel de ROXO ⁵ ou celui de NOYES ⁶ qui décrivent également une série d'états, nous dirions de niveaux structuraux de désorganisation de la conscience. C'est ainsi que NOYES décrit (pp. 75-77), parmi les troubles de la conscience : la confusion, les états crépusculaires (clouding), les états de stupeur, le delirium, le « dreamy state » et – juxtaposés à cette description clinique – sur le plan étiologique, les troubles organiques de la conscience dans les asphyxies... Le *Textbook* de HENDERSON et GILLESPIE ⁷ fait brièvement état d'une distinction entre les troubles psychogéniques de la conscience (produits et supprimés par voie psychique) comme certaines transes et états somnambuliques et les troubles de substratum physique de la

...un certain nombre de Traités anciens ou récents contiennent quelques indications sur ce sujet « tabou »...

1. ROGUES DE FURSAC, 6^e édition 1923, pp. 68 à 71.

2. S. E. JELIFFE et W. A. WHITE, *Diseases of the nervous System. A text book of Neuro and Psych.*

3. DIDE et GUIRAUD, *La Psychiatrie du Médecin Praticien* (Éd. Masson, 1^{re} édition, 1922, 415 pp.). Conscience est, dit GUIRAUD, un terme trop imprécis et trop différemment employé pour être utile. Aussi n'en parle-t-il guère. Cependant dans son ouvrage « *Psychiatrie générale* » (pp. 462 à 466) il dit du Moi ce qu'on dit généralement de la conscience. Il distingue l'éprouvé du constaté et « la conscience est la fonction « constatation » par laquelle le Moi est capable à la fois d'éprouver et de se rendre compte qu'il éprouve ». Mais cette fonction est bien difficile à isoler de la fonction de reconnaissance du subjectif, de la fonction de délimitation de l'individualité organo-psychique à l'égard du monde extérieur, de la fonction d'adaptation à la réalité et à l'intelligence logique et de la fonction de contrôle et de régulation des dynamismes primordiaux, toutes fonctions qui, dit-il, « sont souvent altérées ». Nous ajouterions volontiers « ensemble » pour donner justement un sens à l'activité de conscience.

4. TANZI et LUGARO, *Tratatto delle malattie mentale*, 1914, p. 512.

5. ROXO (Enrique de Buto Belford), *Manual de Psiquiatria*, 4^e édition, 1946, pp. 74-81. Cet auteur distingue les troubles de l'intensité, de la clarté, de l'extension, de l'intégration et de la continuité de la conscience. C'est dire qu'il fait une étude des troubles de la conscience assez approfondie.

6. A. P. NOYES, *Modern Clinical Psychiatry*, Éd. W. B. Sanders Company, 1949. 4^e édition, pp. 6, 12, 75-77

7. HENDERSON et GILLESPIE, *A Textbook of Psychiatry*, 1927, p. 96. De cette édition à celle de 1950 le paragraphe n'a pas changé. [NdE : trad.fr. *Manuel de psychiatrie* (2 tomes) Paris : P.U.F.]

conscience (parmi lesquels ils énumèrent le delirium, la stupeur et le coma groupés sous le signe de la confusion ou « amentia »).

Un des aspects les plus caractéristiques de ces analyses « classiques » des troubles de la conscience est représenté par les courtes mais substantielles pages que RÉGIS¹ leur a consacrées. Pour lui, la conscience est comme pour RIBOT une synthèse des synthèses perceptive, personnelle et mnémonique. De telle sorte qu'il distingue les troubles de la conscience par altération du sentiment d'appropriation personnelle (maladies de la personnalité), les troubles de la conscience par altération des perceptions (états délirants hallucinatoires) et enfin les troubles de la conscience par altération dans l'enchaînement mnémonique des sensations (états seconds, états paramnésiques, etc.). Nous insistons sur cette analyse du grand clinicien français de l'onirisme et de la confusion pour mettre en évidence que, pour nous comme pour lui, les troubles de la conscience ne sont, à ses yeux, ni rien, ni de simples troubles de la lucidité ou de la « vigilance ».

Si nous nous tournons maintenant vers les aspects les plus « modernes » des études sur les troubles de la conscience, c'est-à-dire si nous nous adressons aux auteurs de langue allemande, sur ce point, nous allons trouver une plus abondante documentation. L'étude de l'activité de conscience (Bewusstsein) a été en effet assez approfondie depuis 50 ans dans l'École allemande de psychiatrie, sans d'ailleurs, comme nous le verrons, qu'il soit possible de tirer de cette multitude de travaux dont nous exposerons les échantillons qui nous ont paru les plus caractéristiques, autre chose que le sentiment qu'il y a bien là quelque chose mais que l'on ne distingue pas très bien. Avant d'exposer les principaux travaux de ces écoles, peut-être pouvons-nous nous demander ce que signifie et d'où provient le contraste entre l'abondance des études allemandes et la rareté des études dans les autres pays sur ce point. Tout d'abord, la langue allemande dispose d'une incroyable richesse de vocabulaire pour exprimer ce que les auteurs de langues latines, ou anglosaxonnes, appellent « conscience² ». Mais surtout la philosophie allemande dans son orientation subjectiviste depuis KANT et phénoménologue depuis HUSSERL, BRENTANO, DILTHEY, etc. a placé au centre même de l'existence non pas certes la notion abstraite de conscience mais la description empirique des phénomènes de conscience, description qu'elle a prodigieusement approfondie³. C'est

...la langue allemande dispose d'une incroyable richesse de vocabulaire pour exprimer ce que les auteurs de langues latines, ou anglosaxonnes, appellent « conscience »...

1. RÉGIS, *Précis de Psychiatrie*, 6^e édition, pp. 127-132.

2. En français, le mot « conscience » désigne la connaissance intuitive ou réfléchie de soi ou du monde à travers soi (sens psychologique), mais il désigne également la conscience morale ou normative (sens éthique). En espagnol (*consciencia*) et en italien (*coscienza*), il en est de même. En anglais, le sens psychologique de conscience est rendu par « *consciousness* » et celui de conscience morale par « *conscience* ». En allemand la conscience morale est désignée par le terme « *Gewissen* » et celui de conscience psychologique par « *Bewusstsein* ». Des termes comme « *Bewusstheit* », « *Erlebnis* », « *Besinnung* », « *Bewusstseinslage* », « *Besonnenheit* », etc. permettent de saisir une série de nuances de sens qui expriment les divers degrés et aspects dynamiques de la structure de conscience.

3. Sans doute, pourrait-on s'étonner que la philosophie de BERGSON n'ait pas chez nous .../...

pourquoi toutes les études de la psychiatrie allemande depuis le début du siècle gravitent perpétuellement autour de la structure de la conscience prise pour objet central de ses investigations. Et même lorsque, avec HEIDEGGER ou BINSWANGER, elle répugne à recourir à une psychologie de la conscience qu'elle répudie comme foncièrement subjectiviste, c'est encore à des descriptions des structures de conscience que nous renvoie toute phénoménologie du « Dasein ».

JASPERS ¹ est l'auteur auquel se réfèrent presque tous les autres et, malgré la déception que nous avons éprouvée à la lecture de sa *Psychopathologie* (même et peut-être surtout de ses dernières éditions qui ont aggravé plutôt que corrigé l'impression chaotique qui se dégage de ce « polypier » d'idées), il faut bien convenir que cet ouvrage est riche en intuitions fécondes pour le problème qui nous préoccupe. Dans sa phénoménologie des maladies mentales il décrit successivement les éléments et les états de conscience morbide. Mais comme il a soin lui-même (chap. I, 1^{re} section) de nous dire que la vie psychique n'est pas une agglomération de phénomènes particuliers mais une totale unité en constant mouvement, il n'est pas étonnant que, sous le nom d'« éléments » de la vie psychique, il nous parle de la « conscience objective », des altérations du temps et de l'espace, de la conscience corporelle, de la conscience de la réalité, de la conscience du moi, etc., c'est-à-dire au fond des anomalies de la conscience, terme qui revient constamment dans sa description. Quant aux états de la conscience, c'est-à-dire aux diverses modalités de la conscience définie « *comme la totalité de la vie psychique à un moment donné* », ils sont variables et l'attention en représente le degré maximum. Les altérations de ces états de conscience quand elles ont un caractère vraiment pathologique et constituent les altérations psychotiques de la conscience (ainsi qu'elles sont désignées dans la 5^e édition), se rencontrent dans les psychoses aiguës. Pour le moment, dit-il, il est impossible d'établir des distinctions véritablement pénétrantes entre ces divers états, mais il propose la description d'ailleurs très brève de 4 types ² : 1° les états d'obnubilation de la conscience (Benommenheit) qui constituent de simples degrés inférieurs de l'activité de conscience, c'est-à-dire des variations quantitatives ; 2° les états de conscience décomposée ³ (« *getrübt* » ou « *zerfallende* » *Bewusstsein*) caractérisés par la frag-

...toutes les études de la psychiatrie allemande depuis le début du siècle gravitent perpétuellement autour de la structure de la conscience...

...JASPERS...

...propose la description d'ailleurs très brève de 4 types [d'altération de la conscience]...

.../... fécondé la psychologie et la psychopathologie de la conscience, car, bien évidemment, les descriptions bergsonniennes ne le cèdent en rien à la richesse des analyses allemandes. Mais le souci d'extraire du dynamisme de la conscience son essence pure et spirituelle a peut-être autant éloigné qu'elle a permis d'approcher de la *réalité de la conscience*.

1. JASPERS, *Psychopathologie générale*, 1^{re} édition, 1913, 2^e édition, 1919, 3^e édition, 1922 (cette édition a été traduite en français en 1928), 4^e édition, 1942, 5^e édition, 1946.

2. Nous avons déjà fait état dans *l'Étude* n° 23 et selon MAYER GROSS de ces descriptions de JASPERS (cf. *supra* p. 261).

3. C'est ainsi que nous avons déjà traduit le terme de « *Zerfallende* » par lequel les Allemands désignent cette forme de trouble de la conscience (cf. *Étude* n° 23).

mentation et l'incohérence du vécu ; 3° la conscience altérée ou rétrécie (« veränderte » ou « eingeengte Bewusstsein »), caractérisée par sa séparation du monde extérieur et sa concentration anormale, état qui se rencontre, dit JASPERS, non seulement dans l'hystérie mais dans l'épilepsie – et, dans les dernières éditions de son traité, JASPERS a ajouté un paragraphe sur les troubles de la conscience dans l'aura épileptique caractérisée, selon lui, par l'extrême rétrécissement de la conscience. Tous ces troubles psychotiques de la conscience présentent, ajoute-t-il, un certain nombre de symptômes objectifs communs : les malades perdent le contact avec le monde extérieur, ils sont souvent désorientés, leur conduite est pour les autres incompréhensible et ils présentent des troubles de la mémoire. Revenant, plus loin (dans des divers syndromes), sur ce sujet, il isole trois grands syndromes de troubles de la conscience : le *delirium* caractérisé par l'isolement du monde extérieur réel – la désorientation et la dégradation de la conscience de type « amentia » (« *confusion mentale* ») caractérisées par la pulvérisation de la vie psychique en fragments isolés, par la perplexité, les illusions – et enfin les *états crépusculaires* caractérisés par la conscience altérée ou rétrécie avec l'impulsivité et une certaine cohérence du comportement et des expériences psychiques.

Cette classification et les pages que JASPERS consacre à ce problème ne constituent pas cependant la contribution la plus importante de cet auteur à la psychopathologie de la conscience. On peut dire en effet que tout son ouvrage et chacune des descriptions phénoménologiques des symptômes intègrent la plupart de ceux-ci dans une atmosphère de « trouble » et d'« incompréhensibilité » qui représente assez exactement ce qu'on peut appeler un « trouble du vécu actuel de la conscience ». Il convient justement de souligner ici, en raison de son importance cruciale pour ce qui concerne les rapports de la pathologie de la conscience et de la pathologie de la personnalité, une distinction à notre sens, d'ailleurs, trop, absolue qui oppose constamment, dans la psychopathologie de JASPERS, la pathologie des états de conscience et ce qu'il appelle les « symptômes de la vie aliénée » (« verrückter » Seelenleben). Quoi qu'il en soit, l'ouvrage de JASPERS moins peut-être par ses apports positifs au problème qui nous occupe que par l'esprit dans lequel il l'a engagé, constitue depuis 30 ans le centre des références sur ce point.

Nous trouvons une très copieuse étude sur les troubles de la conscience dans le chapitre du traité de BUMKE rédigé par JAHRREIS¹. Il serait bien nécessaire, dit avec juste raison l'auteur, que nous ayons en psychiatrie un concept qui réponde à celui des troubles de la conscience, mais nous sommes bien loin de posséder cette clarté en raison de la complexité même de la conscience et, dit-il, c'est par la considération des divers degrés de celle-ci, constitués par les divers aspects de la subconscience

1. W. JAHRREIS, *Handbuch der Geisteskrankheiten* de BUMKE, tome I, *Störungen des Bewusstseins*, pp. 601-661.

(Unterbewusstsein) qu'on peut le plus facilement aborder le problème. Il n'est pas étonnant que ce soit dans le Traité de BUMKE qui a, lui-même, tant lutté contre le concept freudien d'inconscient¹, que le problème des troubles de la conscience soit présenté de la sorte. La conscience définie (avec JASPERS) comme la totalité de la vie psychique saisie et saisissable à un moment donné, admet des degrés et des niveaux de conscience puisque celle-ci suppose nécessairement un centre et une périphérie. Toutes les formes d'inconscient sont ramenées à cette dégradation du champ de la conscience. Quant aux troubles de la conscience, ils ne se prêtent guère à une systématisation très claire. JAHREIS considère cependant que l'essentiel de la symptomatologie des troubles de la conscience peut se ramener à des troubles de l'attention, des troubles de la pensée conceptuelle et des troubles de l'orientation. Il reprend ensuite, en gros, l'étude de JASPERS et décrit les diverses modalités de variations de la conscience dans la vie normale ou subnormale (sommeil, endormissement, fatigue) et comme JASPERS encore, il admet trois grands types de troubles de la conscience : 1° l'obnubilation (Benommenheit) caractérisée par des troubles de l'attention, de la pensée conceptuelle et des perceptions (état qui peut varier depuis la simple obtusion jusqu'à la somnolence, à la stupeur et au coma) ; 2° les troubles de la conscience onirique caractérisés par l'association aux symptômes de la série de l'obnubilation des symptômes de la série délirante et de l'imagination ; 3° la conscience rétrécie ou modifiée caractérisée par l'orientation systématique des contenus, comme si, selon le mot de BUMKE, la conscience s'orientait selon certains points de vue psychologiques. Ensuite JAHREIS tente de donner une description clinique de ces grands symptômes des troubles de la conscience. Tout d'abord, il décrit des états de simple obnubilation (Benommenheit) qui, variant de profondeur jusqu'au coma se rencontrent surtout dans les infections cérébrales et les intoxications. (Il en est de même pour les états de somnolence, de léthargie ou de narcolepsie qui constituent également, d'après l'auteur, de simples variations quantitatives de la conscience). Quant aux troubles oniriques de la conscience troublée, ils sont ici groupés sous six rubriques : *états crépusculaires* (états crépusculaires simples ou impulsifs, états crépusculaires hallucinatoires, etc.), tous troubles de la conscience qui se rapprochent du type de conscience rétrécie ou simplement altérée – les états de *delirium* des intoxications et des infections – les états *d'hallucinoase aiguë* (telle la fameuse « hallucinoase » des buveurs où il existe un contraste entre la richesse hallucinatoire et l'altération au moins apparente de la conscience) – les états d'amentia ou de *confusion* – les états du type *oniroïde* décrits par MAYER GROSS – enfin, les *ivresses*. Mais la description clinique des troubles de la conscience de JAHREIS dont l'étendue contraste si violemment avec l'exiguïté de sa

...JAHREIS dans le Traité de BUMKE...

...admet des degrés et des niveaux de conscience puisque celle-ci suppose nécessairement un centre et une périphérie...

1. BUMKE, *Das Unterbewusstsein*, Berlin, 1922. Ueber unbewusstes psychisches Geschehen. *Zeitschr. f. d. g. Neurol. und Psych.*, 56, 1920 et 66, 1921.

définition de la conscience, ne s'arrête pas là, et il consacre encore deux chapitres, l'un aux troubles de la conscience rétrécie et altérée par des facteurs affectifs (hypnose, états seconds hystériques) et l'autre aux troubles de la conscience dans les psychoses maniaques-dépressives et schizophréniques. L'intérêt de cette étude réside dans l'extension, d'ailleurs excessive, de la notion de troubles de la conscience. Mais, comme il est facile d'en juger en se rapportant aux textes, on voit bien que c'est à la généralité des psychoses aiguës que ce concept s'applique le plus exactement, et il est très important de saisir à travers ses descriptions ou ses énumérations que ce sont précisément ces troubles de la conscience qui constituent le substratum clinique le plus évident de tous ces états. De telle sorte que la pathologie de la conscience n'est pas réduite seulement à être un symptôme (celui de la perte de lucidité) mais constitue une série de syndromes, d'états psychopathologiques à peu près les mêmes que ceux qui ont fait l'objet de nos précédentes « Études ».

...ROSENFELD [...] étend progressivement le champ des troubles de la conscience tout en le « centrant » sur les états confuso-oniriques...

Le livre que M. ROSENFELD ¹ a consacré, à peu près à la même époque, à ce sujet est également très intéressant pour nous parce qu'il est très démonstratif de cette exigence de la clinique qui oblige tout clinicien dès qu'il s'occupe des troubles de la conscience, à étendre progressivement le champ des troubles de la conscience tout en le « centrant » sur les états confuso-oniriques. Sans doute, dit ROSENFELD dans la préface, ne faut-il pas prendre la notion de troubles de la conscience dans un sens trop large ², mais il ne faut pas non plus s'en tenir à une description purement objective du trouble de la conscience envisagé, seulement pour l'observateur, comme une altération du contact psychique (obnubilation, sommeil), car il y a des troubles de la conscience qui constituent seulement des altérations du vécu subjectif. On a une tendance, nous dit l'auteur dans son introduction, à définir la conscience comme la totalité des processus psychiques qui se présentent à nous à un moment donné (c'est, nous l'avons vu, la définition de JASPERS), mais cette « totalité » peut être considérée comme une abstraction (ainsi que l'affirmait WUNDT), ou comme ayant elle-même une certaine autonomie, de telle sorte que c'est le problème du tout et de ses parties qui est posé à son sujet. Mais la conscience n'est pas seulement rebelle à toute simplification, elle est constamment en mouvement. C'est une scène avec ses dimensions spatiales et temporelles propres, son éclairage, ses coulisses, ses personnages et elle se partage en deux : la conscience du monde objectif par le moi et celle du moi par lui-même (Gegenständsbewusstsein et Ichbewusstsein). Il y a lieu de discerner parmi ces troubles, des « troubles primaires » (c'est-à-dire des troubles que nous appellerions de sa déstructuration) et des troubles secondaires qui dépendent des variations affectives.

1. M. ROSENFELD, *Die Störungen des Bewusstseins*, Leipzig, Éd. Thieme, 1929, 247 pp.

2. Il rappelle à ce propos le mot de WERNICKE qui ne manque pas de profondeur : le phénomène fondamental de tout trouble psychique, c'est la « désorientation ».

La description que ROSENFELD fait ensuite des aspects séméiologiques des troubles de la conscience est surtout utile par l'énorme documentation qu'elle contient. Elle n'est pas non plus sans intérêt pour le problème qui nous occupe car, nous l'avons déjà souligné, cette énumération enrichit considérablement le chapitre des troubles de la conscience si souvent négligé ou même inexistant dans les Traités classiques. ROSENFELD en effet ne décrit pas moins de 17 états de troubles de la conscience : le sommeil, l'hypnose, les états affectifs avec troubles de la conscience, les oscillations intermittentes de la conscience, l'obnubilation (allant jusqu'à la stupeur et au coma), la conscience confuso-onirique (das « traumhaft », « getrübte » oder « zerfallende » Bewusstsein), les états crépusculaires (das veränderte Bewusstsein), l'évanouissement, le « schock » psychique, la perplexité anxieuse (Ratlosigkeit), la confusion, les états oniroïdes, la conscience hallucinatoire, la dépersonnalisation, les expériences délirantes (Wahnbewusstsein ou Wahnstimmung), la stupeur, et enfin l'incohérence avec fuite des idées. C'est dire que cet ouvrage sur les « troubles de la conscience » offre par morceaux ou fragments juxtaposés ce que nous avons pu, dans nos précédentes *Études*, présenter dans un ordre plus simple et plus cohérent, celui de la décomposition structurale de la conscience.

...ROSENFELD offre par morceaux ou fragments juxtaposés ce que nous avons pu, dans nos précédentes Études, présenter dans un ordre plus simple et plus cohérent...

Un travail de H. BINDER ¹ nous a paru être d'une particulière importance en raison de l'exposé très complet des troubles de la conscience qu'il contient. Pour lui, il ne fait pas de doute que la conscience n'est qu'un « accident » (ein akzidentaler Merkmal) ou, si l'on veut, une contingence de la vie psychique, et il considère la conscience comme une « fonction » qui se définit comme la synthèse par le Moi des fonctions centripètes et centrifuges, fonctions « primaires ² », c'est-à-dire qui ne sont pas nécessairement vécues par le Moi. Celui-ci pourtant peut manifester son activité pendant l'exécution de ces fonctions primaires, par les fonctions secondaires qui se dirigent vers les premières et en prennent une connaissance (Kenntniss) proprement immédiate (einer eigentümlich unmittelbaren Weise). « Ainsi » les fonctions primaires se réfléchissent dans les secondaires et c'est cette « réflexion », dit BINDER, que nous appelons « Erlebnis » ou « Bewusstsein ». Si cette réflexion se fait sur le contenu objectif des fonctions primaires, il s'agit d'une conscience des objets (Gegenständbewusstsein) ; si les fonctions secondaires se dirigent sur le processus fonctionnel primaire, même et particulièrement sur son insertion dans le Moi central, alors jaillit la conscience du Moi (Selbstbewusstsein). Ce schéma fonctionnel nous permet, dit H. BINDER, de saisir (puisque effectivement c'est comme une sorte d'appareil d'optique qu'est conçu, encore

...travail de H. BINDER...

1. H. BINDER, Ueber alkoholische Rauschzustände, *Archiv. suisses de Neuro et Psych.*, 1935, 35, 209-228 et 36, 17, 51.

2. Cette extrême schématisation fonctionnelle est empruntée à Moritz GEIGER (Fragment über Begriff des Unbewusstseins und die psych. Realität, *Jahrb.f. Philo und phen. Forsch.*, 1921).

...BINDER précise son point de vue sur les trois grands types de troubles de la conscience décrits par JASPERS...

une fois, la scène de la conscience) pourquoi on parle sans cesse de foyer, de champ ou de clarté à propos de l'activité de la conscience. Cela dépend en effet de la plus ou moins grande diffusion et netteté de la « réflexion » sur les fonctions secondaires. — Pour si abstraite, ou plus exactement, si mécanique que soit cette « représentation » de la conscience, elle permet à l'auteur de préciser son point de vue sur les trois grands types de troubles de la conscience décrits par JASPERS. 1° La « *Benommenheit* » (obnubilation de la conscience) constitue une simple variation quantitative de l'activité de conscience (dont, pourrions-nous dire, la lumière baisse) et recourant à la mythologie de lanterne magique BINDER l'interprète par une déficience des fonctions secondaires et, aux degrés les plus bas, par une diminution des fonctions primaires elles-mêmes. Mais cette baisse de régime de la conscience, d'après l'auteur lui-même, affecte tout de même une certaine forme qualitative puisque c'est la conscience du Moi qui serait la première atteinte étant, tout le monde l'admet généralement dit-il, la dernière formée. Cette altération porte d'abord sur les fonctions secondaires puis ensuite sur les fonctions primaires de la pensée, de la volonté et des « déterminations » morales et esthétiques ; par là l'autoconduction se trouve sous l'empire des fonctions primitives libérées. Le trouble progresse jusqu'à aboutir à l'assoupissement ou au sommeil, à la torpeur et au coma. Ce type de trouble de la conscience est toujours dû à un processus organique cérébral et notamment à des lésions du tronc cérébral. — 2° Le trouble de la conscience de type « *Delirium* » (ce qui correspond à notre délire onirique) correspond à la « *zerfallende Bewusstsein* » de JASPERS : la vie psychique n'est plus soumise au principe de l'unité de son organisation et non seulement les fonctions primaires sont mises en pièces mais leur « réflexion » dans les fonctions secondaires est elle-même fragmentée. Ce miroitement fragmentaire de reflets sur les débris des fonctions secondaires constitue, selon BINDER, une métaphore qui illustre bien le caractère vacillant de la conscience du delirium (*deliriören Bewusstsein*), les fugaces flambées et les soudaines éclipses de ses vécus secondaires. Cette dislocation de la conscience pulvérise l'ambiance et aboutit ainsi à la désorientation¹. Aux efforts de synthétisation correspond la constitution de fragments de vécus fantastiques. Le fond affectif est l'angoisse ou l'euphorie et parfois les deux. L'agitation, souvent considérable, les illusions et les hallucinations complètent le tableau clinique. Ce bouleversement quantitatif de la conscience onirique ne se prête plus guère à la géométrie du schéma fonctionnel, aussi n'en est-il désormais question que pour indiquer que la « réflexion » des fonctions primaires sur les fonctions secondaires ne s'effectue plus régulièrement. Ce type de

1. Nous devons bien souligner ici le caractère atomistique d'une pareille analyse. Celle-ci, loin de saisir la déstructuration de la conscience comme une certaine forme de structuration de l'ensemble de la vie psychique à un niveau inférieur, la décompose — comme un prisme pour employer encore une comparaison optique — en éléments disparates. La « *zerfallende Bewusstsein* » est, ici, une machine cassée.

trouble de la conscience est conditionné par des troubles fonctionnels cérébraux. – 3° Enfin le troisième type de trouble de la conscience, l'état crépusculaire de la conscience (dämmerige Bewusstseinstörung) correspond à la conscience altérée ou rétrécie (veränderte ou eingeengt Bewusstsein). BINDER en aborde l'étude à travers cette fois un schéma physiologique, celui de la veille et du sommeil considérés l'un et l'autre comme deux états de conscience correspondant à deux centres antagonistes d'encéphaliques, l'un parasympathique (sommeil), l'autre sympathique (veille). Rappelant que pour VON ECONOMO l'état crépusculaire paraît vraisemblablement en rapport « avec quelques composantes de sommeil à l'intérieur du centre de la veille », BINDER émet l'hypothèse que dans l'état crépusculaire il existe une diminution de l'activité sympathique sans que le tonus parasympathique soit exalté. (Autrement dit à la paraphrase spatiale de VON ECONOMO, il substitue une paraphrase fonctionnelle de l'état de demi-sommeil). Tandis que dans le sommeil normal s'établit contre l'activité de veille un nouvel équilibre syntonisé, il y a dans l'état crépusculaire une désintégration de l'ensemble fonctionnel en ce sens qu'une partie seulement de celui-ci est frappée de paralysie. Par cette hypothèse, ajoute-t-il, nous pouvons nous rendre compte, à la fois, des analogies et des différences de l'état crépusculaire avec le sommeil normal et avec les autres types de troubles de la conscience. Tandis que les troubles du type « *obnubilation* » (Benommenheit) ou du type « *delirium* » se produisent progressivement, l'état crépusculaire est soudain comme le sommeil (?); dans l'état crépusculaire il n'y a pas de réparation des forces par le sommeil. La vie psychique de l'état crépusculaire si voisin de la pensée du rêve, paraît même s'y dérouler à un niveau plus bas (?), comme si l'excitabilité de l'écorce était plus faible que dans le sommeil, alors que le sommeil lui-même est justement du fait de l'absence de vago-tonie moins profond. La conscience de l'état crépusculaire est rétrécie comme dans le sommeil et il s'y forme des fantaisies comme dans le rêve. La « Benommenheit » paralyse lentement et progressivement toutes les fonctions psychiques tandis que dans l'état crépusculaire les fonctions sont différemment et électivement altérées et que l'orientation est peu altérée. Dans le « *delirium* » l'altération est beaucoup plus profonde que dans l'état crépusculaire, le vécu y est moins onirique également ¹ et la dissociation est différente de celle du sommeil. Ces analyses qui ont pour but de dresser les types de troubles de la conscience comme des séries parallèles de troubles autonomes, demeurent vagues et flottantes en définitive malgré la schématisation abstraite initiale, car elles ne représentent plus

1. Ceci ne peut être que très difficilement acceptable par l'École française classique qui, comme nous l'avons vu tout au long de cet ouvrage, a établi une sorte de synonymie entre confusion-délirium-onirisme. Pour nous qui avons établi (Étude n° 23) que la production d'imaginaire est plus riche au niveau des états crépusculaires oniroïdes que dans le délire confuso-onirique, cela va de soi.

...la conscience dans la plénitude de son organisation jusqu'à la conscience anéantie, représente un pas de plus vers l'irréalité et un degré de moins dans la présence...

finalement qu'une juxtaposition de formes articulées entre elles par le seul truchement de facteurs hétérogènes et hétéroclites (centres et mécanismes cérébraux spatialement distincts). Toutes font état des trois types isolés par JASPERS, types qui se confondent car la pathologie de la conscience est rebelle à toute vivisection de sa structure en « fonctions isolées ». Elle ne peut pas se découper en tranches mais seulement se décomposer en niveaux de déstructuration dont chacun, depuis la conscience dans la plénitude de son organisation jusqu'à la conscience anéantie, représente un pas de plus vers l'irréalité et un degré de moins dans la présence ¹ ».

Nous pourrions multiplier sans grand profit l'exposé des innombrables travaux dus à l'École de langue allemande. Certains doivent cependant être rappelés ici comme celui de P. SCHILDER ², le livre de HOCHÉ ³, l'ouvrage de MAYER-GROSS ⁴ dont nous avons déjà tant parlé, les articles de GRUHLE ⁵, ou plus récemment celui de ZUTT ⁶, etc. – Dans d'autres pays des travaux du même genre doivent être aussi signalés. Ainsi dans son Traité, A. VALLEJO NAGERA ⁷, disciple de l'École allemande, a fait à son tour un excellent exposé du problème de la conscience et de ses troubles ⁸.

1. Nous ne pensons pas qu'il soit utile d'ajouter à ces quelques « échantillons » de travaux de langue allemande sur les troubles de la conscience l'ouvrage récemment paru de G. E. STÖRRING. Ce petit livre intitulé *Besinnung und Bewusstsein* (Thieme, 1953, 134 pp.) prétend ajouter à la fonction de conscience (Bewusstsein) une fonction de réflexion (Besinnung) et en décrit une symptomatologie clinique particulière. Il s'agit au fond de « distinguer » la Bewusstsein (qu'a le nourrisson) de l'activité psychique qui représente une connaissance réflexive ou plus exactement un contrôle réfléchi (que le nourrisson n'a pas). De telle sorte que, voulant faire de « cette fonction » une partie de la conscience (p. 14) alors qu'elle en représente la forme la plus élevée, tout le livre aussi bien dans sa tentative clinique que dans son essai de pathologie cérébrale nous paraît porter à faux. Il a cependant pour nous un intérêt, celui de montrer une fois de plus la nécessité de considérer le problème de la conscience sous le jour véritable d'une hiérarchie structurale dont chacun peut bien entendu arbitrairement détacher, ajouter ou télescoper, à sa façon, tel niveau mais dont l'ordre naturel s'impose sous les artifices.

2. P. SCHILDER, *Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein*, *Zeitschr. f. Psychol.*, 1914, 75, 365.

3. A. HOCHÉ, *Das traumende Ich*, Jéna, 1927.

4. MAYER-GROSS, *Selbstschilderungen der Verwirrtheit*, 1924 (cf. notre Étude n° 23).

5. H. W. GRUHLE, *Die Weisen des Bewusstsein*. *Zeitschr. f. d. g. Neuro.* 1930, 131, 78.

6. ZUTT, *Ueber die polare Struktur des Bewusstsein*, *Nervenarzt*, 1943, 16, 145.

7. VALLEJO NAGERA, *Tratado de Psiquiatria*, 1949, pp. 89 à 96. Il part de la définition de MOGLIE « la conscience c'est le complexe des processus psychiques élémentaires ou compliqués, affectifs ou intellectuels qui se présentent dans l'unité de temps et qui permettent la connaissance du moi et du monde extérieur ». Les caractères majeurs de la structure de la conscience sont (d'après W. JAMES) la création d'une conscience personnelle, la mutabilité infinie de la conscience, le choix de ses contenus et l'organisation de son champ. Mais cette bonne analyse de la conscience que l'on trouve si rarement, comme nous l'avons souligné plus haut, dans les Traités, contraste avec la sécheresse et le schématisme de la classification des troubles de la conscience divisés ici selon un ordre assez relâché, en troubles quantitatifs, états crépusculaires, obnubilation et troubles qualitatifs.

8. L'intéressant rapport d'H. DELGADO (Trastornos de la consciencia), celui de A. TELLEZ (Algunas ideas acerca de la Patologia de la consciencia) et celui d'Alfred AUESPERS (Niveles de degradación de la consciencia) au *Congreso Internacional de Neuropsiquiatria*, Santiago du Chili (déc. 1952), n'ont pas apporté de nouveaux points de vue.

Si tous les travaux dont nous venons de rappeler très sommairement le sens et que nous devons à l'école psychiatrique de langue allemande sont les seuls qui aient tenté de pénétrer dans l'organisation et surtout la désorganisation de la conscience (en nous la présentant comme une structure complexe, et non pas seulement comme une qualité plus ou moins contingente et extrinsèque de la vie psychique, ou une simple variation quantitative) on ne peut pas dire qu'ils soient très satisfaisants. Car, ou bien ils se sont contentés de descriptions fragmentaires et quelque peu disparates (comme JASPERS), ou bien ils se sont perdus (comme BINDER) dans un schématisme qui a emprunté à « autre chose » qu'à la structure de la conscience même le principe de ses artificielles classifications. Cela revient à dire au fond que l'on ne peut décrire correctement et encore moins classer les troubles de la conscience que dans la mesure même où, en même temps, on approfondit et on précise la structure de la conscience. Si l'École de langue allemande s'est plus que toute autre intéressée à l'étude des troubles de la conscience, c'est parce qu'elle baigne dans une atmosphère philosophique orientée par la phénoménologie. Mais de vieux reliquats de la psychiatrie des entités, certains artifices de la psychologie associationniste ont empêché, même les meilleurs esprits, d'exploiter à fond ces nouvelles tendances. Peut-être aussi sous couvert ou sous prétexte d'étudier l'homme dans la totalité de son existence, dans son « Dasein » (et non point seulement dans les données immédiates de son expérience intime), l'anthropologie existentielle a-t-elle pu croire et faire croire que le problème de la conscience et de ses troubles était « dépassé ». A ces raisons s'en ajoute encore une autre pour expliquer qu'ayant approfondi et élargi la pathologie de la conscience la psychiatrie allemande ait pratiquement renoncé à la considérer comme une dimension fondamentale de la psychiatrie et cette dernière raison c'est sa position à l'égard de la psychanalyse. Opposée et dans certains cas fermée à la conception freudienne de l'inconscient (BUMKE, JASPERS, K. SCHNEIDER, KRETSCHMER, etc.), elle a pour ainsi dire été amenée à réduire la pathologie de la conscience comme si elle craignait de rencontrer, au fond du rêve qui en constitue le centre, FREUD et sa doctrine...

Ceci nous amène précisément à nous demander maintenant si la psychanalyse a contribué à éclairer le problème de la conscience et de ses troubles.

B. – LA CONSCIENCE ET SES TROUBLES DEVANT LA PSYCHANALYSE

Pour bien comprendre le développement de la théorie psychanalytique de l'Inconscient, nous ne devons pas perdre de vue les manifestations cliniques qui ont constitué sa base de départ : *l'hypnose*, *les états de somnambulisme*, *les automatismes* et les « *idées fixes* » hystériques.

Depuis BRAID jusqu'à CHARCOT, BERNHEIM et P. JANET à la fin du XIX^e siècle, on

...on ne peut décrire correctement et encore moins classer les troubles de la conscience que dans la mesure même où on approfondit et on précise la structure de la conscience...

...demandons-nous si la psychanalyse contribue à éclairer le problème de la conscience et de ses troubles...?

n'a cessé d'étudier ces manifestations caractérisées : 1° par le fait qu'une « partie » du comportement, de la mémoire, des idées, d'une personne pouvait « se détacher » d'elle et pour son propre compte constituer un comportement, une mémoire, des idées, voire une personne séparée de la personnalité consciente ; 2° par le fait que la suggestion peut inclure de pareils systèmes autonomes dans la vie psychique du sujet soumis à l'expérience hypnotique. De telle sorte que tout semblait se passer comme si l'inconscient était une « partie » de la personne qui, évoluant pour son propre compte, constituait une personne dans la personne et comme si l'inconscient pouvait lui-même s'instituer sur l'ordre d'autrui par la suggestion hypnotique. Mais à y regarder de plus près on s'aperçut rapidement avec P. JANET que les phénomènes n'étaient possibles que lorsque la « conscience » était altérée. De telle sorte que 1° les attaques spontanées de somnambulisme ou d'automatisme hystérique ne se produisent que lorsqu'il y a « état crépusculaire », « rétrécissement de la conscience » (c'est-à-dire un trouble analogue à ce que JASPERS appelle justement « veränderte » ou « engeengte Bewusstsein ») ; 2° que la suggestion hypnotique n'est possible que lorsqu'un sujet présente déjà des anomalies de sa vie psychique (que nous étudierons plus tard quand nous examinerons le problème de la pathologie de la conscience et de la pathologie de la personnalité de l'hystérique). Nous concevons clairement dès lors qu'il y avait deux directions possibles dans le développement des études sur l'inconscient hystérique. Ou bien celle indiquée par JANET qui subordonnait les manifestations de l'inconscient à des troubles de la conscience, ou celle de FREUD qui subordonnait les troubles de la conscience à l'action de l'inconscient. Certes, cette dernière perspective a eu l'avantage sur la première de mettre à jour une structure de la vie inconsciente jusque-là complètement restée inaperçue, mais on discerne, dès son point de départ, la difficulté qui va constamment embarrasser la théorie : l'absence de structure de la conscience.

En effet, tout de même qu'il tient la conscience pour une activité négligeable¹ il n'y a pas, pour FREUD, de « troubles de la conscience » dans sa psychopathologie. Telle est sous sa forme la plus schématique la conclusion qui se dégage de l'examen de l'œuvre du fondateur et des innombrables travaux de l'École psychanalytique. Cela se conçoit d'ailleurs aisément puisqu'aux yeux de FREUD « la conscience forme seulement la surface de l'appareil psychique »,² tandis que l'inconscient est la véritable réalité psychique, celle dont la conscience ne constitue qu'une « perception » contingente, occasionnelle et fragmentaire. Mais comment peut-on prétendre définir le psychique

...on s'aperçut rapidement avec P. JANET que les phénomènes [d'automatisme] n'étaient possibles que lorsque la « conscience » était altérée...

...[Mais] il n'y a pas, pour FREUD, de « troubles de la conscience » dans sa psychopathologie...

1. Il rappelle la thèse de LIPPS (*La science des rêves*, pp. 528 et 601) selon laquelle tout ce qui est psychique est d'abord inconscient. Et effectivement les fameux schémas de la structure de l'appareil psychique montrent que l'inconscient représente la totalité de la vie psychique dont la conscience n'est qu'un reflet. Cf. plus loin, p. 669.

2. FREUD, *Essais de Psychanalyse*, trad. fr. de JANKELEVITCH, 1948. *Le Moi et le Ça*, p. 172.

par l'inconscient en esquivant le problème de la conscience, comment peut-on parler de rôle pathogène de l'inconscient sans s'apercevoir que les troubles mentaux, même s'ils proviennent de l'inconscient, se jouent sur le plan de la conscience et posent par conséquent, du même coup, le problème de la réalité et de la vulnérabilité de la conscience ? Pour qu'une pareille aberration soit possible il a fallu que FREUD « scotomisât » dans le rêve le bouleversement structural de la conscience du rêveur et qu'en fin de compte, s'il ne l'oublia pas tout à fait, il négligeât, dans l'histoire naturelle du rêve, le sommeil.

Suivons-le dans cette partie vive de son œuvre au moment où dans la « *Traumdeutung* » il analyse les processus psychiques du rêve ¹. Le caractère le plus général et le plus frappant (p. 528) du rêve réside en ceci qu'une pensée (le plus souvent un désir) est objectivée, mise en scène. Comment s'opère cette actualisation, cette réalisation en images sensibles ? L'idée que nous suggère FREUD est celle d'un lieu psychique (p. 530) et d'une sorte d'instrument d'optique. Il nous propose de nous représenter l'appareil psychique (sans d'ailleurs que nous ayons, précise-t-il, besoin de nous imaginer un ordre spatial véritable) comme une succession de systèmes juxtaposés mais dont le fonctionnement a une direction donnée (schémas pp. 531, 532 et 534), car, il y a un sens des processus psychiques qui vont des stimuli aux mouvements. Le premier système est celui de la perception, le dernier celui de la motilité, entre les deux s'interposent une série de systèmes de souvenirs qui peuvent s'associer. La partie de ces systèmes qui se trouve le plus près de l'instance effectrice est « préconsciente » en ce sens que ces systèmes sont tout près de la conscience. Par contre, la partie la plus éloignée de cette zone est l'inconscient. Le motif du rêve est dans l'inconscient mais il utilise aussi le préconscient. Dans la veille les systèmes inconscients sont radicalement séparés de la conscience par la censure ; ils n'y ont accès, nous dit FREUD (p. 53) que pendant la nuit. Mais la question se pose de savoir par quelle voie et au moyen de quelles transformations ? S'il s'agissait là d'une diminution de la résistance qui veille à la limite de l'inconscient et du préconscient, nous aurions, précise FREUD, des rêves faits de nos images de veille et qui n'auraient pas le caractère hallucinatoire, objet du problème à résoudre (car ne perdons pas de vue qu'il s'agit d'expliquer l'actualisation des images). Pour cela nous devons imaginer, dit FREUD, que l'ensemble du processus subit une marche *rétrograde* ², et il fait appel explicitement (p. 537) à l'idée d'une « désagrégation de l'assemblage des pensées ». Mais quel est le mécanisme de cette régression ? D'où provient-elle ? Il semblerait qu'il suffise ou en tout cas qu'il soit nécessaire de dire que c'est du sommeil. Mais c'est précisément ce que FREUD n'accepte pas, ou tient pour relativement négligeable. Car, dit-il, la pensée du rêve nous renvoie

...[en fait] les troubles mentaux, même s'ils proviennent de l'inconscient, se jouent sur le plan de la conscience...

...quel est le mécanisme de cette régression ? [...] Il semblerait qu'il suffise ou en tout cas qu'il soit nécessaire de dire que c'est du sommeil. Mais c'est précisément ce que Freud n'accepte pas...

1. FREUD, *La science des rêves*, trad. franc., pp. 506 à 608.

2. Ce chapitre est intitulé « La régression ».

à des formes de pensée pathologique comme l'hystérie ou la paranoïa qui témoignent d'une sorte de régression systématique et il rappelle à ce sujet deux observations ; toutefois comme ces deux exemples, dit-il, « ne sont pas dégagés de toute relation avec l'état de sommeil (ils) ne peuvent en conséquence fournir la démonstration que je cherche » (p. 539) ; il préfère, dès lors, invoquer pour expliquer la transformation régressive des pensées « l'influence d'un souvenir réprimé ou demeuré inconscient, remontant le plus souvent à l'enfance ». Ainsi le caractère « régressif » du processus psychique ne provient pas du sommeil. Sans doute celui-ci en constitue-t-il un facteur adjuvant (« la cessation durant le sommeil du courant « progrédié » qui vient des organes des sens doit faciliter cette régression dans le rêve », p. 541), mais les forces affectives en sont l'essentiel car, en fin de compte, tout se passe dans la suite comme si la « régression » était seulement l'effet d'une exigence du refoulé dans cette théorie où le rêve n'est pas prisonnier mais gardien du sommeil...

Si nous nous sommes attardés à cet exposé d'un des textes capitaux de FREUD, c'est parce que le problème soulevé, et un peu trop légèrement ou furtivement résolu par lui, n'est autre que celui du problème de la structure de la conscience dans ses rapports avec l'inconscient. Le rêve, en effet, comme FREUD le laisse entendre (en prenant cette réflexion pour centre même du problème qu'il entreprend de résoudre), est essentiellement un imaginaire vécu comme actuellement présenté. Le rêve suppose donc une modification de la structure de la conscience, une régression comme il le dit lui-même très justement. Mais faute de voir clairement qu'une régression, même si elle comporte une part positive, c'est-à-dire si elle satisfait nécessairement un *besoin* (les fantasmes), n'exclut pas une part négative, c'est-à-dire une certaine *impuissance* (le sommeil) FREUD en est venu à minimiser et jusqu'à nier l'existence d'une déstructuration de la conscience comme condition du vécu du rêve. Et s'il néglige cette transformation de la conscience qu'est essentiellement le sommeil, c'est qu'il tient la conscience pour rien ou presque rien ¹.

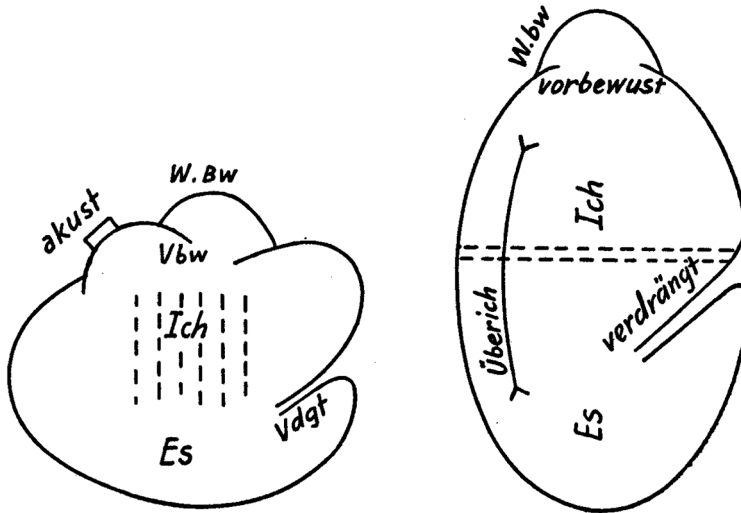
Le concept de « conscience » est en effet constamment réduit à sa plus simple expression dans tous les ouvrages de FREUD et de son École. Il suffit de se rappeler des fameux schémas ² qui ont figuré la conception de l'appareil psychique pour s'en rendre

1. Rien ne s'opposerait à ce que nous puissions dire avec lui ce qu'il dit (p. 521) « le sommeil permet la formation du rêve parce qu'il diminue la censure », mais à la condition d'ajouter « en déstructurant la conscience du rêveur ». Autrement dit, notre propre position ajoute quelque chose qui manque à celle de Freud et ceci précise clairement notre attitude à l'égard de la Psychanalyse. Nous désirerions ajouter plutôt que retrancher à sa doctrine.

2. Nous avons hésité à reproduire ici les représentations graphiques de la fameuse topique freudienne de l'appareil psychique car, même dues à Freud, elles sont comme une caricature ou une « image ambiguë » de sa pensée. Les deux plus connues que nous reproduisons ici sont l'une dans « *Das Ich und das Es* » (1923, tome XIII des *Gesammelte Werke*), et l'autre dans « *Die Zerlegung des psychischen Persönlichkeits* » *Neue Folge der Vorlesungen... Intern. Psychoanal. Verlag*, Vienne, 1933, p. 110.

...FREUD en est venu à minimiser et jusqu'à nier l'existence d'une déstructuration de la conscience comme condition du vécu du rêve...

compte. Tout d'abord, le conscient est considéré comme une instance pour ainsi dire occasionnelle dans laquelle la masse de la vie psychique se prend au jeu des fortuites exigences du champ perceptif ; elle est considérée comme une sorte de vision interne, de perception (sont « conscientes » toutes les perceptions qui viennent de l'extérieur et aussi « conscients » les sensations et les sentiments qui viennent du dedans).



1923

1933

Es = Ça – Ich = Moi – Ueber Ich = Sur-Moi – Verdrängt ou Vdgt = refoulé –
 W. B. = perception, conscience (Wahrnehmung et Bewusstsein) – Vorbewusst et Vbw =
 préconscient – akust = perception (auditive).

Le « système W. Bw » ou « perception-conscience » est seulement comme un « hublot » (une « surface » dit FREUD) où viennent se réfléchir les objets extérieurs s'ils se présentent et les objets intérieurs s'ils se représentent à la condition que la censure le permette. La scène de la conscience est donc comme un écran où se projette l'activité psychique. Cette passivité de la conscience, c'est-à-dire cette négation de la conscience, est ici comme l'illustration de l'esprit d'analyse atomistique qui a inspiré la « topique » freudienne de l'appareil psychique. La conscience n'est rien d'autre qu'une perception passive du « réel » à côté des autres « mécanismes » de l'appareil psychique. Cette conception est à nouveau exposée (encore dans la « Traumdeutung ») quand FREUD examine les rapports de l'inconscient et du conscient et le problème de la réalité. La conscience, y est-il dit (p. 602), n'est qu'un organe des sens qui permet de percevoir les qualités psychiques. C'est « un système avec des caractères mécaniques analogues à ceux du système perceptif, c'est-à-dire qu'il ne peut être excité que par des qualités ».

...[Chez Freud] cette négation de la conscience, est ici comme l'illustration de l'esprit d'analyse atomistique qui a inspiré la « topique » freudienne de l'appareil psychique...

Mais c'est aussi un système qui a une fonction dynamique en ce sens qu'il règle et répartit utilement la quantité d'agréable et de désagréable en tant qu'organe sensoriel supérieur du système de la conscience. On peut se demander si la conscience (à cette époque du développement de la pensée de FREUD) ne coïncidait pas purement et simplement avec la censure. C'est tout au moins l'idée qui se dégage des dernières pages de cet ouvrage.

Mais cette « activité » si furtivement attribuée à la conscience lui fut ultérieurement retirée à l'apparition du fameux schéma trinaire (à partir de 1921). Jusque-là, il n'était question que de conscience, de préconscient et d'inconscience avec l'idée vague mais forte d'une censure qui, comme nous venons de l'exposer, était plus ou moins explicitement attribuée à la fonction même de la conscience. Désormais, la structure de l'appareil psychique est représentée comme l'organisation et l'articulation de trois instances : le « Ça », le « Moi » et le « Sur-Moi ». Les forces de refoulement qui maintiennent la majeure partie de la vie psychique inconsciente (sans accès possible à la conscience ou à son antichambre, le préconscient), sont alors représentées par le Sur-Moi. De telle sorte que la conscience perd sa propriété refoulante de sélection au profit de cette nouvelle instance qui est, elle-même, en majeure partie inconsciente. Le Moi, constitué comme une instance ambiguë et en tout cas précaire entre le Ça et le Sur-Moi ¹, absorbe tout ce qui pourrait encore entrer dans l'activité de la conscience en tant que « représentation de soi ». Ainsi le concept même de « conscience » se vide de tous ses attributs pour ne demeurer qu'une vague surface de perception dont on se demande comment elle peut être « l'instrument d'adaptation au réel » en n'étant que le reflet des forces du Ça, de ce « Contre Ça » appelé « Sur-Moi » et de ce « Sur-Ça » appelé « Moi ».

S'il était nécessaire d'indiquer à quel tohu-bohu de notions aboutit cette « analyse » (dans le sens fort de décomposition) de l'activité psychique, nous pourrions emprunter à FREUD lui-même la description de cet incomparable désordre. Rapportons-nous par exemple aux « Essais de Psychanalyse ² ». Nous y sommes d'abord avertis que dans le problème de la distinction fondamentale du conscient et de l'inconscient, le problème de la conscience ne retiendra pas beaucoup l'attention, car ce qui est important dans l'activité psychique, c'est le dynamisme du refoulement et surtout l'opposition entre le « Moi cohérent » et les éléments détachés du Moi et refoulés (p. 170). Mais la considération du Moi dont la clinique nous apprend qu'il peut être lui-même un système de « résistance » (ou ce qui revient au même, de phénomènes refoulés), contraint à une révision de la structure psychique « grosse de conséquences », dit FREUD, pour toute conception de l'inconscient. L'examen du point de vue dynamique avait déjà fourni l'oc-

1. La « position » du Sur-Moi par rapport au Moi est figurée dans le schéma de 1932 de telle sorte qu'on ne sait plus si le Sur-Moi est au-dessus ou au-dessous du Moi. Il lui est pour ainsi dire « accolé »...

2. FREUD, *Essais de Psychanalyse*, trad. fr. par JANKELEVITCH, 1948, III, pp. 164 à 171. Le Moi et le Ça (le traducteur a traduit « Es » par « Soi »...). Il s'agit du fameux mémoire « *Der Ich und das Es* », édité en 1923 par l'Intern. Psychoanal. Verlag. (*Gesammelte Werke*, XIII, pp. 238-249).

[À partir de 1921, chez Freud], le concept même de « conscience » se vide de tous ses attributs pour ne demeurer qu'une vague surface de perception dont on se demande comment elle peut être « l'instrument d'adaptation au réel »...

casation d'une première correction (à propos du préconscient), mais le point de vue structural en exige, dit-il, une autre. Nous sommes alors invités à reconnaître que l'inconscient ne coïncide pas avec les éléments refoulés. Il est bien vrai que tout ce qui est refoulé est inconscient mais il y a des éléments qui sont inconscients sans être refoulés. Une partie du Moi (et fait remarquer FREUD « Dieu sait quelle importante partie ! ») peut également être inconsciente et l'est certainement. Et cette partie inconsciente du Moi n'est pas latente au même titre que le préconscient, car si elle l'était elle ne saurait être activée sans devenir consciente et on ne se heurterait pas à de si grosses difficultés (de « résistance ») toutes les fois qu'on voudrait la rendre consciente. « Nous nous trouvons donc, conclut FREUD, dans la nécessité d'admettre l'existence d'un troisième inconscient non refoulé et de ce fait même, le caractère de l'inconscient perd pour nous une signification précise (« für uns an Bedeutung verliert »). L'inconscient devient une qualité aux significations multiples ». Quant aux relations réciproques du « Moi », du « Ça » et du « Sur-Moi », elles ne sont pas très claires, par rapport au Ça, le Moi qui est en grande partie inconscient est donc aussi une partie du Ça ; mais il le « surmonte » (chapitre 11, pp. 172 à 181). Quant au Sur-Moi (chapitre III) et au Moi, on comprend que la question de l'idéal du Moi introjecté ou sublimé rende leur définition assez mal aisée ; FREUD attribue au Moi les fonctions de représentant de la réalité extérieure et au Sur-Moi les fonctions de représentant du monde interne.

Naturellement, si au lieu de nous adresser à FREUD nous nous réfèrions à ses élèves, nous trouverions chez tous les mêmes ambiguïtés, si bien qu'on ne sait plus où on en est actuellement de la théorie psychanalytique de l'appareil psychique. Tout au plus peut-on comprendre qu'il est de plus en plus recouru à l'instance du « Moi », à sa « solidité », à sa fonction d'intégration de la réalité ou d'adaptation au milieu, etc.¹. Mais que

...il est de plus en plus recouru à l'instance du « Moi », à sa « solidité », à sa fonction d'intégration de la réalité ou d'adaptation au milieu...

1. NACHT par exemple (Du Moi et de son rôle dans la thérapeutique psychiatrique, *Revue Fr. de Psychanalyse*, 1948, 27, 53), tout en reconnaissant la force du Moi, a de la peine à le détacher du Ça. « Topiquement, ajoute-t-il, le Moi se développe à la surface du Ça d'accord avec le monde extérieur. Mais énergétiquement, le Moi n'a pas d'énergie propre et l'emprunte au « Ça ». — BOUVET (Rapport sur le Moi dans la névrose obsessionnelle, *Rev. fr. de Psychanalyse*, 1953. 1 2, pp. 110 à 227) se demande ce qu'il faut entendre par force ou faiblesse du Moi. C'est là, dit-il, une notion bien difficile à définir. Il rappelle que NUNBERG, après avoir avancé que la force et la faiblesse du Moi dépendent de la juxtaposition dans laquelle les instincts de vie ou de mort sont combinés, se déclare peu satisfait de sa propre définition. Il se réfère également à la conception « nucléaire » du Moi de Ed. GLOVER (cf. notamment dans sa *Psychoanalysis*, 2^e édition, 1949, p. 65), pour qui le Moi fort est celui qui assure pleinement l'exercice des pulsions instinctuelles modifiées et contrôlées par lui d'une façon compatible avec les exigences de la réalité externe. Lui-même définit le « Moi fort » comme celui qui peut sans désordre majeur faire face aux demandes actuelles et normalement prévisibles de la réalité extérieure. Fr. ALEXANDER (*Fundamentals of Psychoanalysis*, trad. fr. de STERN et ANZIEU, 1952, pp. 70 à 81) définit le Moi par sa fonction essentielle qui est de maintenir les conditions constantes dans l'organisme. Il est l'agent du « principe-constance », en protégeant contre les stimuli externes excessifs et en dominant la pression des besoins, des impulsions et des désirs. — Parmi les nombreux travaux récents qui mettent en évidence la structure du Moi, nous devons signaler spécialement l'ouvrage de P. FEDERN (*Ego Psychology and the Psychosis*, Londres, 1953) dans lequel l'auteur retrouvant les premières intuitions de FREUD, fait jouer un rôle à la déstructuration de cette « instance psychique » — Mais l'idée que se font du Moi la plupart des psychanalystes est assez paradoxale. Le « Moi » est le système d'intégration de la vie psychique, c'est le tout et non pas une partie... ce qui n'empêche nullement les uns et les autres d'en parler comme d'une simple personne de la « trinité » freudienne.

gagnons-nous en ce qui concerne le problème de la conscience à cette assimilation ambiguë de l'Ego et de la Conscience ? Écartelée entre la notion de « conscience » en tant qu'intégration de la forme d'existence présente et la notion de personnalité en tant que système de valeurs personnelles constantes, cette notion du Moi qui tout à la fois doit se définir à l'égard de ce qui en Moi n'est pas « Moi » (ça) et de ce qui en Moi est au-dessus de Moi (Sur-Moi), cette notion du Moi, substitut toléré de l'intolérable notion de conscience, demeure pleine de confusion et de contradictions.

[Ainsi] le schéma psychanalytique de l'appareil psychique, de ses fonctions et de sa structure, est faussé de la base à son sommet...

Qu'est-ce à dire ? Ceci : que le schéma psychanalytique de l'appareil psychique, de ses fonctions et de sa structure, est faussé de la base à son sommet, ou plutôt qu'il est faux parce qu'il ne comporte ni base ni sommet, mais figure une juxtaposition de pièces et de morceaux dont l'assemblage se prête à mille ingénieuses combinaisons mais sans que l'on puisse jamais parvenir à une conception cohérente de la structure hiérarchisée de la personne. On ne peut pas saisir la totalité de celle-ci quand on la réduit a priori à une mosaïque de fonctions et que l'on s'interdit de voir dans la conscience la base même de la réalité psychique. Toutes les contradictions, tous les artifices et tous les embarras que nous venons d'exposer (et qui sont fondamentaux dans la doctrine) ne sont que des corollaires de cette position.

Il est bien évident que, lorsque l'on se refuse à définir l'inconscient comme cette région de l'être qui n'entre pas dans l'organisation actuelle de la conscience *en raison de l'activité même de celle-ci*, on surestime l'inconscient : 1° comme assumant toutes les fonctions de la conscience puisque celle-ci se les voit refusées (thèse de la Conscience inconsciente, du Moi inconscient, du Sur-Moi inconscient) ; 2° comme déterminant la conscience puisque celle-ci n'est que la surface où il se projette (thèse de la toute-puissance de l'inconscient et de la nullité de la conscience).

La faillite de toute schématisation autre que confuse et abstraite des parties de l'appareil psychique, de la fameuse « topique » freudienne, de ses variantes ou de ses succédanés, ne doit pas être considérée comme une simple aberration et pour ainsi dire, « sans importance ¹ » car, en tant qu'instrument conceptuel fondamental, ce schéma est révélateur sinon responsable des faiblesses de la doctrine. Son erreur initiale et majeure consiste précisément à ne point partir, pour définir l'inconscient, d'une étude préalable de la structure de la conscience. Aussi prenant acte de cette impuissance des psychanalystes, la même ² au fond que celle que nous avons relevée dans l'usage des concepts de « conscience » et de « troubles de la conscience » chez les psychiatres, nous nous trouverons engagés dans une voie diamétralement opposée et cela non point

1. Comme par exemple le pensent H. HARTMAN, E. Ph. KRIS et R. LOEWENSTEIN, *Comments of the Formation of Psychic Structur, Psychoanalytic Study of Child*, II, 1947.

2. La même car la conscience est, chez les uns comme chez les autres, considérée comme une fonction particulière et non point comme une structure hiérarchisée. Mais tandis que les psychiatres antipsychanalystes sont incapables de structurer la conscience faute d'inconscient, les psychanalystes sont incapables de structurer la conscience par excès d'inconscient.

pour rejeter les apports empiriques de la psychopathologie de l'Inconscient telle que nous la devons à FREUD, mais pour la « mettre à sa place » et l'établir sur la base qui lui manque : les notions de structure et de déstructuration de la conscience comme fondement même de la notion d'inconscient.

...[mettre] les notions de structure et de déstructuration de la conscience comme fondement même de la notion d'inconscient...

C. — DE LA NOTION DE « TROUBLE DE LA CONSCIENCE » À CELLE DE
« DÉSTRUCTURATION DU CHAMP DE LA CONSCIENCE »

Le petit tour d'horizon que nous avons fait aux quatre coins cardinaux de la psychiatrie est assez décevant. Et nous n'en pouvons tirer d'abord qu'une impression de malaise et de confusion. Tantôt nous entendons parler de la conscience comme d'une qualité contingente, d'un reflet, tantôt comme d'un appareil d'optique, tantôt comme d'une fonction isolée qui se juxtapose ou s'associe à d'autres fonctions telles la mémoire, l'affectivité, l'attention, le jugement, etc. Tantôt on nous déclare que la conscience ne peut être objet de science qu'en tant qu'elle est comportement, tantôt que l'essentiel de la conscience est le vécu subjectif. Tantôt elle est toute la vie psychique dans son entier, mais les troubles de la conscience n'occupent dans la description des troubles psychiques qu'un secteur dérisoire. Tantôt elle est une surface et comme une pellicule gonflée seulement par l'inconscient mais dotée des forces du Moi qu'il faut bien placer quelque part, etc. Mais de toutes ces contradictions la plus accablante est l'extraordinaire contraste qui semble, dans tous les travaux psychiatriques sur la conscience et ses troubles, séparer tout approfondissement de la structure de la conscience de tout approfondissement de la structure de ses troubles. Chaque auteur (type JAHREIS) s'il analyse les troubles, néglige la conscience, ou (type JASPERS) s'il se fait de la conscience une idée approfondie, aboutit à des descriptions étriquées des troubles de la conscience. Autrement dit, le psychiatre ou bien n'est pas assez psychologue pour se saisir de ce problème, ou est trop pénétré des schémas traditionnels de la psychiatrie classique pour pouvoir bénéficier de ses réflexions philosophiques sur la structure de la conscience. Cela n'empêche pas naturellement chacun d'eux d'avoir sur ce problème des idées « claires », voire « simples » et de tenir par exemple et le plus généralement, tout à la fois, la conscience pour une nébuleuse et ses troubles pour des « symptômes très nets et très précis »... Tout ce chaos peut nous donner un peu de courage car nous ne risquons guère de tomber beaucoup plus bas dans nos propres réflexions sur cet aspect central de la vie psychique et par conséquent de la psychopathologie.

...de toutes ces contradictions la plus accablante est l'extraordinaire contraste qui semble, [...] séparer tout approfondissement de la structure de la conscience de tout approfondissement de la structure de ses troubles...

Ne serait-il pas possible de dégager quelques notions claires de toutes les définitions plus ou moins confuses, contradictoires ou fragmentaires qui se répètent ou interfèrent dans tous ces travaux ?

Tout d'abord nous allons tâcher de délimiter l'extension du concept et de préciser

...établir ce que n'est pas la conscience...

ce qui n'entre pas dans sa compréhension, c'est-à-dire d'établir ce que n'est pas la conscience :

1° *La conscience n'est pas toute la vie psychique.* A une première approximation la conscience apparaît comme un dénominateur commun de tous les états psychiques ¹, des fonctions psychiques, puisque c'est à toute la gamme psychique que se rapporte toute la gamme des définitions : la conscience est la *perception* du monde extérieur et intérieur – la conscience est la *représentation* du Moi physique et psychique et la *représentation* du monde – la conscience est la *mémoire* du passé dans le présent – la conscience est *l'attention* – la conscience est *l'intelligence* soit en tant qu'adaptation du comportement, soit en tant que pensée intuitive – la conscience est la *réflexion* – la conscience est *l'état affectif par excellence* d'état d'âme ou le sentiment intime – la conscience c'est *l'intentionnalité* – la conscience c'est la *connaissance* et le *contrôle* de soi-même. Et ainsi de fil en aiguille, la conscience englobe dans le même mot français tous les sens des deux mots allemands « *Bewusstsein* » (conscience psychologique) et « *Gewissen* » (conscience morale). On comprend qu'il est aisé pour chaque auteur de choisir dans cette gamme une définition qui lui convienne, puisqu'il n'a pas à craindre que sa définition ne se rapporte pas à l'objet à définir, même s'il risque de n'en embrasser qu'une partie. Il semblerait donc de cette première approximation que le plus simple serait de définir la conscience comme étant l'activité psychique dans sa généralité (c'est la position de BUMKE). Mais outre qu'on ne serait guère plus avancé alors, à peine a-t-on formulé cette définition qu'elle ne satisfait plus car l'activité psychique n'est pas une totalité homogène et plane, elle a une structure différenciée et mouvante et le problème de la conscience se pose comme le problème de la constitution d'une expérience concrète à l'intersection du temps et de l'espace. C'est la notion de « champ » qui répond à cette exigence et qui par là même restreint la conscience à n'être qu'une partie, qu'un moment de la vie psychique. Voilà pourquoi c'est la « scène » de la conscience qui s'impose à tous quand nous cherchons à la saisir pour ce qu'elle est : la « scène » où se déroule l'existence, le seul « lieu » où l'espace et le temps, le Moi et le Monde s'articulent dans la stricte actualité de leur représentation.

2° *La conscience n'est pas une « fonction » simple.* On la réduit parfois à n'être qu'une qualité : la clarté, la lumière de la vie psychique. Cela est vrai en un certain sens

...la conscience se pose comme [...] la constitution d'une expérience concrète à l'intersection du temps et de l'espace.

1. On peut bien dire de tous les états psychiques car l'inconscient ne peut être envisagé que dans ses rapports dynamiques avec la conscience, c'est-à-dire en fin de compte qu'il est du conscient passé, archaïque ou anachronique (refoulé) ou du subconscient périphérique ou impliqué (virtuel). Argument incessamment opposé à toute psychologie de l'Inconscient. Mais pour nous il est tout aussi absurde de ramener tout à la conscience qu'à l'inconscient car « *la conscience* » n'est pas le « conscient », c'est *la structure dans laquelle s'équilibrent conscient et inconscient*. Ceci est capital car, pour nous, la conscience est l'acte même qui confère ses qualités au vécu et n'est pas seulement son reflet (clarté, lucidité, etc.). Et cet acte implique qu'il se constitue par sélection et exclusion de la masse inconsciente.

car la « lucidité » est un trait caractéristique de la conscience. Mais nous ne la saisissons comme telle en nous et chez les autres que si la conscience est capable d'organisation et de différenciation, de telle sorte que les vécus clairs et distincts sont l'effet de son activité et non sa seule condition. Il en est de même pour la notion de vigilance¹ que les béhavoristes retiennent comme seule signification possible du concept de conscience. Si elle est la forme même d'organisation du présent, il est très clair qu'elle constitue une *structure hiérarchisée*, un « ordre » comme l'indique fort bien AZIMA². Cet ordre c'est l'organisation même du *champ de la conscience* pour autant que celui-ci implique toujours les opérations noétiques, les perceptions, les affections nécessaires à la représentation de la réalité subjective et objective vécue comme ce que je suis et ce qui est « là-maintenant ». Naturellement cet ordre implique aussi qu'il se construit contre le désordre – et la structure de la conscience suppose des instances inconscientes qui, exclues du champ de la conscience, exercent sur lui une constante

...elle est la forme même d'organisation du présent...

1, La notion de « vigilance » est très souvent placée sous l'autorité de H. HEAD. Dans son ouvrage célèbre (*Aphasia and Kindred Disorders of speech*, 2^e volume, Cambridge Univ. Press, 1926, cf. spécialement le chapitre The vigilance pp. 479-497), il parle de la vigilance pour caractériser par exemple l'état de haute vitalité d'une « préparation » physiologique (comme par exemple un segment du système nerveux). La vigilance est un état d'efficacité physiologique de haut degré. Après sa section par exemple, la moelle épinière est dans un état de vigilance diminuée et lorsque la vigilance est diminuée, les activités mentales, spécifiques de la parole, de la lecture, de l'écriture, s'éteignent comme une lampe lorsque le voltage tombe au-dessous du niveau nécessaire... Mais l'activité de l'esprit en tant que tout, en tant que continuum, n'est pas interrompu, la suppression d'une des aptitudes ne cause pas l'effondrement de la structure tout entière comme un château de cartes, le champ de la conscience reste, continue comme auparavant, il comble le trou comme la mer recouvre toute trace d'un rocher qui s'est émiétté. La conscience est à la vigilance ce que les réflexes adaptés sont par rapport à ceux qui occupent une place inférieure dans la hiérarchie neuronale. Lorsque la vigilance est élevée, esprit et corps sont prêts à répondre à tout événement extérieur ou intérieur. Mais si elle diminue, ces fonctions de haute hiérarchie peuvent souffrir en général ou en particulier qu'elles soient ou non associées à la conscience. C'est ainsi que l'aphasie doit être considérée comme le résultat d'un défaut de vigilance dans les centres nerveux cérébraux qui participent à l'action verbale. Les fonctions psychiques sont alors affectées dans la mesure où elles participent aux conduites verbales. En dehors de cela elles restent entièrement intactes et la conscience générale et l'esprit en tant que tout restent intacts.

...HEAD et la vigilance...

Telles sont la conception et les conclusions de HEAD. Nous pouvons dire par conséquent que « vigilance » et « conscience » ne sont pas deux concepts synonymes. Il considère la conscience comme l'activité psychique globale et la vigilance comme l'activité d'intégration des diverses parties du système nerveux. Ramener donc la conscience à la vigilance « au sens de HEAD » c'est aller plus loin que lui-même n'est allé, en réduisant la conscience à une propriété élémentaire, à la capacité d'éclairer la vie psychique. Et en effet, quand on parle de la conscience comme de la vigilance, que l'on confond « veille » et « vigilance », on a généralement en vue ce fait que la conscience, comme par un dispositif de commutateur électrique, se borne à être allumée ou éteinte, plus ou moins allumée ou éteinte. Comme nous pouvons dire cela aussi bien du lézard qui dort ou du chien qui veille, c'est au fond vers une conception vétérinaire de la pathologie de la conscience que nous redoutons de voir certains neurochirurgiens glisser. On comprend avec quelle prudente réserve Jean DELAY (Conscience et Diencephale, *Presse Médicale*, 1947, octobre, 681-682) donne la définition de la conscience par la fonction vigile comme une définition *senso strictu*.

2. AZIMA, H., Le problème biophysique de la conscience, *Entretiens Psychiatriques*, 1953 (Paris, Éd. l'Arche), pp. 40 à 101.

pression. De telle sorte que la structure dynamique de la conscience ne saurait être envisagée comme une fonction simple susceptible seulement de tout ou de rien, de plus ou de moins.

3° *La conscience n'est pas l'activité psychique supérieure.* À l'acte de conscience, condition nécessaire de toute activité psychique, ne se résument pas toutes les possibilités opératoires de l'esprit. De telle sorte que si la conscience est la forme même de l'actualité vécue, ses contenus ajoutent à ceux de ses données actuelles le produit de l'activité propre et constante de la personne en tant qu'être capable non seulement de vivre des situations réelles mais de les intégrer dans son histoire. La conscience ne doit à cet égard ni être confondue avec la personnalité ni avec les capacités logiques, historiques et morales propres à cette personnalité. Toute pensée réflexive, toute création, toute opération dialectique de l'esprit est bien « consciente », mais la conscience n'est pas toujours pensée réflexive et créatrice¹. C'est ce qui est généralement exprimé et accepté sous cette forme que la conscience (*Bewusstsein*) est relativement indépendante de ses « contenus » (*Bewusstheit*). Elle ne saurait en tout cas se définir par les actes supérieurs d'intelligence, de logique ou de choix moral. Sans doute toute réflexion, toute décision, toute opération créatrice passe nécessairement par la conscience, mais cette forme transcendante de son activité dépasse la structure de la conscience qui ne peut se confondre ni avec la raison ni avec la liberté. Un homme « qui a sa connaissance » n'est pas nécessairement un homme qui réfléchit et à plus forte raison, un savant, un génie ou un héros.

4° *La conscience n'est pas l'automatisme.* Le concept de conscience exclut en effet ce que l'on appelle l'automatisme, les conduites « réflexes ». De telle sorte que si un animal nous paraît même très « bien conditionné » dans son comportement pour autant que celui-ci nous semble être « machinal » et ne suppose aucune indétermination, nous ne l'appelons pas « conscient ». L'adaptation du comportement au milieu n'est consciente que si celui-ci se donne déjà comme « réfléchi », c'est-à-dire s'intègre dans une représentation qui, à elle seule, constitue un système de motifs et de choix. Si la tortue électronique de GREY WALTER paraît choisir d'aller sur tel objet, cette pure apparence exclut la conscience. Autrement dit, la conscience est une activité propre qui soustrait le comportement à un automatisme mécanique. Elle n'est pas une pure passivité, une chose ou une machine comme on se la représente si souvent à partir des métaphores empruntées à l'optique. Cette illusion cependant doit être prise en considération par sa généralité même. Elle nous paraît exprimer que l'activité de conscience est basa-

1. Notre position à cet égard découle évidemment du fait que nous considérons essentiellement la conscience comme conscience spontanée et non pas comme conscience réflexive (cf. Dictionnaire de LALANDE), Elle est selon saint THOMAS plus près de l'*anima sensitiva* que de l'*anima intellectiva*.

...La conscience ne doit [...] ni être confondue avec la personnalité ni avec les capacités logiques, historiques et morales propres à cette personnalité...

...L'adaptation du comportement au milieu n'est consciente que si celui-ci se donne déjà comme « réfléchi »...

le relativement à la plénitude de l'exercice de la pensée. Elle est tout à la fois l'acte qui arrache l'être à la nécessité et le substratum seulement des opérations qui engagent la personne dans l'action et la réflexion. La « réflexion » de la conscience n'est pas un « réflexe », elle n'est pas comparable (comme on le dit si souvent) à un phénomène physique, mais elle ne doit pas s'entendre non plus comme une réflexion discursive et créatrice : elle est l'intuition fondamentale de la « représentation » de soi à soi – de son monde à soi. Il n'y a pas de conscience sans cette représentation, sans ce « vécu » qui là, à son point d'origine, est déjà *expression d'intentionnalité*.

La conscience, objet d'analyses plus ou moins approfondies des cliniciens et des psychopathologistes, n'est donc ni toute la vie psychique, ni une simple fonction ou propriété nerveuse, ni la forme suprême de l'activité morale et de la connaissance intellectuelle, ni un pur automatisme machinal. Il semblerait après cela qu'elle ne fut plus rien... Mais chaque fois que nous avons ainsi établi ce qu'elle n'est pas, elle s'est présentée elle-même un peu plus pour ce qu'elle est. Car inversement nous pouvons dire qu'elle est le champ vécu actuel, qu'elle est l'organisation même de ce champ qui exige un ordre, qu'elle est le fondement et non l'exercice même de l'activité psychique supérieure qui s'opère dans son champ, et enfin qu'elle est le « lieu » où objectif et subjectif sont vécus dans la totalité d'une expérience immédiate. Autant dire, que la conscience n'est pas rien si elle n'est pas tout.

Pour résumer en une formule tous les éléments de cette analyse, nous pouvons dire que la conscience est *le champ du présent représenté*. Une telle définition suppose naturellement que la conscience est une *activité* d'intégration, intégration sans cesse en mouvement, car chacune de ses composantes varie comme varient les données du vécu, leur ordre plus ou moins différencié, les degrés de réalité de ses contenus et la forme du présent tel qu'il s'offre ou tel que nous le prenons. Mais au travers de ce mouvement qui est sa vie même, la conscience est la structure même du « moment psychologique », c'est-à-dire qu'elle est ce processus d'intégration dans le temps par quoi l'être est *présent* au monde, se le *représente* et le vit comme *présent*. On comprend que la « conscience » c'est *l'être-là-maintenant*, le « Dasein », l'existence dans son vécu irréductiblement constitué comme présentation et représentation du présent. A ce titre, la conscience n'est pas une « fonction », c'est le fonctionnement même de l'activité psychique pour autant que celle-ci requiert une assise fondamentale à son déploiement, une organisation de la structure du présent vécu comme lieu, époque et ordre de l'être-là-maintenant. On saisit bien quel chemin nous venons de parcourir depuis les définitions les plus « abstraites » jusqu'à cette saisie du phénomène réel et vivant de la conscience. Ce chemin parcouru pourrait lui-même paraître arbitraire ou artificiel et il le serait en effet si « *nos réflexions n'étaient garanties par les connaissances que nous avons acquises sur la déstructuration de la conscience,*

...elle est le champ vécu actuel, elle est l'organisation même de ce champ [...] elle est le fondement [...] de l'activité psychique supérieure qui s'opère dans son champ, et enfin elle est le « lieu » où objectif et subjectif sont vécus dans la totalité d'une expérience immédiate

telle qu'elle a été exposée dans nos précédentes Études.

– Après l'examen des « concepts » généralement employés ou des conceptions de la psychiatrie classique, nous sentons la nécessité de tenir l'activité de conscience, ce « *rythme de base* » de la vie de l'esprit, pour une réalité et non point pour une abstraction ou une fonction artificiellement isolée. Mais voyons maintenant ce que, malgré ses schémas obscurs, la conception psychanalytique nous permet d'ajouter à la description de la conscience : son conflit avec l'inconscience.

L'organisme, nous disent les psychanalystes, avec ses instincts, les forces d'expansion et de répulsion qui jaillissent des profondeurs de l'être et qui lui confèrent le sens d'une ruée pulsionnelle vers le monde, est surmonté par l'appareil psychique où ce torrent se trouve canalisé et filtré par une série d'instances psychiques qui le refoulent et règlent son débit dans l'action comme dans la pensée. Cette contention est représentée elle-même par FREUD comme émanant d'un système de forces « en majeure partie » inconscientes (le Sur-Moi et le Moi inconscients) de telle sorte que le déchirement de l'être se situe dans ses profondeurs abyssales et ne représente qu'un aveugle combat sans qu'il soit jamais fait appel ¹ à l'activité même de la conscience laquelle ne serait que la surface ou l'écran sur lequel se projetterait le « véritable » psychisme inconscient. Comme l'écrit NACHT (nous l'avons maintes fois souligné) : « le Moi ne dispose pas d'énergie propre ». Et dans la dynamique psychique telle que la conçoit la psychologie freudienne il n'y a d'énergie que dans l'inconscient ². Position paradoxale que nous pouvons peut-être illustrer par une image. L'appareil psychique est expressément schématisé comme un moteur à explosion dont l'énergie serait fournie par l'inconscient mais dont la compression ne serait assurée par rien. C'est qu'il manque au moteur sa « construction », l'analyse (au sens fort du mot) ayant réduit l'appareil psychique à des organes ou systèmes fonctionnels isolés et épars, a fini par détruire l'architectonique indispensable à la compression et à l'utilisation économique des forces déchaînées. Il nous suffit peut-être de retrouver l'intuition première et fondamentale de FREUD pour

1. Tout au moins depuis que « conscience » et « censure » ne coïncident plus.

2. Sans doute, ainsi que nous l'avons souligné, la notion de force du Moi, du Moi fort s'impose-t-elle à la sagacité des plus perspicaces psychanalystes, mais sans qu'ils aient pour ainsi dire appelé cette énergie par son nom, l'activité de conscience. Karen HORNEY (*Les voies nouvelles de la Psychanalyse*, Éd. fr., Éd. L'Arche, Paris, 1951, pp. 146 à 150) a très bien analysé la faiblesse de la théorie psychanalytique du Moi : « La conception du « moi » est remplie d'inconséquences et de contradictions... Le « moi » freudien ne peut être le pôle opposé aux instincts, puisqu'il est lui aussi de nature instinctuelle... Il représente plutôt, comme FREUD l'a déclaré, la partie organisée du « ça »... La caractéristique essentielle du Moi est la faiblesse. Toutes les sources d'énergie résident dans le « ça », le « moi » ne vit que de forces empruntées », et de conclure : « en examinant cette conception du « moi » j'arrive à la même conclusion qu'en ce qui concerne presque toutes les doctrines proposées par FREUD : des observations de base d'une grande acuité et d'une grande profondeur sont dépouillées de leur valeur constructive par leur intégration à un système théorique stérile ».

...nous voyons ce que la conception psychanalytique nous permet d'ajouter à la description de la conscience : son conflit avec l'inconscience...

avoir une idée plus claire des choses. Ce qui s'oppose essentiellement, c'est l'inconscient et la conscience-censure, l'inconscient automatique et la conscience. Autrement dit, la structure du système psychique est telle qu'elle suppose nécessairement un équilibre entre l'activité de la conscience et l'activité de l'inconscient. Car l'inconscient n'est pas seulement une qualité négative, le psychisme non-conscient, c'est une « inconscience » dans le sens d'une « antéconscience » et d'une « anticonscience », termes antinomiques de toute problématique de la conscience. Et ceci dépend justement de la structure même de la conscience, structure essentiellement dynamique qui, à chaque instant, pour l'organisation même de son champ phénoménal, pour la direction de son courant suppose un équilibre de forces, un ordre composé et composant de la réalité présentement vécue. Tel est à notre avis le schéma vraiment dynamique de l'activité psychique.

La conscience ne doit pas, en effet, être envisagée comme une pure et vide forme fonctionnelle qui recevrait « les données » de la nature sensible ainsi que se le représentent également les psychologues d'inspiration idéaliste (qui supposent le primat de la forme) ou la psychologie d'inspiration empiriste (qui supposent le primat de la matière sensible). La conscience est cette activité même d'organisation et d'intégration par quoi l'être saisit la totalité de l'ordre de son champ phénoménal « ce-qui-est-là-maintenant », c'est-à-dire « ce-que-je-suis-en-même-temps-que-ce-qui-est ». Amalgame existentiel ¹ qui constitue l'intentionnalité de la conscience. On trouvera ailleurs et bien mieux que nous ne saurions le faire des développements philosophiques infinis sur ce fond du problème. Ce qui nous importe et ce qui nous suffit c'est de bien comprendre que la conscience se constitue en champ phénoménal du présent en faisant émerger de la masse infinie des possibles les « phénomènes » qu'elle actualise. La conscience fait apparaître et surgir, elle dévoile, elle manifeste, elle réalise sa propre intentionnalité dans l'actualisation du vécu. Le sens même de son action est donc d'être cette force de répression qui impose la loi de son ordre.

Mais entendons-nous bien, la conscience ainsi envisagée ne constitue pas une sorte de principe « spirituel », ou « pur », une transcendance simple et absolue, elle implique – comme nous y insisterons plus loin – une stratification fonctionnelle, une architecture enracinée dans le corps et par conséquent, elle est vulnérable dans sa composition : la conscience peut se décomposer – et au fur et à mesure qu'elle se décompose elle perd progressivement sa capacité à « résister » à l'inconscient. De telle sorte qu'à chaque niveau de la déstructuration de la conscience correspond une plus grande

...La conscience est cette activité même d'organisation et d'intégration par quoi l'être saisit la totalité de l'ordre de son champ phénoménal « ce-qui-est-là-maintenant »...

...elle implique [...] une stratification fonctionnelle, une architecture enracinée dans le corps et donc elle est vulnérable...

1. Amalgame si immédiatement réalisé par l'action de la conscience qui se définit par lui, qu'aux yeux de certains phénoménologues le « Dasein » exclut comme entités distinctes, le sujet, l'objet et la conscience, position qui a pour corollaire ce paradoxe de récuser la conscience et de s'y référer sans cesse.

...La régression est donc pour nous un phénomène réel et primordial [...] de déstructuration de la conscience...

actualisation de l'inconscient et que, jusqu'aux plus bas degrés d'inconscience, jusqu'au point où la conscience s'évanouit, chaque palier de sa structure inférieure admet plus de fantasmes dans son vécu. La régression est donc pour nous un phénomène réel et primordial (pour parler comme MOREAU de TOURS) de déstructuration de la conscience et non pas comme pour FREUD seulement une exigence pure et simple de l'inconscient. Peut-être cette manière de concevoir l'acte de conscience, de le restaurer dans le dynamisme fondamental de son actualisation permet-il de mieux saisir le bien-fondé des études des psychanalystes sur le rêve – et les états analogues qui font l'objet de ce volume. Mais on saisit encore quel avantage représente notre perspective sur celle de FREUD. Cette actualisation ne dépend pas seulement de la force de l'inconscient mais essentiellement de la faiblesse de la conscience (le rêve dépendant non pas seulement de la sphère des désirs inconscients mais essentiellement du sommeil) inscrit nécessairement le problème de la déstructuration de la conscience dans la pathologie cérébrale, sans pour cela renoncer à prendre la structure de chaque niveau de déstructuration pour ce qu'il est : une régression vers l'imaginaire et les imagos de l'inconscient. C'est dire que, en définissant la structure de la conscience comme l'acte même qui organise le vécu selon un certain ordre, nous pénétrons au cœur même de cette réalité psychique qui ne peut se déstructurer que selon la loi inverse de sa structuration, c'est-à-dire en perdant avec sa puissance la possibilité de s'opposer à la sphère des désirs inconscients.

...Si l'activité de conscience est celle du « sujet lui-même » on peut dire aussi que – comme son propre corps – elle lui échappe en partie car elle dépend aussi de sa structure formelle...

La Psychiatrie et la Psychanalyse se font une idée trop étriquée de l'activité de conscience, mais cependant la clinique psychiatrique et la conception freudienne de l'inconscient nous permettent de mieux concevoir ce qu'est la conscience. Nous pouvons, en effet, la définir – comme nous l'avons fait si souvent en termes différents mais équivalents – comme la *forme de la vie psychique qui organise l'expérience actuellement vécue en champ du présent représenté* et comme la *force qui impose dans le champ phénoménal l'ordre au désordre*. Si l'activité de conscience est celle du « sujet lui-même » on peut dire aussi que – comme son propre corps – elle lui échappe en partie car elle dépend aussi de sa structure formelle... Le « champ de la conscience », en effet, a une *structure formelle* relativement fixe, celle de l'organisation temporo-spatiale (direction – coordination de l'objectif et du subjectif – ouverture au monde) de l'expérience vécue. Il a aussi un *contenu* variable qui forme chaque moment concret de l'existence. Ce contenu variable est corrélatif des variations « physiologiques » de la conscience. Par contre, la pathologie de la conscience implique une déstructuration de sa structure formelle, de telle sorte que cette pathologie obéit tout naturellement aux principes mêmes du « jacksonisme » puisque à chaque forme structurale de la dégradation formelle (structure négative) correspond une forme de vécu caractérisée par l'actualisation de l'imaginaire et de l'inconscient (structure positive).

— Si, avant de saisir dans leur totalité les niveaux de déstructuration que nous avons analysés au cours de nos précédentes Études, nous avons voulu examiner d'abord ce que nous suggèrent la psychiatrie et la psychanalyse au sujet de la conscience et de ses troubles, puis tenter une sorte d'analyse conceptuelle de la conscience, comme préface à cet exposé, n'oublions pas cependant que cette analyse conceptuelle n'a pas précédé et a encore moins préfiguré nos études cliniques. Bien au contraire, ce n'est qu'après l'étude empirique de la déstructuration de la conscience qu'il nous a été possible de procéder utilement à cette démarche. Et si nous l'avons présentée ici dans cette Étude en premier, ce n'est que pour la clarté de l'exposé et pour bien faire comprendre : 1° que la pathologie de la conscience doit être pour nous comprise bien différemment de ce que la psychiatrie classique ou les définitions trop abstraites de la conscience appellent « la conscience et ses troubles » — 2° qu'il y a vraiment une pathologie de la conscience car contrairement à ce qu'enseigne l'École psychanalytique (et pour la raison même qu'il y a une activité de l'inconscient), il importe d'étudier la déstructuration de la conscience qui normalement assure l'intégration ou, si l'on veut, le refoulement de l'inconscient.

...cette analyse conceptuelle n'a pas précédé et a encore moins préfiguré nos études

§ II. — DÉSTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE

Nous sommes maintenant en mesure de présenter une sorte de tableau récapitulatif des Études que nous avons consacrées à la structure des psychoses aiguës, c'est-à-dire à la Déstructuration de la Conscience.

A. — LA DÉSTRUCTURATION DU CHAMP DE LA CONSCIENCE COMME UNITÉ DU GROUPE DES PSYCHOSES AIGUËS.

Toutes les crises, les « états » d'excitation ou de dépression, les psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës, les « états » confusionnels, nous l'avons vu, ont une parenté qui impose leur réunion dans une même série de troubles mentaux. Nous verrons ultérieurement quel problème ces différents troubles posent à l'égard de l'autre versant de la psychiatrie, la pathologie de la personnalité, et nous aurons à ce propos à nous demander ce que signifie exactement cette distinction entre la pathologie de la conscience et la pathologie de la personnalité et aussi dans quelle mesure la pathologie de la personnalité implique elle-même une pathologie de la conscience. Mais pour le moment nous étant bornés à étudier les psychoses aiguës et ayant reconnu qu'elles se classent toutes naturellement dans un certain ordre, c'est le problème de cet « ordre naturel » que nous devons envisager dans son fond.

...Toutes les crises [...] ont une parenté qui impose leur réunion dans une même série de troubles mentaux...

Nous devons en effet nous demander s'il y a unité de groupe et si celle-ci est bien

fondée sur les processus de déstructuration de la conscience.

Nous avons eu l'occasion, en étudiant les diverses classifications de « maladies mentales », de constater que l'on se contente généralement d'énumérer pêle-mêle des formes cliniques, de juxtaposer des « entités » et des « syndromes ». Mais sous ce désordre, l'histoire de la psychiatrie laisse entrevoir l'ordre naturel des choses. C'est ainsi que nous avons pu nous convaincre que la clinique a toujours offert une forte résistance à la séparation de la mélancolie-manie et du délirium-confusion. Ce n'est que par des analyses forcées et à certains égards arbitraires que l'on est parvenu à la fin du XIX^e siècle à diviser ce groupe en entités distinctes. A vrai dire, toutes les divisions proposées ont été et sont encore remises en question (confusion, délirium, bouffées délirantes, schizophrénie aiguë, psychoses dégénératives cycloïdes ou épiléptoïdes, etc.) mais un accord à peu près général a cependant pu être réalisé sur un point : les états maniaco-dépressifs constituent un groupe distinct, communément désigné comme troubles thymiques, psychoses dysthymiques, psychoses affectives, etc.¹. Nous entendons bien que le cadre clinique des psychoses maniaco-dépressives (ainsi que nous l'avons vu dans notre Étude n° 25) est indiscutable. Mais le fait que certaines crises maniaco-dépressives se groupent pour constituer ainsi une évolution typique de psychose ne confère en rien une autonomie spéciale aux crises de manie et de mélancolie qui ne sont pas de nature radicalement différente des autres psychoses aiguës de niveau plus profond. Reprenons encore une fois, en effet, ce problème de l'unité des psychoses aiguës et formulons l'hypothèse que cette unité représente celle de niveaux de déstructuration de la conscience. Cette hypothèse nous est d'abord suggérée par la constatation historique que nous venons de rappeler : les cliniciens ont eu beaucoup de mal à séparer ces psychoses les unes des autres de telle sorte que nous sommes peut-être fondés à les reconsidérer en bloc. Mais elle est rendue plus plausible, encore et surtout, par la clinique qui impose à l'observation de chacun l'obligation de voir toutes les formes de passage, les alternances, les variations et substitutions qui chez un même malade mêlent ces diverses psychoses. Toutes alors nous apparaissent comme situées entre deux formes extrêmes : la manie et la mélancolie d'une part (dont la parenté est largement démontrée) et la confusion d'autre part. Tout le groupe est à l'évidence saturé de manie et de mélancolie ² en ce sens que l'agitation, l'exaltation, l'anxiété ou la dépression y sont toujours très marquées. Si donc nous devons considérer les trois grands types de psychoses aiguës (crises maniaco-dépressives, crises délirantes et hal-

...formulons l'hypothèse que cette unité représente celle de niveaux de déstructuration de la conscience...

1. C'est évidemment à propos de la remise en question de cet accord traditionnel et classique que la perspective dans laquelle nous présentons l'ensemble des psychoses aiguës rencontrera les plus vives résistances. Nous le savons, nous nous y attendons, et nous pensons avoir assez solidement établi notre position à cet égard.

2. C'est la raison pourquoi BAILLARGER par exemple ne voulait pas entendre parler de séparer la « confusion » de la mélancolie.

lucinatoires, crises confuso-oniriques) comme des niveaux d'un même mouvement de dissolution, l'ordre hiérarchisé de ces niveaux commandant que les niveaux inférieurs contiennent les troubles du niveau supérieur auxquels s'ajoute le trouble propre à leur propre niveau de dégradation, cet ordre implique nécessairement que les troubles purement maniaco-dépressifs (dont les niveaux inférieurs sont saturés) représentent le « niveau le plus élevé », ou, si l'on veut, la « dissolution la moins profonde ». La confusion n'apparaissant qu'au niveau le plus bas représente, par contre et incontestablement, le niveau inférieur. Aussi le groupe des psychoses aiguës apparaît non seulement représenter une unité mais une unité organisée selon un certain ordre.

Quelle est donc la commune mesure de cet ordre, le dénominateur commun de cette série assez homogène pour former un genre et assez hétérogène pour admettre des espèces ? Si l'on définit la mélancolie et la manie par le caractère thymique des troubles, il est clair que ce trouble ne peut pas être la commune mesure du groupe. Si par contre, considérant que la confusion est un trouble authentique et maximum de la conscience ¹, nous supposons que ce trouble de la conscience si profond au niveau de la confusion peut, sous forme dégradée, se retrouver aux niveaux supérieurs, nous pourrions peut-être saisir par cette hypothèse la nature du trouble qui réalise à des niveaux divers la série des psychoses aiguës. Ce qui empêche généralement de formuler cette hypothèse, c'est, comme nous l'indiquions plus haut, qu'il paraît y avoir une sorte d'opposition traditionnelle et même classique entre les troubles thymiques et les troubles de la conscience. Mais si (et c'est le travail que nous venons de faire dans les paragraphes précédents) ne nous contentant plus du concept « trouble de la conscience », en tant que trouble « pur et simple », nous lui substituons la notion de déstructuration de la conscience, qui implique que la conscience a une structure hiérarchisée, alors nous pourrions raisonnablement et comme par une première approximation logique émettre l'hypothèse que l'ordre dans lequel se déploie en clinique la série des psychoses aiguës est l'ordre même dans lequel s'effectue la déstructuration de la conscience.

...Quelle est donc [...] le dénominateur commun de cette série assez homogène pour former un genre et assez hétérogène pour admettre des espèces...?

B. – PHÉNOMÉNOLOGIE DES DIVERS NIVEAUX DE DÉSTRUCTURATION DES CHAMPS DE LA CONSCIENCE.

Nous allons rappeler ici et concentrer ce que nos analyses cliniques et phénoménologiques nous ont permis de décrire comme caractéristiques de chacun de ces niveaux.

1° *Délire confuso-onirique.* (*L'absence de « mondanité »*). Nous allons commencer par le niveau le plus bas, celui sur lequel tout le monde s'entend pour dire qu'il représente le plus authentique trouble de la conscience : c'est le *délirium*, ou « état

1. Point qui n'est contesté par personne.

confuso-onirique » des auteurs français (DELASIAUVE, CHASLIN, RÉGIS), la « zerfallen-de Bewusstsein » de JASPERS. L'opacité de la conscience, son obnubilation, parfois son caractère stuporeux constituent les symptômes cliniques les plus évidents qui ont fait donner à ce tableau clinique le nom de « confusion mentale ». L'analyse à laquelle nous avons soumis cet « état » doit être ici rappelée dans ses traits essentiels. Il s'agit, avons-nous dit, d'un trouble négatif très profond (la confusion) qui est remarquable par l'indifférenciation des processus psychiques, l'incapacité de toute synthèse et de toute coordination des idées – par l'obnubilation – par la désorientation temporo-spatiale, de telle sorte que la conscience cesse de pouvoir se constituer en champ phénoménal lorsque, parvenue au point extrême de sa déstructuration, elle est réduite à ce point, à n'être qu'une pure instantanéité. Mais comme désespérément animée encore du seul désir à quoi elle se réduit avant de s'évanouir dans l'inconscience totale, elle vit la kaléidoscopie des images d'autant plus intensément qu'elles surgissent et se projettent sur le néant d'un monde qui cesse presque complètement de pouvoir se présenter¹. Par là l'état confuso-onirique se rapproche de l'état sommeil-rêve jusqu'à se confondre, à ses degrés extrêmes, avec lui.

Réfléchissons maintenant à ce qu'a perdu de ses activités la conscience pour tomber dans cet anéantissement. La conscience – et c'est ce qui définit la structure même du délire onirique – est, à ce niveau, privée de son pouvoir de s'ouvrir au monde. Le confus est absent. Même s'il perçoit cette chambre, son médecin, s'il entend sonner les heures, c'est comme dans un rêve qu'il situe ces réalités. Il n'est ni aphasique, ni agnosique, ni apraxique, ce qui veut dire qu'à ce monde des objets il accède encore par ses mains ou avec ses yeux, mais que ce monde des sens n'est pas un monde car il est réduit à se présenter par facettes ou comme de profil sans réserver autour du confus ces distances et ces intervalles qui confèrent au monde ses perspectives. Dépourvue de l'architecture de cette « mondanité », désorientée, la conscience confuse flotte et s'accroche seulement à des morceaux du monde familier, de telle sorte que ne sont vécus pour elle que des aspects instantanés et furtifs de film existentiel, comme si, incapable de lui imprimer une force suffisante pour le dérouler, celui-ci se décomposait en images discontinues.

Ce qui reste encore d'elle-même à la conscience devenue confuse, se réduit à son intentionnalité la plus sommaire : l'intentionnalité d'être encore conscience de quelque chose. Et désespérément elle se présente, faute du monde évanoui, ses propres images dans une ultime tentative pour constituer encore devant soi un simulacre de monde. L'aspect positif de la confusion comporte en effet ce besoin profond de notre être,

1. Tout au moins comme « mondanité » familière ou quotidienne, car le confus perçoit bien les objets au contraire du dormeur bien qu'il soit *absent* de son monde.

...Dépourvue de l'architecture de cette « mondanité », désorientée, la conscience confuse flotte et s'accroche seulement à des morceaux du monde familier...

d'être « pour soi », de se réfléchir sur soi pour se saisir lui-même comme objet. Mais, au niveau de cette charnière vitale du subjectif et de l'objectif, ce qui se constitue en imagerie kaléidoscopique pseudo-mondaine c'est l'imaginaire qui éclate au fond du gouffre confusionnel, celui qui symbolise les fantasmes inconscients les plus profonds. C'est pourquoi, c'est presque toujours sous forme d'« images » spécifiques (sang, feu, monstre, morcellements) que le *vécu onirique* figure les « *imago*s » contemporaines du conflit primitif entre le principe du plaisir et le principe de la réalité lors des premières relations d'objet. L'écroulement du monde objectif équivaut ainsi au reflux vers la problématique originelle du monde des objets au point où il n'y a d'objet que du désir.

Enfin pour compléter cette physionomie structurale de la déstructuration confuso-onirique de la conscience, nous devons ajouter, comme nous l'avons si souvent souligné au cours de ces Études, que cette déstructuration est telle que la confusion implique et contient dans son tableau clinique la structure fondamentale des psychoses aiguës de niveau plus élevé. C'est ainsi que l'*état confuso-onirique* est une *expérience hallucinatoire* vécue jusqu'à l'anéantissement de l'objectivité et un état de *manie* ou de *mélancolie* vécue jusqu'aux formes les plus agitées de l'exaltation et les plus stuporeuses de la dépression.

2° *Bouffées délirantes et hallucinatoires.* (*La déstructuration des espaces vécus de la représentation*). Considérons maintenant le « niveau moyen » du processus de déstructuration de la conscience. Celui qui correspond aux tableaux cliniques des « *expériences délirantes et hallucinatoires aiguës* » qui vont de la *dépersonnalisation* à la *conscience oniroïde* en passant par la *conscience dédoublée et hallucinante* ¹. Ici l'expérience vécue par la conscience altérée (Veränderte Bewusstsein des auteurs allemands) exprime que celle-ci est modifiée dans sa fonction de *représentation*. Le patient n'y est pas absent du monde, il est encore face au monde et c'est dans ce monde qu'il vit son expérience délirante et non plus, comme dans l'expérience confuso-onirique, dans un tourbillon kaléidoscopique d'imaginaire extramondain. Soit qu'il infiltre son monde d'imaginaire, qu'il le peuple, le gonfle et l'enrichisse de son rêve au point de remplir d'une fiction merveilleuse, grotesque ou terrifiante, ses coins d'ombre, ses zones d'incertitude et ses espaces libres (états oniroïdes), soit qu'il se partage lui-même en sujet et objet et vive l'expérience du dédoublement, de la cohabitation (expériences hallucinatoires), soit que son habitacle charnel, son corps, milieu ² de son articulation

... Le patient n'y est pas absent du monde, il est encore face au monde et c'est dans ce monde qu'il vit son expérience délirante...

1. Sans doute en toute rigueur aurions-nous pu, au cours de ces «*Études*», distinguer ces divers niveaux de déstructuration comme des formes distinctes de psychoses aiguës, mais cela aurait été sans profit car tous ces états se chevauchent et se pénètrent de telle sorte qu'il y a avantage à les considérer dans leur ensemble.

2. « Centre » mais déjà « environnement » de l'expérience subjective.

avec le monde, échappe à sa propriété et modifie ses propriétés (expériences de dépersonnalisation), toutes ces expériences sont par lui incoerciblement vécues dans une atmosphère d'étrangeté. Cette atmosphère est le *crépuscule* même de cette « fonction » de la conscience par quoi elle distingue le monde des objets de sa propre subjectivité, par quoi sa « représentation » est tenue pour irréductible à la « présentation » que lui offre le monde des choses et des autres.

Voyons les choses d'un peu plus près. Et tout d'abord, comme nous l'avons fait pour le « délire onirique », demandons-nous ce qui manque à ce type de conscience morbide pour devenir imageante et hallucinante. Le problème qui ici cesse d'être résolu est celui de l'unité et de l'autonomie de l'espace intime et interne de l'existence. Ce n'est pas seulement dans notre tégument, à la surface de notre corporéité, que se limite notre subjectivité. Le champ phénoménal de la conscience comporte en effet non seulement la subjectivité ambiguë de notre corps, mais aussi celle de notre pensée. Car celle-ci est comme un subtil réseau d'échanges qui tissent entre nous et les autres un inextricable « continuum » de relations ideo-verbo-affectives de réciprocité, de coexistence et d'interactions ; de telle sorte que l'« espace » clos de notre subjectivité, où s'entrecroisent et s'enlacent les liens qui nous unissent aux autres, d'où partent et où aboutissent les mots, les intentions, les projets ou les regards qui le font communiquer avec ces autres espaces qui, chez chaque « autre », réserve et contient l'« a parte » de ses propos et de ses hermétiques intentions, cet « espace » ne serait qu'une illusion si la conscience, tout comme elle confère un ordre au monde en s'ouvrant à lui, ne constituait cet ordre interne en s'arrogeant la possibilité de le diviser sans se fractionner elle-même. Que l'*altération* de la conscience dépersonnalisée, hallucinée ou oniroïde soit apparue aux cliniciens comme une conscience rétrécie et qu'elle soit tout à la fois crépusculaire et rétrécie, c'est précisément parce que le désordre des *espaces vécus*¹ contracte et obscurcit les séparations « claires et distinctes » qu'opère le travail de la conscience : ces distinctions qui partagent dans le champ phénoménal ce qui est à moi et ce qui est aux autres, – qui rendent à la subjectivité ce qui est pour elle et à l'objectivité ce qui est en elle – et qui, dans l'expérience même de l'espace corporel ou de l'espace vécu comme « lieu » de la pensée, introduisent les différenciations suffisantes pour séparer les domaines respectifs du mien et de l'autre.

Si nous tentons maintenant de saisir ce qui dans cette forme de déstructuration des espaces vécus constitue le vécu de ces expériences délirantes et hallucinatoires, nous voyons d'un seul coup que ce qui est réel pour cette conscience est un amalgame inextricable de réel et d'imaginaire. Mon corps est devenu un morceau de bois, des courants électriques le traversent, je suis hypnotisé, je me sens pénétré et mis à nu, devi-

1. Nous pourrions dire des espaces représentés mais le terme d'espaces vécus convient mieux au caractère d'expérience vécue de cette « représentation ».

...Le champ phénoménal de la conscience comporte en effet non seulement la subjectivité ambiguë de notre corps, mais aussi celle de notre pensée...

né et découvert, on me parle, on m'inspire, une bête habite mon corps, on me fait voir des visions, je suis comme au spectacle, etc. C'est que la métaphore dont l'épaisseur était maintenue par l'exercice même de la conscience discriminatrice et normalement différenciée, s'est maintenant amincie jusqu'à permettre cette osmose de réel et d'imaginaire qui brusquement éclate en événement vécu sur la scène de la conscience, fait irruption dans son champ d'expérience. Nous touchons ici à l'essence même ou, si l'on veut, au sens le plus profond de ce bouleversement en même temps qu'à celui de la « fonction » de *représentation* de la conscience. Nous avons vu, et nous verrons encore, qu'une des intuitions pour ainsi dire constantes qui s'imposent à tous les chercheurs quand ils tentent de décrire ou de définir la conscience est précisément cette fonction spectaculaire ou spectaculante de la conscience en tant qu'elle se découvre à elle-même comme une scène intérieure. C'est que se représenter c'est fatalement confronter en un « lieu » (celui de la rencontre de l'étendue et de la pensée), l'ordre de la subjectivité et l'ordre de l'objectivité. C'est « là » dans cet espace virtuel que ces deux ordres fusionnent, dans l'« objectivation du subjectif », la « projection des images », etc. Se représenter c'est donc symboliser, c'est-à-dire construire en images et en signes, le réel, c'est faire comme si la fiction était une réalité, c'est traiter la réalité comme une fiction, c'est formuler plastiquement le vœu que la réalité soit ce qu'on veut ou que l'on voudrait qu'elle soit dans ce « rêve de l'action » qu'est, disait JACKSON, la pensée. De telle sorte que la « représentation » de la conscience n'est pas seulement une métaphore, elle est le procédé métaphorique par lequel nous jouons avec le simulacre, avec l'image, avec les fantasmes pour nous figurer la réalité. La déstructuration de l'ordre des espaces vécus rend précisément possible que sur la scène de la conscience la représentation devienne une réalité vécue. Et par là tout de même que plus haut nous avons à propos du niveau le plus inférieur de déstructuration de la conscience saisi ce qui constituait son assise primitive (la présence au monde) – maintenant le niveau des expériences plus ou moins « crépusculaires » de dépersonnalisation, de dédoublement hallucinatoire, ou d'imaginaire oniroïde, nous révèle une autre fonction plus complexe encore, mais aussi plus vulnérable, de l'activité de conscience : celle de maintenir la représentation à sa place dans l'ordre des espaces vécus.

Ajoutons enfin que ce niveau de déstructuration n'implique pas le niveau inférieur dans la mesure même où celui-ci est caractérisé par l'absence de mondanité (et la *confusion* qui y correspond), mais qu'elle implique le niveau supérieur, celui d'une déstructuration de la temporalisation du présent. Et cela dans la mesure même où son vécu propre est celui d'une extase, d'une fantaisie effrénée ou d'une immobilisation dans la crainte ou l'angoisse, c'est-à-dire dans la même mesure où l'expérience délirante et hallucinatoire se présente cliniquement dans une atmosphère d'exaltation euphorique ou de « dépression » anxieuse, de ravissement ou de terreur.

...C'est que la métaphore [...] s'est maintenant amincie jusqu'à permettre cette osmose de réel et d'imaginaire qui brusquement éclate en événement vécu sur la scène de la conscience...

...la « représentation » de la conscience [...] est le procédé métaphorique par lequel nous jouons avec le simulacre, avec l'image, avec les fantasmes pour nous figurer la réalité...

3° *Manie et Mélancolie (La déstructuration temporelle-éthique)*. Nous devons maintenant considérer ce niveau le plus élevé de la déstructuration de la conscience qui correspond aux « états maniaco-dépressifs ». Certes, nous le savons et nous l'avons bien souvent, au cours de cet ouvrage, répété, on parle classiquement à leur sujet de « troubles de l'humeur », de troubles thymiques, de psychoses affectives, en attribuant aux « émotions », aux sentiments *d'expansivité* et aux sentiments *dépressifs* (qui sont en effet les symptômes les plus manifestes, sinon les plus caractéristiques, de ces états), la qualité du « trouble fondamental », en leur faisant même jouer le rôle de « trouble générateur » : donnez-vous, dit-on, l'excitation et la dépression et vous avez la manie et la mélancolie. Notre analyse conduite d'accord avec celles de MINKOWSKI, BINSWANGER, etc. n'a pas eu de peine à montrer que cette excitation et cette dépression ne pouvaient pas être considérées comme des propriétés simples, mais supposaient plutôt une modification totale de l'être dans le monde, du « Dasein » et, somme toute, ce que nous appelons précisément une déstructuration de la conscience – pour autant que la conscience, comme nous l'avons vu, est cette capacité de saisir et d'organiser le présent vécu. Nous avons notamment décrit, conformément aux brillantes et profondes analyses de BINSWANGER, la manie avec sa volatilité, l'altération des synthèses psychiques et surtout avec sa fuite des idées, troubles qui constituent sa structure négative dont l'essentiel réside dans l'impossibilité de s'arrêter à un impossible présent. De telle sorte qu'affranchi de la mesure et de l'ordre des exigences présentes, le maniaque se projette et s'agite dans un tourbillon sans fin et sans limites, comme s'il se jouait du temps et de l'espace dans un élan irrésistible de légèreté et d'impétuosité. Cette structure négative est vécue comme une élation infinie de l'être délié de ses entraves, comme une orgie, une festivité où se satisfont toutes les pulsions à s'emparer du monde entier, à le dévorer comme objet total d'une avidité sans fin ni frein. Extase, ravissement, ruée ou rut (euphorique ou coléreuse, violente ou espiègle) la conscience maniaque constitue donc essentiellement un mouvement de propulsion par quoi le sujet s'arrache d'un bond aux formes du présent et les abolit en tant que règles du comportement. Car la déstructuration temporelle de la manie ne saurait être assimilée purement et simplement à la profonde altération des intuitions temporo-spatiales de la confusion. Il s'agit ici d'un trouble qui altère seulement la *direction* du courant de la conscience, c'est-à-dire son « *orientation temporelle-éthique* ». Si nous avons ainsi désigné ce mouvement spontané de la conscience, c'est que normalement elle obéit aux exigences du présent et s'accorde à la mesure de la pondération et de la tempérance. Le maniaque, lui, ne peut plus ni temporiser ni se tempérer ; il est emporté par le désir d'aller de l'avant, toujours plus loin, de dépasser les limites permises, celles des convenances et celles des nécessités. Si quelque doute pouvait subsister sur la nature « temporelle » de la manie, c'est-à-dire sur la signification que nous lui attribuons quand

...cette excitation et cette dépression ne pouvaient pas être considérées comme des propriétés simples, mais supposaient plutôt une modification totale de l'être dans le monde...

nous la définissons comme un échappement au présent et que nous considérons la « fuite des idées » comme une véritable « fugue » – la position symétrique et antinomique de la « mélancolie » par rapport à la manie ne manquerait pas de les dissiper. La mélancolie pour si compréhensibles qu'en soient jusqu'à un certain point ses vécus (tristesse, désespoir, désir et crainte de la mort, remords, etc.) n'en demeure pas moins une « crise » dont le tableau clinique manifeste le bouleversement structural de l'activité de conscience. Elle ne réside pas seulement en une dépression de l'humeur ou, tout au moins, ce « trouble de l'humeur » requiert lui-même une analyse seule capable de lui restituer la complexité de sa structure. La structure négative de la mélancolie, nous l'avons mise en évidence sous forme des troubles d'inhibition et de la synthèse psychique et surtout sous son aspect fondamental d'arrêt et de rétrogradation par rapport aux exigences du présent ; la conscience mélancolique, en effet, ne s'arrête pas au présent mais bloque toute possibilité de continuer et d'aller au devant du présent, elle subit la fatalité du passé à laquelle elle demeure inexorablement rivée jusqu'à anéantir toute possibilité d'existence pour soi et en soi. Quant à sa structure positive, c'est-à-dire au vécu, qu'impose à la conscience cette chute verticale vers le néant, elle entre dans le tableau clinique sous forme d'une tragédie ou d'une angoisse métaphysique où s'actualisent tous les thèmes de l'angoisse primaire de l'existence jusqu'aux affres de la mort préférée et inexorablement prescrite. Ce dernier et fondamental trait du vécu mélancolique souligne, en l'inversant, le sens de la déstructuration temporelle que nous avons tenue pour essentielle dans la manie et que nous retrouvons dans la mélancolie; il s'agit en effet de ce trouble de la temporalisation qui altère le *sens* même de l'existence. Ce qui est altéré en effet au niveau maniaco-dépressif, ce qui manque à la conscience du maniaque comme à celle du mélancolique c'est la possibilité de s'engager dans le présent, de se confier et de s'accorder à lui comme à la « mesure » même de l'adaptation pondérée au réel. C'est pourquoi d'ailleurs on parle constamment des « troubles thymiques » comme d'un « déséquilibre », car ils représentent bien un déséquilibre de cet équilibre précaire et instable qu'est le présent : équilibre si difficile qu'il requiert un travail que JANET appelait la « fonction de présentification ». Rien de plus labile et vulnérable que ce présent « mobile comme nos actions ¹ » et qui exige que nos actions présentes soient représentées dans un ordre qui est la construction, la « Gestaltisation » de ce qui n'est ni l'avant, ni l'après, mais le maintenant de la tâche, de l'occupation, de la préoccupation, de la problématique de la situation actuelle. Qu'il s'agisse d'une situation occupant une place exiguë dans l'ordre du temps chronologique

...Ce qui est altéré en effet au niveau maniaco-dépressif, [...] c'est la possibilité de s'engager dans le présent...

1. Pierre JANET, *L'intelligence avant la langage*, 1936, troisième Partie, *Les débuts du temps*, p. 231. — Cf. aussi *l'Évolution de la mémoire et de la notion du temps*, 1928, et la *Force et la Faiblesse psychologique*, 1930

ou objectif (le court laps de temps) ou d'une situation dont l'actualité est plus diffuse ou moins directe – la « situation » à laquelle le sujet fait face dessine les limites flottantes de son présent. Et c'est la loi de ce présent qui constitue *la forme* de la conscience équilibrée entre les forces qui se disputent ce présent, le poids du passé (de ce qui n'est plus mais revient comme une contrainte de l'automatisme de la mémoire et de toutes les exigences de la fatalité du destin), l'appel de l'avenir (de ce qui est encore laissé à l'entière discrétion de l'imagination et à la libre disposition d'un temps non révolu). De telle sorte que la conscience est bien « humeur interne » et adaptation au milieu extérieur, mais à condition d'entendre par là qu'il s'agit d'une adaptation au réel présent, d'une « attention à la vie présente », d'un accord dans la mesure même où elle est un équilibre entre les forces d'expansion ou de dépression qui se disputent le sens du temps présent. Ceci exclut donc de la conscience toute adaptation mécanique ou automatique car, répétons-le, la tortue électronique qui évite un obstacle n'a pas de présent pour la raison même qu'elle ne dispose pas de la possibilité de se le représenter. Autrement dit, le présent qui manque au maniaque et au mélancolique c'est cette forme de conscience qui établit l'être dans une situation qui pose un problème réellement présent pour lui. L'absence de problème dans la manie et l'absence de solution dans la mélancolie représentent précisément les deux formes symétriques de cette déstructuration de la conscience qui ne peut plus « marcher » en accord avec les problèmes réels et qui se met à courir pour les franchir ou à s'arrêter pour s'y perdre.

...le présent qui manque au maniaque et au mélancolique c'est cette forme de conscience qui établit l'être dans une situation qui pose un problème réellement présent pour lui...

Naturellement, cette forme de déstructuration temporelle-éthique de la conscience, atteinte dans son pouvoir de direction, dans sa capacité de construire son champ en fonction d'une situation réellement présente, s'observe en clinique comme le plus haut niveau de déstructuration de la conscience. C'est-à-dire que si on en retrouve la phénoménologie (ou si l'on veut la symptomatologie des vécus) dans les niveaux inférieurs où nous l'avons précisément notée, par contre, elle n'implique ni la déstructuration des espaces vécus de la représentation, ni la déstructuration de l'objectivité temporo-spatiale qui nous ont paru caractériser respectivement les expériences délirantes et hallucinatoires et les états confuso-oniriques.

Par-là – on nous excusera de le répéter encore et sans cesse – l'ensemble des psychoses aiguës étudiées dans leur profondeur structurale, dans la phénoménologie même de leur vécu, nous apparaît bien ainsi qu'aux yeux des cliniciens les plus avertis du siècle dernier, comme *une série de tableaux cliniques qui forment un tout impossible à dissocier en entités distinctes*.

Mais ce que nous avons gagné à travers ces études et analyses « trop psychologiques » peut-être au gré de certains lecteurs, c'est que grâce à elles nous pouvons envisager maintenant cette totalité comme représentant non pas un bloc homogène

mais une hiérarchie de niveaux. Pour cela il fallait se débarrasser de l'idée que la conscience est une « fonction simple » ; il fallait aussi rapprocher et non pas séparer les psychoses thymiques des psychoses confusionnelles.

C. – ÉTUDE CLINIQUE DES PSYCHOSES AIGUËS CONSIDÉRÉES COMME NIVEAUX
DE DÉSTRUCTURATION DU CHAMP DE LA CONSCIENCE.

Nous en venons maintenant au problème clinique, celui qui nous intéresse le plus, car il s'agit de tirer quelques enseignements ou corollaires pratiques de cette étude qui nous a permis de saisir jusque dans la structure et la décomposition de la conscience la raison d'être de l'unité clinique du groupe des psychoses aiguës. Tout d'abord, rappelons quelques gros faits cliniques.

L'éventail de ces tableaux cliniques se déploie, rappelons-le, à la suite d'un certain nombre de processus qui atteignent électivement le système nerveux. Ce sont surtout les *intoxications* qui offrent aux yeux des cliniciens, avec le maximum de clarté, l'ordre même de décomposition de la conscience. Que ce soit l'alcool avec ses ivresses excitomotrices, délirantes, anxieuses, etc., ses « états subaigus », le « delirium tremens » etc., ou qu'il s'agisse de tout autre toxique accidentel (alcaloïdes des solanées vireuses, anesthésiques, etc.) ou recherché précisément pour les expériences bouleversantes qu'il provoque (opium, cocaïne, éther, etc.) tous ces poisons manifestent en clinique la diversité en même temps que l'unité de ces niveaux de déstructuration de la conscience. Certains même ont acquis de ce chef la réputation de véritables agents expérimentaux des états d'excitation, ou de dépression, des expériences délirantes et hallucinatoires, des états confuso-oniriques (hachisch, peyotl et mescaline). – Il en est de même d'un certain nombre d'affections cérébrales comme l'encéphalite épidémique ou d'affections somatiques générales (infections, néphrites, troubles vasculaires, affections hormonales, état « puerpéral », etc.) qui font se dérouler sous forme des diverses psychoses aiguës toutes la gamme de ces niveaux structuraux de la désorganisation de la conscience.

...L'éventail de ces tableaux cliniques se déploie, rappelons-le, à la suite d'un certain nombre de processus qui atteignent électivement le système nerveux...

Certaines affections à pathogénie ou à étiologie complexe et multiple constituent en clinique psychiatrique des psychoses aiguës « intermittentes » ou « paroxystiques » caractérisées par un remarquable abaissement du seuil d'altération de la conscience. Nous avons à ce sujet étudié longuement les crises qui entrent dans l'évolution typique des *psychoses maniaco-dépressives* et celles qui entrent dans le cadre de l'évolution des troubles paroxystiques et des états aigus de l'*épilepsie*. En décrivant ces divers types de psychoses et leurs crises, nous avons pu nous convaincre que si les crises de manie et de mélancolie représentent les crises les plus fréquentes et les plus caractéristiques des psychoses périodiques, il arrive souvent que ces crises soient d'un niveau

de déstructuration plus profond ; tout de même que l'épileptique ne fait pas seulement et toujours de grandes attaques comateuses typiques de la grande crise d'épilepsie mais peut présenter toute une série de dégradations de troubles de la conscience. Tout cela ne peut se concevoir clairement que dans la perspective où nous nous sommes résolument placés et dont ces faits cliniques pour ainsi dire grossiers, et en tout cas évidents, constituent une formelle justification.

Nous pouvons également mettre en évidence dans la clinique des psychoses aiguës un certain nombre de caractères qui doivent nous aider à porter le diagnostic de « psychose aiguë », diagnostic qui comporte un pronostic et aussi des indications thérapeutiques. Un caractère très important de toutes ces psychoses est assez souvent représenté par les « oscillations de niveau ». Ce maniaque est le lendemain confus, il a des « idées délirantes » ou des « hallucinations » qui durent quelques jours puis font place à un état d'excitation psychique « pure ». Ce confus présente brusquement une grande crise d'agitation avec délire d'influence, syndrome hallucinatoire, puis des idées de culpabilité et de suicide, etc. De telles oscillations du tableau clinique brouillent souvent le diagnostic des entités (confusion, manie, schizophrénie aiguë, bouffées délirantes, etc.), en manifestant les variations du mouvement de dissolution de la conscience. Et on ne saurait trop se méfier du diagnostic de schizophrénie, par exemple, porté sur le comportement hallucinatoire d'un état oniroïde qui s'installe au cours de l'évolution d'une confusion ou d'un état maniaco-dépressif. Les changements du tableau clinique, surtout s'ils sont divers et soudains, font partie du tableau clinique des psychoses aiguës les plus typiques. L'accès mélancolique lui-même si remarquable par sa fixité n'échappe pas toujours à ces fluctuations qui pour s'inscrire classiquement en terme de formes cliniques de la mélancolie (mélancolie délirante, hallucinatoire, stuporeuse, etc.), n'en représentent pas moins des modifications du tableau clinique.

Ces mutations à l'intérieur du cadre des psychoses aiguës peuvent s'observer aussi lorsqu'un même malade présente par exemple au cours de plusieurs accès intermittents des crises diverses qui s'étagent depuis les états maniaco-dépressifs les plus purs jusqu'aux états confusionnels les plus profonds. Le fait est très loin d'être exceptionnel et nous avons déjà indiqué notamment dans les Études 24 et 25 qu'il nous est arrivé bien souvent d'ajouter à la fiche de certains malades d'abord « étiquetés » par exemple (la première ou la deuxième fois) confus, la mention « accès maniaco-dépressif » (la troisième et la quatrième fois). De même nous avons vu que certaines formes de psychoses hallucinatoires aiguës ou d'états oniroïdes avaient de fortes affinités cliniques avec les psychoses périodiques.

...Un caractère très important de toutes ces psychoses est assez souvent représenté par les « oscillations de niveau »...

...Les changements du tableau clinique, surtout s'ils sont divers et soudains, font partie du tableau clinique des psychoses aiguës les plus typiques...

Un autre aspect séméiologique également important réside dans la solidarité de ces troubles avec la *dissolution hypnique*. Que souvent tous ces malades ne dorment pas c'est un fait bien connu et tout se passe en effet comme si chez eux les crises réalisaient une sorte de sommeil incomplet et épuisant, étalé à longueur de journée sans qu'ils puissent trouver un sommeil profond et bienfaisant. C'est souvent dans les périodes marginales de leur sommeil agité, dans les phases hypnagogiques ou dans le demi-sommeil que les troubles s'accroissent. L'anxiété du « pôle matinal » (comme dirait G. DE CLÉRAMBAULT) de certains états dépressifs ou délirants, la turbulence vespérale ou nocturne des confus, la recrudescence des expériences délirantes dans l'endormissement ou au cours du réveil brusque et incomplet, sont autant de traits cliniques auxquels il convient d'attacher une grande importance.

...tous ces malades ne dorment pas...

La plus grande actualisation du vécu des psychoses aiguës dans les « phases intermédiaires à la veille et au sommeil » nous a conduit à nous demander si l'emploi des « subnarcoses » à l'aide du pentothal ou de l'amytal sodique (ou la mescaline, comme nous l'avons vu dans l'Étude n° 23) ne pourraient pas nous aider au « *narcodiagnostic* » de ces états. Croire que le « sérum de vérité » permet de nous assurer de l'authenticité de la personne quand on modifie son « contrôle » (puisque de ce fait on altère cette personne) est une illusion à laquelle nous ne succombons pas ¹. Mais par contre, nous pensons que ces agents de la déstructuration de la conscience pourraient peut-être être utilisés avec profit pour mettre en évidence ce qu'ils ajoutent ou modifient au mouvement spontané de dissolution. Mais ce moyen d'exploration ¹ pour être

...l'emploi des « subnarcoses »...

...pourrait mettre en évidence ce qu'elles ajoutent ou modifient au mouvement spontané de dissolution...

1. Cf. notre analyse du livre de R. BESSIÈRE et J. FUSSWERK, *L'hypno-analyse dans les états schizophréniques et l'automatisme mental* (1950) dans *L'Évolution Psychiatrique*, 1951, pp. 143 à 150. De ces « réflexions sur la recherche chimique de la vérité » nous nous permettons de reproduire le passage suivant : « La narcose n'est pas comme un microscope qui grossit l'objet jusqu'à sa perception. Son action n'est révélatrice que dans la mesure où elle est déformatrice. Ni la connaissance de soi par soi, ni la connaissance d'autrui par soi ou la connaissance de soi par autrui ne s'opèrent dans un milieu transparent. Elles supposent un dévoilement progressif, indirect et somme toute un entrecroisement des perspectives et des éclairages qui laisse toujours dans l'ombre le fond de cette réalité mouvante et multiple. L'acte même de cette découverte ou de cette exploration laisse toujours « en question » une partie du plus profond ou du plus périphérique de la vérité, de l'authenticité de la personne — celle-ci oscillant dans un mouvement incessant entre la « réalité » de l'« être » et la « réalité » du personnage — entre la prise de conscience de soi dans un jugement critique et les sentiments ou les passions qui exaltent ou retranchent les valeurs du moi. Or une narcose risque de ne nous rien révéler du tout ou de ne nous livrer que la profondeur et, en un certain sens, l'irréalité de l'être. Si nous ne perdons pas de vue que dans cette marche vers le sommeil et le rêve tout ce qui nous sera révélé sera corrélatif de ce plongeon vers l'imaginaire, si de notre démarche circonscrite à notre rôle de pêcheur d'ombres nous savons ne pas nous départir, nous saisissons alors, mais alors seulement, les images et les aveux (qui déjà les annoncent dans les premières phases de la dissolution) pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire des vécus imaginaires de la conscience. »

correctement manié doit tenir compte de ce qui se passe chez l'individu sain qui est soumis à l'action d'une narcose (auto-observation expérimentale, anesthésie, etc.). Il y a lieu de considérer d'abord le seuil d'action du narcotique tant en ce qui concerne la dose nécessaire pour la narcose que celle qui produit les premiers effets psychiques. Un sujet est d'autant plus normal que ce seuil est plus élevé et qu'il réagit massivement à l'action narcotique. Il est d'autant moins normal qu'il est sensible à des doses plus faibles et qu'il réagit par une production d'imaginaire « hypnagogique » figurant les premières phases de déstructuration de la conscience. Un autre aspect de l'effet narcotique chez le normal c'est que le vécu de la narcose, à l'endormissement et au réveil, constitue une franche rupture avec la pensée de la veille. Somme toute on peut considérer qu'un sujet normal est celui qui se comporte à l'égard de la narcose comme il se comporte relativement au sommeil normal, c'est-à-dire qu'il tombe rapidement et profondément dans l'inconscience et que ses rêves sont bien séparés de la continuité des états de conscience de la veille. Or chez les malades en crises à type de psychoses aiguës, le *seuil* d'endormissement et surtout le *seuil* du vécu fantasmique est abaissé et il s'intercale pour de petites doses (à condition qu'elles soient injectées selon un réglage méthodique de débit) de toxique une phase prolongée de relâchement et de pensée inadaptée. D'autre part, on assiste à une *continuité* remarquable entre la pensée vigile et la pensée hypnagogique. Mais plus intéressante encore est l'*actualisation du vécu délirant* telle que ce qui dans le tableau clinique de la veille était difficile à saisir et comme noyé dans un désordre inextricable d'agitation, de propos, d'attitudes et de récits devient alors plus nettement le tableau de la manie, de la mélancolie, d'expériences hallucinatoires, etc. Un caractère remarquable de cette actualisation est l'intensité du vécu hallucinatoire ou onirique corrélatif à l'addition du trouble « artificiel » au niveau de déstructuration « spontanée ». Enfin, l'approfondissement, l'accentuation du vécu pathologique obscurcit encore dans ces cas les relations de compréhension entre la conscience troublée et celle de l'observateur ².

Le *pronostic* des « crises » pathologiques de la conscience nous paraît généralement obéir au principe dont nous avons précédemment parlé et que nous avons déga-

1. La valeur d'exploration de la narcose a été surtout étudiée chez nous par COSSA, AGID et AUGUIN (*Ann. Méd. Psycho.*, décembre 1945), par DELAY et ses élèves (*Ann. Méd. Psycho.*, mars 1946. — *Progrès Médical*, 1946. *Congrès de Bruxelles 1954*, etc.), par TARGOWLA, STERN, FEDER et LOBEL (*Presse Médicale*, 1946).

2. Les protocoles de « narcodiagnostic » appliqués par BESSIÈRE et FUSSWERK à leurs malades Samuel, Sylvain, Charles et Léonard, nous paraissent assez démonstratifs. Depuis fort longtemps nous poursuivons dans notre service des observations sur ce point mais nous ne les avons encore jamais publiées. Il s'agit là en effet de faits d'une interprétation particulièrement délicate et souvent trop « subjective ».

...[L'effet narcotique] le plus intéressant est l'actualisation du vécu délirant telle que ce qui dans le tableau clinique de la veille était difficile à saisir...

gé avec ROUART¹ : plus est rapide et profond le processus de dissolution, plus il y a des chances que se produise une restitution *ad integrum*. Mais il y a lieu à ce sujet de distinguer le pronostic de la durée de la crise, le pronostic de la récurrence et le pronostic des formes de chronicité.

Pour ce qui est de la *durée de la crise*, il paraît bien en effet que les soudaines et profondes déstructurations de type confusionnel (et à la limite la syncope) comportent la possibilité d'une rapide restauration de l'activité de la conscience. Ceci ne peut pas naturellement constituer une règle absolue pour la bonne raison que le processus générateur comporte sa valeur propre de gravité (Un coma traumatique par exemple pour être rapide n'en est pas moins mortel...). Mais sous réserve du processus *quoad vitam*, le pronostic *quoad mentem* semble bien obéir à cette règle en général. De telle sorte que la clinique nous montre *dans leur évolution spontanée* les crises de confusion d'une durée plus courte que celle des crises maniaco-dépressives (celles-ci en effet spontanément durent en moyenne de 4 à 6 mois et même davantage).

Quant aux probabilités de *récidives* pour autant qu'elles peuvent être déduites uniquement des caractères sémiologiques d'une crise, on peut dire que celle-ci a d'autant plus de chance de récurrence qu'elle est de niveau plus élevé. C'est ainsi que les crises maniaco-dépressives manifestant au niveau le plus élevé le moindre abaissement du seuil de solidité de l'organisation de la conscience, ont une probabilité de rechute incomparablement plus grande que les formes de déstructuration de niveau plus profond.

Enfin, en ce qui concerne le risque d'installation sous forme de *troubles chroniques*, il est peut-être possible de dire que la chronicité est inversement proportionnelle à la profondeur du niveau de déstructuration, en tenant compte des états cyclothymiques, du fond d'organisation psychotique et surtout névrotique des malades maniaco-dépressifs et du caractère curable et, somme toute, « accidentel » de beaucoup de délires confuso-oniriques. Mais le pronostic fâcheux à cet égard des psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës doit être ici particulièrement rappelé. Nous y avons insisté à mainte et mainte reprise dans notre Étude n° 23 mais nous ne saurions trop le répéter. C'est d'ailleurs ce fait qui exprime la tendance à parler dans ce cas de « schizophrénie aiguë ».

Enfin, examinons une dernière fois l'éventail clinique des psychoses aiguës tel que la pathologie de la conscience nous a permis de le considérer dans son ordre de composition, essayons de comprendre quelles indications *thérapeutiques* nous pouvons tirer de cette série de niveaux de déstructuration de la conscience. Il est curieux d'ob-

...plus est rapide et profond le processus de dissolution, plus il y a des chances que se produise une restitution ad integrum...

...une crise [...] a d'autant plus de chance de récurrence qu'elle est de niveau plus élevé...

...la chronicité est inversement proportionnelle à la profondeur du niveau de déstructuration...

1. H. EY et J. ROUART, Application des principes de JACKSON à la neuro-psychiatrie, *Encéphale*, 1936.

...les thérapeutiques non spécifiques dites de « choc » sont celles qui réussissent le mieux dans toutes ces psychoses...

server que (en dehors de toutes les thérapeutiques étiologiques dont l'indication est malheureusement trop rare pour que nous puissions beaucoup compter sur elles) les thérapeutiques non spécifiques dites de « choc » sont celles qui réussissent le mieux dans toutes ces psychoses. Tout semble se passer comme si l'activité nerveuse ne pouvant plus parvenir à répondre selon la loi du « tout ou rien » *du fonctionnement* normal de la conscience (comme nous le verrons plus loin), la brusque et profonde dissolution obtenue artificiellement était seule capable de décrocher le niveau pathologique intermédiaire¹. Ceci paraît être vrai surtout pour les niveaux supérieurs de déstructuration (manie, mélancolie) si sensibles aux électro-chocs. Il semble que les chocs insuliniques moins brutaux soient mieux adaptés quand l'état général et le bilan fonctionnel des divers appareils le permettent, aux psychoses de niveau inférieur. Ce qui revient à dire qu'en dehors des états confusionnels qui précisément n'autorisent pas souvent l'emploi de cette thérapeutique, c'est dans les psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës que l'insulinothérapie est la plus indiquée.

Quant aux transformations que subissent toutes ces psychoses, aux formes de passage qui les font se substituer les unes aux autres dans le mouvement progressif vers la guérison, tous ces mouvements et bouleversements font partie intégrante du « travail » par quoi se manifestent ces progrès. Tout de même, en effet, que le malade avait parcouru « à l'aller » ces étapes, ces phases, ces crises, ces structures dynamiques que nous avons appelées les niveaux structuraux de la déstructuration de la conscience, lorsque celle-ci s'était décomposée selon l'ordre inverse de son évolution (en s'absentant du présent, en se confondant avec sa représentation et en se fermant au monde) – il retrouve, « au retour », rarement d'un seul coup, mais le plus souvent par paliers successifs (en s'ouvrant au monde – en recouvrant l'ordre des espaces vécus – en reprenant la direction de son champ de conscience) la structure normale de sa conscience.

Nous pourrions arrêter ici la série de ces « Études » consacrées aux psychoses aiguës. Car nous avons ainsi atteint le but que nous nous étions fixé. Mais nous ne pensons pas qu'il soit possible de nous soustraire à l'obligation de réfléchir maintenant sur les grands problèmes que cette étude clinique a soulevés.

1. On sait que c'est dans ce sens que P. DELMAS-MARSALET (*L'E. C. thérapeutique et la dissolution-reconstruction*, Paris, Éd. Baillière, 1943) a étudié le mécanisme de la dissolution et de la reconstruction après l'électrochoc. Cf. aussi la fin de notre mémoire sur « l'application des principes de Jackson » (H. EY et J. ROUART, *Monographies de l'Encéphale*, 1937).

§ III. - STRUCTURE DE LA CONSCIENCE

(Réflexions philosophiques et physiopathologiques
sur la corporéité de la conscience)

Ce n'est pas sans hésitation que nous avons choisi ce titre pour cette dernière partie de notre étude. Nous craignons effectivement qu'il ne donne au lecteur l'impression d'un projet trop prétentieux, alors que notre but est beaucoup plus modeste. Il ne s'agit pas en effet de présenter pour nous une sorte de métaphysique de la « Matière » et de la « Mémoire » avec le fallacieux espoir de rendre définitivement claires les relations naturelles entre la structure de la conscience et la structuration du cerveau. Mais si nous nous sommes risqué ou plutôt résigné à intituler d'une formule si hardie ce chapitre, c'est qu'il nous paraît nécessaire de prendre courageusement position pour ce qui est le fond du problème. Certains, peut-être, en lisant ou en parcourant cet ouvrage ont pensé que le « fatras phénoménologique » qui l'encombre, l'éloigne de toute possibilité de réintégrer la conscience et sa décomposition dans une pathologie du cerveau. Sans trop espérer convaincre ceux qui préfèrent des idées simples (fussent-elles fausses), c'est justement pour montrer le contraire que nous entendons fondre dans la même réflexion la phénoménologie de la conscience et sa pathologie cérébrale. Même – ce qui est trop certain – si nous échouons dans cette périlleuse entreprise, nous aurons marqué par là quel est le véritable sens de nos préoccupations. Inversement, d'autres lecteurs en nous voyant si attentifs à pénétrer le sens de la réalité psychique peuvent s'imaginer que « décrire les phénomènes » de la vie psychique anormale suffit à nous interdire d'en rechercher l'explication, à recourir à la pensée « causaliste » qui risque de nous faire tomber dans l'illusion « chosiste » et dans la mythologie des paraphrases anatomiques. Mais nous entendons précisément ne pas nous soustraire, quant à nous, à l'exigence du fait qui nous oblige à considérer qu'il y a une causalité physique de la déstructuration de la conscience. Car tel est bien notre projet « organodynamiste » de saisir la dissolution de la conscience dans la perspective aussi totale que possible de sa pathologie, laquelle doit tout à la fois la comprendre et l'expliquer. A cet égard, la phénoménologie de la conscience déstructurée nous renvoie nécessairement non seulement à l'*anthropologie* existentielle des troubles mais en même temps à la « science naturelle » du cerveau.

...la phénoménologie de la conscience déstructurée nous renvoie nécessairement non seulement à l'anthropologie existentielle des troubles mais en même temps à la « science naturelle » du cerveau...

Le PROBLÈME PHILOSOPHIQUE DE LA CONSCIENCE, engageant la métaphysique de chacun, est naturellement le champ de bataille de toutes les idéologies. Il suffit de prononcer le mot de conscience pour que chacun soit appelé à une réflexion sur lui-même par quoi il se saisit pensant. Et ce cogito naturellement pris pour l'acte même de la conscience qui découvre à elle-même son existence, apparaît comme l'essence non seulement de

l'être qui pense mais encore la garantie de toute existence. Comme cette « introspection », cette « intuition » est tout à la fois ce qu'il y a de plus réel « pour soi » mais de moins objectif, on peut penser et dire que ce qui n'est pas « en soi », ce qui ne figure pas dans le champ de l'observation objective n'est pas. De telle sorte qu'on peut faire disparaître la conscience du comportement objectif de l'organisme qui paraît, tout entier, réductible au jeu des stimuli-réponses. Une telle négation de l'existence de la conscience a tout simplement contre elle l'évidence du cogito, évidence révoquable en doute certes mais seulement après coup et sans qu'il soit possible à celui-là même qui la conteste de renoncer à vivre son existence dans sa conscience. Disons donc au début de cette « Méditation » qui commence, comme toutes les autres sur ce sujet éternel, que la réalité de la conscience paraît d'abord être une *réalité subjective*. Mais ajoutons aussitôt que c'est une réalité qui se donne en même temps comme une réalité qui n'est pas seulement à moi mais qui est ouverte aussi sur ceux avec qui je communique, car ma conscience comme celle des autres est plus exactement une réalité trans-subjective.

...ma conscience comme celle des autres est plus exactement une réalité trans-subjective...

Alors se pose un autre problème, celui de savoir si la conscience est spécifiquement humaine. Et ceux qui tiennent la conscience pour un « phénomène subjectif », donc négligeable (épiphénomène), rapprochent le « comportement » de l'homme et de l'animal et disent que ce que l'on appelle « conscience » de l'homme se retrouve chez l'animal. Il n'est pas étonnant qu'ayant réduit la conscience à ce qu'elle n'est pas on la retrouve ensuite n'importe où elle n'est pas. Toutefois si la conscience est bien cet ensemble de phénomènes subjectifs commun à tous les hommes par quoi ils sont hommes, que nous pouvons connaître tout à la fois par nous et par les autres, nous devons considérer que cette « communication » est encore possible avec d'autres êtres que ceux qui appartiennent à notre espèce, la conscience étant une forme d'activité de la *vie de relation*. Une activité semblable en effet s'offre « plus rudimentaire », il est vrai, dans le « commerce » qui lie le chien à son maître. Seulement en même temps que la « conscience » dans cette deuxième approximation nous paraît appartenir à d'autres espèces, elle paraît corrélative de l'organisation même de leur système nerveux. Et voilà que la conscience nous apparaît alors comme une « fonction biologique » sans cesser pour autant ni de pouvoir se décrire et se définir autrement que par le « dedans » ni de pouvoir elle-même être prise pour un « objet » réel.

...[Mais] elle paraît corrélative de l'organisation même du système nerveux [des espèces]...

Mais comment la conscience peut-elle être prise pour un « objet » ? Que signifient les relations de sujet et d'objet, dans et par la conscience ? Ceci d'abord que la conscience « se saisit » des objets ou plus exactement qu'elle est toujours « conscience de quelque chose » (cogito cogitatum) de telle sorte que la conscience percevante constitue pour tout le monde comme la matrice et le modèle de l'acte primordial de la conscience. Mais pour les uns (réalisme) l'objet s'enfonce du dehors dans la conscience, et pour les autres (idéalisme) l'objet n'est jamais autre chose que la représentation que s'en forme préalablement la conscience. Mais que la conscience soit entièrement constitutive de la réalité ou qu'elle reflète seulement le monde des objets réels, elle est elle-même ce « lieu » où se lient les relations d'objet-sujet, c'est-à-dire cette « scène » qui constitue son champ. Sa fonction maintenant nous apparaît tout à la fois comme une *fonction d'objectivation et de représentation du sujet*, en ce sens que rien ne peut être contenu qui ne se place sous son regard, qui ne devienne quelque chose, objet de son intentionnalité et de sa « réflexion » sur elle-même. Et c'est précisément en tant qu'elle est le médium, le milieu même entre l'objet extérieur et l'objet intérieur qu'elle peut tout à la fois se décrire en première et en troisième personne.

[La conscience] est elle-même ce « lieu » où se lient les relations d'objet-sujet, c'est-à-dire cette « scène » qui constitue son champ...

Et voilà que la conscience se dévoile maintenant à nous, à la condition d'être saisie pour ce qu'elle est, comme dépourvue d'une pure subjectivité. Sans devenir certes

un objet de la nature, ce à quoi son essence s'oppose radicalement, elle constitue le phénomène même de la relation de coexistence avec son autrui et son monde, la modalité nodale de cette relation. Aussi comprendrons-nous que l'acte de conscience mêle les phénomènes du regard à ceux du langage pour constituer son être propre. Car en dernière analyse sa structure « éidétique » et sa structure verbale font de l'activité de conscience cette manière d'être saisie dans les qualités « optiques » du monde des images et ce dialogue que la conscience introduit dans sa propre intimité. La nature de la conscience et celle du langage se recourent d'ailleurs assez exactement pour qu'une dialectique de la conscience soit possible et s'engage selon toutes les modalités de la conjugaison active, passive ou réfléchie du verbe.

Enfin la conscience, « retournée » de la pure subjectivité où elle paraissait tout d'abord enfermée jusqu'à être maintenant dans le monde, se révèle comme ce passage même par quoi se construit un moment du temps comme champ phénoménal du vécu, l'être-là-maintenant, *hic et nunc*.

Telle est la sommaire dialectique par laquelle nous avons passé de l'idée que la conscience *est*, à celle qu'elle est *enracinée dans l'organisme*, ensuite à l'idée qu'elle est *l'ordre de l'actualité vécue d'un champ phénoménal qui englobe le monde des objets, le monde du sujet, le monde des autres dans sa propre réalité*.

Ce que nous venons d'exposer en peu de mots et que l'on pourrait étudier et approfondir pour ainsi dire à l'infini, évoque toutes les discussions qui ont marqué l'histoire de la philosophie depuis le « cogito » de DESCARTES, l'*idea ideae* de SPINOZA et l'idéalisme de BERKELEY (en passant nécessairement par la révision kantienne de la fameuse dialectique transcendantale) jusqu'à BERGSON et HUSSERL.

Pour nous, ce qui nous intéresse dans ces systèmes, ces méditations, ces critiques, ces intuitions, ces « réductions phénoménologiques » c'est un courant de pensée qui nous permet peut-être de parler de la conscience aujourd'hui dans un style assez différent de celui de nos devanciers. C'est que la philosophie qui est vraiment la spéculation dont l'objet principal est la connexion essentielle du réel et de la conscience, nous permet, semble-t-il, de ne plus osciller entre l'idéalisme subjectiviste et le réalisme naïf qui retranchent également (bien que pour des raisons différentes) la conscience du monde et, somme toute, ne permettent pas de prendre l'activité de conscience pour une réalité. En faisant de la conscience une réalité qui n'est ni celle du sujet ni celle de l'objet mais celle d'une modalité fondamentale de l'existence pour autant que la conscience pour ex-ister sort d'elle-même et se jette dans son monde, les nouvelles formes de pensées philosophiques (trouvant d'ailleurs les métaphysiques qui depuis PLATON et ARISTOTE n'ont cessé d'approfondir la nature du lien qui unit l'homme à son monde dans l'actualité de sa pensée) nous permettent de nous saisir de ce problème de la « conscience » sans trop craindre de jongler avec des abstractions, de commettre un sacrilège ou d'être victime d'une illusion « chosiste¹ ».

Nous ne pouvons pas – et le voudrions-nous que nous n'aurions pas la compétence voulue pour le faire – entrer ici dans le vif et encore moins dans un exposé substantiel de la philosophie moderne². Mais il nous semble que même quand HEIDEGGER

...elle constitue le phénomène même de la relation de coexistence avec son autrui et son monde...

...La nature de la conscience et celle du langage se recourent d'ailleurs assez exactement...

...En faisant de la conscience une réalité qui n'est ni celle du sujet ni celle de l'objet mais celle d'une modalité fondamentale de l'existence...

1. C'est toujours, en effet, l'un quelconque de ces empêchements qui a interdit aux psychiatres de développer ou même d'entreprendre l'étude de la conscience en la considérant pour ce qu'elle est réellement, c'est-à-dire ni une « chose » ni un « pur esprit ».

2. Jetons cependant un coup d'oeil sur la philosophie de « notre » temps et remontons d'abord à ses plus authentiques précurseurs. La philosophie de DESCARTES doit se concevoir comme une réaction à l'égard de la philosophie de l'immanence de la Renaissance et par delà contre la .../...

et avec lui BINSWANGER, MINKOWSKI, SARTRE, MERLEAU-PONTY rapportent au

.../...grande tradition aristotélo-thomiste. Mais si le « cartésianisme dualiste » a séparé l'étendue et la pensée, il suffit de se reporter aux analyses du « Cogito » pour saisir que Descartes, tout en étant l'inspirateur de l'idéalisme moderne, demeure cependant attaché à un réalisme de la « pensée-substance » que HOBBS et KANT lui reprochèrent. Autrement dit, il ne nous paraît peut-être pas impossible de trouver chez DESCARTES (tout comme chez LEIBNITZ) un point d'équilibre entre l'immanence et la transcendance de la conscience, un équilibre que représente précisément la conscience en tant qu'elle est tout à la fois expérience, intuition et « embryon logique ». La position de KANT est certes nettement idéaliste, mais pour lui encore, soit qu'on se rapporte à la fameuse dissertation de 1770 « *Sur les formes et les principes du monde sensible et du monde intelligible* » soit que l'on se réfère à « *l'esthétique transcendantale* », il n'est pas impossible non plus de considérer (comme on l'a fait remarquer) son système « tout à la fois comme un idéalisme transcendantal et un réalisme empirique », car les formes de l'espace et du temps y sont considérées comme un intermédiaire, un médium entre la matière et la pensée. Et c'est dans « la sensibilité pure » qu'il faudrait peut-être trouver dans le système kantien l'équivalent de ce que nous appelons « conscience » et dont nous cherchons ici à préciser et les limites et la fonction en nous demandant à quelle « région de l'être » elle répond.

Toute la philosophie moderne depuis la critique de KANT n'a cessé de flotter à nouveau entre une philosophie de la *Nature* et une philosophie de l'*Esprit* dont le problème de la conscience est l'enjeu. Mais le sens de ces mots (nature-esprit) s'est considérablement infléchi (au point parfois de s'invertir) au travers des significations subjectivistes ou réalistes de toutes les doctrines. FICHTE a fondé sa philosophie sur l'opposition du Non-Moi et du Moi. SCHELLING et les romantiques ont fondé une philosophie de la nature considérée tout à la fois comme objet et sujet, et HEGEL dans sa phénoménologie nous montre l'esprit dans son développement dialectique qui le fait passer de ses premières phases de subjectivité aux confins de la nature (corporéité de l'esprit) jusqu'à son objectivité universelle qui s'épanouit dans le droit et l'histoire.

Au regard de ces grandes spéculations métaphysiques et paradoxalement issus de la Critique kantienne, l'empirisme sensationniste de J. STUART MILL et de TAINE et l'évolutionnisme de SPENCER puissamment établis sur les connaissances « scientifiques » des phénomènes physiques et biologiques, reprirent la vieille tradition mécaniciste. D'autant plus aisément qu'abrités derrière le « dualisme » cartésien ou le « monisme » matérialiste, les « dualistes » et les « monistes » en définitive réduisent la conscience à n'être rien, en la définissant les uns comme « quelque chose », les autres comme « pur esprit ».

Nous devons spécialement mentionner l'œuvre de BERGSON pour sa place centrale et éminente (et qui reste bien cela, malgré les critiques de certains philosophes de « style » à peine différent et pas toujours meilleur qui prétendent parfois par une sorte de « mode à rebours » la minimiser). BERGSON s'est attaché chez nous au fond du problème des rapports de la Matière et de l'Esprit, de la Mémoire et de la Conscience. Dans son « *Essai sur les données immédiates de la conscience* », il a démontré comment ni la quantité, ni la multiplicité, ni l'espace, ni le temps étendu dans l'espace ne constituent ces données fondamentales car l'organisation même des états de conscience c'est celle du temps qui s'écoule, de la durée. Dans « *Matière et Mémoire* », c'est le problème qui nous occupe dans cette Étude qui est spécialement et profondément examiné. Le cerveau conserve et coordonne les habitudes motrices mais les images ou les représentations ne dépendent de lui que dans la mesure où l'action les dessine au gré de ses besoins. Or, si le cerveau n'est capable que de régler des mouvements dans l'espace dont il fait partie, sa matière ne saurait coïncider purement et simplement avec la perception ou avec la mémoire qui se développent dans la durée, dans le « psychologique pur ». Cette position dualiste radicale, position qu'on lui a justement reprochée, est bien loin d'être cependant aussi absolue, et comme il l'a écrit lui-même il y a lieu de révoquer le « dualisme vulgaire » comme le matérialisme et l'idéalisme. « Toutes ces doctrines ayant le tort de considérer le physique et le moral comme des « duplicata » l'un de l'autre, elles mettent à l'origine de la conscience tantôt le duplicat inutile d'une réalité extérieure, tantôt la mémoire inerte d'une construction intellectuelle toute désintéressée. » Elles négligent le rapport de la perception à l'action et du souvenir à la conduite. .../...

...Toute la philosophie moderne depuis la critique de KANT n'a cessé de flotter à nouveau entre une philosophie de la Nature et une philosophie de l'Esprit dont le problème de la conscience est l'enjeu...

...BERGSON...

« Dasein » toutes les relations intentionnelles qui constituent la trame de l'existence même si – et parfois explicitement – la conscience disparaît de leurs analyses, c'est tout de même à elle que nous renvoient perpétuellement leurs descriptions des péripé-

Or la perception met en rapport la complexité croissante du système nerveux avec l'ébranlement reçu. Quant à la mémoire, « elle nous permet de saisir dans une intuition unique des moments multiples de la durée, de nous dégager du mouvement d'écoulement des choses, c'est-à-dire du rythme de la nécessité. Plus elle pourra contracter ces moments en un seul, plus solide est la prise qu'elle nous donnera sur la matière, de sorte que la mémoire d'un être vivant paraît bien être avant tout la puissance de son action sur les choses » (*M. et M.*, pp. 252 à 254). A cet égard la mémoire est, comme la conscience, *attention à la vie présente* et le cerveau est bien son organe (*Énergie spirituelle*, p. 80). La métaphysique bergsonienne en faisant dépendre la conscience de la puissance du choix dont l'être vivant dispose (*Évolution créatrice*, p. 194) nous paraît intégrer tout à la fois la conscience dans le développement du système nerveux et en faire l'instrument de l'esprit pour autant que celui-ci s'incarne et s'enracine et se développe dans le corps (ou, si l'on veut, « émane » du corps), cette « émanation » impliquant nécessairement une transcendance, (ou, si l'on veut encore, une « mutation »). La philosophie bergsonienne, loin d'être la plus inadéquate à la « Neurologie », est (comme MOURGUE l'avait si bien montré) celle qui se prête le plus naturellement aux concepts dynamistes contemporains. C'est au fond vers elle, nous semble-t-il, qu'inclinent même quand elles tentent de s'en éloigner certaines tendances phénoménologiques pour autant qu'elles cessent d'être de pures descriptions des phénomènes et qu'elles se trouvent entraînées comme malgré elles vers le *développement* de l'être, dans son *devenir*.

Pour Edmund HUSSERL¹, la connaissance de la réalité suppose que soit recherchée la manière dont elle se manifeste dans la conscience (phénoménologie). De telle sorte que là encore à la racine même de l'articulation du *cogito* et du *cogitatum* (on ne saurait oublier qu'il a écrit sur les Méditations de Descartes ses propres « *Méditations cartésiennes* ») idéalisme et réalisme, transcendance et immanence, sont pour ainsi dire si soudés que l'on peut intégrer HUSSERL dans la grande tradition « *aristotélo-thomiste* »² ou la grande tradition qui va de PLATON à St AUGUSTIN en passant par PLOTIN³.

Quoi qu'il en soit pour HUSSERL, le sujet transcendantal n'est point hors du monde, au contraire il est fondation du monde ; le monde est la corrélation de la conscience absolue, la réalité est l'index des configurations radicales de la conscience, etc. Autant de formules qui montrent quelle « région » centrale occupe la conscience dans la constitution même de la réalité ou dans la connaissance des essences, car le fait et l'essence sont inséparables (§2). Mais il ne faudrait pas confondre cette position avec un pur subjectivisme, bien au contraire, l'être en tant que conscience et l'être en tant que réalité (§ 42) constituent des formes du vécu irréductibles, et il n'est point d'objet existant en soi que la conscience n'atteigne (§ 47). La région de la conscience pure ou transcendantale (chap. III, § 47 à 55) c'est celle de la réalité même en tant qu'elle est le champ de la phénoménologie, car l'ensemble du monde spatio-temporal dans lequel l'homme et le moi humain vont s'insérer a, en vertu de son sens, un « être » purement intentionnel. Mais la conscience pure, ou si l'on veut proprement ontologique, a un statut individuel chez les êtres animés : c'est la conscience psychologique qui appréhende l'expérience de l'être corporel dans l'aperception tout en se dévoilant à elle-même comme « état de conscience ». Cette conscience est essentiellement empirique en ce sens qu'elle est l'expérience du vécu, une expérience du sensible (toutes les unités réelles sont des « unités des sens », *Einheiten des Sinnes*). Passant ensuite aux structures générales de la conscience pure, établissant, comme il dit, « le procès-verbal portant sur le vécu du vécu », en recourant à ce qu'il appelle son « évidence éidétique », (toutes démarches qui fondent la méthode proprement phénoménologique), HUSSERL considère certaines formes et relations du vécu et notamment la « réflexion ». Sans doute la tient-il pour une propriété fondamentale .../...

1. Cf. spécialement *Ideen*, etc. (*Idées directrices pour une phénoménologie*, trad. fr. par RICŒUR, N. R. F., 1950).

2. Cf. *La Phénoménologie*, Journées d'Études de la Société thomiste, Juvisy, 1932. — BRÉHIER dans son *Histoire de la Philosophie* classe la philosophie d'HUSSERL dans les conceptions réalistes.

3. « La phénoménologie qui s'élabore dans les *Ideen* est incontestablement un idéalisme » écrit RICŒUR.

ties du mouvement qui lie l'être à son monde dans le déploiement de son temps, à travers des « ec-stases » successives qui sont comme le rythme de son flux et de son reflux. C'est bien à elle, dans la mesure même où, comme dit HUSSERL, le flux du vécu

.../...de la sphère du vécu mais non pas comme une nécessité, car le vécu peut être non réfléchi, non regardé. C'est le flux du vécu qui comporte des « protovécus » (Ur-erlebnisse) absolument originaires (originâre), des impressions etc. qui constituent le vécu actuel de la conscience non réfléchie (§78) dans la « Πλή » de la conscience et aussi des vécus au moment du vécu qui portent en eux la propriété spécifique de l'intentionnalité (μορφή). Si nous indiquons maintenant (sans le suivre dans ses analyses même de loin...) qu'HUSSERL « parle » de cette constitution du vécu pour la développer jusqu'aux structures noético-noématiques lesquelles, se saisissant du réel vécu, aboutissent aux synthèses *logiques* de la conscience, nous en avons peut-être assez dit pour faire saisir que la phénoménologie de HUSSERL tout entière pose la conscience dans sa constitution réelle (constituante de la réalité et constituée par elle) comme la structure fondamentale de l'être, son assise existentielle et indique qu'elle est non pas un état mais un moment, une phase, une « région » basale de l'esprit.

La phénoménologie de HEIDEGGER est assez différente et somme toute plus « statique ». Il nous paraît cependant indispensable de dire quelques mots de son fameux ouvrage *Sein und Zeit* (1927). Par son style et tous les développements psychologiques et ontologiques qu'il contient il est pour beaucoup de phénoménologues une sorte de modèle auquel ils se réfèrent sans cesse. Il est très remarquable dans ce livre qu'il ne soit question de la conscience que dans le sens d'une conscience morale ou d'une conscience réflexive qui correspond au terme allemand *Gewissen*. Par contre, il est constamment question du « *Dasein* » (l'être-là). C'est par l'interrogation « Qu'est-ce que l'être » que l'ouvrage commence ; l'essence de l'« être-là » est la réponse qui est faite à cette question : « être-là » ce n'est pas être quelqu'un ou quelque chose qui est là devant les yeux et encore moins quelque chose qui est pour ainsi dire fini dans son être, ce n'est pas non plus « être vivant » mais c'est « être au monde » (« in der Welt sein »). Et être au monde ce n'est pas être dans un monde d'objets, c'est être « chez soi » dans son monde, ce que HEIDEGGER appelle la « quotidienneté (*Alltäglichkeit*) de la mondanité ». Tous les aspects de cette mondanité ambiante et accueillante constituent le thème des analyses de la première partie de l'ouvrage ou analyse du *Dasein*, en tant qu'il s'ouvre à un monde constitué non pas d'objets mais de relations familières et significatives qui sont à la base de l'existence (le monde en tant que choses ou situations « à la portée de la main ou de l'action », le monde de la rencontre avec autrui, du comprendre et de ces « passe-temps » que sont les bavardages, les besoins de la curiosité et les cache-cache ambigus de l'être avec les autres). Mais la structure la plus originale et la plus totale du *Dasein* est constituée par les soucis (*Sorgen*). C'est qu'« être-là » c'est « pouvoir être » et que cette possibilité est l'essence même de l'angoisse qui est la condition existentielle de l'ouverture au monde (§ 40).

Dans la deuxième partie du livre, HEIDEGGER aborde les relations du *Dasein* et de la temporalité et il se réfère justement aux possibilités mêmes de l'être, c'est-à-dire à leur *développement possible* dans le temps ; c'est ainsi que les problèmes du « manque », de la « fin » et surtout de la perspective ontologico-existentielle de la mort apparaissent comme des aspects fondamentaux de l'existence. La conscience (*Gewissen*) est ici introduite comme une exigence des soucis et c'est certainement une des parties les plus vivantes du livre que la description de ces mouvements existentiels par lesquels l'être se rétracte ou se projette, se tient en haleine, en alerte, regarde autour de soi ou tombe dans le monde. Ce sont toutes ces alarmes, ces regards, ces extases (ec-stases plus exactement), ces rencontres, ces chutes qui constituent la trame existentielle des rapports du *Dasein* et de la temporalité. Naturellement, comme pour tous les ouvrages de phénoménologie, l'intérêt de ces analyses dépend de la richesse des descriptions et nous devons nous contenter ici d'indiquer seulement le style général de ce chef-d'œuvre de la littérature et de la philosophie phénoménologiques. On peut se demander toutefois si l'éparpillement et la volatilisiation de l'homme dans les modalités de son existence ne tranche pas un peu trop facilement le nœud gordien de ses attaches corporelles. Bien qu'elle décrive tout en termes de relation existentielle, il n'est peut-être pas impossible de rapprocher cette philosophie (à la richesse d'analyse près) tout simplement des descriptions de ces comportements extérieurs qui constituent le Behaviorisme puisqu'aussi bien elle entend parfois se condamner elle-même à une description panoramique de la vie psychique.

...la phénoménologie de Husserl tout entière pose la conscience dans sa constitution réelle [...] comme la structure fondamentale de l'être...

...On peut se demander toutefois si l'éparpillement et la volatilisiation de l'homme dans les modalités de son existence ne tranche pas un peu trop facilement le nœud gordien de ses attaches corporelles...

est l'unité de la conscience (*Idee*, paragraphes 8, 5 – cf. aussi paragraphes 33 à 36) que le « vécu » se définit comme étant une irréductible et essentielle réalité.

Le propre même de la réalité vécue en tant que « vécue » et « actuelle » relativement à un sujet et à son monde est d'être la réalité la plus sensible, la plus immédiate, mais aussi la plus particulière, celle qui surgit à l'intérieur d'un être – l'être humain – dont l'existence forme, disait HEGEL, un « trou dans l'être » c'est-à-dire dont l'être est en mouvement, en « réalisation ». C'est dans ce sens que, dit à son tour SARTRE, la conscience est une « décompression d'être » – on pourrait dire une décomposition spectrale de l'être en soi constitutive de l'être pour soi.

Car la conscience en tant que *fondement* de l'être psychique n'est pas, nous dit encore SARTRE, un être pur et simple comme un objet qui est comme il est une fois pour toutes, c'est « un-être-pour-lequel-il-est-dans-son-être-question-de-son-être ».

Cette incursion dans la métaphysique de la conscience et les problèmes que soulèvent les rapports de l'existence avec la connaissance, du sujet et de l'objet, du corps et de l'esprit, de l'être et du néant, etc., nous suffira pour orienter notre analyse. Et si l'on ne veut suivre ni DESCARTES, ni KANT, ni HEGEL, ni HUSSERL, ni HEIDEGGER, ni BERGSON dans les méandres de leurs méditations, il suffit pour chacun de nous d'être conscient de soi-même pour saisir que la conscience tout à la fois immanente à notre corps et transcendante par sa propre activité, n'est ni un objet, ni un corps, ni un pur esprit, ni une qualité simple de notre pensée ou de notre cerveau, mais qu'elle a une structure de réalité radicalement rebelle à une mise en forme géométrico-spatiale. D'où l'échec de tous les schémas, représentations spatiales ou analyses de la conscience qui la décomposent en *partes extra partes*. Il ne s'agit pas de chercher à localiser les diverses fonctions de la conscience mais plutôt, si elle est le déroulement temporel des expériences vécues, de se demander à quel dynamisme cérébral son activité globale paraît être liée, dans quelle portion de l'organisme est enracinée son organisation.

...Il suffit pour chacun de nous d'être conscient de soi-même pour saisir que la conscience tout à la fois immanente à notre corps et transcendante par sa propre activité...

I. DÉVELOPPEMENT GÉNÉTIQUE DE LA CONSCIENCE ET SES VARIATIONS DE NIVEAU DANS L'EXERCICE NORMAL DE SON ACTIVITÉ.

Il est grand temps maintenant de revenir justement à ce vécu de la conscience et

.../...Nous pourrions et nous devrions compléter cet aperçu de la philosophie de notre temps en nous référant aux existentialistes français comme G. MARCEL, E. MINKOWSKI, LAVELLE, etc. ; pour le problème qui nous occupe nous devrions surtout exposer les excellentes études de SARTRE (*L'être et le néant*) et de MERLEAU-PONTY (*Phénoménologie de la perception*), mais il s'agit d'ouvrages si connus, si actuels, d'ouvrages qui se sont tellement imposés par leur copieuse richesse ou leur « style » de saisissante profondeur à l'attention de tous, qu'il nous paraît inutile d'allonger cette « note philosophique ».

Disons simplement pour leur conférer dans sa conclusion un sens général que toutes les philosophies malgré leurs tendances et leurs contradictions, nous paraissent converger vers cette « région de l'être » qu'est la « conscience », comme rythme de base, comme substratum dynamique de la « *vie psychique* », comme instrument de son « *ouverture au monde* » ou de son « *attention à la vie présente* ».

de le saisir dans sa constitution et son développement, en nous appuyant sur nos propres analyses du vécu pathologique.

Nous devons, effectivement, nous demander si une *analyse structurale de la conscience* normale et pleine recoupe les perspectives que nous a suggérées la pathologie de la conscience.

Sans doute pouvons-nous dire que le vécu varie selon qu'il est celui de l'imagination, de la perception, de la mémoire, de l'attention ou du langage, et nous pouvons en effet parler des « états de conscience », de la rêverie, de la lecture, de la conversation ou de la concentration intellectuelle, etc. Mais ce découpage des « états de conscience » en fonction des « fonctions », risque de nous faire perdre de vue la totalité de l'acte de conscience qui est tout à la fois acte de mémoire, d'imagination, de perception, d'intensité plus ou moins grande, ou mieux, un acte auquel ces diverses « fonctions » participent inégalement mais nécessairement.

Il est plus intéressant de considérer les variations du vécu de la conscience en se plaçant dans une tout autre perspective, celle des formes structurales progressives qui ont été parcourues par l'évolution ontogénique et qui demeurent enfouies dans la stratification structurale de la conscience.

1° *L'ouverture au monde des objets.* L'enfant qui vient de naître est inconscient, c'est-à-dire que son comportement est si immédiatement soudé à l'exigence de ses « instincts », de ses « réflexes », que le « court-circuit » de ses réactions ne suppose pas de conscience. Et par là, notons-le, nous est « révélé » (comme un lieu commun sans doute mais, ne l'oublions pas, comme une évidence) que la conscience suppose l'interposition entre les stimuli et les réponses d'une zone d'indétermination ici non encore établie. Mais progressivement, le nouveau-né « prend conscience », il acquiert une « connaissance » des choses et des gens, c'est-à-dire que son biberon, le visage de sa mère, la manipulation de ses pieds ou de ses excréments posent pour lui un problème, celui du monde des « objets » avec les déterminants et toutes les dimensions qui l'inscrivent à l'intérieur de l'horizon temporo-spatial qu'il découvre : monde extérieur face auquel il se trouve, monde qu'il a devant lui quand il ouvre les yeux (ou plus généralement ses sens), lorsqu'il s'éveille de l'inconscience totale de son sommeil. Ce monde des objets ou, comme dit HEIDEGGER, cette mondanité quotidienne surgit alors progressivement et, somme toute, comme un petit animal, il se familiarise avec son monde. Mais par contre, il se distingue rapidement de l'animal en ce que la parole lui donne bientôt une clé de la réalité. Le monde va dès lors être pour lui non pas seulement celui que, par ses « essais » et ses « erreurs » ou par une combinaison de réflexes conditionnés, son expérience individuelle a constitué comme le « champ » où son comportement « dressé » va s'adapter aux conditions variables du monde physique, mais celui que d'un seul coup le langage va lui révéler. Cette mondanité infantile se constitue au travers d'une *problématique fondamentale, celle du désir et de l'objet*, car

...considérer les variations du vécu de la conscience en se plaçant dans [...] la perspective des formes structurales progressives qui ont été parcourues par l'évolution ontogénique...

...la conscience suppose l'interposition entre les stimuli et les réponses d'une zone d'indétermination...

la conscience rudimentaire de l'enfant se construit en interposant entre ses instincts et la réalité, l'écran de l'image où se projettent à la fois ses pulsions et les objets qui, tour à tour, s'offrent et se dérobent à leur satisfaction. En outre, cette conscience de l'enfant se déroule comme un flux de vécus sans présent et presque sans passé puisqu'ils ne peuvent ni s'organiser en situation réellement présente ni être retenus au-delà de leur pure instantanéité. Il s'agit d'une conscience non entièrement consciente ou, si l'on veut, si inconsciente, qu'il n'y a de place ni pour l'opposition consciente et inconsciente, ni pour une structuration temporelle de son vécu en tant que partage de l'actuellement vécu et de l'oublié.

...cette conscience de l'enfant se déroule comme un flux de vécus sans présent et presque sans passé...

2° *L'ordre de la représentation de l'objectif et du subjectif.* Ce qui manque à cette première conscience infantile, c'est ce qui va surtout caractériser le deuxième niveau de la structure de conscience de l'enfant. Jusqu'ici la conscience de l'enfant était bien conscience de quelque chose, (mondanité quotidienne faisant surgir à l'horizon temporo-spatial ses premiers soucis ou ses premiers problèmes) mais elle manquait d'un caractère spécifique du vécu, celui de la propriété de soi-même. Tout ce qu'il voyait, étant nourrisson, et tout ce qui se succédait comme flux du vécu dans sa conscience se présentait devant ses yeux, mais sans qu'il puisse opposer au Monde des objets autre chose que la force de son aveugle désir, sans que sa « moitié » elle-même ait encore surgi avec la représentation de sa propre image. Désormais, l'avènement de cette nouvelle dimension du vécu va métamorphoser la conscience en scène, en représentation, dont « moi-même » je ne cesserai plus d'être l'acteur et le spectateur. L'emploi du pronom « je » ou le premier étonnement devant le miroir sont le « Sésame ouvre-toi » de cette nouvelle expérience de la constitution du « champ de la conscience » comme espace vécu des rapports du sujet et de son monde ; et dorénavant l'image de soi ne cessera d'occuper le centre de la conscience, le milieu de ce milieu intérieur. C'est que tout vécu en se verbalisant, en accompagnant tout événement de son récit simultané, en devenant non plus seulement monologue mais dialogue, en incorporant à l'image de soi-même celle d'autrui, va devenir toujours davantage et demeurer comme projet, comme rencontre, comme communication, et pour tout dire, comme événement humain de la coexistence, l'expérience d'une relation indéfiniment ouverte entre le sujet et son monde. Tout de même que dans la constitution de la forme première de la conscience infantile nous avons rencontré la problématique du désir et de la réalité, ici nous accédons à la *problématique du subjectif et de l'objectif* pour autant qu'ils sont impliqués dans la représentation. La scène de la conscience s'est maintenant dressée comme le « lieu » virtuel de ces relations, comme l'intériorité ineffable de mon espace corporel où se réfléchit mon monde. Elle s'est construite sous la poussée d'un irrésistible besoin de réserver toujours plus de champ à la zone d'indétermination de l'être, comme pour lui octroyer plus de disponibilité pour vivre ses expériences dans un espa-

...L'emploi du pronom « je » ou le premier étonnement devant le miroir sont le « Sésame ouvre-toi » de cette nouvelle expérience de la constitution du « champ de la conscience »...

ce clos mais élastique et selon une temporalité exigeante et pourtant ductile. Telle est la plasticité du vécu « en représentation » qu'au travers des équivoques de la réalité corporelle, des imprécisions du sentir, des illusions de la perception et de la mémoire (en tant que chancelante confrontation du réel passé, de l'imaginaire et du perçu), l'ordre du champ phénoménal du vécu va demeurer constamment problématique. Et en effet, c'est la problématique même de la répartition des valeurs objectives et subjectives, l'ordre des espaces vécus, qu'assume, à ce niveau, l'activité de la conscience.

3° *L'organisation du présent.* Mais un progrès de plus dans l'évolution de cette structuration va être réalisé lorsque l'enfant ouvert à son monde et conscient de sa propre représentation, va devenir capable d'imposer au flux des vécus non plus seulement un ordre conforme à la mondanité de l'objectivité et l'ordre de son espace vécu comme lieu de sa représentation, mais l'ordre d'une temporalité mesurée aux exigences du présent. C'est le moment de son développement où l'enfant s'arrête au *problème du présent*. Non pas seulement et furtivement à l'instantanéité kaléidoscopique du vécu qui se déroule en tranches exigües de durée et comme au gré d'une automatique passivité, mais au *présent*. Le présent n'est pas considéré ici en unité de temps chronologique ; il est précisément irréductible, ainsi que nous l'avons vu, à cette chronométrie pour la bonne raison qu'en tant qu'organisation, orientation et horizon du champ de la conscience, il est plus ou moins long, étendu, profond, immédiat ou lointain. Ce qui par contre lui confère son unité, c'est sa finalité. De telle sorte que ce n'est que lorsque l'enfant entreprend de faire quelque chose « sérieusement » avec « réflexion » et pondération, que l'on peut dire que le courant de sa conscience cesse d'être une simple représentation ou une pure représentation comme cela était le cas dans ses premiers contacts avec le monde et notamment dans ses jeux.

4° *La plénitude de conscience.* Par cette dernière étape de l'organisation du champ phénoménal de la conscience, celui-ci se découvre comme la base même de toute *vie psychique normale* et, à ce titre, ce niveau varie perpétuellement dans l'exercice même de son activité tantôt pleine, tantôt relâchée. Pour bien saisir ce point fondamental de l'analyse structurale de l'activité de conscience, il faut revenir encore au vécu et à sa temporalisation. L'expérience immédiate actuelle et réelle, celle qui remplit le moment que je vis, c'est mon « vécu » (Erlebnis). En français, nous ne disposons que de ce mot impliquant à la fois « passivité » et « passivité ». C'est que le présent ne se saisit jamais comme tel, comme une donnée immédiate strictement actuelle. Il suppose dans son essence même que soit creusé tout à la fois aux dépens du passé immédiat et de l'avenir prochain, un « intervalle » de temps, qui constitue son temps propre, le temps arraché à ce qui vient déjà de « passer » et pris par anticipation sur ce qui va « se passer ».

...l'enfant [...] va devenir capable d'imposer au flux des vécus [...] l'ordre d'une temporalité mesurée aux exigences du présent...

...présent [...] suppose dans son essence même que soit creusé tout à la fois aux dépens du passé immédiat et de l'avenir prochain, un « intervalle » de temps...

Or tout « vécu » se présente ou se représente à la conscience comme un flux irréversible en tant que moment historique de l'existence, mais il est laissé pour ainsi dire à la discrétion de l'usage interne de la conscience. Celle-ci peut à son gré remonter le temps et le revivre ou se représenter l'avenir et le vivre par avance. Il y a même dans la « quotidienneté » de la vie une façon de passer le temps qui consiste précisément à le gaspiller dans la flânerie, la nonchalance, la rêverie et toutes les autres formes d'absence du réel présent, « mis en vacances ». Ces faux présents de la rétroactivité de la mémoire, de l'anticipation de l'avenir ou des fantaisies de l'imagination sont caractéristiques du champ de la conscience du jeune enfant, livré seulement à son « humeur », c'est-à-dire aux pulsations de son être qui le projettent, tantôt en avant, tantôt en arrière, selon qu'il a envie de sauter et de s'amuser ou que, dégoûté et triste, la honte, la timidité ou la lassitude le retiennent. Si donc nous voulons bien comprendre ce que représente l'organisation de l'activité de la conscience quand elle a acquis sa maturité nous devons la caractériser par sa *puissance d'intégration* à la situation présente. Aussi (comme on le fait trop souvent) lorsque les états d'âme, les sentiments, les émotions, les oscillations de l'humeur sont artificiellement séparés de l'activité de la conscience, on ampute celle-ci d'une de ses structures essentielles, celle qui équilibre les forces dont la composition construit le présent comme une totalité d'orientation du champ de la conscience, comme une temporalisation de sa structure à la mesure de la pleine et « consciente » intentionnalité de sa représentation. Par là nous rejoignons précisément HEIDEGGER et plus généralement toutes les analyses existentielles du courant de la conscience en « état d'alerte », « en haleine », « projetée hors de soi », « courant à la rencontre des autres », se dirigeant « vers », « pour », « par », « à travers » les objets « intramondains » ou refluant « sur » ou « contre » elle-même, etc. La temporalisation de son élan, sa manière de tomber dans le monde, de s'y étendre ou de se rétracter fait partie intégrante de l'activité de la conscience et en constitue l'épanouissement naturel. Ici à ce niveau structural de son plein développement, on saisit bien que le conflit qui constitue la problématique du présent engage essentiellement les valeurs du devoir, du licite, du désirable, qui comme telles constituent pour l'enfant son passage à l'âge de raison. Ces formes de l'activité de conscience qui dans le développement de l'être constituent les phases de son organisation, elles sont maintenant chez l'adulte non pas comme des parties ou des fonctions distinctes, mais comme les perspectives où la pleine, lucide et claire conscience se situe dans l'actualisation du vécu. C'est en effet un des caractères essentiels de la conscience ¹ que de pouvoir constamment ou se laisser traverser par les « données » de la perception de ce qui est là devant les yeux, – ou de s'abandonner aux flux du vécu imaginaire, aux réminiscences ou aux fantaisies des représentations, – ou encore de fermer les yeux sur le monde. Autrement dit, c'est la

...le conflit qui constitue la problématique du présent engage essentiellement les valeurs du devoir, du licite, du désirable...

1. Cf. HUSSERL, *Ideen*, § 35.

...ce que l'on considère souvent et à tort, comme des variations de la conscience, ne sont que les mouvements même de son activité, la plénitude de son opération d'intégration temporelle...

plus solide qualité de la conscience que de pouvoir varier, d'actualiser son vécu à son gré, de maintenir sa vigilance comme une possibilité constante de se ressaisir et de ne tolérer, en les surveillant du coin de l'œil, ses fantaisies que dans le cadre d'un présent qui consent, certes, à se représenter et à vivre l'imaginaire, le passé ou l'avenir mais sans cesser d'être lui-même comme le champ de la conscience en train de vivre un moment réel de son histoire. De telle sorte que ce que l'on considère souvent et à tort, comme des variations de la conscience ¹, ne sont que les mouvements même de son activité, la plénitude de son opération d'intégration temporelle. La conscience du présent suppose en effet qu'elle se rende maîtresse du temps, c'est-à-dire qu'elle oriente l'actualité de son vécu, qu'elle prenne toutes les positions possibles à l'égard de cette actualité. Tel est le degré supérieur de la structuration de la conscience. Nous avons vu et nous verrons plus loin que la conscience n'a pas toujours dans le déroulement de la vie psychique ce maximum de puissance que certains lui attribuent comme une simple propriété, elle est « seulement » la forme d'organisation temporelle du vécu, cette capacité tout à la fois donnée et facultative de pouvoir intégrer son vécu dans les perspectives de l'ouverture au monde qui se *présente*, dans celle du champ de sa propre *représentation* du monde et de soi, et dans celle d'un *présent* qui dessine en forme d'événement actuel la finalité propre de ce qui « est-là-maintenant ».

Autant dire que cette analyse de la structuration progressive et de la dynamique structurale de la conscience recoupe exactement cette hiérarchie (présence au monde – représentation des espaces vécus du subjectif et de l'objectif – direction du présent) que la pathologie de la conscience avait dévoilée à nos yeux.

II. LA DYNAMIQUE DE LA CONSCIENCE ET DE L'INCONSCIENT

Si nous voulons envisager à présent le problème de *l'inconscient* relativement à celui de la structure même de la conscience, c'est à une autre modalité de « plus » et de « moins » de l'observation vulgaire que nous devons nous adresser : je suis conscient quand je suis éveillé et je deviens inconscient quand je dors. Tâchons de pénétrer dans la signification des phénomènes de conscience en nous plaçant dans cette perspective qui à nos yeux est capitale (Étude n° 8).

Nous venons de mettre en évidence que les variations de la conscience vigile ou

1. C'est une erreur commise par presque tous les psychiatres et neurologues qui ont décrit la conscience et ses troubles. Ils confondent le mouvement de la conscience avec sa pathologie qui commence précisément quand ce mouvement n'est plus possible dans sa forme de « variations » adaptées au présent réel.

pleine font partie intégrante de l'activité de conscience, qu'elles sont cette activité elle-même. Mais chez un adulte normal, il y a une autre variation de la conscience qui, par sa soudaineté, la brusque métamorphose qui fait d'une conscience qui veille une conscience qui dort (et inversement), a si exclusivement capté l'attention de certains observateurs, qu'elle permet généralement, à la plupart d'entre eux, de définir la conscience par la « vigilance ¹ ». Rappelons-nous la fameuse phrase de BALDWIN « What we are less and less as we sink gradually down into dreamless sleep... and what we are more and more as the noise tardely arouses us, that is consciousness ». En définissant la conscience comme le contraire du sommeil on saisit bien la conscience pour ce qu'elle est, mais on la définit somme toute négativement et comme un des termes d'un couple (vigilance-sommeil) dont sans doute on dit qu'ils admettent entre eux tous les degrés mais qui se définissent seulement l'un par rapport à la forme extrême de l'autre. De telle sorte que la conscience apparaît comme une propriété ou une fonction simple, celle qui confère à la vie psychique son caractère « vigile » et « clair », qui s'installe d'un coup quand au réveil on ouvre les yeux ou qui disparaît le soir quand on s'endort. Il ne peut être question naturellement de dire que l'activité de la structure de la conscience ne comporte pas ce caractère, mais il est aussi évident qu'elle ne se résume pas à un phénomène aussi simple. (Rappelons-nous en effet qu'un enfant dort et veille sans que sa conscience soit pleinement formée). L'illusion qui est à la base de cette réduction provient de ce que chez l'adulte où le phénomène est le plus apparent, l'opposition de la veille et du sommeil est d'autant plus tranchée que la conscience est plus différenciée, tout se passe en effet comme si l'activité de conscience ne pouvait être ébranlée dans sa structure qu'en vertu de la loi du tout ou rien. Un adulte normal fait dans l'inconscience du sommeil une *chute verticale*. Et si, comme nous l'avons établi précédemment, les variations de sa conscience dans l'activité de sa veille ne constituent pas des modifications structurales mais de simples variations propres à son activité, nous devons bien remarquer ici que la structuration de la conscience chez l'individu normal est tellement solide qu'elle résiste à toute déstructuration autre que sa dissolution massive, son plongeon dans le sommeil.

...la structuration de la conscience chez l'individu normal est tellement solide qu'elle résiste à toute déstructuration autre que sa dissolution massive, son plongeon dans le sommeil...

La conséquence de cette illusion est que l'on considère l'autre terme du couple, c'est-à-dire le sommeil comme un état d'inconscience total de telle sorte que ce qui est vécu pour rêve dans le sommeil, ne sortant pour ainsi dire qu'occasionnellement de l'inconscience, passe pour n'avoir aucune importance, sinon aucune « réalité ».

On conçoit dès le premier examen de ce problème que son enjeu est considérable, puisque la solution généralement adoptée conduit par la loi du tout ou rien à expurger la conscience vigile de toute inconscience (autre que les degrés contingents de sa clar-

1. Cf. note p. 675.

té) et l'inconscience hypnotique de toute conscience (autre que les degrés intermédiaires de sa profondeur).

Pour sortir de cette impasse, il faut et il suffit de considérer l'activité de conscience pour ce qu'elle est : non pas encore une fois comme une fonction pure et simple, mais comme une structure hiérarchisée qui, si elle peut s'effondrer, peut aussi se déstructurer à des niveaux intermédiaires de déstructuration, lesquels représentent encore des structurations de l'acte essentiel de la conscience qui est d'organiser l'expérience du vécu. Les relations de la conscience et de l'inconscient se présentent alors dans cette perspective sous leur véritable aspect, non pas comme deux formes d'existence qui s'excluent l'une et l'autre, mais comme deux forces antagonistes qui s'équilibrent à chaque moment.

Voyons donc ce qui représente à cet égard la chute verticale de la « conscience » quand elle tombe dans son « état d'inconscience » le plus typique, le sommeil. Le rêve est le vécu de cet état de déstructuration de la conscience, mais il est bien évident que ce vécu est corrélatif de la désorganisation de l'activité de conscience. C'est un vécu qui se présente dans l'instantanéité et sans mondanité, c'est un imaginaire qui se pose sans poser de question. Sous-jacent à la structure même de l'objectivité il se déroule en flux d'images dont le vécu se tient lieu, pour lui-même, d'objectivité, étant pris dans la fascination d'une conscience réduite à un espace sans dimensions et à une temporalité si instantanée qu'elle est proprement intemporelle. L'indifférence du rêve aux principes de la réalité est l'expression même de l'impuissance de la conscience du rêveur à assurer sa fonction de conscience. Et si le rêve n'est pas aussi radicalement dépourvu des dimensions de l'objectivité et admet un enchaînement, n'oublions pas que ce n'est que par le récit du rêveur que nous le saisissons comme lui-même, c'est-à-dire que le rêve n'est accessible à la conscience du rêveur et à la nôtre que lorsqu'il n'est plus ce pur vécu d'images, soit qu'il ait été vécu dans une déstructuration de la conscience moindre, soit que pour survivre il soit revécu dans le récit de son « élaboration secondaire ». Nous ne pouvons donc jamais dire que le rêve soit de l'inconscient pur, mais plutôt qu'il est une certaine forme du vécu dans le chaos d'une conscience désorganisée.

Mais les « images » du rêve, ce flux d'imaginaire qui se présente sans mondanité, elles sont, nous dit FREUD, l'expression de l'inconscient. Dans la mesure même où l'expérience onirique est un vécu qui implique encore la conscience, si faible et désordonnée qu'elle soit, les images du rêve ne sont pas que du « pur inconscient » et c'est précisément pourquoi, dit FREUD, les images du rêve ne sont que des *symboles* de ce qui est dans l'inconscient du rêveur. Autrement dit, à ce niveau même, ce qui est vécu c'est un conflit entre les pulsions et leur représentation figurée dans la conscience. Celle-ci étant toujours et nécessairement un ordre selon lequel doit se présenter le vécu sous toutes ses formes, même les plus inférieures, ordre que l'imaginaire onirique ne

...Les relations de la conscience et de l'inconscient se présentent alors sous leur véritable aspect [...], mais comme deux forces antagonistes qui s'équilibrent à chaque moment...

peut transgresser complètement. Cependant, dans la mesure même où la conscience du sommeil ne dispose plus de « toutes ses facultés », le rêve est bien, comme le dit FREUD, cette forme du vécu qui est le plus près possible de l'inconscient pur. Tout cela est parfaitement clair et évident, mais à la condition, on en conviendra, de voir dans la décomposition de la conscience la condition même de l'actualisation de l'inconscient ainsi que nous l'avons précédemment établi ¹.

Qu'est-ce que cet inconscient qui dans le rêve même est symbolisé par des images ? C'est ce qui s'est opposé déjà à la première ébauche de conscience, c'est-à-dire à l'ouverture au monde chez l'enfant, toutes les forces qui le poussaient à ne tenir compte que de son désir, à ne vivre que dans la satisfaction de ses pulsions. Or, un être qui ne trouverait entre son désir et sa réalisation aucun obstacle ne rencontrerait rien ni personne dans le monde ; enfermé dans l'ipséité d'une incorporation, d'une digestion totale de l'objet de son désir il serait inconscient de son désir lui-même. Inconscience surgit donc du conflit qui oppose le désir à sa satisfaction, qui sépare le désir de son objet et fonde le monde des objets comme le milieu de la problématique de ses rapports avec le monde extérieur. Mais quelle que soit l'organisation ultérieure de la conscience en structures toujours plus différenciées, elle ne pourra jamais cesser le combat qui est sa raison d'être. *L'inconscience est une anti-conscience* dans la mesure même où la conscience est un ordre qui impose la loi de son organisation aux forces de l'inconscience. Que celle-ci soit l'activité de la perception confuse ou négligée, la force de l'habitude ou les besoins pulsionnels, elle ne cesse d'être un pôle antagoniste du pôle de la conscience dans la structure de l'être. Que je lise un mot pour un autre, que cet hémianopsique « hallucine » dans son hémichamp aveugle ses perceptions inconscientes, que le rêve utilise les résidus diurnes des perceptions inconscientes pour symboliser des désirs « sous-jacents », que « machinalement » je suive un chemin familier, que je haïsse « au fond » ce que j'aime ou que j'aie « sans m'en apercevoir » le désir de me punir, c'est toujours sous force d'automatisme que l'inconscient s'oppose à la conscience. C'est en effet comme « automatisme » que doit se définir cette activité inconsciente dans la mesure même où la conscience est une forme d'organisation qui requiert l'intégration et le contrôle de ses infrastructures dans la structure de son champ. Mais, dira-t-on, comment peut-on considérer comme également « automatique » le geste habituel et cette profonde pulsion libidinale de l'être qui le porte malgré lui à être jaloux ou à désirer sa propre mort ? De tels sentiments inconscients ne sont-ils pas le contraire même des sentiments machinaux ou, plus sûrement encore, n'y a-t-il pas une « *contradictio in adjecto* » dans l'expression même de « sentiments machinaux » ? Certes, mais l'automatisme d'un organisme n'est justement pas celui

...la conscience est un ordre qui impose la loi de son organisation aux forces de l'inconscience...

1. Cf. p. 672.

d'une machine. Et rien dans cet organisme pour si « machinal » qu'il nous arrive de le désigner n'est purement mécanique. L'automatisme dont il s'agit c'est celui du corps *organisé* relativement aux structures de comportement en voie de *réorganisation* dans la nouveauté et la fraîcheur de ce renouvellement qu'est pour nous chaque moment de l'existence. A cet égard, ces sentiments si forts mais aussi si stéréotypés qui sont là comme des inclusions anachroniques d'un événement qui s'est figé ou ces systèmes rigides de tendances, peuvent bien être considérés comme les ressorts de la marionnette qui chez chacun de nous effectivement est là comme le résidu empirique, le modèle postural existentiel de nos automatismes instinctuels. Ce qui est au fond du rêve c'est donc l'automatisme de ce que FREUD appelle (justement) le Ça et aussi ce qu'il appelle le Moi inconscient (avec ses nostalgies oubliées) ou le Sur-Moi (avec ses injonctions implacables). Car est *ça* tout *ce* qui n'est pas moi, est malgré moi, est en conflit avec cette structure propre de mon organisation psychique qui est ma faculté de vivre selon l'ordre qui est la loi même de ma conscience.

...Car est ça tout ce qui n'est pas moi, est malgré moi, est en conflit avec cette structure propre de mon organisation psychique...

La conscience du rêve est donc tout à la fois caractérisée par la forme de sa profonde régression et par l'émancipation des automatismes inconscients : le vide du champ désorganisé de la conscience n'admet plus que des explosions d'images. Autrement dit, l'automatisme gagne ce que la conscience perd dans le déséquilibre de ces forces antagonistes ¹.

– Si nous nous plaçons maintenant et une fois encore à l'autre extrémité du mouvement de la conscience au niveau de la conscience claire et distincte et vigile, il n'est pas difficile d'y mettre en évidence une configuration structurale exactement et systématiquement inverse. Là encore nous retrouverons naturellement le problème de l'inconscient et il s'impose à nous avec une telle force que nous ne nous en prenons plus ici à FREUD mais à ses détracteurs. Que dans l'exercice plein de la conscience on se figure l'être conscient comme entièrement transparent « sans rien dans les mains, ni dans les poches » comme si toute vie psychique était liée dans un système de relations toutes explicitées et actualisées, et sans qu'il soit nécessaire (autrement qu'en recourant à un mythe), de se demander ce qu'il y a dessous ... « car il n'y a rien », etc., cette position est celle de clans philosophiques assez divers pour que nous leur accordions une particulière attention. Elle ne laisse pas d'ailleurs d'être déconcertante, pour nous qui avons noté les progrès de la structuration de la conscience. Car nous ne pouvons pas oublier la dynamique propre de son mouvement d'organisation du vécu quand, à chaque niveau structural, nous avons saisi chez l'enfant que la conscience n'assurait

1. C'est à dessein que nous revenons ici à notre première Étude sur l'automatisme (*Hallucinations et Délire*, Paris, 1934) et à ce point où JANET et JACKSON sans s'opposer radicalement à FREUD le complètent et, peut-on dire, le corrigent. C'est à la convergence de leurs perspectives que nous avons toujours entendu nous placer. Et ceci en était le point de départ.

son progrès qu'en accédant à la dialectique d'un problème existentiel (celui du désir et de l'objet, celui du subjectif et de l'objectif, celui de la construction du présent). De telle sorte qu'il est impossible de ne pas voir qu'à chaque moment de l'existence de sa « conscience malheureuse » parce que profondément déchirée, l'homme est partagé et que même à ce niveau d'intégration de la conscience celle-ci ne parvient à se constituer en conscience convenablement dirigée, et heureusement temporalisée dans le présent, qu'au prix d'un effort qui pour être quotidien n'en est pas moins imperceptible tant qu'il dure. On appellera comme on voudra ce partage de l'être, mais il revient toujours à l'antagonisme du conscient et de l'inconscience automatique (en donnant à ce terme un sens qui exclut toute interprétation mécaniciste). Nous avons vu, en effet, à propos des niveaux inférieurs (celui de l'inconscience du rêve) que leur « inconscience » suppose encore une forme d'organisation de la conscience. Et de même la plénitude de la conscience implique encore et nécessairement une inconscience sous-jacente.

...la plénitude de la conscience implique encore et nécessairement une inconscience sous-jacente...

Ainsi, après avoir si rapidement examiné ce problème fondamental tiré de la considération de l'opposition sommeil-veille, pourrons-nous en tirer cette conclusion qu'ils ne s'opposent pas comme si d'un côté il y avait la conscience et de l'autre l'inconscience, car à ces deux niveaux extrêmes (comme aux niveaux intermédiaires ainsi que nous allons l'envisager), la situation de la conscience suppose nécessairement qu'elle est un *ordre* par rapport à ce *désordre* que l'inconscient automatiquement ne cesse de lui proposer sinon de lui imposer.

Mais ce retour à la notion d'automatisme à propos de la notion d'inconscient nous permet de mieux apprécier ce qu'est à son tour l'automatisme, ce « quelque-chose-qui-se-meut-tout-seul » par l'effet d'un ressort interne, ce « mécanisme » qui une fois réglé et monté est comme retranché du monde extérieur (ou comme les « robots » entièrement soustraits aux événements autres que ceux qui entrent dans la probabilité de l'action pour lesquels ils ont été construits) et tend à se détendre sous forme de systèmes affectifs ou idéomoteurs fixes. A cet égard l'inconscient affectif de FREUD représente très exactement cette nécessité interne et, pour si dynamique et spontané qu'il soit, il n'en demeure pas moins comme une force d'inertie du système psychique. Car celui-ci dans son entier n'est pas réductible à ce ressort monté auquel il oppose sa propre force. L'inconscient n'est pas la force vive de l'être ¹, il figure son entropie. Il est comme la tendance à la mort contre quoi se constitue et dure, selon le mot de BICHAT, la vie.

...La notion d'automatisme et la notion d'inconscient...

...L'inconscient n'est pas la force vive de l'être, il figure son entropie. Il est comme la tendance à la mort...

Pour comprendre les rapports de la « conscience » et de l'inconscient, il ne faut pas couper le champ de la conscience ou l'ensemble de la vie psychique en deux parties appelées, l'une conscience, et l'autre inconscient. A cette juxtaposition, il faut substituer la subordination de l'inconscient à la conscience. D'ailleurs, le choix de ces deux

1. Formule exactement inverse de celle de NACHT.

...le substantif conscience a le sens d'une action [...] du sujet, tandis que l'épithète inconscient [...] garde comme l'empreinte d'une qualité prédicative...

termes est assez significatif : on parle plus de « conscience » que de « conscient » et plus d' « inconscient » que d' « inconscience ». C'est que le substantif conscience a le sens d'une action (tout à la fois transitive et passive) du sujet, tandis que l'épithète inconscient (même quand il est substantivé) garde comme l'empreinte d'une qualité prédicative. La conscience au fond enveloppe l'inconscient qu'elle contient. De telle sorte que, lorsque l'inconscient s'actualise, tend à passer à l'acte, ce n'est jamais que par l'effet d'une décomposition de la conscience qui comme lorsqu'elle s'endort « libère » l'automatisme et vit les fantasmes de l'inconscient.

Cet inconscient inséparable de l'activité même de la conscience, cet « automatisme » que nous portons en nous (qu'il soit celui des petites perceptions de LEIBNIZ, celui de l'habitude ou celui des tendances pulsionnelles) entre nécessairement dans tous les actes de conscience dont *aucun ne peut s'opérer sans s'opposer à l'inconscient*. Mémoire, association d'idées, instincts, quelle que soit la modalité de ce qui reste obscur en moi et agissant en moi, cette sphère de l'inconscient représente dans sa généralité le monde intérieur des « images ». « Image » c'est le terme qui désignait les « traces » de la mémoire, les « engrammes » des signes verbaux à la fin du siècle dernier. « Image » c'est l'expression qui vient à l'esprit des psychanalystes quand ils veulent concentrer en une forme à la fois symbolique et concrète les grandes « scènes » ou les grands drames de la vie affective ramenés à quelqu'une des figures fondamentales de l'inépuisable tragédie humaine. C'est en effet comme noyau d'imaginaire, comme monde des fantasmes que doit être considéré l'inconscient, c'est-à-dire comme cette force d'attraction qui en la violentant confère à la conscience son prix. Cette « dynamique » des rapports de la conscience et de l'inconscient se retrouve dans tous les niveaux intermédiaires qui s'intercalent entre la pleine conscience et le sommeil. Mais que sont ces degrés, que sont ces niveaux intermédiaires de la déstructuration de la conscience ? Chez l'homme normal, nous l'avons vu, ils ne se manifestent pour ainsi dire pas : il s'endort comme une masse et s'éveille d'un seul coup. Sans doute est-il possible exceptionnellement de trouver des cas où la dissolution hypnique se décontracte au niveau de la conscience hypnagogique hallucinatoire ou s'étale, au réveil, sous forme d'expériences angoissantes de la désorientation et de l'étrangeté, mais il s'agit là de faits dont l'exceptionnelle rareté, sans exclure leur importance cruciale, suffit à démontrer qu'ils ne sont pas la règle. D'autre part, ce n'est certes pas dans les « variations » de la conscience impliquées dans l'exercice normal de son activité (comme nous l'avons vu) qu'il faut chercher le modèle de sa déstructuration. Reste alors qu'ils soient là où nous les avons étudiés dans cet ouvrage, c'est-à-dire qu'ils représentent les formes essentiellement pathologiques de la déstructuration de la conscience. Et c'est en effet en tant que les « crises » que nous avons étudiées ne sont ni réductibles aux variations de niveau de conscience ni au sommeil complet, qu'elles se donnent pour ce

qu'elles sont, des bouleversements structuraux de cette activité de conscience qui, loin d'être une fonction pure et simple, s'est sans cesse présentée à nous comme une hiérarchie décomposable de structures. Certes, la solidité de la conscience normale qui ne modifie sa structure que pour tomber dans l'infraconscience du sommeil cache cet ordre composé de son organisation. Mais il se retrouve quand précisément la conscience cesse de « pouvoir varier » ou de « pouvoir seulement tomber dans le sommeil » quand, pathologique, elle étale devant nos yeux en même temps que la réalité des niveaux de déstructuration, celle de la stratification dynamique de son activité. C'est alors qu'apparaissent l'osmose de réel et d'imaginaire, le télescopage de la structure temporelle qui dérègle l'équilibre réciproque des souvenirs et des perceptions, des images et des objets, et l'expérience immédiate et actuelle du vécu.

III. DÉFINITION DE LA CONSCIENCE

Nous avons tout au long de cet ouvrage donné des formules, des définitions ou des analyses variées de la conscience. Soucieux d'en délimiter autant que possible le domaine, évitant de leur donner le sens trop large de « Pensée » en général ou de « conscience de soi », désireux aussi de ne la point condamner à n'être qu'une « fonction de vigilance pure et simple », et par dessus tout attentif à la saisir au travers de la réalité clinique des trois plans structuraux des « psychoses aiguës » qui étalent à nos yeux sa structure normalement contractée, nous avons, à propos de chacune des infinies variations de la conscience normale ou pathologique, tenté de faire jaillir de ses innombrables aspects, sa réalité la plus naturelle et la plus consistante. Nous avons ainsi parlé d'organisation de l'expérience actuellement vécue, de constitution du présent, de temporalisation et de direction du champ phénoménal, de l'ordre des espaces vécus, de l'orientation temporo-spatiale, d'ouverture et de présence au monde, etc. Toutes ces définitions gravitent autour de deux intuitions fondamentales : 1° la conscience apparaît comme essentiellement structurante et structurée, comme une forme qui se conforme à un ordre – 2° la conscience apparaît aussi comme une immédiate expérience constituante et constituée de sensible. De telle sorte que la coupe de la vie psychique pour passer au niveau privilégié de l'activité de conscience ne doit passer ni trop haut (ordre moral et rationnel, « conscience » de la personne) ni trop bas (comportement automatique d'adaptation) ; elle doit intéresser cette région de l'être qui est celle de *l'ordre de l'expérience sensible*. La conscience est la structure même de la représentation à l'intersection du temps et de l'espace vécu. Autrement dit encore, elle se constitue nécessairement en « *champ* » pour autant qu'elle est un ordre de simultanéité vécue comme un moment de la durée. C'est en quoi la structure de conscience

...La conscience est la structure même de la représentation à l'intersection du temps et de l'espace vécu...

nous renvoie constamment à celle d'une « scène » où se déroule « dans l'espace d'un moment » l'actualité d'une situation.

Mais ce champ n'est pas comme une figure plane et statique, il a une structure dynamique dans ce sens qu'il implique une organisation dont nous venons précisément de voir qu'elle suppose des phases successives d'évolution et des infrastructures. Le champ de la conscience n'est en effet possible et ne se constitue comme tel qu'à la condition préalable de *s'ouvrir au monde*, d'être présent au monde et de le demeurer. Cette condition des « yeux ouverts », du « regard » de la conscience, de sa position face au monde, de son orientation temporo-spatiale, constitue l'assise fondamentale de la conscience qui ne se réduit pas pour autant à cette couche primordiale de sa constitution. – Le champ de la conscience exige d'être un ordre des espaces vécus, c'est-à-dire d'être composé des lieux hétérogènes où se distribue la totalité du vécu en parties subjectives et objectives. Cette infrastructure de conscience est la base existentielle des expériences « éidétiques », des « représentations », c'est-à-dire des images dont la présentation pose le problème de leur distribution dans les catégories de l'espace ; tout ce qui est vécu passant nécessairement par cette exigence pour entrer dans l'ordre du champ phénoménal de la conscience – Le champ de la conscience enfin est orienté et dirigé dans le *sens* de la situation présente, c'est-à-dire qu'il est pris dans un présent où s'équilibrent les forces d'expressivité et de précipitation, de désir de l'être et les forces de rétraction, de pondération et de refus de l'être. C'est en quoi cette modalité structurée de conscience implique ce que l'on appelle l'équilibre de l'humeur et que nous avons décrit comme structure « temporelle éthique » de la conscience, car à ce niveau le champ de la conscience est animé par les aspirations de l'être à aller au-delà et en-deçà des exigences du temps présent.

Présence, représentation et présent, tels sont en effet les trois aspects fondamentaux et amalgamés dans la notion de « conscience ». C'est pourquoi nous pouvons définir la conscience comme la *forme de la vie psychique qui organise le vécu actuel en champ du présent représenté*. Cette « forme » est, comme celle du corps lui-même, siège et agent des expériences fondamentales de notre existence. Nous pouvons même dire que la conscience est au temps ce que le corps est à l'espace : *le substratum de notre expérience sensible*.

Si nous ajoutons enfin que le champ de la conscience étant un ordre actuel, exige une force, un pouvoir d'actualisation qui fait passer à l'acte les seules virtualités et puissances nécessaires à son ordre, nous disons du même coup que la conscience ne se conçoit que comme un des pôles de l'activité psychique, qu'elle est *l'ordre qui s'impose au désordre inconscient*. Le « présent » suppose nécessairement, en effet, l'« absent », le conscient implique l'inconscient et non point comme un pur néant mais comme cette négation qui entre, nous disent les philosophes depuis HEGEL jusqu'à

SARTRE, dans la plus profonde structure de l'« être pour soi », de « l'homme ». Et par là, nous pouvons dire que notre définition de la conscience se situe à la convergence et à la synthèse du point de vue clinique, psychologique et philosophique auxquels nous avons essayé de nous placer et de nous tenir au cours de cet ouvrage.

IV. LA « PLACE » DE LA CONSCIENCE DANS LA VIE PSYCHIQUE

(TRANSCENDANCE ET IMMANENCE DE LA CONSCIENCE).

Le problème qui ne cesse de hanter tous les esprits – et ils sont tous «philosophiques» quand ils abordent, fût-ce pour l'écartier, ce problème – occupés à penser la conscience, est celui de l'« immanence » ou de la « transcendance » de l'activité de conscience. Par un effet naturel de l'objet même de la réflexion qui se surprend elle-même à être consciente de sa propre réflexion, on a tendance à « développer » la conscience jusqu'à la faire coïncider avec le mouvement même de la pensée discursive. Sans doute aucun problème ne peut être résolu, et surtout quand il est difficile, s'il n'est engagé dans l'effort d'une conscience qui déroule, dans le champ de son action et avec ses schémas, les péripéties de la recherche de la vérité. Mais la conscience en tant qu'organisation du vécu actuel qui le saisit dans sa *présentation* qui prescrit *l'ordre du subjectif et de l'objectif de sa représentation* et la temporalise dans le *présent*, n'est pas toujours et nécessairement cette forme maxima de la pensée réfléchie. De telle sorte que l'on hésite à la prendre pour l'acte intellectuel pur, tout en découvrant dans sa structure même une essentielle « réflexion » qui contraint à discerner dans son mouvement comme une déhiscence de l'être par rapport à lui-même. Ni purement transcendantale ni purement immanente, elle est précisément cette « région » de l'être qui en constituant la forme même de l'actualité du vécu y introduit déjà assez de liberté pour qu'elle ne puisse pas être automatiquement déterminée dans le choix de son actualisation, – mais qui reste encore assez soudée au flux incoercible de son vécu pour qu'elle le vive, le sente et l'éprouve dans une « *expérience* » dont elle reste le « *sujet*¹ ». Telle est l'ambiguïté de la conscience de ce *noeud psycho-vital* de l'être. Il faut bien que nous en prenions acte sans trop nous faire illusion sur un savoir qui, somme toute, ne dépasse pas beaucoup les intuitions les plus naïves, celles de tous les hommes qui se sen-

...Ni purement transcendantale ni purement immanente...

1. Dans le chapitre que MERLEAU-PONTY consacre au champ phénoménal (*Phénoménologie de la perception*, pp. 64 à 77), après avoir critiqué les préjugés empiristes et intuitionnistes, il conclut à la nécessité de transformer la notion même de l'immédiat. Est désormais immédiat non plus l'impression, l'objet qui ne fait qu'un avec le sujet mais le sens, la structure, l'arrangement spontané des parties. Sans doute à ses yeux cette spontanéité, cette « facticité de l'irréfléchi » n'exclut pas le caractère transcendantal du champ phénoménal (p. 74), mais elle ne s'accommode pas non plus de « l'erreur des philosophies réflexives » (p. 76).

tent conscients de ce qui leur arrive, c'est-à-dire qui prennent conscience d'eux-mêmes et de *ce* qui se passe en eux.

Mais pour nous, il nous suffit d'avoir situé l'activité de conscience au cœur même de l'être, ni à son sommet, ni à sa base, mais au centre même de la vie psychique. Nous allons maintenant nous hasarder à nous demander comment elle peut se « situer » dans la labyrinthique et encore si mystérieuse réalité du cerveau.

...ni à son sommet, ni à sa base, mais au centre même de la vie psychique...

V. LA STRUCTURE DE LA CONSCIENCE ET LA STRUCTURE DU CERVEAU

Sans doute n'échapperons-nous pas, en poursuivant maintenant nos réflexions sur le problème anatomo-pathologique, au danger de cet « exercice périlleux » qui consiste à passer du physique au psychique, à un moment donné, à l'aide d'une métaphore... Il nous semble pourtant que nous nous sommes jusqu'ici préparés à ce « virage ». Notamment, en précisant que l'activité de conscience considérée comme la base de l'expérience actuellement vécue est la « région de l'être » (l'anima sensitiva, le sensus communis) où s'effectue l'enracinement de l'esprit dans le corps, « là-où » ce que je pense et ce que je suis « là maintenant » est le vécu de mon corps comme centre de mon « sentir », comme « lieu » vital de l'intersection de mon espace et de mon temps présents.

...ce que je pense et ce que je suis « là maintenant » est le vécu de mon corps comme centre de mon « sentir »...

Un fait domine toute la physiologie nerveuse de l'activité de conscience, c'est que pour si vagues ou protéiformes que soient les définitions que chacun donne de la conscience et quels que soient les rapports admis entre conscience et psychisme, un organisme paraît être – ou est – d'autant plus « conscient » que son cerveau est plus développé.

...un organisme paraît être – ou est – d'autant plus « conscient » que son cerveau est plus développé...

Chacun sait que c'est avec le développement de l'écorce cérébrale que se mesure pour ainsi dire la « conscience » des organismes des diverses espèces¹. Chez le poisson la première ébauche du cortex apparaît au niveau des bulbes olfactifs et cette première ébauche se développe encore chez les sélaciens, les téléostéens et les ganoïdes. Chez les amphibiens, l'archipallium est nettement différencié et chez les reptiles le rhinencéphale s'augmente de l'hippocampe. C'est avec les oiseaux que le manteau cérébral apparaît avec le néopallium. Et dans la série phylogénétique des mammifères on

1. Depuis L. EDINGER (cf. ses fameuses *Leçon* sur l'édification de l'organe central nerveux de l'homme et des animaux (5^e édition, Leipzig, 1911, 530 pp.), jusqu'à G. E. COGHILL (*Anatomy and the problem of behaviour*; 1929, Cambridge Univ.Press—et *The Neuro, embryologic study of Behaviour Principales Perspectiv and Aim, Science*, 1933,78,131,138) et W. E. LE GROS CLARK (série d'articles de morphogénèse et de physiologie dans le *Journal Anat. Lond.*, le *Brain*, les *Proced. Royal. Soc.*, etc. depuis 1934), on n'a cessé de broder et de discuter sur ce thème.

observe une télencéphalisation (la « cérébration progressive » de VON ECONOMO) croissante. Mais ce n'est pas seulement la masse du néocortex qui s'accroît, c'est aussi sa structure qui se transforme et tandis que les mammifères inférieurs ont un cerveau lisse, avec les carnivores apparaît la gyrencéphalie. Tel est le schéma classique auquel il est impossible de ne pas se référer. Sans doute « l'intelligence » animale des espèces invertébrées, et notamment des insectes, oppose-t-elle à ce schéma quelques difficultés, mais dans l'ensemble c'est lui qui est pris par tous les auteurs comme la base empirique la plus certaine des rapports phylogénétiques entre le cerveau et le psychisme avec lequel est plus ou moins confondue la « conscience » en tant qu'intelligence ou comportement adapté.

Mais d'autre part l'attention a toujours été sollicitée du côté des masses grises sous-corticales. Et chose curieuse et peut-être pas assez remarquée, les physiologistes, médecins et philosophes ¹ ont perpétuellement oscillé entre la localisation corticale et sous-corticale de la conscience du « *sensorium commune* », et cela depuis que DESCARTES avait attribué à la glande pinéale le siège des esprits animaux ou que SÖMMERING eut fait du liquide céphalo-rachidien la substance de l'âme ². Plus tard tandis que GALL et SPURZHEIM ³ assignaient à l'écorce cérébrale le siège des plus hautes fonctions psychiques, CUVIER ⁴ écrivait dans la fameuse critique de la phrénologie : « Aussi longtemps que l'on ignorera la nature des fonctions de la glande pituitaire, de l'infundibulum, des éminences mamillaires, de la glande pinéale et de ses pédoncules, etc., il faudra craindre que ce système quelconque sur les fonctions du cerveau ne soit très incomplet puisqu'il n'embrassera point ces parties si nombreuses, si considérables et si intimement liées à l'ensemble de ce noble viscère. » Ainsi donc cet antagonisme entre l'importance fonctionnelle de l'écorce et celle des formations sous-corticales avant de prendre le caractère aigu que nous lui connaissons aujourd'hui, n'a cessé d'être plus ou moins latent tout au long de l'histoire des idées sur la localisation de la conscience. Nous devons rappeler à ce sujet que P. FLECHSIG, qui par sa méthode myélogénétique avait mis en évidence l'étendue et l'importance des « aires associatives » du cortex, pensait que la « *formatio reticularis* » jouait un rôle dans la conscience.

...ce n'est pas seulement la masse du néocortex qui s'accroît, c'est aussi sa structure qui se transforme...

...Mais d'autre part l'attention a toujours été sollicitée du côté des masses grises sous-corticales...

1. On trouvera dans le célèbre ouvrage de SOURY J., *Le système nerveux central* (1899, Paris, Éd. Carré et Naud, deux volumes, 1863 pages) et notamment pp. 360 à 537, une très intéressante étude du développement des idées et des doctrines à ce sujet depuis l'antiquité jusqu'à BROCA et FLOURENS.

2. SÖMMERING, *Ueber der Organe der Seele*, Königsberg, 1796. KANT (*Zur Sömmerings über der Organe der Seele*, 1796) lui fit remarquer que sans organisation aucune matière ne peut servir d'organe immédiat à l'âme, pensée profonde dont nous apprécierons la justesse lorsqu'en fin de cette étude nous dirons que si le « vieux cerveau » est cette partie du cerveau qui apparaît organiser l'expérience vécue, il représente lui-même en effet une organisation.

3. GALL et SPURZHEIM, [NdE : *Recherches sur le système nerveux et sur celui du cerveau en particulier*; Paris : F. Schoell & H. Nicolle, 1808.]

4. Rapport de CUVIER au nom d'une commission composée de TENON, PORTAL, PINEL, etc. présenté à la *Classe des sciences mathématiques et physiques de l'Institut* le 15 avril 1808.

« L'être sans nom, écrit à ce sujet ¹ SOURY, qui réagit obscurément sous la poussée des tendances et des instincts organisés de l'espèce, » est une première fois représenté dans tout ce grand centre nerveux formé d'amas de neurones qui s'étend de la moelle à la couche optique. C'est là dans ces régions inférieures que pour la première fois avant de se représenter dans l'écorce, l'individu se connaît vaguement, souffre, crie, etc. De ce monde inconnu et à jamais connaissable pour toute conscience télencéphalique les excitations retentissent... et déterminent des réactions motrices appropriées ».

De telle sorte que les opinions, se divisant actuellement sur le rôle respectif de l'écorce et du diencéphale dans l'activité de conscience, reprennent en termes nouveaux (et aussi, il convient de souligner, sur une base expérimentale et clinique plus large) une vieille discussion.

LA « CONSCIENCE » ET LE CORTEX CÉRÉBRAL.

L'idée de localiser dans la sphère « la plus élevée » du cerveau le psychisme supérieur a naturellement paru si évidente que l'on ne s'est guère donné la peine de préciser ce qu'il fallait entendre par « psychisme supérieur » et par « cerveau supérieur ». C'est bien sans doute ce qui dans le psychisme ou dans le cerveau est « au-dessus » des parties ou des fonctions. Mais ce « dessus » impliquant naturellement une hiérarchie se trouve être une notion très vague pour les conceptions qui ne voient dans le centre supérieur qu'un « centre d'association » – pour ceux qui se représentent les stimuli et les réponses comme un enchevêtrement de comportements ou de réflexes conditionnés – pour ceux qui envisagent l'organisme comme une totalité dont on ne saurait distinguer les parties que par artifice d'analyse. Ne nous étonnons donc pas que cette idée de localiser le « psychisme supérieur » dans l'écorce cérébrale se présente dans la plupart des travaux comme un schéma simplifié plutôt que comme théorie cohérente du fonctionnement du système nerveux relativement à la structure de la vie psychique. Quoi qu'il en soit, le cortex est bien en effet généralement considéré comme le « siège de l'activité psychique supérieure ». D'autre part, tout en répugnant à cette notion (ou ce qui revient au même en la taxant de vague ou de métaphysique), c'est avec la « conscience » que sont purement et simplement confondues l'activité psychique et l'activité des neurones corticaux. Puis sous le couvert de penser « objectivement » et « rationnellement » la conscience comme un comportement, on la dégrade jusqu'à ne plus lui concéder d'être qu'une forme de pensée à peine supérieure à celle du chat

1. Cf. SOURY, pp. 777-778 (passage intitulé « *Thalamencéphale* »). Il est difficile de préciser dans ces pages ce qui revient exactement à l'ouvrage de P. FLECHSIG (*Gehirn und Seele*, 1896, ouvrage que nous n'avons pas pu consulter) ou aux commentaires personnels de l'auteur, mais quoi qu'il en soit, cela nous suffit pour nous montrer que l'on ne pensait pas très différemment à la fin du XIX^e siècle que KLEIST OU MAGOUN de nos jours.

...cette idée de localiser le « psychisme supérieur » dans l'écorce cérébrale se présente dans la plupart des travaux comme un schéma simplifié...

échaudé qui craint l'eau froide ou celle du chien qui reconnaît son maître.

Examinons donc les faits cliniques ou expérimentaux qui doivent, semble-t-il, nous permettre de nous faire une idée sur les relations du « psychisme supérieur » (à quoi est vaguement assimilée la « conscience ») avec l'écorce. Il s'agit de faits si connus et même rabâchés que nous allons les rappeler très succinctement.

Un anencéphale peut présenter des comportements sensori-moteurs sommaires, mais qui représentent parfois un certain degré d'adaptation. Le cas de PUECH, GUILLY, FISHGOLD et G. BOUNES ¹ est à cet égard bien intéressant puisqu'il montre comment une ébauche d'adaptation peut s'opérer chez ces êtres acérébrés. De même les « singes décortiqués » de CAIRNS, KARPLUS et KREIDL. Mais naturellement, leurs réponses à des stimuli, même quand elles sont adaptées, n'entrent dans la définition de la conscience ou de l'intelligence que sous forme de « rudiments » de conscience, autrement dit, ces conduites, comportements ou « Gestalten » sont infra-conscients ou subconscients dans la mesure même où ils sont « automatiques ». D'où cette idée que dans les cas pathologiques où l'écorce ne s'est pas développée ou dans les « préparations » expérimentales de décortication, le comportement ne peut accéder à la forme supérieure d'un « être conscient » ou, comme on le dit plus souvent, d'un être intelligent. Les choses ne sont pas cependant si simples.

Tout d'abord voyons ce que nous enseignent les cas d'hémisphérectomie. ROWE ² a pu observer le cas d'une ménagère atteinte d'un astrocytome frontal qui après hémisphérectomie droite continuait après comme avant de vaquer à ses travaux d'intérieur et aidait ses enfants à faire leurs devoirs. Dans le cas d'O'BRIEN ³, le sujet après l'opération avait conservé une mémoire assez bonne et pouvait lire correctement, il était un peu apathique. Chez les singes hémisphérectomisés HARLOW ⁴ n'a pu mettre en évidence de différence aux tests d'apprentissage un an après l'opération. Et ALFORD esti-

...Examinons les faits cliniques ou expérimentaux qui doivent, nous permettre de nous faire une idée sur les relations du « psychisme supérieur » [...] avec l'écorce...

1. Il s'agissait dans ce cas (Un cas d'anencéphalie hydrocéphalique, Étude E. E. G., *Revue Neuro*, 1947) 79, 117, 124), d'une enfant qui est décédée seulement à cinq ans et demi. L'intervention chirurgicale permit de constater que dans la cavité crânienne d'apparence normale il n'y avait que trois fragments de substance cérébrale. L'enfant réagissait à un certain nombre de stimuli sensoriels, elle riait en voyant sa poupée, pleurait ou criait si on lui faisait manger quelque chose qu'elle n'aimait pas. D'après ses parents elle reconnaissait son entourage familial, elle riait envoyant sa mère et sa sœur alors que la présence d'étrangers la laissait indifférente. Elle avait un rythme nyctéméral normal et l'E. E. G. montrait en effet un tracé de veille et un tracé de sommeil. A l'état de veille on constatait périodiquement de longues bouffées sinusoïdales de 1,5 c/sec. Pendant le sommeil il n'y avait presque pas d'activité électrique.

2. S. N. ROWE, Mental changes following removal of right cerebral hemisphere for brain tumor, *Amer. J. Psych.*, 1937, 94, 605.

3. J. D. O'BRIEN, Removal of right cerebral hemisph., *J. Amer. Med. Assoc.*, 1936, 107, 657. Ce cas fait partie des 3 cas rapportés par L. T. KARNOSH et W. J. GARDNER, An evaluation of physical and mental capabilities following removal of right cerebral hemisphere, *Clavel Clin. Quart.*, 1941.

4. HARLOW (H. F.), *Biology of Mental Health*, 1952, chap. XVI, p. 245.

me que l'excision chirurgicale de la totalité de l'hémisphère droit jusqu'aux ganglions de la base produit un « minimum de perturbations psychiques ». Quant aux amputations cérébrales localisées à tel ou tel territoire fonctionnel cortical, nous allons voir qu'elles sont également déconcertantes. C'est de l'ancien territoire d'association *frontal* que depuis 50 ans on a fait le plus souvent le siège des « fonctions psychiques supérieures ¹ », et naturellement en s'abstenant généralement de prononcer le mot tabou de conscience on a ainsi attribué les fonctions de contrôle de la personnalité, l'attention, les instincts sociaux, etc. au lobe préfrontal ². RYLANDER a étudié 32 malades ayant subi une résection frontale, à l'aide de tests pratiqués avant et après l'opération, certains de ses patients ayant été suivis plusieurs années (5, 6 et 7 ans quelquefois). Il conclut de ses recherches que les formes les plus automatiques de l'intelligence demeuraient relativement intacts (attention, mémoire), tandis que les formes supérieures de raisonnement, la pensée symbolique et le jugement étaient détériorés. Par contre, un assez grand nombre de lobectomies unilatérales ont pu être pratiquées sans que les « fonctions psychiques » aient présenté un déficit notable ³. Notamment le malade dont l'observation a été rapportée par HEBB et qui fut opéré par PENFIELD, malgré une ablation massive du tissu frontal se montra dans la suite non seulement « non détérioré » mais amélioré dans ses « capacités intellectuelles », et six ans après son opération il put même être incorporé dans l'armée. On comprend que PENFIELD et RASMUSSEN ⁴ aient pu écrire à ce sujet : « L'excision d'une très large zone intéressant pratiquement tout le lobe frontal antérieur du gyrus précentral aboutit à une étonnante absence de déficit évident... Sans doute peut-il exister une certaine dégradation de la « planes initiative » mais il n'y a jamais, ajoutent-ils, de troubles de la conscience et le malade ne se rend pas compte qu'il est privé de cette zone qui distingue pourtant le plus son propre cerveau de celui du chimpanzé : il raisonne et réfléchit comme si de rien n'était ».

...un assez grand nombre de lobectomies unilatérales ont pu être pratiquées sans que les « fonctions psychiques » aient présenté un déficit notable...

1. On peut se reporter aux ouvrages déjà anciens de BLANCHI (*La mécanique du cerveau*, trad. fr., 1921, notamment pp. 396 à 438), de FEUCHTWANGER (*Die Funktionen des Stirnhirns*, Berlin, 1923).

2. G. RYLANDER, *Personality changes after the operation on the frontal lobes. A clinical study of 32 cases*, Monogr. 20, Acta psychiatrica, Copenhague, 1939, 327 pp. et sa seconde monographie dans la même collection (25, 1943, 81 pp.), intitulée *Personality changes after the excisions of cerebral tissue. A clinical study of 16 cases of resections in the parietal-temporal and occipital Lobes*.

3. B. STOCKEY, J. E. SCARFF et M. H. TEITELBAUM, Frontal lobectomy in treatment of brain tumor, *Amer. Surg.*, 1941, 113, 161, 162 (23 cas de lobectomies unilatérales sans syndrome déficitaire notable). I. LIDZ, A study of the effect of right frontal lobotomy on intelligence and tempérament, *J. Neuro Psych.*, 1939, 2, 211-222. W. PENFIELD, Human behavior after extensive bilatéral removal of the frontal lobes, *Archiv. Neuro Psych.*, 1943, 44, 421-438. D. O. HEBB, Man's frontal lobes a critical review, *Archiv. Neuro Psych.*, 1945, 54, 1, 10-24.

4. W. PENFIELD et RASMUSSEN, *The cerebral cortex of man*, 1950, Mc Millian, New York.

Chose plus surprenante encore, la lobectomie frontale bilatérale – dont il existe naturellement bien peu d'observations – provoque des troubles eux-mêmes inconstants et bien paradoxaux. Certes le déficit frontal sans être très accusé était très net dans la fameuse observation de BRICKNER ¹ (puérité, euphorie, labilité affective, méconnaissance de son état, perte de l'initiative, défaut d'attention, égoïsme, tendances animales) et c'est la pensée catégorielle qui paraissait la plus altérée. C'est à la même conclusion qu'aboutissent NICHOLS et HUNT ² à propos d'un cas où il n'existait cependant aucun déficit décelable par les tests. De même chez un garçon ayant subi une lobectomie bilatérale, MIXTER, TILLSTON et WIES ³ ont enregistré une baisse des capacités intellectuelles. Mais par contre, DAVID, MAHOUEAU, ETRADES et BRUN ⁴ ont opéré (successivement en novembre 1934 et en décembre 1934) une malade de 49 ans qui présentait un volumineux méningiome et qui redevint, dit son mari, « comme elle était autrefois avant de tomber malade » et ACKERLY ⁵ pense aussi que la mutilation frontale ne produit pas de troubles psychiques bien remarquables.

Nous ne pouvons que rappeler ici d'une très brève mention les discussions innombrables auxquelles les lobotomies frontales ont donné lieu ⁶. Le seul point sur lequel nous devons insister c'est qu'à ce propos on a un peu plus directement envisagé le problème physiopathologique de la conscience dans ses rapports avec le lobe frontal. C'est ainsi que FREEMANN et WATTS ⁷ ont avancé que la zone comprise entre la portion postérieure proprement motrice et le pôle antérieur (qui leur paraît être surtout en rapport avec les fonctions végétatives et viscérales), joue un rôle dans la « conscience supérieure »,

...Chose plus surprenante encore, la lobectomie frontale bilatérale [...] provoque des troubles eux-mêmes inconstants et bien paradoxaux...

1. R. M. BRICKNER, *Intellectual Fonction of the frontal lobe. A study of a man after partial bilateral frontal lobectomy*, 1936, Éd. Mac Millian Cy, New York et *Archiv. Neuro-Psych.*, 1939, 41, 580-583.

2. I. C. NICHOLS et J. M. HUNT, Case of partial bilateral frontal lobectomy and psycho-pathological study, *Amer. J. Psych.*, 1946, 96, 1063-1083.

3. W. J. MIXTER, M. J. TILLSTON et D. WIES, Reports of partial frontal lobectomy and performed on three patients : on chronic epileptic and two cases of agitated depression, *Psychosomatic Med.*, 1941, 3, 26-37.

4. M. DAVID, D. MAHOUEAU, C. ETRADES et M. BRUN, Volumineux méningiome olfactif enlevé en totalité en deux temps : frontal droit puis frontal gauche. Absence de troubles psychiques postopératoires malgré la résection des deux pôles frontaux, *Revue Neuro.*, 1935, I, 913-922.

5. ACKERLY (S.), Interreactive emotional and mental changes of following prefrontal lobe extirpation, *Amer. J. Psychiatry*, 1935, 92, 717, 720.

6. La plupart des faits en discussion posent un problème à peu près insoluble puisque 80 % des lobotomies sont faites à titre thérapeutique chez des malades présentant déjà des troubles mentaux si évolutifs qu'il est impossible, après l'opération, de dire ce qui revient au remède ou au mal... Pour notre part, comme nous avons observé après ce genre de traitement beaucoup plus d'amélioration que d'aggravation, nous continuons, quand cela nous paraît sage, de recourir à cette thérapeutique sans nous demander si ce résultat global favorable (quelquefois d'ailleurs lent et tardif) est dû aux bons effets du remède ou à la bénignité du mal.

7. W. FREEMANN et J. W. WATTS, Frontal lobes and consciousness of self, *Psychosom. Med.*, 1941, 3, 117-119. W. FREEMANN et J. W. WATTS, *Psychosurgery*, 1942, Springfield, III...

c'est-à-dire, précisent-ils, dans la conscience de soi en relation avec le milieu social (self-consciousness) et dans la conscience spontanée (spontual self-consciousness) pour autant que son activité créatrice et cognitive réprime les exigences fantasmiques.

Beaucoup de neuro-chirurgiens (notamment PENFIELD) ont remarqué que les lobotomies dont le plan de section était postérieur, c'est-à-dire passe plus exactement par la zone frontale supérieure intermédiaire (aire 8, partie postérieure de l'aire 9 et partie antérieure de l'aire 6) entraînaient davantage de « troubles de la conscience ». (Ce fait a été d'ailleurs contesté par LANDIS ¹). Il y a peut-être lieu de rapprocher ce fait de ce qui a été observé chez la malade opérée par DAVID ² pour une tumeur sous-frontale bilatérale et qui plus d'un mois après présenta un véritable état « confuso-onirique », remplaçant ou débordant les phénomènes hallucinosiques qu'elle avait présentés avant son opération.

Pour finir cet exposé sommaire des fonctions du lobe frontal dans leur rapport avec le problème de l'activité psychique (qui se confond plus ou moins avec celle de la conscience aux yeux des auteurs sans qu'ils précisent beaucoup leur point de vue), nous devons mentionner deux travaux importants. Tout d'abord celui de HALSTEAD ³. Il estime que les lésions frontales jouent un rôle dans les troubles des « fonctions » supérieures de conscience. Chez un malade ayant subi une lobectomie préfrontale il a constaté des troubles de la « vigilance » au sens de HEAD (nous nous sommes expliqués plus haut sur cette fameuse « vigilance au sens de HEAD » qui revient sous la plume d'un certain nombre d'auteurs et nous avons vu que la « vigilance » pour HEAD n'était pas la « conscience » puisqu'elle devait s'entendre du processus d'intégration à tous les niveaux de l'organisation). HALSTEAD a mis en évidence une altération perceptive, un trouble de la « gestaltisation » qui échapperait aux épreuves psychométriques. Cette activité de conscience ou plus exactement, dit-il, cette « intelligence biologique » relève de quatre facteurs : un facteur central d'intégration du nouveau dans l'ancien et dans le familier (fonction d'adaptation) – un facteur d'abstraction, de pensée proprement catégorielle – un facteur de puissance destiné à contrebalancer les forces affectives et à libérer les forces du moi – enfin, un facteur de direction qui oriente le champ. Nous rencontrons là pour la première fois dans un travail de clinique neurologique quelque chose qui ressemble à une analyse de l'activité de conscience, ou tout au moins à un de ses aspects ici trop purement et simplement confondu avec la

1. C. LANDIS, J. ZUBIN et F. A. METTLER, Functions of human frontal lobe, *J. Psychol.*, 1950, 30, 123, 138.

C. LANDIS, The frontal lobe and anguish, *J. Neur. and ment. Disease*, 1951, 115, 203-213.

2. DAVID (M.) et ASKENASY (H.), *Encéphale*, 1939, I, 34-41.

3. W. C. HALSTEAD, *Brain and Intelligence*, 1947, Univ. Chicago Press, 1947. Cf. aussi son travail Brain Injuries and the highest Levels of consciousness, *Res. publ. Ass. neur. ment. Disease*, 1945, 24, 480-506. (Cf. *Le cortex cérébral* de AJURIAGUERRA et HECAEN, I, 67).

pensée noétique. Quoi qu'il en soit de ces analyses, HALSTEAD est parvenu à la conclusion que dans les blessures, mutilations, tumeurs, etc. du lobe frontal, ce que nous appellerions pour notre compte le « schématisme » de la pensée (plutôt que l'activité de conscience) serait électivement altéré.

Un autre travail, celui-là d'équipe, doit être signalé. C'est celui qui, sous la direction de METTLER, a été conduit par le « Greystone Research Group ¹ » et qu'AZIMA considère comme « exhaustif ». Le matériel clinique est représenté par 24 cas pathologiques et 24 cas témoins, étudiés à l'aide du « Wechsler Bellevue » – du « Porteus » et du « continuous problems-task ». Les conclusions sont assez opposées à celles de HALSTEAD : l'ablation de n'importe quelle partie du lobe frontal n'influence guère les capacités intellectuelles catégorielles et conceptuelles. S'il y a quelques troubles après l'opération ils sont transitoires. Parmi ceux-ci (comme dit justement HALSTEAD), il y a les « troubles de la vigilance » au sens de HEAD), mais ici il s'agit de désigner par là les troubles que présentent ces malades somnolents et abouliques.

Comme on le voit, à moins de superposer la pathologie de la conscience et les symptômes proprement noétiques d'ailleurs assez discrets et inconstants, à moins d'exagérer les quelques états confusionnels transitoires que l'on observe, on peut dire que la pathologie du lobé préfrontal et la pathologie de la conscience ne paraissent pas affecter de rapports très étroits.

Les autres régions corticales fonctionnant, soit comme « analyseurs perceptifs », soit comme « centres du langage », apparaissent, à l'analyse anatomo-physio-clinique, constituer des « instruments » progressivement différenciés et dont le dispositif fonctionnel représente une condition nécessaire de l'activité psychique. Celle-ci a effectivement besoin pour toutes ses opérations de la totalité des afférences ou des efférences que la perception, la mémoire et le schématisme verbal leur fournissent pour faire face aux problèmes vitaux concrets, abstraits, présents ou à venir qui se posent. De telle sorte que pour la question qui nous occupe, la pathologie de ces « centres » n'intéresse pas la totalité de la conscience mais seulement quelques-unes de ses infrastructures. Ceci doit nous arrêter un instant au fameux problème de la « conscience du corps », du « schéma corporel » dans ses rapports avec l'écorce pariétale, dans ses rapports avec l'activité de conscience. Dans leur forme la plus « schématique » les troubles hémiasomatognosiques du « schéma corporel » se présentent (lorsque par exemple sont lésées les aires pariétales inférieures de l'hémisphère non dominant ou les fibres thalamo-gyrus supramarginali correspondantes), comme si une partie du corps n'existait plus et n'avait pas existé. C'est-à-dire qu'en même temps que

...dans les blessures, mutilations, tumeurs, etc. du lobe frontal, ce que nous appellerions pour notre compte le « schématisme » de la pensée [...] serait électivement altéré...

...fameux problème de la « conscience du corps, du « schéma corporel » dans ses rapports avec l'écorce pariétale...

1. *Selective cortical ablations of the frontal cortex : a correlation study of its effects on human psychotic subjects*, 1950 (New York, Éd. Hoeber).

...si ce « trouble » [hémianopsie] se saisit comme tel, c'est précisément dans la mesure même où il forme « trou » dans la conscience de l'observateur...

...les troubles du schéma corporel dans leur réalité s'opposent précisément aux troubles généraux de la conscience...

l'hémicorps controlatéral disparaît de la perception, il disparaît aussi de la mémoire et de la connaissance ¹. Il est désintégré relativement à la conscience du corps propre. Mais il importe de remarquer que si ce « trouble » se saisit comme tel, c'est précisément dans la mesure même où il forme « trou » dans la conscience de l'observateur, c'est-à-dire en définitive dans la mesure où il n'est pas aperçu par le patient « de par ailleurs conscient ». De telle sorte que ce trouble exige l'intégrité de la conscience car si celle-ci était trop affaiblie ou troublée sa « figure » même disparaîtrait dans ce « fond ». Et à propos des cas qui paraissent généralement le plus propice à fonder sur le trouble du schéma corporel les troubles de la conscience du corps – et sur ces troubles de la conscience du corps les troubles de la conscience de la personne – et sur ces troubles de la conscience de la personne les troubles de la réalité – et sur ces troubles de la réalité les troubles de l'existence, nous saisissons à travers le paralogsme de cette série d'illusions que les phénomènes des troubles du schéma corporel dans leur réalité s'opposent précisément aux troubles généraux de la conscience lesquels bouleversent le vécu de la totalité du champ phénoménal de la réalité. La méconnaissance de l'hémicorps ou la méconnaissance du membre fantôme se situent dans l'infrastructure de la conscience, celle de l'expérience inconsciente du corps ou, si l'on veut, de l'expérience habituelle du corps. Et si dans un cas c'est l'habitude qui persiste et dans l'autre c'est l'habitude qui disparaît dans un secteur du champ phénoménal (qui constitue plus exactement le centre de l'expérience du corps) cela ne peut être que parce que cette « image du corps », tout à la fois « vécu » et « savoir », n'est justement pas le fondement de la manière d'être au monde qu'est la conscience. De telle sorte qu'ici la pathologie corticale de l'expérience vécue du corps se situe au-dessous de l'activité de la conscience. Nous pouvons naturellement en dire autant des autres analyseurs perceptifs dans la mesure même où leurs troubles négatifs (agnosie) et leurs troubles positifs (« hallucinations ») trouent ou garnissent le champ phénoménal sans altérer sa totalité. On peut montrer qu'il en est encore ainsi pour l'aphasie dont nous avons rappelé (p. 675) qu'elle est pour HEAD « un trouble de la vigilance », un trouble (un échappement à son contrôle) d'un système symbolique spécialisé et non point justement un trouble de la conscience.

Une seule exception pourrait être faite à cette remise en place des fonctions corticales envisagées ici comme les instruments d'ailleurs indispensables de l'activité de conscience et c'est pour le « lobe temporal ». Mais non point pour ce lobe temporal qui en tant qu'isocortex représente les « centres » de l'audition et du langage, mais pour toutes les formations qui s'enroulent dans la profondeur de T. 5 (corps godronné, fim-

1. Cf. pour l'étude de cette méconnaissance qui constitue le fond du syndrome d'Anton BABINSKI le chapitre que lui consacrent AJURIAGUERRA et HECAEN (*Méconnaissances et hallucinations corporelles*, 1952, Paris, Éd. Masson, pp. 56 à 133).

bria, corne d'Ammon, noyau amygdalien) et constituent l'épanouissement du vieux cerveau (archipallium). Nous avons déjà vu à propos de l'épilepsie et en soulignant une fois encore l'intuition générale de JACKSON renouvelée actuellement par PENFIELD et les électroencéphalographistes, que dans la pathologie de ces formations « rhinencéphaliques » les troubles de la conscience avec leur richesse et le déroulement de leur déstructuration temporo-spatiale jusqu'aux formes du vécu onirique, occupent la première place. Nous y reviendrons plus loin.

Mais avant de pénétrer dans ce « vieux cerveau » et dans les structures sous-corticales, avec lesquelles il forme une globale synergie, nous devons encore jeter un coup d'œil sur le fonctionnement global de l'écorce comme base physiologique de la conscience. Car enfin, cette « écorce » qui paraît si manifestement « coextensive » du développement des fonctions psychiques, cette écorce qui exerce son action sur l'ensemble des autres parties du cerveau et des organes du corps, cette écorce qui nous fait entrer en contact (ou par laquelle passe nécessairement le contact) avec le monde extérieur, qui s'éveille ou s'endort, qui concentre son foyer d'action en inhibant sa périphérie plus ou moins lointaine ou qui met en activité des parties toujours plus étendues, etc., quelles idées pouvons-nous nous en faire? Et après avoir vu que ces diverses parties pour autant qu'elles ne sont pas « muettes » (c'est-à-dire, comme disait FLECHSIG, des zones d'association), constituent des analyseurs « perceptifs » « verbaux », « sensori-moteurs » qui apparaissent comme des « instruments nécessaires » de la pensée, quelle hypothèse sur le fonctionnement cortical relativement à l'activité de la conscience pouvons-nous formuler ?

Sans doute, pourrions-nous dire que l'écorce tout entière ou, si l'on veut, la capacité d'intégration corticale fonctionne comme un tout homogène qui différencie en « Gestalten » appropriées, l'infinité des neurones de la substance grise du pallium. L'écorce constituant ainsi une sorte de centre énergétique ¹ chargé d'unifier l'activité de l'organisme. C'est, semble-t-il, la conception de LASHLEY ² par exemple et à certains égards celle de GOLDSTEIN ³. On sait en effet que l'altération du comportement ou de la pensée a pu paraître à ces auteurs dépendre d'une altération de la masse corticale et de l'équilibre de ses parties, altération qui modifie la « self-regulation » corticale (LASHLEY) sans entraîner jamais des troubles strictement partiels (GOLDSTEIN). Mais quoi qu'il en soit de ces théories « holistiques » de l'intuition et de la réalité empirique qu'elles contiennent, la plupart des auteurs se représentent l'activité du cortex cérébral

...dans la pathologie de ces formations « rhinencéphaliques » les troubles de la conscience [...] occupent la première place...

1. Les rapports de la conscience avec l'activité métabolique du tissu cérébral (oxydation) sont exposés dans le rapport de SEYMOURS S. KETY (*Problems of consciousness*, 1952).

2. K. S. LASHLEY, *Brain mechanism and intelligence*. Univers. Chicago Press, 1929.

3. GOLDSTEIN, *Der Aufbau des Organismus*, trad. fr. Burckhardt et Kuntz, Éd. Gallimard, 1951. [NdE : *La structure de l'organisme. Introduction à la biologie à partir de la pathologie humaine* Texte augmenté de fragments inédits et traduit de l'allemand par le Dr. E. Burckhardt et Jean Kuntz ; Paris : Gallimard ; 1951].

...Si nous pouvions voir à travers le crâne [...] si les lieux de l'excitabilité optimale étaient lumineux... (PAVLOV)

comme une « mosaïque » fonctionnelle.

« Si nous pouvions voir à travers le crâne dans le cerveau d'une personne pensant d'une façon consciente et si les lieux de l'excitabilité optimale étaient lumineux, alors nous devrions voir jouer sur la surface » cérébrale un spot brillant avec des vagues bordantes fantastiques aux dimensions et aux prismes constamment fluctuantes entourées par une obscurité plus ou moins profonde, recouvrant le reste des hémisphères...¹ »

C'est naturellement dans cette perspective que la réflexologie s'est développée depuis que PAVLOV précisément a si bien étudié (de 1932 à 1934) le cheminement, la durée de l'extension, l'activité ou l'inertie d'un « conditionnement ». L'écorce cérébrale représente à ses yeux en effet comme une table de signaux qui s'induisent et s'inhibent réciproquement et qu'elle incorpore le monde extérieur aux fonctions de l'organisme au point de faire de l'habitude une seconde nature. Parmi les nombreux ouvrages et travaux de PAVLOV on trouvera des exposés théoriques très rigoureux de sa façon de penser². Ses expériences sur des chiens maintenus dans un « cadre » parfaitement isolant à l'aide de stratagèmes qui assurent la rigueur de l'expérimentation, consistent, comme on le sait, à préciser minutieusement les réponses (fraction motrice ou sécrétoire du réflexe inconditionné) aux répétitions, variations et complications du stimuli qui se substitue à l'excitant absolu ou naturel (portion afférente du réflexe inconditionné). Cela a permis à l'expérimentation d'analyser dans toutes ses parties constitutives le système de conditionnement temporaire d'une réponse de l'organisme aux changements du milieu extérieur qui font problème pour lui. Les lois de l'inhibition négative et positive, du retard, de l'extension de la différenciation ou de l'extinction du système fonctionnel expérimentalement produit sont déduites des faits provoqués et enregistrés. De telle sorte par exemple que c'est à certaines variantes (provenant de l'action différée de l'excitation par le stimuli) que l'on peut rapporter l'état d'inhibition plus ou moins généralisé de l'écorce, état qui constitue alors un état d'hypnose ou de sommeil.

Nous avons déjà fait de la « réflexologie » une critique³ à laquelle nous n'avons rien à retrancher. Toutes les critiques qu'on lui adresse se ressemblent d'ailleurs soit que l'on mette l'accent sur le caractère nécessairement « artificiel » de l'expérimentation, – sur la scotomisation de tout ce qui a trait à l'organisation interne ou aux réactions globales de l'organisme, – sur la paraphrase qui lie les associations objectivement enregistrées à l'interprétation physiologique, – sur l'incertitude du substratum exclusi-

1. I.P. PAVLOV, *Les réflexes conditionnels*, trad. fr., Alcan, 1932 (cette phrase est citée par H. S. LIDDELL, *Physiologie du S. N.*, (éd. fr., p. 501).

2. « La Raison. » Un document fondamental. Les réflexes conditionnés (Article de Pavlov dans la *Grande Encyclopédie médicale russe*, 1934, « La Raison », n° 1.)

3. Henri EY, Les théories réflexologiques de Pavlov et la Psychiatrie (Conférence et discussions qui ont eu lieu à Sainte-Anne en décembre 1940), *Évolution Psychiatrique*, 1947, 1, pp. 197 à 205.

vement « cortical » du dressage, – sur le caractère temporaire du conditionnement, etc.¹. Nous voudrions simplement ici souligner que *par hypothèse* PAVLOV supprime le problème de la conscience en la réduisant à une sorte de jeu automatique de réflexes compliqués. Sans doute, dit-il, que la conscience c'est ce jeu et que hors de ce jeu il n'y a rien. Mais de deux choses l'une, ou la pensée, la représentation, le monde intérieur n'existent pas et alors tout le psychisme peut s'interpréter comme un vaste système de probabilités autoréglées par des lois de la « cybernétique » nerveuse et qui se réduisent en dernière analyse à une multitude indéfinie de stimuli-réponses s'enchaînant et s'enchevêtrant dans le réseau infini des relations interneuronales corticales, ou bien s'établit un système économique de signalisation (le deuxième système de signalisation verbale) qui introduit entre l'action du milieu et les réactions de l'organisme un *monde intérieur de relative indétermination*. Or, dans ce cas, le langage étant irréductible, ainsi que LACAN² le soulignait encore dernièrement, à un système de « signes », mais constituant un acte créateur au travers duquel l'être se construit dans la symbolisation même de son être par la parole, le langage introduit précisément dans cet être une dimension de profondeur ou d'intériorité dont la réflexologie entend se passer. Plus généralement encore une théorie purement associationniste capte la plasticité, celle de l'écorce au seul profit de sa fonction de surface de contact avec le milieu, et fait du cortex l'organe de l'action plastique du milieu, ce qui est peut-être juste, mais elle réduit toute la vie psychique à n'être que cela, ce qui est probablement faux, car la vie psychique comporte la dimension fondamentale de l'autonomie existentielle, de l'intériorité, non pas d'une intériorité absolue comme l'extériorité absolue de la réflexologie, mais l'intériorité par laquelle l'être affirme avec sa relative autonomie la réalité de sa personne. Mais tâchons de comprendre l'idée que se fait le célèbre physiologiste des troubles de la conscience d'après sa propre doctrine³.

... par hypothèse PAVLOV supprime le problème de la conscience en la réduisant à une sorte de jeu automatique de réflexes compliqués...

Un ancien officier dès qu'il s'endormait vivait des scènes de bataille. Le Dr KONRADI a pu, nous dit très sérieusement PAVLOV, obtenir le même phénomène chez le chien. Il avait formé plusieurs réflexes conditionnés sur les différents tons d'un instrument. Le premier ton était associé avec l'introduction de l'acide dans la gueule, le deuxième avec les aliments, le troisième avec un courant électrique. Celui-ci était si fort qu'il déterminait une énorme réaction de défense et sa violence se montrait encore dans le fait que les deux autres réflexes se compliquaient eux aussi d'une réaction de défense. Par la suite on a abandonné le réflexe à l'acide et celui du courant élec-

1. Citons spécialement celle de KALISCHER (1909), de LASHLEY (1920), BETHE (1921), CULEN et METTLER (1924), POTTYREW et LELIOM (1930), HARLOW et STAGNER (1933), PIERON (1932), CLAUDE (*Biologie Médicale*, 1933), GOLDSTEIN (1924-1950), H. S. LIDDELL (1943), etc. On trouvera dans le livre de GOLDSTEIN ou le travail de LIDDELL (*Physiologie du système nerveux de Fulton*) la plupart des références.

2. J. LACAN, Fonction et champ de la parole et du langage en Psychanalyse, *Conférence de Rome*, septembre 1953.

3. Cf. *Encéphale*, 1931, pp. 683-684.

trique et on n'employait que le réflexe alimentaire. Au bout de quelque temps la réaction de défense s'était greffée sur la réaction alimentaire qui diminue et disparaît vers le deuxième mois. Encore un peu plus tard, dès que le chien tombait dans un état hypnotique (phase paradoxale intermédiaire entre la veille et le sommeil), la réaction de défense se déclenchait, mais dès que l'état hypnotique se dissipait la réaction disparaissait. Nous voyons donc que PAVLOV fait jouer à l'état hypnotique un rôle dans ce que nous pouvons appeler l'actualisation hallucinatoire d'un souvenir, ce qui n'est évidemment pas très nouveau. Quant à la question de savoir si les variations dans le comportement « réflexe » sous l'influence de l'hypnose sont liées à une perturbation dynamique de l'activité corticale, nous devons nous rapporter plus haut dans l'exposé de PAVLOV. Supposons, dit-il, que nous ayons formé une série de réflexes conditionnés en employant différents excitants (son, bruit, coup de métronome, sonnerie), on peut admettre, dit-il, que chacun de ces excitants agit sur un point déterminé de l'écorce. Eh bien ! il est possible de faire devenir « malade »¹ chacun de ces points sans que tous les autres le deviennent. Voici, poursuit-il, comment on s'y prend. A côté de l'un des réflexes positifs élaborés (par exemple 100 coups de métronome à la minute) nous en formons un autre négatif (par exemple 95 coups de métronome) sans jamais l'étayer par la nourriture pour obtenir la différenciation. Vous obligez donc votre animal à développer – réponse à 95 coups de métronome – l'inhibition interne. Si maintenant vous faites succéder vite vos deux excitants, positif et négatif, vous provoquerez le choc des processus de l'excitation et de l'inhibition. Comme résultat, le « point-métronome » de l'analyseur perceptif auditif du chien deviendra malade. La loi du rapport entre la grandeur de l'effet et l'intensité de l'excitation sera *sur ce point* enfreinte. Les excitants faibles provoqueront une réaction plus forte que les excitants forts. Et si la « maladie » devient plus grave, même les excitants faibles ne donneront plus d'effet. Ils ne produiront (comme les excitants forts) que l'inhibition qui va irradier sur toute l'écorce en modifiant tout ou partie de la conduite de l'animal. Quant aux autres parties de l'analyseur elles resteront parfaitement saines. Mais dès que nous touchons le « point-métronome » apparaissent immédiatement soit la phase paradoxale, soit la phase égalitaire, l'inhibition s'irradie, toutes les réactions conditionnées positives disparaissent et cet état peut durer plusieurs jours.

Il n'est pas nécessaire de réfléchir beaucoup pour saisir ce qu'a d'artificiel une pareille analyse. Le chien est habitué à quelque chose de bon dans certaines conditions, à quelque chose de mauvais dans d'autres, si les conditions se rapprochent ou se succèdent de telle manière qu'il s'embrouille, il réagira plus ou moins globalement par des réactions de désarroi. Il n'y a pas moins de raison de raconter l'« histoire » de cette expérience sous cette forme triviale que de la décrire avec minutie dans un « protocole » d'expérience. Cette « rigoureuse minutie » qui fait toujours impression n'est pas, en effet, autre chose qu'une application « pointilliste » d'une hypothèse, celle que tous les mouvements du chien comme ses sensations se passent en un point du cortex, ce qui ne résulte manifestement pas de l'expérience elle-même². De telle sorte que l'on pourra toujours, comme on le fait généralement, dire que les expériences de PAVLOV sont des « modèles d'expériences » mais qu'il paraît bien malaisé d'en tirer des conclusions fermes en ce qui concerne la physiologie du cortex pour la bonne raison que ce qui entre

...Il n'est pas nécessaire de réfléchir beaucoup pour saisir ce qu'a d'artificiel une pareille analyse (de PAVLOV)...

1. Les guillemets sont de l'auteur.

2. Rappelons le mot de SKINNER (cité par HECAEN, Behaviorisme et Neuropsychiatrie, *Évol. Psychiatrique*, 1950, p. 28), traduisant les initiales C. N. S. (Système nerveux central) dans la conception de PAVLOV par « *conceptual nervous system* »...

dans l'expérience ce n'est pas le cerveau mais des comportements artificiellement fabriqués et isolés sans que l'expérimentation mette en évidence les « points » cérébraux dont il est parlé, et que seule l'hypothèse exige. Qu'il y ait beaucoup à discuter sur ces expériences et qu'elles soient peut-être le point de départ d'une voie de recherches fécondes, tout le monde en peut tomber d'accord, mais il est actuellement impossible d'en tirer une théorie claire des rapports de la conscience avec l'activité corticale.

A telle enseigne que PAVLOV lui-même admet que si le conditionnement peut généraliser l'inhibition et aboutir au sommeil – ce que toutes les « berceuses » savent – le sommeil peut être aussi « passivement » provoqué par une hypotonie des systèmes excitant l'activité corticale.

PAVLOV, en effet, indique que l'hypnose et le sommeil ¹ (ces formes authentiques mais extrêmes des « troubles de la conscience » dont nous avons établi qu'elles constituent les seuls troubles de la conscience admis par la plupart des auteurs) sont des accidents de la dynamique fonctionnelle corticale. Mais il ajoute qu'il y a deux mécanismes de sommeil : le sommeil actif et le sommeil passif. Le premier, actif, est celui qui a son point de départ dans les hémisphères et qui consiste dans l'irradiation du processus actif de l'inhibition envahissant les régions sous-corticales. Le second, passif, survient comme conséquence de la diminution d'impulsions excitantes qui atteignent l'écorce et les centres sous-corticaux les plus proches et qui proviennent d'une part du monde extérieur et – ajoute-t-il – d'autre part, du fonctionnement des organes intérieurs. Nous n'avons pas connaissance des éclaircissements qu'il a pu ultérieurement donner sur ce double mécanisme du sommeil qui risque constamment de compromettre les conclusions que l'on peut tirer de ses expériences sur l'inhibition, les phases paradoxales, etc. On peut en effet toujours se demander si l'état hypnotique de l'animal en expérience provient de l'un ou de l'autre de ces mécanismes. Et si l'on dit qu'il provient des deux à la fois, cette « concession » (comme dans la discussion dont nous avons parlé à propos de l'épilepsie) nous renvoie à la nécessité de considérer que l'écorce cérébrale et les centres d'encéphaliques fonctionnent ensemble comme un *dispositif bipolaire*.

Peut-être pouvons-nous dire, au terme de cet examen des fonctions du « cortex », que celui-ci est particulièrement chargé des relations extérieures et non seulement de celles qui dans la perception supposent une « analyse » détaillée, mais de celles aussi qui constituent la condition du langage, l'appareil technique de la pensée, le schématisme intellectuel des relations logiques proprement discursives. Nous pouvons comprendre alors que dans le problème qui nous occupe, le cortex cérébral, organe de la différenciation (PITTS et Mac CULLOCH ²), de la dialectique intellectuelle, est naturellement nécessaire aux opérations constitutives de la conscience et surtout aux démarches de la pensée réflexive qui la prolonge en système durable de relations fixes avec son monde, mais que ce cortex cérébral est moins directement et immédiatement responsable de la déstructuration de la conscience, telle que nous l'avons décrite dans cet ouvrage comme la désorganisation de l'expérience actuellement vécue.

...le cortex cérébral, organe de la différenciation, de la dialectique intellectuelle [...] est moins directement et immédiatement responsable de la déstructuration de la conscience...

1. I. P. PAVLOV, Interprétation physiologique de l'hystérie. *Encéphale*, 1933, p. 287.

2. W. PITTS et W. S. Mc CULLOCH, How we know Universals, *Bull. Meth. Biophysics*, 1947. 9, 127.

LA CONSCIENCE, LE TRONC CÉRÉBRAL ET LE DIENCÉPHALE.

Nous avons déjà noté précédemment que l'importance des formations grises-sous-corticales du diencephale et même du mésencéphale a toujours invinciblement attiré l'attention des chercheurs ¹. C'est que l'examen le plus sommaire de la structure du système nerveux intrigue l'esprit du chercheur par la masse grise considérable qui occupe, sous forme de « substance réticulée », la calotte bulbo-protubérantielle et pédonculaire, l'hypothalamus et les régions juxtaventriculaires, avec son riche système de connexions avec les grands noyaux gris centraux, l'archipallium et le néopallium, masse qui est si profondément enracinée par ses afférences dans le système neurovégétatif, la motilité automatique, et les données sensibles proprio- ou téléreceptrices, qu'elle paraît être comme un premier grand carrefour de l'intégration du sensible et des instincts dans l'exercice des fonctions vitales ².

Mais des données plus précises d'abord anatomocliniques, puis expérimentales, se sont accumulées depuis un lustre pour faire de cette partie intermédiaire ou basale du cerveau le centre de l'actualité physiopathologique. Nous avons déjà eu l'occasion à propos de la manie (Étude n° 21), de la mélancolie (Étude n° 22), des psychoses hallucinatoires et des expériences oniroïdes ou de dépersonnalisation (Étude n° 23) et des états confuso-oniriques notamment du syndrome de Korsakoff (Étude n° 24), de parler avec quelques détails de tous les faits expérimentaux et pathologiques qui ont permis d'émettre l'hypothèse d'une participation importante de ces formations dans la déstructuration de la conscience. Il nous paraît donc inutile de les rappeler tous ici puisqu'il suffira au lecteur de s'y rapporter ailleurs.

M. REICHARDT ³ qui s'était intéressé depuis 1909 à ce problème publia une observation qui met en évidence des troubles de la conscience par piqûre du bulbe lors d'une ponction cisternale. Il n'est pas étonnant en effet que la lésion de ce nœud vital ait produit une perte de conscience, qui fut précédée d'une brève crise de déperson-

1. Nous avons rappelé l'opinion de DESCARTES, de SÖMMERING, de CUVIER, les idées défendues au temps de FLECHSIG sur le « thalamencéphale » (SOURY, pp. 777-778). Plus près de nous, les noms de Jean CAMUS et HASKOVEC, de M. REICHARDT sont les plus cités. On ne saurait certes oublier celui de P. GUIRAUD qui, depuis 30 ans, s'est fait chez nous le défenseur éclairé de l'importance psychique des centres sous-corticaux. F. SCHILLER (*Archives of N. and Psych.*, 1952, p. 319) cite les noms de MAUTHNER et de TROEMER (d'après KLEIST) et ceux de PENFIELD (1938) et de RANSON (1939).

2. On trouvera dans le travail de P. DELL (Corrélations entre le système végétatif et le système de la vie de relation, Mésencéphale, Diencephale et Cortex cérébral. *J. Physiologie*, 1952, 44, 471-557) outre l'exposé d'un travail expérimental personnel remarquable, une documentation considérable. De même dans celui de KAADA (B. R.) Somato-motor-autonomic and electrographic responses to electrical stimulation of rhinencephalic and other structures in primates cat and dog, *Acta physiol. Scand.*, 1951, Mgr. 83, pp. 1-259.

3. Martin REICHARDT, Hirnstamm und Psychiatrie, *Monatschr. f. N. and Psych.*, 1928, 68, 491 et *Brain and Psych.*, *J. neur. and ment. Disease*, 1929, 70, 390-396

...des données [...] se sont accumulées depuis un lustre pour faire de cette partie intermédiaire ou basale du cerveau le centre de l'actualité physiopathologique...

nalisation et d'une vision panoramique de l'existence. Ceci doit être spécialement souligné ici et d'emblée. Sans doute quand un malade s'évanouit tout le monde est d'accord pour dire qu'il perd conscience et on a une tendance à considérer que la perte de conscience, la chute dans l'inconscient, dans un état comateux ou de somnolence est le modèle et pour ainsi dire le type exclusif du trouble de la conscience. Nous avons longuement insisté sur cet aspect à la fois traditionnel et trop restrictif de la notion même des troubles de la conscience. Et si nous n'acceptons pas ce point de vue c'est parce que, comme dans le cas si simple et schématique de M. REICHARDT, le malade était perturbé dans sa conscience non seulement au point de la perdre mais de voir dans son crépuscule se dérouler sa vie passée. De telle sorte que l'on ne doit pas perdre de vue que même, quand il s'agit d'une syncope comme ici, cette syncope a comporté ou peut comporter une dégradation des troubles de la conscience qui constitue précisément les niveaux de déstructuration de la conscience. De telle sorte aussi que lorsque dans le cas de GOODHART et SAVITSKY ¹ c'est l'angoisse qui précède la perte de conscience, cette angoisse apparaît également comme un vécu de la déstructuration de la conscience. Nous avons trop eu le souci – sans craindre de le répéter et de le rabâcher – au cours de cet ouvrage de montrer que les troubles de la conscience ne se définissent ni par des troubles purement négatifs ni seulement par leur niveau le plus profond pour que l'on saisisse ici au moment où nous pénétrons dans la structure nerveuse qui paraît le plus naturellement correspondre à la structure de la conscience, que le trouble de la conscience le plus grossier, le plus apparent, celui qui se définit d'un mot, la perte de conscience, ne saurait être radicalement séparé du « trouble thymique » ni représenter exclusivement la pathologie de la conscience. C'est la méconnaissance de ce point de vue et l'insuffisance de l'analyse psychologique des troubles qui rendent souvent ces observations moins démonstratives qu'elles devraient être, parce qu'elles se bornent presque toujours à faire état seulement d'un état d'engourdissement, de torpeur, de somnolence ou de perte de conscience, seul aspect objectif que sait voir l'observateur.

...Point de vue sur les pertes de conscience...

On connaît d'assez nombreux cas de « troubles de la conscience » (sommolence, mutisme akinétique, « négativisme émotionnel » de CUSHING, etc.) au cours par exemple de l'évolution des tumeurs de la protubérance ². Le travail de CAIRNS ³ com-

1. S. P. GOODHART et SAVITSKY N., Subarachnoïd, hemorrhagic following cerebral puncture, *Archiv. Neuro Psych.*, 1933, 30, 224.

2. FOERSTER (1926), — G. HONAK et R. BUCKLEX, Clinical study of the différenciation of certains pontile tumors from acoustic tumors. *Archiv. of N. and P.*, 1930, 24, 1217-1230. — Clovis VINCENT et ASKENASY, Tumeurs de la protubérance, *Rev. Neuro.*, 1936, II, 578. — DAVID, TALAIRACH et HECAEN, *Ann. Méd. Psych.*, 1946, II, 63.

3. H. CAIRNS, Disturbances of consciousness with lesions of the brain stem and diencephalon, *Brain*, 1952, 75, 109-146.

porte sur ce point une casuistique très importante. Dans 10 cas de tumeurs de la région cervicale il n'y avait pas de « troubles de la conscience » sauf dans un cas où la tumeur touchait au bulbe. Dans 4 cas de lésions bulbo-protubérantielles par contre, les « troubles de la conscience » allant jusqu'à des « pertes de conscience » s'observaient. Parmi 50 tumeurs du cervelet, 10 % présentaient des troubles de la conscience, sur 32 tumeurs du tronc cérébral bas 70 % en présentaient et sur 69 tumeurs qui intéressaient (non exclusivement) cette même portion de la tige du cerveau (dont 32 anatomiquement vérifiées) 30 % de ces cas s'accompagnaient aussi des « troubles de la conscience ».

La pathologie de *l'encéphalite épidémique* a, de 1920 à 1930, permis de localiser un centre régulateur du sommeil dans les formations péri-ventriculaires méso-diencephaliques ¹. On connaît l'apport expérimental que nous devons à HESS sur ce point ². Les expériences d'excitation électriques dans la zone du diencéphale médian provoquent le sommeil. Le chat se pelotonne, cherche un endroit confortable, ses paupières clignent et il s'endort. Mais dans certains cas, l'animal semble hanté de visions, il paraît furieux, il veut mordre (sham rage). Naturellement la pathologie humaine de l'encéphalite avait déjà attiré l'attention sur des troubles de ce genre (onirisme et somnolence, hallucinations des crises oculogyres, états d'excitation vespérale avec hallucinations hypnagogiques, états d'anxiété, états confuso-oniriques). En 1922 LHERMITTE ³ décrivit son premier cas d'*hallucinoïse pédonculaire* avec troubles du sommeil et syndrome de la région dorsale des pédoncules cérébraux. Depuis lors, il a publié de nombreuses observations analogues, toutes riches en visions fortement différenciées et scéniques. De telle sorte que nous pouvons souligner encore ce que nous disions plus haut, c'est que le trouble de la conscience n'est pas aussi pur et simple que certaines observations le décrivent, il contient, en tant que sommeil plus ou moins dégradé, un rêve plus ou moins organisé. Mais il s'agit là de faits si connus que nous ne croyons pas indispensable de les exposer ici dans leur détail. Il nous suffit d'en marquer l'importance.

Nous avons ailleurs exposé (Étude n° 24) les travaux de psycho-physiopathologie sur le syndrome de Korsakoff et l'importance des lésions des corps mamillaires et de l'hypothalamus (GAMPER, GRUNTHAL, etc.) pour la déstructuration de la conscience dans ses rapports avec l'organisation temporo-spatiale du vécu. Nous avons également à propos

...le trouble de la conscience n'est pas aussi pur et simple que certaines observations le décrivent, il contient, en tant que sommeil plus ou moins dégradé, un rêve plus ou moins organisé...

1. Cf. LHERMITTE, *Le sommeil*, 1931, Éd. Colin, Paris, et KAYSER, *Le sommeil*, *J. de Physiologie*, 1940, 41, 1 à 60. (Cf. aussi notre bibliographie sur le sommeil (Étude n° 8).

2. W. R. HESS, *Das Zwischenhirn und der Regulierung von Kreislauf und Atmung*, 1938, Leipzig. — Le sommeil comme fonction physiologique, *J. de Physiologie*, 1949, 41, 61-67.

3. LHERMITTE, Syndrome de la calotte du pédoncule cérébral. Les troubles psychosensoriels dans les lésions du mésencéphale. *Société de Neurologie*, 9 nov. 1922. On trouvera dans son livre *Les Hallucinations* toute la documentation sur ce point. Paris, Doin, 1951.

de la manie et de la mélancolie ¹ rappelé tous les faits qui militent en faveur d'une « localisation » hypothalamique des états d'excitation et (malgré la rareté des cas publiés, nous l'avons vu) de dépression et d'anxiété. Sans doute peut-on avec J. DELAY ² penser que les centres de la « fonction vigile » (groupe postérieur des noyaux hypothalamiques) et les centres de « l'équilibre thymique » sont différents mais nous ne croyons pas que, ni du point de vue clinique ni du point de vue physiopathologique, il y ait lieu de séparer si radicalement ce que la nature des choses unit et mêle si constamment.

Mais c'est surtout d'un point de vue expérimental et neurophysiologique que le problème du rôle du méso-diencephale dans l'activité de conscience a été récemment étudié. C'est évidemment le sommeil qui constitue la clé de ce problème. Pour BREMER ³ le sommeil s'installe quand s'est opérée une véritable « déafférenciation » du télencéphale. Autrement dit, ce serait la suppression de toutes les afférences qui assourdirait l'activité vigile. Il montrait par exemple comment chez le chat une transection passant au niveau des tubercules quadrijumeaux réalisait expérimentalement cette condition : le corticogramme de cette « préparation » dite de cerveau isolé est un corticogramme de sommeil. (Par contre la préparation comportant la section sous-bulbaire peut donner un corticogramme de veille.) Cependant RANSON ⁴ se fondant sur les observations expérimentales de 35 singes, émettait à cette même époque une autre hypothèse : l'hypothalamus aurait une activité propre et stimulante et assurerait l'état de veille. Effectivement MAGOUN ⁵ obtient des préparations chroniques présentant un sommeil constant après destruction du tegmentum mésencéphalique, du subthalamus et de l'hypothalamus postérieur, mais la section de la totalité des voies afférentes sensitives et sensorielles au niveau du mésencéphale ou qui détruit tous les noyaux du relai thalamique (à moins que les lésions portent uniquement sur la substance grise centrale mésencéphalique) ne provoque pas le sommeil. Cette activité nécessaire au « tonus » psychique vigile a été encore démontrée par les expériences de stimulations de certaines formations réticulées bulbaires et mésencéphaliques. Ces excitations désynchronisent en effet un tracé de repos ou de sommeil. Aussi le rôle de l'hypothalamus ou plus généralement celui de ce système réticulé du tronc cérébral décrit par

...ne croyons pas que, ni du point de vue clinique ni du point de vue physiopathologique, il y ait lieu de séparer si radicalement ce que la nature des choses unit et mêle si constamment...

1. *La Psychiatrie générale* [NdE : Paris, Le François, 1950] de GUIRAUD (pp. 409 à 436) et le livre de J. DELAY, *Les dérèglements de l'humeur* compléteront cette documentation.

2. J. DELAY, *Les dérèglements de l'humeur*, 1946. Conscience et Diencephale, *Presse Médicale*, 1947, 681-682.

3. F. BREMER, Cerveau isolé et physiologie du sommeil. *C. R. Soc. Biol.*, Paris, 1935, 118, 1235-1241.

4. S. W. RANSON, Some fonction of hypothalamus, *Harvey Lecture*, 1936-1937. Somnolence caused by hypothalamus lesions in monkey, *Archiv. N. and P.*, 1939, 41, 1-23 et RANSON et MAGOUN, (H. W.), The hypothalamus, *Ergbn. Phys.*, 1939, 41, 56-163.

5. H. W. MAGOUN, Caudal and cephalic influences of the brain stem reticular formation, *Physiol. Rev.*, 1950, 30, 459-474

RHINES et MAGOUN ¹, apparaît-il être plutôt celui d'un centre énergétique que celui d'un centre régulateur.

C'était pourtant comme « centre régulateur du psychisme » que J. CAMUS ² s'était représenté le rôle du cerveau sous-cortical. De telle sorte, dit justement GUIRAUD, qu'il laissait au cortex le monopole du psychisme se contentant d'attribuer aux masses sous-hémisphériques un rôle de « contrôle... »

Comme nous venons de le voir, les travaux récents (et AZIMA l'a très bien souligné dans son travail) vont plus loin en dotant la substance réticulée du tronc cérébral d'une activité propre (dont nous verrons plus loin qu'elle s'intègre dans un appareil plus vaste).

A cet égard la conception depuis si longtemps défendue par GUIRAUD ³ semble avoir reçu de tous ces faits une éclatante confirmation. Abandonnant lui-même ce qui, à un moment du développement de sa pensée, l'avait rapproché plus du point de vue mécaniste que d'une conception dynamiste, il a dans son dernier ouvrage – ou plus exactement dans celui qu'il a le plus récemment publié – résumé les fonctions diencéphaliques en les groupant en besoins vitaux, fonctions d'activation et d'inhibition hormoniques (elles constituent, dit-il, une invigoration générale de l'activité somatique et psychique, les fonctions modifiant l'humeur, les fonctions de tendances à réalisation motivée, les fonctions de durée vécue). Si toutes ces fonctions il les envisageait dans la perspective d'une unité hiérarchisée, celle de l'activité de conscience, nos points de vue, alors, sur ce point fondamental se rapprocheraient.

Une telle conception dynamiste et énergétique de la fonction de la substance réticulée ⁴ est bien loin d'être purement spéculative et il y a lieu de prévoir que la pathologie de ce système englobera tous ces « troubles thymiques » ou « de la conscience », ces troubles « des fonctions ossitiques » ou « hormoniques » qui apparaîtront toujours davantage comme des formes de déstructuration de la conscience pour autant que celle-ci représente précisément la base et non le sommet de l'activité psychique et de la personne. Il est intéressant en tout cas de noter que des observations propres à en permettre une étude systématique commencent à être publiées. Par exemple celle de FRENCH ⁵ : il s'agissait de 3 malades ayant présenté des troubles de la conscience jusqu'à 6, 7 et 9 mois après des lésions au système réticulé.

Si nous montons « plus haut » au niveau du *thalamus*, nous rencontrons alors des

1. R. RHINES et H. W. MAGOUN, Brain stem facilitation of cortical motor response, *J. Neurophysiol.*, 1946, 9, 219-229.

2. J. CAMUS, Troubles mentaux par lésions extracorticales, *Paris Médical*, 1922, 363.

3. P. GUIRAUD, *Psychiatrie Générale*, pp. 433-440.

4. H. W. MAGOUN, Ascending reticular activating System, *J. Biol. of Ment, health and Disease*, 1952, 30, 459-474-

5. J. D. FRENCH, Brain lesions associated with prolonged unconsciousness, *Archiv. Neuro and Psych.*, 1952, 66, 727-741.

...Une telle conception dynamiste et énergétique de la fonction de la substance réticulée est bien loin d'être purement spéculative...

masses grises, notamment la *substance intralaminaire du thalamus* dont au contraire et selon HUNTER et JASPER ¹ la stimulation provoque une perte de conscience analogue au petit mal (comme nous l'avons vu dans notre Étude n° 26). Rappelons à ce sujet que ALFORD ² a « localisé » non pas la conscience mais la perte de conscience dans le thalamus gauche. Activité de conscience ici, perte de conscience là, il est bien difficile de se représenter avec exactitude le système inhibiteur et facilitateur réticulé. Si, comme dit DELL (*loc. cit.*), une série de dispositifs allant du bulbe au diencéphale contrôlent et adaptent l'activité motrice de l'organisme, ils sont mêlés aux systèmes d'afférences « non spécifiques » d'origine végétative qui, elles, commandent les effets sympathiques de masse dont le sommeil-veille constitue le phénomène le plus typique. Nous voici donc revenus au problème de l'épilepsie. Mais pour faire coïncider le problème de la déstructuration de la conscience avec celui des paroxysmes comitiaux et de leur dégradation, il faudra remonter maintenant avec JACKSON jusque dans la profondeur du lobe temporal.

...il faudra remonter maintenant avec JACKSON jusque dans la profondeur du lobe temporal...

LE « CENTRENCÉPHALE ».

Comme nous venons de le voir, la « *formatio reticularis* » du tronc cérébral et du thalamus apparaît être une source de stimulations et d'énergie. Ce sont les recherches *électroencéphalographiques* ³ qui ont permis de substituer ou d'ajouter aux méthodes des préparations physiologiques de destruction ou d'excitation des diverses parties du cerveau ces phénomènes objectifs d'une grande sensibilité que sont les électroencéphalogrammes, les corticogrammes et peut-être aussi les données de la toposcopie (GREY WALTER). L'état de sommeil est caractérisé par les grandes ondes lentes 1/2 ou 3 c/s de haut voltage (100 à 200 micro-volts) avec bouffées d'ondes en fuseau de pointes de 14 c/s. Ce « pattern » électroencéphalographique du sommeil correspond à une hypersynchronisation neuronale. Le tracé de veille est caractérisé par une activité rapide de bas voltage (20 à 50 microvolts) qui correspond au processus de désynchronisation, c'est-à-dire de différenciation. Le rythme alpha, selon GREY WALTER, MAC CULLOCH, JASPER, etc., est l'expression d'une synchronisation optima de l'activité corticale. Tout se passe donc comme si ce « tonus électrique » de l'activité psychique était

1. J. HUNTER et H. H. JASPER, Effects of thalamic stimulation in unanesthetized animals, *E. E. G. and clin. Neurophysiol.*, 1949, I, 305-323.

2. L. B. ALFORD, *Cerebral localization*, 1948, chap. IX. Localization of clouding of consciousness. Positive aspects, pp. 66 à 74.

3. Cf. spécialement CHANG, The repetitive discharges of cortico, thalamic reverberation circuit, *J. Neuro Physiol.*, 1950, 13, 235-258. — D. HILL, E. E. G. in episodic Psychiatry and psychopathic Behavior, *E. E. G. Clin. Neurophysiol.*, 1952, 4, 419-442 etc. — Le travail de GARCIA BADARACCO (E. E. G. et Psychisme, *Entretiens Psychiatriques*, 1953, p. 140 à 165) constitue une étude très approfondie et claire de ce problème.

lié à un équilibre entre la masse thalamique synchronisante et pour ainsi dire informe et la source d'activation désynchronisante représentée par la substance réticulée du tronc cérébral. Cette idée nous semble assez clairement émerger des travaux de tous les neurophysiologistes (MAGOUN, MORUZZI, etc.). Mais ce système d'activation, cette base de désynchronisation, ou, si l'on veut, ce seuil d'ouverture de la conscience ne fonctionne jamais qu'en entraînant l'activité de l'écorce ¹. En effet, écorce et diencéphale constituent une activité réverbérante (CHANG, GREY WALTER, MAGOUN, etc.) et pour ainsi dire bipolaire où se combinent, s'intègrent et se différencient les éléments du conflit milieu intérieur et milieu extérieur. A l'état normal et de plein rendement le processus de différenciation de « scanning ² » émigre vers le pôle télencéphalique et, au fond, quelle que soit l'idée que l'on se fait de cette activité (qu'on la suppose avec les cybernéticiens et les réflexologistes identique à une « machine » fonctionnant d'une manière statistique selon ses propres réverbérations autorégulatrices – ou qu'on la considère comme une modalité d'énergie proprement créatrice), elle constitue le substratum énergétique de la conscience entendu comme *tonus psychique* de base... ou, comme nous l'avons dit tout au long de cette étude, organisation du champ phénoménal, de « ce-qui-est-vécu-là-maintenant ». Ces considérations – tout à la fois, nous le savons, trop péremptoires et trop elliptiques – peuvent à la rigueur nous suffire pour comprendre qu'à l'opposition cortex-diencéphale doit se substituer plus exactement une bipolarisation fonctionnelle entre activité basale et activité de différenciation. L'embryologie et l'étude de la phylogénèse sont d'accord pour intercaler entre les centres proprement végétatifs et de la sensori-motricité automatique et les centres du télencéphale chargés d'élaborer les messages du monde extérieur et de construire les schémas de la pensée discursive et réflexive, une étape intermédiaire dans l'organisation et un appareil qui la représente : c'est le cerveau archaïque qui comporte précisément une écorce (l'archipallium). Du point de vue cytoarchitectonique depuis MEYNERT, KOLLIKER et VOGT, cette écorce est nettement différenciée du reste de l'écorce (appelée isocortex), elle est désignée par le terme *allocortex*, qui est en étroite relation avec le tronc cérébral, les noyaux gris centraux et l'hypothalamus. Le nom de « rhinencéphale » qui lui fut attribué par TURNER et KOLLIKER en raison de ses étroites

...à l'opposition cortex-diencéphale doit se substituer plus exactement une bipolarisation fonctionnelle entre activité basale et activité de différenciation...

1. C'est ainsi que H. JASPER (E.E.G. *Clin. Neurophysio*, 1949, 1,405-420) tient le système réticulaire thalamique pour dynamogène, mais les rythmes corticaux ne sont pas sous la dépendance absolue des rythmes thalamiques. Le blocage du rythme alpha n'est pas dû à la diffusion de l'effet désynchronisant de la volée d'impulsions *afférentes*. C'est l'attention à la perception et non la perception même qui le produit. Voici un exemple parmi cent autres de ce mécanisme de réverbération cortico sous-cortical qui revient sans cesse dans les interprétations électrophysiologiques.

2. Naturellement, on ne peut pas ne pas penser à propos de ce terme à la fonction de découpage que BERGSON attribue à l'intelligence pour tant qu'elle est schématisation spatiale et division du temps dans l'homogénéité de l'espace.

connexions avec les fonctions olfactivo-gustatives (première ébauche de « sentir ») n'a certainement pas peu contribué à cacher son importance fondamentale. Nous avons rappelé que c'est chez les amphibiens que paraît l'archipallium (lobe piriforme ¹). Chez l'homme il se trouve recouvert complètement par le néocortex. La « fissura rhinica » sépare le rhinencéphale du pallium (RETZIUS). La formation centrale de ce « vieux cerveau » est représentée par le grand lobe limbique de BROCA qui comprend la circonvolution du corps calleux ou première circonvolution limbique (champs LC, LD, LE d'ECONOMO, champs 23-26-29-30 de BRODMAN) et la fameuse deuxième circonvolution de l'hippocampe à laquelle est étroitement accolée (dans l'enroulement que forme la corne d'Ammon dans la profondeur de la corne sphénoïdale du ventricule latéral) la circonvolution godronnée ou fascia dentata ². L'hippocampe et son crochet (uncus) constituent le *lobe piriforme*. Mais il y a encore une autre partie du rhinencéphale (lobe olfactif) qui correspond à la *face orbitaire du lobe frontal* (bulbe pédoncule, trigone olfactif, substance perforée antérieure, circonvolution olfactive externe et *gyrus rectus* qui forment la partie orbitaire et basale du lobe frontal et correspondent aux champs 13 et 14 de BRODMAN). Ces deux formations temporales et frontales sont contiguës (l'uncus adhère au pilier postérieur du trigone). Enfin le *noyau amygdalien* situé dans la profondeur du lobe temporal mais rattaché au cortex de l'hippocampe fait partie du même système.

...le rhinencéphale...

L'étude des connexions de l'allocortex « rhinencéphalique » nous montre sa solidarité et presque sa continuité (par le « *fornix* » et le « *cingulum* ») avec le diencéphale et notamment les corps mamillaires et l'hypothalamus ³.

Si nous ajoutons que, d'après HERRICK ⁴, à tous les stades de l'élaboration corticale une importante fonction du cortex olfactif (s'ajoutant à sa propre action spécifique) consiste à servir d'activation non spécifique pour toutes les activités corticales, on conviendra que ce système « centrencéphalique présente une certaine cohérence d'organisation où le thalamus joue certainement son rôle (notamment par sa substance réticulée intraliminaire ⁵).

...ce système « centrencéphalique présente une certaine cohérence d'organisation où le thalamus joue certainement son rôle...

Tel est en peu de mots le schéma fondamental que l'on peut accepter comme une

1. Et non « pyriforme » comme on le voit quelquefois écrit.

2. La Monographie de MUTEL sur le Rhinencéphale (1923), ouvrage, nous semble-t-il, trop peu connu, constitue une étude morphologique extrêmement intéressante des péripéties de cet enroulement. Le schéma de DEJERINE (*Anatomie des centres nerveux*, I, p. 306) a gardé certainement toute sa valeur. Pour les connexions cf. le schéma de FULTON (p. 321 de la trad. fr.).

3. Il est remarquable par exemple que les électrodes placées par HESS dans la région sous-thalamique aient produit des effets superposables à ceux obtenus (manifestations d'automatisme) par GASTAUT à l'aide d'électrodes placées dans le noyau amygdalien.

4. J. HERRICK, *Proced. Nat. Acad. Sci.*, 1933, 19, 7-14 (cf. FULTON, p. 322).

5. Cf. Les travaux de PENFIELD (1938, 1949, 1952) de H. JASPER (1949, 1952) ou E. W. DEMPSEY et R. S. MOUSSON (1942, 1943), ALFORD (1948), etc.

...Il est très remarquable que les symptômes [...] collectionnés méthodiquement par KLEIST, le célèbre neurologue et psychiatre de Francfort nous renvoient presque constamment à l'altération du « vieux cerveau »...

hypothèse qui s'appuie sur une masse impressionnante de faits de tous ordres. A cet égard, nous devons faire état des enseignements que KLEIST a tirés de ses études de pathologie cérébrale et spécialement chez les blessés de guerre ¹. Il est très remarquable que les symptômes (pour autant qu'il s'agit précisément des hallucinations d'états crépusculaires, d'excitation, d'angoisse, de troubles de la mémoire, du temps vécu que nous avons appris à considérer comme aspects de la déstructuration de la conscience) collectionnés méthodiquement par le célèbre neurologue et psychiatre de Francfort nous renvoient presque constamment à l'altération du « vieux cerveau ». Il est facile de s'en convaincre. Dans sa « *Gehirnpathologie* », il mentionne des « troubles de la conscience » qui peuvent être, dit-il, globaux, partiels ou de faible degré et qui s'observent chez les blessés du tronc cérébral, du lobe temporal ou des lésions orbitaires. La léthargie et les troubles du sommeil avec agitation confusionnelle nocturne sont plus rares chez les blessés que les troubles de la conscience; si ces troubles s'observent chez les blessés de l'écorce c'est que le tronc cérébral est touché. A la régularisation hypnique participe un grand territoire qui s'étend de la limite diencéphalo-mésencéphalique jusqu'à la commissure médiane (il insiste spécialement sur le noyau commissural d'accord en cela avec MALONE). Les troubles hallucinatoires s'observent rarement chez les blessés corticaux, par contre le delirium hallucinatoire ou hallucinose (au sens où WERNICKE parle de l'hallucinose du buveur par exemple, c'est-à-dire de ce que nous appelons l'onirisme ou les états hallucinatoires subaigus) s'observe toujours dans des cas où les traumatismes ont intéressé le diencéphale. Il est possible que les lésions thalamiques favorisent la déconnexion entre perception et représentation. Les troubles des fonctions temporelles relèvent soit de blessures de la région orbitaire, soit de tumeurs du ventricule ou de la base du diencéphale. Ils ont pu être observés également dans des cas de lésions vasculaires interrompant le faisceau mamillo-thalamique. Ce sont les excitations viscéro-végétatives qui affluent par les voies sensitives de conduction des corps mamillaires vers le thalamus et surtout son noyau antérieur, qui assurent la temporalité du vécu (KLEIST rappelle à ce propos que GOLDSTEIN a observé un raccourcissement ou un allongement subjectif du temps dans les blessures du cervelet). Par contre, les concepts, le schématisme intellectuel du temps paraissent en relation avec le cerveau frontal. Les troubles des impressions et sentiments de la réalité du corps ou du monde extérieur et notamment les sentiments de dépersonnalisation dépendent des troubles fonctionnels du tronc cérébral et s'associent à des troubles du sommeil et de la conscience. Quant aux altérations du Moi il y a lieu de distinguer, dit KLEIST, dans ce concept plusieurs catégories: le « moi des relations sociales » dépend du lobe frontal mais dans la plupart des syndromes paranoïdes

1. K. KLEIST, *Gehirnpathologie*, 1934, Éd. Barth., Leipzig, et son Rapport au Congrès allemand de Neurologie et de Psychiatrie, 1936 (*Zeitschr.f. d. g. Neuro*, 1937, 158, 159-193).

où ces relations sont perturbées, on observe une participation du diencéphale – le « moi intrinsèque » (sorte de synthèse idéo-affective de la personne) est altéré dans les lésions fronto-orbitaires – le « moi corporel » est également altéré dans les lésions orbitaires mais il semble qu'il y ait participation dans ces cas du diencéphale, du cingulum et des corps calleux avec prédominance des lésions à gauche – les troubles du « moi instinctif » avec impulsivité, réactions émotionnelles relèvent aussi d'une atteinte mixte fronto-diencéphalique – le « moi affectif » est troublé sous forme de déficit sensorio-affectif dans les lésions atteignant le tronc cérébral et le thalamus, sous forme d'excitation maniaque dans les blessures orbitaires et temporales, sous forme de dépression mélancolique dans les blessures frontales et centrales avec participation de la sphère visuelle. (Dans certains cas de blessures frontales polaires et orbitaires on a pu observer des phases de type cyclothymique, mais il paraissait y avoir une atteinte concomitante du tronc cérébral).

...Travaux de Kleist...

Dans son rapport de 1936 il a tenté de présenter une vue plus systématique de la pathologie cérébrale et voici ce que nous y trouvons de particulièrement intéressant pour le problème qui nous intéresse. Chaque système d'afférence sensorielle y est étudié dans ces trois segments : un segment correspondant aux symptômes neuropathologiques, un segment correspondant aux symptômes encéphalopathologiques et un segment correspondant aux symptômes psychopathologiques. Nous ne le suivrons pas dans sa mosaïque des diverses formes du Moi aux divers étages du système nerveux (on connaît ses fameux schémas ¹ qui illustrent ce travail). Retenons simplement ce qu'il dit des phénomènes d'influence en rapport avec les lésions mésencéphaliques et des troubles de la représentation chronologique, qui lui paraissent liés à des altérations des corps mamillaires, du noyau thalamique antérieur et de la circonvolution limbique, les états crépusculaires et les états oniriques se rencontrent, précise-t-il, encore dans les lésions mésencéphaliques et dans les lésions temporales...

On ne peut pas rêver d'illustration plus saisissante de tout ce que nous avons exposé jusqu'ici. Les données de la clinique s'ajoutent aux données physiopathologiques pour nous suggérer que le lobe temporal joue un rôle dans la pathologie de la conscience. Et on comprend que PENFIELD rejoigne à la fois JACKSON et KLEIST dans sa conception du « centrencéphale » et de la psychopathologie de la mémoire qu'il a récemment esquissée ².

...Les données de la clinique s'ajoutent aux données physiopathologiques pour nous suggérer que le lobe temporal joue un rôle dans la pathologie de la conscience...

1. Ils sont reproduits dans le *Cortex cérébral* d'AJURIAGUERRA et HECAEN (pp. 7 et 8). [NdE : *Le Cortex cérébral. Etude neuro-psycho-pathologique*, 2^e édition refondue. Paris : Masson ; 1960]

2. W. PENFIELD, *Memory mechanisms*, *Archiv. Neuro Psych.*, 1952, 67,1, 178-198. Dans son dernier et magnifique ouvrage PENFIELD laisse encore indéterminés les contours anatomo-physiologiques du « système centrencéphalique » (schémas pp. 145, 173), préférant décrire avec précision des types de troubles (crises « psychiques » — automatismes — syndromes centrencéphaliques ou de niveau le plus élevé, etc.), types auxquels — nous semble-t-il — la pathologie centrencéphalique fournit une base commune (*Epilepsy and the functional Anatomy of the human brain*, en collaboration avec H. JASPER, Boston, 1953).

Les « dreamy states », les défilés de souvenirs, etc., les expériences d'actualisation, d'imaginaire ou du passé sont bien connus dans la pathologie temporelle. Plus généralement d'ailleurs, il est possible en faisant passer des courants électriques dans les aires corticales sensorielles ou parasensorielles, d'obtenir des images hallucinatoires. Que ces images soient des souvenirs ou des combinaisons de souvenirs cela va de soi¹ et on peut à ce propos parler indifféremment de phénomènes pathologiques de mémoire, tout comme d'hallucinations, d'altérations de la temporalité ou de la spatialité vécue, puisque ces phénomènes actualisent des images comme des perceptions et qu'elles se projettent « devant » le patient... C'est en effet sous ces différents angles que ces productions d'imaginaire, de télescopages de souvenirs et de perceptions ont toujours été envisagées. A cet égard, l'apport expérimental de PENFIELD, tout en décrivant rigoureusement de faits fort importants et intéressants, ne nous paraît pas de nature à modifier beaucoup nos connaissances sous les rapports de la mémoire et du cerveau. Il est évident, pensons-nous, que l'on ne peut pas (même avec BERGSON) dire que le cerveau n'intervient pas dans l'activité mnésique « pure » et ce n'est pas revenir au polypier d'images de TAINE que de considérer le cerveau comme l'organe nécessaire à l'actualisation des souvenirs et une partie de ce cerveau, notamment le « vieux cerveau », comme une structure nerveuse dont l'activité organise le champ de la conscience, c'est-à-dire *équilibre l'imaginaire et le réel dans l'ordre temporo-spatial du vécu*.

C'est dans cette perspective, croyons-nous, que doivent être envisagés les faits rapportés par PENFIELD. AU cours d'intervention pour traitement chirurgical d'« épileptiques temporaux » il a pu réaliser des excitations électriques au niveau de la convexité du lobe temporal. Dans le cas S. B. il pratiqua la stimulation de T. 1 droit au bord inférieur de la scissure de Sylvius, le patient déclarait après cette excitation qu'il y avait un piano, quelqu'un qui en jouait et qu'il pouvait l'entendre. Quand, sans que le malade en soit averti, le même point fut de nouveau stimulé, il déclara que quelqu'un était en train de converser avec un autre (mentionnant un nom qu'il n'avait pas pu comprendre), et c'était comme un rêve. Une troisième stimulation toujours sans que le malade en soit prévenu encore fit déclarer au sujet : « Oh Marie ! » « Oh Marie ! quelqu'un chante ça ». Enfin, une quatrième fois il entendit la même chanson et expliqua que c'était l'indicatif d'un programme de radio. La stimulation d'une zone plus antérieure entraîne l'exclamation suivante : « Quelque chose me revient à la mémoire, je pense voir la compagnie, la « Seven Up Bottling Company » et la « boulangerie Harrison ». On lui fit croire ensuite qu'on était en train de stimuler son cerveau mais il répondait qu'il ne se passait rien. La stimulation dans la profondeur de la scissure de

1. Cf. les nombreux exemples de phénomènes de ce genre que nous avons rapportés dans notre travail « Physiopathologie de l'activité hallucinatoire », *Évolution Psychiatrique*, 1938 [NdE : *Evol. Psych.*, X, 2, 1938,3-74]

Sylvius du lobe temporal droit de la deuxième malade D. F. provoqua l'audition d'une chanson populaire comme si elle était jouée par un orchestre, des stimulations répétées reproduisirent la même musique et tant que l'électrode restait en place elle murmurait l'air en reprenant le couplet et accompagnait ainsi la musique qu'elle entendait. Le malade L. G. fut, lui, amené par l'excitation électrique temporale à dire qu'il faisait l'expérience de quelque chose qui lui était auparavant arrivé. PENFIELD figure sur un schéma la projection corticale de souvenirs au niveau de la face externe et de la face inféro-externe de l'hémisphère et désigne cette surface comme le « Memory cortex ». En dehors de cette région de la surface corticale on n'obtient que des réponses sommaires sans qu'il s'agisse de souvenirs organisés. Mais comme il s'agit dans ces expériences de troubles vécus non pas seulement comme des parties hétérogènes au champ perceptif (comme cela est en effet habituel dans les « hallucinoses ») mais, dit-il, d'une véritable expérience de remémoration intégrée dans l'histoire passée, PENFIELD pense que cette « expérience vécue » correspondant à « l'expérience électrique » suppose la participation du centre diencephalique seul capable de nous rendre compte de son intégration dans le temps vécu. C'est précisément la totalité de ce système (étendu par PENFIELD à une assez grande portion corticale comportant une participation de l'isocortex) qui constitue le centencéphale. Mais quelles qu'en soient les limites exactes et le fonctionnement, ce qui nous paraît du plus haut intérêt c'est que tous les phénomènes qui entrent si manifestement dans la symptomatologie des psychoses aiguës (hallucinations, actualisation de l'imaginaire, bouleversement du temps et de l'espace vécu, etc.) sont ceux qui entrent aussi le plus naturellement dans ce vaste système anatomo-physiologique qui représente la partie « centrale » et « basale » du cerveau, comme la structure de la conscience représente la région « centrale » et « basale » de l'activité psychique.

...ce qui nous paraît du plus haut intérêt c'est que tous les phénomènes qui entrent si manifestement dans la symptomatologie des psychoses aiguës [...] sont ceux qui entrent aussi le plus naturellement dans ce vaste système anatomo-physiologique qui représente la partie « centrale » et « basale » du cerveau...

*
* * *

C'est maintenant le moment de conclure ces réflexions en nous excusant de ces longues digressions pourtant nécessaires, si l'on veut saisir le problème sinon dans son entier, tout au moins dans ses aspects fondamentaux.

Rappelons d'abord ce que nous avons dit à propos de la *définition* de la conscience et de ses variations. Selon nos propres études sur la déstructuration de la conscience celle-ci n'est réductible ni à une simple propriété ni à une fonction qui assurerait selon la loi du tout ou rien la « vigilance » (Alertness) relativement à l'inconscience du sommeil ¹. Elle admet une multiplicité de plans et par conséquent c'est comme une

1. Sur ce point nous pouvons être d'accord avec F. SCHILLER (*Archiv. of Neuro.*, 1952, 67, I, pp. 213-214), qui se réfère à ce propos à D. INGHAM (*Some neurological aspects of Psychiatry* J. A. M. A., 1935, 111-665). Mais à vrai dire il s'agit d'une idée tellement commune qu'il n'est pas nécessaire de chercher à s'appuyer sur telle ou telle autorité particulière...

...Une conscience déstructurée [...], c'est une conscience qui ne pouvant plus se déployer découvre du même coup la constitution et la hiérarchie de sa structure...

structure dynamique qu'elle doit être décrite dans son mouvement. Il ne faut pas confondre les oscillations de cette structure par quoi se définit en effet son activité (passant constamment de la distraction à la tension, de l'émotion au calme, de l'intérieur à l'extérieur, du présent au passé, etc.) avec la déstructuration qui nous permet précisément de la définir. Une conscience déstructurée n'est pas une conscience qui va et vient à travers tous les degrés de l'adaptation au milieu et qui réagit simplement aux diverses circonstances de l'existence, c'est une conscience qui ne pouvant plus se déployer découvre du même coup la constitution et la hiérarchie de sa structure. Chez un homme normal la déstructuration s'opère verticalement par la chute dans le sommeil et entre ce sommeil et la veille les instances intermédiaires sont de ce fait à peu près indiscernables d'où l'illusion que la « conscience » est réductible à une fonction vigile « pure et simple ». Mais si nos études ont quelque mérite c'est peut-être d'avoir précisément montré que les psychoses aiguës, si indissolublement hiérarchisées dans leur ordre naturel en nous contraignant d'étendre le concept de « troubles de la conscience » à toute la série, nous offrent la possibilité de définir la structure de la conscience par sa déstructuration, point de vue auquel on ne se place guère généralement quand on se perd dans des discussions abstraites ou des méditations purement métaphysiques ou bien que l'on s'en tient, de propos délibéré, à de simples constatations béhavioristes.

Mais si la conscience s'offre à nous ainsi comme une structure hiérarchisée, une stratification dynamique (ce qui nous interdit de la traiter comme une « chose » mais aussi comme « rien ») notre définition de la conscience doit la limiter à l'égard de l'activité psychique supérieure. C'est par abus du terme en effet que le mot « conscience », concept trop souvent vide et flottant, sert à désigner les formes réflexives et dialectiques de la pensée. A cet égard, nous l'avons vu, on doit bien spécifier que conscience n'est pas synonyme d'intelligence, elle n'est pas synonyme non plus de personnalité, ni d'activité psychique en général. La structure de la conscience est, et est seulement la structure même de l'enracinement de la vie psychique dans le corps et dans son lieu spécifiquement cérébral en tant qu'elle est cette activité de base qui est la condition nécessaire mais non suffisante de la pensée, de l'intelligence et de la personnalité. C'est dans ce sens que nous avons appris tout au long de cet ouvrage à considérer l'activité de conscience comme ce « médium », ce « point d'intersection d'une substance neutre » entre la matière et l'esprit (HOLT)¹ qui ne peut ni totalement se décrire et se vivre en « troisième personne », car il est constitutif de la « première personne » (ce qui y est vécu est ce que *je vis*), ni se décrire ni se vivre uniquement en première personne car sa structure même implique une forme constituante qui lui échappe.

...la conscience, ce « médium », ce « point d'intersection d'une substance neutre » entre la matière et l'esprit, [...] constitutif de la « première personne », [mais] impliquant une forme constituante qui lui échappe...

1. Cité par F. SCHILLER, *loc. cit.*, p. 743.

Ni propriété physique, ni activité psychique supérieure, l'activité de conscience est cette forme d'organisation de l'être, cette « région de l'être » par quoi s'organise mon champ d'actualité vécue. Et c'est en ce sens que, sous de multiples formes et avec quelques variantes d'exposition et de démonstration, nous n'avons cessé de la définir comme la forme du « Dasein », comportant la *présence* au monde, la *représentation* des espaces vécus, l'organisation du *présent*, etc., et, pour tout dire, l'ordre ¹ selon lequel s'organise le champ de mon expérience sensible actuelle, le champ du présent représenté. Cet ordre comporte naturellement les « fonctions » généralement impliquées dans la notion de conscience : vigilance, différenciation, expérience intime, représentations de sa propre activité, perception du monde extérieur, orientation temporo-spatiale, lucidité. Ajoutons encore que cet ordre suppose par sa définition même qu'il s'établit « contre » ou « malgré » ce qui reste « de par ailleurs » inconscient, c'est-à-dire virtuel ou en puissance, car la conscience c'est ce moment du temps vécu qui exclut tout ce qui n'est pas actuel, ce qui ne passe pas dans l'acte de cette actualité.

La structure de l'activité de conscience nous est à l'état normal dissimulée par son mouvement même. Elle est, pour ainsi dire, transparente dans l'état de veille, lorsque ses « contenus » nous cachent sa forme et qu'elle nous paraît pouvoir seulement s'ouvrir ou se fermer, dormir ou veiller. Mais si nous nous gardons de prendre pour des accidents de sa structure les variations qu'implique son activité (les passages qui nous font à longueur de journée nous détacher du monde extérieur, nous attacher au présent, nous laisser aller à la rêverie ou concentrer notre attention, etc.), il est clair que la structure de la conscience ne peut nous être dévoilée réellement que dans la réalité de sa *déstructuration* dans les psychoses. C'est quand précisément elle perd cette liberté de mouvements par lequel je me prends à l'imaginaire ou m'en dépends, je me plonge dans un passé ou je rêve à l'avenir quand ces mouvements et ces démarches cessent de se profiler sur l'horizon et de s'insérer dans les perspectives du champ de mon présent, lorsque la conscience se solidifie, qu'elle nous révèle son épaisseur structurale ². C'est pourquoi l'étude psychopathologique de la déstructuration de la conscience est certainement la seule méthode qui nous permette de pénétrer dans la structure de la conscience en découvrant les niveaux impliqués dans la plénitude de son activité.

...La structure de l'activité de conscience nous est à l'état normal dissimulée par son mouvement même...

...l'étude psychopathologique [...] est certainement la seule méthode qui nous permette de pénétrer dans la structure de la conscience...

1. L'étude d'AZIMA (*loc. cit.*, p. 675), passant à la même conclusion, cette idée d'ordre ne peut manquer d'avoir des résonances politico-éthico-métaphysiques. Nous ferons simplement remarquer que l'ordre de la conscience n'est pas tel que nous l'envisagerons, un ordre répressif du Moi, mais un ordre constitutif à son autonomie. Il faut être bien prudent dans ces « transferts » de sens d'un plan à un autre, sinon on risquerait de s'exposer par exemple à attaquer l'ordre de la conscience en défendant la « loi du Milieu ».

2. Nous avons retrouvé cette idée fondamentale dans le travail de SCHILLER (*loc. cit.*, p. 743), qui voit dans la « détérioration » de la conscience l'impossibilité même de varier.

...perte de la faculté de construire un présent assez stable...

La *manie* et la *mélancolie* constituent les premières phases de ce processus de déstructuration, les premières formes de la conscience déstructurée caractérisées par la perte de la faculté de construire un présent assez stable pour constituer un champ *orienté et dirigé* à la mesure et en conformité des exigences de la situation ; les « états dépressifs », les états anxieux, les états d'excitation avec tous leurs sentiments de rétraction ou d'expansion sont l'expression clinique de cette impuissance à résister à l'appel du désir et du devenir – ou à la fatalité de l'enchaînement au passé et de la loi du destin ¹. C'est en ce sens que nous avons parlé de ce niveau de troubles, de ce type de « crises » comme d'une déstructuration de la temporalisation en insistant sur le « sens » temporel-éthique de cette « désorientation » de la conscience.

...bouleversement structural de la « scène de la conscience »...

Les « *expériences délirantes et hallucinatoires* » qui sont vécues dans les bouffées délirantes et les psychoses hallucinatoires aiguës, comme des expériences de dépersonnalisation et de dédoublement, d'inextricable mélange de réel et d'imaginaire, etc. (tous troubles qui supposent la déstructuration temporelle-éthique) sont caractérisées par un bouleversement structural de la « scène de la conscience », de l'espace vécu normalement comme un espace hétérogène dont les parties dessinent les mouvantes frontières de l'objectif et du subjectif et introduisent dans la pensée comme une étendue labile et flexible « occupée » par les rapports idéo-affectivo-verbaux avec autrui. Depuis l'expérience de compénétration des personnes jusqu'à celle des mélanges crépusculaires du monde fantastique et du monde réel, une infinité de vécus délirants et hallucinatoires manifestent cette désorganisation. Et par là nous est livré le second plan structural de l'activité de conscience, celui où s'organisent et s'articulent les relations actuelles qui composent l'expérience de l'ordre respectif de ce que je suis et de ce qui est.

...et l'ordre respectif de ce que je suis et de ce qui est...

... l'impuissance à se trouver face au monde et de constituer un monde...

Les « *états confuso-oniriques* » sans représenter un état de sommeil-rêve complet s'en rapprochent assez cependant pour être caractérisés par l'impuissance à se trouver face au monde et de constituer un monde – par l'absence au monde familier – et par la nécessité de ne plus vivre qu'un flux d'imaginaire, lui-même d'autant plus fulgurant qu'il se présente en images détachées des perspectives temporo-spatiales, qu'il est réduit à n'être qu'un défilé instantané d'images. Et à ce dernier acte de sa déstructura-

1. Pour la dernière fois dans cet ouvrage où nous l'avons souvent répété, disons encore que ce premier niveau de déstructuration de la conscience altère essentiellement son « courant », son mouvement. Dans une étude que nous avons eu à peine le temps de lire A. PRINZ AUESPERG (Die coincidental Korrespondenz als Ausgangischen Interpretation des bewusst Erlebten und des Bewusstseins. *Nervenarzt*, janvier 1954) parle de la « *prolepsis* » comme d'un attribut d'anticipation ou de reflux de la conscience. Et récemment également J. ZUTT fait allusion à des épisodes psychotiques caractérisés par des vécus d'angoisse, par une sorte de vertigineuse fuite hors de l'ordre existentiel (Daseins-ordnung), analyse qui rejoint en partie celle de la déstructuration temporelle éthique propre à ce niveau (*Nervenarzt*, mai, 1953, 177-187).

tion, la conscience nous apparaît comme au premier acte de son développement, soumise au principe du plaisir sans que puisse sinon se constituer tout au moins prévaloir le monde de la réalité objective.

Ce qui manque à chaque niveau de déstructuration de la conscience nous renseigne sur chaque niveau de sa structuration. Aussi la conscience nous apparaît, à l'évidence, comme une stratification dynamique. Mais la clinique nous dévoile un autre aspect encore de sa structure dynamique, c'est qu'elle est constamment en opposition avec l'autre pôle de la vie psychique, l'inconscience. Ainsi son ouverture au monde se heurte aux forces pulsionnelles du plaisir et du désir – l'ordre des espaces vécus de sa représentation est constamment compromis par les valeurs subjectives inconscientes qui se projettent dans les milieux intérieur et extérieur, en confondent les limites ou en brouillent la configuration – enfin l'équilibre entre les exigences du présent et les impulsions aveugles à se déchaîner ou à s'enchaîner est sans cesse remis en question par les sollicitations inconscientes à refluer vers le passé clos ou bondir vers l'avenir indéfiniment ouvert. Ceci est capital, car nous comprenons par là qu'une déstructuration formelle de la conscience est vécue comme un événement dans la mesure même où, cessant d'intégrer le réel, la conscience tombe dans la « fausse réalité » de l'imaginaire. Bien plus, ce « monde » de fantasmes est investi de toutes les puissances d'actualisation inhérentes à l'activité subsistante de la conscience. Celle-ci en se déstructurant perd bien, en effet, le pouvoir d'ordonner son champ en conformité avec la réalité, mais sans abandonner sa fonction constitutive du champ phénoménal, c'est-à-dire sans cesser de se constituer en expérience sensible actuelle. C'est ainsi que la déstructuration de la conscience est corrélative de la « réalisation » des fantasmes.

Autrement dit encore, la fonction de la conscience est en dernière analyse de « présenter », de « représenter », de nous faire « présents », de constituer le présent, etc., d'assumer le déroulement temporel de notre vie psychique et sa projection sur l'écran de l'espace et du temps objectif.

Dès lors, sous tous ses aspects la structure de la conscience nous renvoie nécessairement à sa temporalité. Nous ne nous étonnons pas de rencontrer ici la formule de H. JACKSON : « Time is required for consciousness ». C'est que la conscience est précisément tout à la fois cette nécessité et cette liberté de vivre selon la modalité irréversible et irrévocable du moment, l'originalité radicale de mes propres expériences. *Nécessité*, car nous devons prendre ces expériences « comme elles viennent » du monde extérieur et des profondeurs de notre intérieur inconscient qui est, pour nous, comme un autre monde. *Liberté* aussi dans ce sens que l'expérience vécue n'est pas seulement subie mais qu'elle est prise dans les perspectives selon lesquelles notre propre activité les envisage, se les présente et se les représente. De telle sorte que la temporalité même de la conscience comporte bien un ordre de succession irrémédiable

...autre aspect encore de sa structure dynamique, [la conscience] est constamment en opposition avec l'autre pôle de la vie psychique, l'inconscience...

...sous tous ses aspects la structure de la conscience nous renvoie nécessairement à sa temporalité...

mais aussi la possibilité de disposer du temps. Si c'est par le mouvement que nous disposons de l'espace et portons notre action là où cela est nécessaire et où cela nous plaît, c'est encore par le mouvement interne qui anime à notre gré les plans structuraux de la conscience que nous disposons des moyens de creuser dans le déterminisme des choses le présent, cette organisation ou, si l'on veut, cet organisme transitoire dans lequel s'inscrit l'ordre de notre conscience. Celle-ci opère donc ces coupes, ces intersections, ces combinaisons de temps et d'espace qui constituent le substratum de notre vie psychique. Ainsi nous apparaît dans son activité synthétique la plus profonde, la liaison des dimensions des niveaux structuraux de la conscience qui sont des moments du temps ¹.

Il ne suffit certes pas de revenir avec W. JAMES, BERGSON OU HUSSERL à la structure dynamique du courant de la conscience pour rendre claires ses relations avec le cerveau. Mais une telle description de la structure de la conscience nous permet peut-être d'envisager comment elle peut s'insérer dans l'organe de la vie de relation et notamment dans ce « vieux cerveau » tout à la fois source d'énergie, organe du « sentir » et appareil d'intégration des « données » externes et internes dans leur ordre temporel ².

Comment envisager l'organe de cet « organisme ³ » que représente la conscience? Comment s'articulent ses « parties » et ses « fonctions »? Comment se distribuent ses composantes corticales et sous-corticales ?

...Comment envisager l'organe de cet « organisme » que représente la conscience ? ...

1. C'est en ce sens que l'on peut dire (en nous rappelant la formule de WERNICKE) que la conscience est la « sphère de l'orientation » si l'on entend par là non seulement l'orientation temporo-spatiale mais l'orientation « auto-psychique » et aussi l'orientation du champ de la conscience dans et sous une certaine direction.

2. La diversité des « fonctions » et des troubles du temps, du sens du temps, de la temporalité, de la temporalisation, etc. a été encore une fois mise en évidence dans le récent travail de H. HAFNER (Psychopathologie der cerebralorganisch bedingten Zeitsinnesstörungen, *Zeitschr. f. d. g. Neuro (Archiv. f. Psych.*, 1953, 190, 530-545). Il distingue le flux temporel (Zeitsumgang) de l'orientation spatiale (Zeitliche Orientierung) de schémas intellectuels temporo-spatiaux (Zeiterfasse) et le vécu du temps (Zeiterleben) etc. Se référant aux observations de GROSS (1896) et EHRENWALD (1931), il pense qu'il y a un sens primitif du temps (Zeitsinn), ancré dans la profondeur de la personne et qui entre plus ou moins directement dans l'activité de conscience comme dans les opérations perceptives. Du point de vue psychopathologique, il distingue des troubles du temps vécu (Zeiterleben) par troubles de la conscience comme dans la dépression mélancolique — les troubles de la conceptualisation du temps dans les divers syndromes agnostiques où il existe un trouble de l'ordre de la succession des schémas, des troubles de la perception assez analogues — et des troubles du sentiment à la durée. Il attribue à des lésions corticales les troubles du 2^e et 3^e type et à des lésions diencéphaliques la 3^e catégorie. Quant à la première, celle qui nous intéresse le plus, il n'en parle pour ainsi dire pas laissant entendre que dire qu'il s'agit de « troubles de la conscience » suffit. Il cite in fine un travail paru également ces derniers mois (1953) de BECKER et STERNBACH (*Wien. Z. Nervenheilk.*, 1953, 7, 62) et rapporte leur deuxième cas notamment (troubles du sens du temps et lésions thalamiques).

3. C'est dans un sens bien différent de celui que nous donnons ici au terme d'organisme en traitant de la conscience que C. WEINSCHANK (Ueber die Stellung des Bewusstsein in Organischen, *Archiv. f. Psych.; Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1951, 186, 204-223) dit que la conscience est un organe dans l'organisme « à côté » de beaucoup d'autres organes...

Comment surtout peuvent s'inscrire dans la pathologie du système « centrencéphalique » les divers niveaux de déstructuration de la conscience qui correspondent aux crises maniaco-dépressives, aux psychoses hallucinatoires aiguës, aux délires confuso-oniriques, au syndrome de Korsakoff, aux états crépusculaires, etc. ? Autant de questions dont nous pressentons bien qu'elles peuvent être résolues mais qui, pour le moment, restent sans réponse.

...Autant de questions dont nous pressentons bien qu'elles peuvent être résolues mais qui, pour le moment, restent sans réponse...

Nous devons noter que l'on paraît s'orienter dans deux directions. Pour les uns (STANLEY COBB, WIENER, BRAZIER, etc.) c'est sur le modèle des machines électro-riques qu'il faudrait « penser » les circuits de réverbération, les « feed backs » qui « associent » les parties dans des mécanismes proprement statistiques ¹. Il ne s'agit naturellement que d'une hypothèse qui assimile purement et simplement la temporalité de l'organisme au temps physique et qui dépouille l'activité de conscience de son originalité. On n'a pas fini de discuter sur ce point d'autant plus que, comme on le sait, par un singulier détour, la « physique » assimile de plus en plus la nature à un organisme ². On nous permettra de ne pas insister sur cet aspect littéralement vertigineux du problème. – D'autres semblent dégager une idée que nous trouvons exprimée chez plusieurs auteurs ³ : les formations sous-corticales (substance réticulée du tronc cérébral-thalamus) constitueraient un système énergétique-dynamogénique qui représenterait l'appareil de la « *tension* psychologique » et le cortex constituerait l'organe des processus de « *différenciation* psychologique ». Disons simplement qu'il est probable que la physiopathologie de la conscience, dans la mesure où celle-ci sera considérée comme la structure organisée en champ de l'actuellement vécu (et non pas seulement tenue pour une propriété générale du système nerveux ou démesurément étendue aux opérations supérieures de la pensée réflexive), montrera d'une façon plus précise l'importance du « centrencéphale ». C'est d'ailleurs l'idée qu'exprimait BINSWANGER ⁴ lorsqu'il concluait sa pénétrante phénoménologie de la fuite des idées en admettant comme probable une pathologie diencéphalique.

Nous sommes certainement bien loin d'avoir réussi à éclairer tous ces problèmes et encore moins à justifier par nos propres analyses l'espoir que KUPPERS ⁵ plaçait dans la combinaison de l'attitude phénoménologique et des découvertes sur la structure et

1. Cf. par exemple la communication de Stanley COBB au fameux « Symposium on Brain and Mind », *Archiv. of N. a P.*, 1952, 67, 172-177

2. Cf. le supplément que nous avons ajouté à la 2^e éd. [1952] du Tome I de ces *Études* (La philosophie et la Médecine contemporaine). [NdE : Il s'agit de l'Étude n°2 *Le rythme mécano-dynamiste de l'histoire de ma médecine. Les tendances actuelles de la philosophie et l'évolution de la médecine.*]

3. Cf. AZIMA, *loc. cit.*, p. 675, J. P. MARTIN, Consciousness and its Disturbances, *Lancet*, 1949, 1, 6, 48-53, et SCHILLER, *loc. cit.*, p. 213.

4. L. BINSWANGER, Ideenflucht, 6^e article, *Archiv. Suisses de Neuro.* 1932, 38.

5. B. KUPPERS, Der Grundplan der Nervensystems und die Lokalisation des Psychischen, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1922, 75, 1-25 (cf. l'exposé de cet article dans la *Psychiatrie Générale* de GUIRAUD, pp. 448-451)

les fonctions du diencéphale. Si nous avons été au cours de cette méditation, tout à la fois philosophique et anatomo-physiologique, trop obscur c'est certainement parce que nous n'avons pas été capable de tirer suffisamment parti des immenses ressources que les études convergentes de la psychologie, de la philosophie et de la physiopathologie ont mises depuis cinquante ans à la disposition de ceux qui sont tourmentés par l'énigme de l'enracinement de la structure de la conscience dans la structure du cerveau par le problème de sa *corporéité*.

§ IV. – DE LA PATHOLOGIE DE LA CONSCIENCE A LA PATHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ

Nous voici parvenus à la fin de ce volume, au-delà même de la tâche que nous nous étions assignée, celle de présenter une perspective « multidimensionnelle » de la structure des « psychoses aiguës ». Nous y avons gagné – peut-être – de pouvoir pénétrer dans la structure dynamique de la conscience. Mais nous y avons aussi et surtout trouvé un fil conducteur (la déstructuration de la conscience) qui permet de présenter ces psychoses dans leur ordre naturel et avec toute la richesse de leur « histoire naturelle ».

Nous voudrions à ce sujet faire remarquer que cette série d'Études n'a été possible qu'à la condition de nous tenir *fermement* aux principes *organo-dynamistes* que nous avons exposés dans le tome I et grâce par conséquent à l'esprit « *néo-jacksonien* » qui nous anime. L'analyse structurale des troubles *négatifs* et *positifs* de chaque niveau ne s'y présente pas, croyons-nous, comme un schéma artificiel. Ce qui à chaque étape nouvelle de la déstructuration représente la structure négative propre à ce niveau s'ajoute au niveau précédent et ce qui y représente la structure positive se retranche du niveau supérieur, de telle sorte que conformément à cette loi ¹ les vécus qui constituent les tableaux cliniques se présentent dans un *ordre de décomposition* qui est l'inverse de l'évolution de la conscience dans le développement psychique et le même que celui qui va de la pensée vigile à la pensée du rêve. La démonstration empirique de ces diverses thèses et l'appui réciproque qu'elles s'assurent entre elles, constituent la vérification de ce schéma qui sans cela serait proprement dérisoire. Nous n'avons pas eu de peine à administrer, même à accumuler des preuves du bien-fondé du principe de l'ordre d'évolution et de l'ordre de dissolution et de son corollaire (la structure négative et la structure positive) de chaque niveau du processus de déstructuration. Ces for-

1. Loi que l'on pourrait appeler : loi de l'ordre de déstructuration.

...un fil conducteur [...] qui permet de présenter ces psychoses dans leur ordre naturel...

mules abstraites peuvent paraître à ceux qui n'y sont pas rompus ou qui les utilisent sans suffisante réflexion, de peu d'importance. Mais que l'on veuille bien y prendre garde, elles ne font que traduire et aider à clarifier la nature profonde des maladies mentales que nous avons étudiées sous le nom de psychoses aiguës. Celles-ci en effet ne peuvent se comprendre sans les notions de « seuil », de « profondeur », de « régression » qui fatalement nous renvoient à la dissolution hypnotique et aux fantasmes de l'imaginaire qu'elle actualise. C'est dire que les notions jacksoniennes de libération des instances sous-jacentes, de chute de niveau, ne figurent pas ici comme des « images simplistes » mais sont celles qui nous permettent de mieux comprendre le mouvement évolutif des tableaux cliniques et leur articulation avec les processus générateurs.

Pour ce qui est de la distinction des désintégrations partielles de modèle neurologique et de dissolution globale de type psychiatrique, la pathologie des niveaux de déstructuration de la conscience contraste évidemment avec la pathologie des instruments qui lui sont nécessaires pour que se constitue et s'organise le champ de son activité. C'est ainsi que les agnosies, les apraxies, les aphasies, les troubles du schéma corporel, les syndromes proprement sensoriels et sensori-moteurs, se présentent comme de « réels » accidents du champ de la conscience et non point comme des expériences délirantes qui, en dépendant d'une altération de la conscience, sont vécues « pour » des événements réels – les troubles étant, dans le premier cas, à la périphérie, dans le deuxième cas, au centre de l'activité de conscience. Mais ceci dit, nous désirons faire remarquer, au terme de ces Études sur la structure de la conscience et sa déstructuration dans les psychoses aiguës, que la conscience ne représente pas à nos yeux la forme supérieure de l'activité psychique normale, car elle se situe à un niveau basal relativement à l'exercice de la pensée discursive, du « logos » et de l'organisation de la personne. En ce sens, nous pouvons répéter encore ce qui a été notre leitmotiv – que la conscience représente pour nous une « région psychique » enfoncée, enracinée (immanente) dans l'être au niveau où il se constitue en sujet en s'ouvrant à son monde et que cette structure basale (quels que soient les développements transcendants auxquels elle peut « se livrer ») est cette région intermédiaire de *l'anima sensitiva* que tant de philosophes, depuis Aristote et saint Thomas, ont considérée comme le trait d'union « psychosomatique » de l'âme et du corps. De telle sorte que la pathologie de la conscience atteint non point le sommet de l'être psychique mais seulement son « sol¹ », le soubassement de l'expérience vécue. A cet égard, la pathologie de la conscience, sans se confondre avec les phénomènes neurologiques de désintégration partielle et instrumentale, s'en rapproche en tant qu'elle même n'atteint pas directement l'être psychique dans la totalité de ses plus hautes différenciations. Dans tout le domai-

...la pathologie des niveaux de déstructuration de la conscience contraste évidemment avec la pathologie des instruments qui lui sont nécessaires...

...la pathologie de la conscience atteint non point le sommet de l'être psychique mais seulement son « sol », le soubassement de l'expérience vécue...

1. Sa « hyle » (ὑλη), disait HUSSERL.

ne de la psychiatrie rien n'est plus près de la neurologie que ces maladies mentales qui se définissent essentiellement comme une déstructuration de la conscience ¹.

Tous les principes qui nous guident généralement s'appliquent donc aisément dans la série des psychoses aiguës. Ils s'y appliquent même avec une telle facilité que nous pouvons dire que c'est le domaine privilégié de leur application. Ne serait-ce pas leur domaine exclusif ?

*
* *

Cette question fera l'objet même du prochain volume qui traitera des rapports (réciproques ou non, c'est là tout le problème) de la pathologie de la conscience et de la pathologie de la personnalité, mais nous ne voulons pas terminer ce volume sans en dire un mot.

Comme nous venons de le rappeler (et nous l'avons bien mieux vu et senti à propos de nos descriptions cliniques), ces « crises » que constituent les psychoses aiguës sont, comme le rêve ou les ivresses, de « courtes folies ». Quand le sujet se réveille, il recouvre ses sens et comme le rêveur il se rappelle mal ou pas du tout de sa crise ; s'il peut se souvenir de ses vécus délirants il prend, relativement à eux, la même distance d'étonnement, d'amusement, de reniement ou de perplexité qui sépare l'homme qui veille de son rêve. Autrement dit, ces sortes de crises de folie sont-elles la folie ? Celle-ci, en effet, suppose dans l'esprit de tous une telle aliénation « à froid » et « fixe » que nous devons nous interroger sur ce qu'elle signifie exactement ? Il suffit de réfléchir pour s'apercevoir rapidement que cette question est précisément le problème des rapports de la pathologie de la conscience et de la pathologie de la personnalité.

A propos des psychoses aiguës bornons-nous à nous demander que devient le « sujet » dans ces « crises » plus ou moins longues, et que devient-il après ou entre ces crises. C'est exactement la question que s'est posée BINSWANGER ² dans quelques pages destinées à nous montrer les difficultés à saisir le Moi véritable au travers des métamorphoses de la conscience. En résumant ces pages, nous rendons ce texte encore plus difficile et nous nous en excusons auprès de leur auteur et de nos lecteurs.

Il résulte de nos analyses, dit BINSWANGER, que, dans la fuite des idées, l'homme modifié dans la structure globale de sa temporalité, s'ouvre à un monde dans lequel réalité et fantaisie se confondent, de telle sorte qu'il ne sait pas s'il veille ou s'il rêve. Tout de même qu'il faut distinguer entre le monde du rêve d'une part et le vécu du rêve et le Moi rêvant d'autre part – il est nécessaire de distinguer entre le monde de la fuite des idées confuses et le Moi de ce monde d'une part, et le vécu de la fuite des idées et le Moi maniaque d'autre part. Comme on ne peut pas dire que le Moi du rêve veille

1. Sauf la démence, comme nous le verrons dans nos prochaines Études, et pour la même raison.
2. L. BINSWANGER, Le Moi de l'homme à fuite des idées et le Moi de l'histoire vitale interne, *Ideenflucht*, 5^e article, pp. 234 à 250.

...le prochain volume traitera des rapports (réciproques ou non, c'est là tout le problème) de la pathologie de la conscience et de la pathologie de la personnalité...

... ces crises de folie sont-elles la folie ?

...que devient le « sujet » dans ces « crises » plus ou moins longues, et que devient-il après ou entre ces crises...

...C'est exactement la question que s'est posée BINSWANGER...

(car pour que « je veille » il faudrait que le monde du rêve et le « Moi-du-monde-du-rêve » ne soient pas confondus), je peux seulement me rappeler ce que j'étais en rêve, mais pas être « je qui veille » dans le rêve. On ne peut pas dire davantage que « veille » le Moi de la confusion. Celui qui veille, c'est toujours le « Moi-même » c'est-à-dire Moi comme me tenant dans mon histoire vivante intérieure ou ayant en elle ma propre position d'être Moi-même. Je suis Moi-même, c'est-à-dire que je puis passer du Moi-rêvant au Moi-vigile ou devenir Moi-psychotique, ou encore redevenir Moi-normal. Dans le premier cas, oubliant ma propre existence du sommeil, je reviens à Moi-même, et dans le second cas, oubliant l'existence de la manie ou du surmenage, je reviens à Moi¹.

Mais que signifie cette possibilité du réveil, c'est-à-dire du passage d'un monde à l'autre ? Nous ne pouvons pas parler d'un double-Moi, il faut plutôt parler de la continuité du Moi, mais par là, nous en venons à devoir nettement distinguer le Moi qui rend possible la continuité de l'histoire vitale intérieure, c'est-à-dire le Ego transcendantal – le Moi de l'histoire vitale intérieure, et le Moi du monde correspondant, et le Moi de chaque monde qui constitue chaque étape de l'histoire vitale. C'est ici, ajoute BINSWANGER, qu'il faut se rapporter à la *Psychologie de la pensée* de HOENIGSWALD et notamment au chapitre intitulé *Sommeil et Impuissance*. La continuité du Moi reposant sur le concept de « Temps Présent » exige la considération de la série : Je sais, je sais que je sais, je sais savoir ce que je sais, etc. Cette continuité du Moi constitue une hypothèse selon laquelle nous nous savons être dans la veille les mêmes que nous étions dans le rêve, dans le sommeil sans rêve, et dans la psychose. Mais cette question du « savoir » n'est pas le vrai fond de la question. Il s'agit bien plutôt d'une continuité beaucoup plus profonde, sans qu'il soit besoin d'ailleurs de parler d'inconscient (« Celui qui en général parle d'inconscient est celui qui ne connaît pas bien la structure de la conscience »). A ce sujet, on peut rappeler le mot de HUSSERL qui dit que l'inconscient n'est rien moins qu'un néant phénoménologique, car il est lui-même un mode limite de la conscience. Ce que nous venons de dire pour la veille peut se dire également pour l'endormissement ou le devenir maniaque. Tous ces modes d'existence jettent des ponts entre l'un et l'autre monde et la possibilité de ces ponts, c'est précisément le Moi transcendantal. Ce Moi, malgré les fluctuations du vécu, et la diversité des mondes à travers lesquels se déroule l'existence, c'est la liberté de fluctuer. Si nous voulons faire un tableau schématique des diverses modalités de Moi (Ich heit) ou de subjectivité, nous pouvons en distinguer trois :

1° Le Moi-du-monde-du-rêve ou de la confusion qui est l'objet d'une psychologie phénoménale, c'est-à-dire d'une psychologie de la subjectivité phénoménale à un moment de l'unité dialectique des rapports du Moi et du Monde.

2° Le Moi de l'histoire vitale interne de la personne humaine qui est l'objet d'une psychologie historico-herméneutique. Ce Moi est celui qui est « rêvant » ou « ayant la fuite de ses idées », etc... C'est celui du sujet psychologique.

3° Le Moi transcendantal rendant possible la continuité de l'histoire vitale interne. C'est celui qui correspond au cogito cartésien.

...Tous ces modes d'existence jettent des ponts entre l'un et l'autre monde et la possibilité de ces ponts, c'est précisément le Moi transcendantal...

1. Eugène FINK à qui il faut se référer en cette matière, a écrit que pendant que le Moi-rêvant dort, le Moi-du-monde-du-rêve demeure un Moi-qui-veille. Il a insisté aussi sur le fait que l'absence du Monde du dormeur constitue pourtant une certaine façon d'avoir un Monde. BINSWANGER, en rappelant l'œuvre d'Eugène FINK, se réfère également à celle de HOENIGSWALD. Nous rappelons ici que, dans l'Imaginaire, SARTRE a fait porter tout son effort sur la non-mondanité des images.

De ce *Moi transcendantal*, on ne peut pas dire qu'il est rêvant en état de veille ou confus. Il réside dans la condition même de la possibilité de sa transcendance et aucune maladie mentale ne peut l'atteindre car il ne peut être lui-même un malade bien portant.

Nous ne saurions entrer dans le vif d'une discussion approfondie de ce texte vertigineux mais si nous avons tenu à le placer ici à la fin de cette « Étude », c'est pour être saisis de la vertigineuse perplexité qu'il engendre et qui doit être le ferment de notre prochain effort.

...la personne qui se construit au travers de l'historicité composée des moments successifs que traverse et organise notre conscience, est le Sujet corrélatif de la pleine conscience...

Disons simplement, et ce sera la conclusion à laquelle nous nous arrêterons, que, pour nous, la personne qui se construit au travers de l'historicité composée des moments successifs que traverse et organise notre conscience, est le Sujet corrélatif de la pleine conscience, même si une partie considérable de nous-mêmes échappe à sa saisie. Nous ne sommes nous-mêmes en pleine conscience que lorsqu'à notre conscience (*Bewusstsein*) s'ajoute la connaissance (*Besinnung*) de nous-mêmes comme projet idéal de soi. Tel est le déploiement, le développement transcendantal de la conscience qui nous a fait précisément dire que si la conscience est le substratum de la personne elle n'est pas la personne elle-même : le *Moi-même* ou transcendantal.

...la déstructuration de la conscience entraîne fatalement une « mutilation » de la personne...

Nous comprenons alors que si la personne ne se constitue dans son intégralité, c'est-à-dire avec son monde et sa conception du monde qu'en pleine conscience (même si l'historicité du sujet demeure en grande partie ensevelie dans l'inconscience), la déstructuration de la conscience entraîne fatalement une « mutilation » de la personne. Et comme, quand nous rêvons, notre personne se dissout dans notre rêve, le sujet qui vit la mélancolie ou l'onirisme les vit avec un « Moi altéré » en vertu de cette loi générale de la dissolution de la conscience que celle-ci en tant que « régression » entraîne dans sa chute le Moi à n'être plus qu'une forme archaïque de son passé. Mais nous devons à la distinction introduite justement par JACKSON ou BLEULER (signes négatifs et positifs ou signes primaires et secondaires qui forment le tableau clinique), une intuition décisive qui permet de comprendre qu'il y a là encore un Moi subsistant ; un Moi qui se profile à l'horizon lointain ou se disperse dans l'atmosphère de cette expérience délirante dont, tout en étant le « sujet » (mais cessant d'en être le « maître »), il demeure le spectateur et l'auteur. Le Moi figure donc plus ou moins mutilé, plus ou moins anachronique, plus ou moins « orienté », et pour tout dire plus ou moins « conscient » dans les psychoses aiguës dont il ne guérit qu'en redevenant lui-même.

Mais si le Moi transcendantal déformé et diminué est encore le sujet de ces crises, en retour ces crises entrent dans son « historicité » comme événements plus ou moins imaginaires sans doute, mais cependant fortement « vécus ». Nous avons déjà eu l'occasion de dire (Étude n° 8) en étudiant le problème des rapports du rêve et de l'événement

ment que si le monde fantastique et le monde réel sont chez tout homme normal nettement séparés par la solidité même, par la plénitude de sa conscience, toute faiblesse de la structure de conscience, toute déstructuration durable du champ de la conscience peut créer l'équivoque d'un événement. C'est ainsi que nous avons, en étudiant spécialement leurs formes « atypiques » et « chroniques », mis en évidence que la manie, la mélancolie, les bouffées délirantes, les psychoses délirantes aiguës, les états confuso-oniriques, peuvent non seulement se prolonger mais se survivre à eux-mêmes : soit en entrant dans l'histoire de la Personne, comme événement bouleversant, soit en ébranlant les perspectives existentielles mêmes de son Monde.

Ainsi la Psychiatrie que nous tentons d'ériger en histoire naturelle des maladies mentales, est basée sur la pathologie de la conscience soit directement comme dans les Psychoses aiguës, soit indirectement comme nous le verrons dans le prochain volume pour les maladies mentales « chroniques ». Et en faisant de la déstructuration de la conscience dans les *Psychoses aiguës* la clé de voûte de la Psychiatrie, nous rompons délibérément avec une longue tradition qui a fondé d'abord l'aliénation mentale sur les « formes chroniques » plus ou moins démentielles et avec une mode plus récente qui dissipe toute la Psychiatrie dans la nébuleuse des *névroses*. Voilà pourquoi tout au long des analyses cliniques qui constituent le fond de cet ouvrage, nous avons mis en lumière comme un trait d'union entre la pathologie de la conscience et la pathologie de la personnalité. La réalité de ce trait d'union est dès maintenant rendue évidente par la possibilité d'organisation « chronique » des psychoses aiguës (comme par exemple dans la personnalité de l'homme maniaco-dépressif, de l'homme épileptique) et par leur possibilité d'évolution comme formes durables de délire ou d'autisme. Mais ce fait sera rendu plus sensible encore ultérieurement quand nous étudierons l'importance et le rôle des crises et des états de déstructuration de la conscience dans l'évolution des névroses, des délires chroniques, des schizophrénies et des démences. Nous devons alors soigneusement étudier ces maladies mentales pour saisir l'exacte portée pratique et théorique des « anastomoses » qui lient, dans la malformation ou la désorganisation de l'être psychique, la *folie d'un moment* à la *folie d'une existence*.

...[les psychoses aiguës] peuvent non seulement se prolonger mais se survivre à elles-mêmes soit en entrant dans l'histoire de la Personne, comme événement bouleversant, soit en ébranlant les perspectives existentielles mêmes de son Monde...

...en faisant de la déstructuration de la conscience dans les Psychoses aiguës la clé de voûte de la Psychiatrie, nous rompons délibérément avec une longue tradition...

Bibliographie

I. — Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse

ABRAMSON (H. A.), *Problems of Consciousness* (Série de conférences annuelles 1950, 1951, 1952, Éd. Jos. Mact Jr. Foundation, New York).— Cf. spécialement ZILBOORG (*Psychoanalytic concepts of sleep and dream*, 1950), Margaret BREUMANN (*The phenomena of hypnosis*, 1950), D. RAPAPORT (*Consciousness. A psychopathological and psychodynamic View*, 1951), ZILBOORG (*Variations in the scape of awareness*, 1951), Lewis R. WOLTERG (*Hypnotic phenomena*, 1952).

AUESPERG (A.), Niveles de degradación de la Conciencia, *Congres. Inter. de Santiago du Chili* (Dec. 1952) C. R. 287-297, et « Die coincidentiale Korrespondenz als ausgaugische Interpretation des bewusst Erleben und des Bewusstseins », *Nervenarzt*. Janvier, 1954.

BARUK (H.), *Psychiatrie morale, expérimentale, individuelle et sociale*, 1954, Pr. Univ., Paris, 277 pp. (Cf. spécialement le chapitre V, pp. 141 à 180).

BERZE (J.), Das Bewusstsein des Halluzinieren, *Jahrb. Psych.*, 16, 3, 285.

BINDER (H.), Ueber alkoholische Rauschzustände, *Archiv. suisses Neuro-Psych.*, 1936, 35, 209-228 et 36, 17-51.

BINSWANGER (L.), Ideenflucht, *Arch. suisses Neuro-Psych.* — Das Raumproblem in der Psychopathologie, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1923, 145, 598-647.

BLONDEL (Ch.), *La conscience morbide*, 1914.

BUMKE (O.), *Das Unterbewusst*, Berlin, 1922.

DELGADO (H.), Trastornos de la Conciencia, *Congrès Inter. de Santiago du Chili* (Dec. 1952) C. R. 123-129.

EY (H.) et ROUART (J.), *Essai d'application des principes d'H. Jackson à une conception dynamiste de la Neuro-Psychiatrie* (Encéphale, 1936 — et Monogr. de l'Encéphale — Préface de H. Claude), éd. Doin, Paris, 1938.

FEDERN (P.) *Ego Psychology and the Psychosis*. Londres, 1953.

FREUD (S.), *Traumdeutung*, (trad. fr. La science des rêves), Alcan, Paris. — Das Ich and das Es, 1923. (Tome XIII des « Gesammelte Werke » et in *Essais de Psychanalyse*, trad. fr. Jankélévitch, 1948.)

GLOVER (Ed.), *Psychanalysis*, 1^{ère} éd., 1939, 2^{ème} éd., 1949, éd. Staples Press., Londres-New York (cf. spécialement pp. 51 à 94).

GRASSET, *L'hypnotisme et la Suggestion*, 2^{ème} édition, 1904, éd. Doin, Paris.

GRUHLE (H. W.), Die Weisen des Bewusstseins, *Zeitschr. f. d. g. Neuro.*, 1930, 131, 78-86. — *Verstehende Psychologie*, 1948, Thieme, Stuttgart, p. 8 à 17.

GUIRAUD (P.), *Psychiatrie générale*, 1950, éd. Le François, Paris.

HAUG (K.), *Die Störungen des Persönlichkeitsbewusstseins*, 1936, éd. Enke, Stuttgart.

HOCHE (A.), *Das träumende Ich*, 1927, éd. Fischer, Jena.

JAHREIS (W.), *Die Bewusstseinstörungen*, Traité de BUMKE, 1928,1, 610-661.

BIBLIOGRAPHIE

- JANET (P.), *L'automatisme psychologique*, 1^{ère} édition, 1899. — *La pensée intérieure et ses troubles*, éd. Maloine, Paris, 1927. — *La force et la faiblesse psychologique*, éd. Maloine, Paris, 1932.
- JASPERS (K.), *Allgemeine Psychopathologie*, 1^{ère} édition, 1913, 5^{ème} édition, 1946, (trad. fr. de la 3^{ème} édition de 1922-1928, éd. Alcan, Paris).
- JASTROW (J.), *The Subconscious*, 1906, trad. fr. Philippi (Préface de P. Janet), 1908, éd. Alcan, Paris.
- JONES (E.), The concept of a normal Mind, *Inter. J. Psychoanal.*, 1942, XXIII.
- JUNG (C. G.), *L'inconscient dans la vie psychique normale et anormale*, trad. fr. Grandjean, Bayard, 1928, éd. Payot, Paris (190 pp.).
- KRETSCHMER (E.), *Medizinische Psychologie*, 5^{ème} édition, 1939, (trad. fr. de Jankélévitch, 1927, Payot, Paris, 481 pp.). — Zur Kritik des Unbewusstes, *Zeitschr. f. d. g. Neuro*, 1919, 46.
- MINKOWSKI (E.), *Le temps vécu*, 1933, éd. d'Artrey, Paris, 401 pp. (cf. spécialement pp. 34 à 39, pp. 72 à 138, pp. 271 à 328). — *Vers une cosmologie*, 1936, éd. Aubier, Paris.
- MAYER-GROSS (W.), *Selbsterlebensform der Verwirrtheit. Die oneiroïde Erlebnisform*, 1924, éd. Springer, Berlin.
- RÉGIS (E.), *Précis de Psychiatrie*, 6^{ème} édition, 1923, éd. Doin, Paris (cf. le chapitre Troubles de la conscience et de la personnalité, pp. 127-136).
- RIBOT (Th.), *Les maladies de la personnalité*, 1885, Alcan, Paris.
- RIVERS (W. H. R.), *Instinct and the Unconscious*, 2^{ème} édit., 1922, trad. fr. Lacroze, 1931, Alcan, Paris, 324 pp.
- ROFFENSTEIN, *Zum Problem des Unbewusstes*, 1924.
- ROSENFELD (M.), *Die Störungen des Bewusstseins*, 1929, éd. Thieme, Leipzig, 247 pp.
- SCHILDER (P.), *Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein*, Berlin, 1914.
- SCHRÖDER (P.), Das Halluzinieren, *Zeitschr. f. d. g. Neuro*, 1926, 101, 599.
- STORRING (G. E.), *Besinnung und Bewusstsein*, 1953, éd. Thieme, Stuttgart.
- TELLEZ (A.), Algunas ideas acerca de la patología de la conciencia, *Congrès Inter. de Santiago du Chili* (Dec. 1952) C. R. 129-146.

II. — Physiopathologie

- AJURIAGUERRA (J.) et HÉCAEN (H.), *Le cortex cérébral*, 1949, éd. Masson, Paris, 413 pp. (cf. spécialement pp. 1 à 31, 60 à 68 et 333 à 394).
- ALFORD (L. B.), *Cerebral Localization. Outline and Revision*, 1948, *Neur. and Ment. Dis. Monogr.* (cf. spécialement 58 à 73).
- AZIMA, Problème biophysique de la conscience, *Entretiens Psychiatriques*, 1953, éd. « L'Arche », Paris, 1954, pp. 40 à 101.
- ABRAMSON, *Problems of consciousness* (Série de conférences annuelles, 1950, 1951, 1952), éd. Jos. Macy Jr. Foundation, New York, cf. spécialement : N. KLEITMANN, *The Sleep, Wakefulness Cycle*, 1950, H. HOAGLAND, *Consciousness and the Chemistry of Time*, 1951, S. S. KETY, *Consciousness and the Metabolism of Brain*,

1952, M. MONNIER, *Exp. Work of sleep and other Variations*, 1952.

BRAIN (RUSSEL), The cerebral basis of consciousness, *Brain*, 1950, 465-479.
BORING (E. G.), *Physical Dimensions of Consciousness*, 1933, Ed. Applition Cy, New York (cité par SCHILLER).

COBB (St.), *Boderland of Psychiatry*, Cambridge, Mass. Haward Univ. Press, 1943.
— *Foundations of Neuropsychiatry*, 1941,  d. Williams and Williams Cy, Baltimore.
— On the nature and locus of Mind (Symposium, *Brain and Mind*). Atlantic City, juin 1951, *Archiv. Neuro Psych.*, 1952, 67, I, 172-177.

DELAY (J.), Conscience et Diencephale, *Presse Médicale*, octobre 1947, pp. 681-682.

DELL (P.), Corrélation entre le système végétatif et le système de la vie de relation. Mésencéphale, Diencephale et Cortex cérébral, *J. Physiplogie*, 1952, 44ⁿ 471-557.

GARCIA BADARRACO, E. E. G. et Psychisme, *Entretiens Psychiatriques*, 1953,  d. de l'Arche, Paris, 1954.

GASTAUT (H.), Corrélations entre S. N. végétatif et le Système de relation. Le rhinencéphale. *J. de Physiol*, 1952, 431-475.

GOLDSTEIN (K.), *Der Aufbau des Organismus*, trad. fr. par Burckhardt et Kuntz, 1951,  d. Gallimard, N. R. F., Paris (cf. notamment pp. 310 à 341 et 374 à 404).

GUIRAUD (P.), *Psychiatrie générale*, 1950,  d. Le François, Paris, 664 pp. (cf. spécialement 364-470).

HADDENBROCK (S.), Die psychopathologische Zwischenhirnsynndrome und ihre Bedeutung fur ein natürliches, nosologisches System, *Fortschritte Neuro*, 1949, 5, 5, 199-221.

HEAD (H.), *Aphasia and Kinred Disorders of speech*, 1926, Cambridge Univ., Press, II, pp. 479-497.

HESS (W. R.), *Die funktionelle Organisation des vegetativen System*, 1948,  d. Schrack, B le.

JACKSON (H.), *Selected Writings*, édité par J. Taylor, 1931,  d. Hodder Stoughton. Londres, I, 186, II, 143-190.

KAADA (B. R.), Somato motor autonomie and electrographic responses to electrical stimulation of rhinencephalic and other structures in primates cat and dog, 1951, *Acta physiol. Scand.*, Monogr. 83, 1-259.

KAYSER (C), Le sommeil, *J. de Physiologie*, 1949, 41, 1-60.

KLEIST (K.), *Gehirnpathologie*, 1934,  d. Barth, Leipzig.

KUPPERS (E.), Der Grundplan des Nervensystems und die Lokalisation des Psychischen, *Zeitschr. f. d. g. Neuro*, 1922, 75.

LHERMITTE (J.), *Le sommeil*, 1931,  d. Colin, Paris. — *Les mécanismes du cerveau*, 1937,  d. N. R. F., Paris. — *Les hallucinations*, 1951,  d. Doin, Paris. — *Le cerveau et la Pensée. Incarnation de l'esprit*,  d. Blond., Paris, 1951.

MAGOUN (H. W.), An ascending reticular activating System on the Brain Stem (Symposium, *Brain and Mind*, 1951), *Archiv. Neuro Psychiatry*, 1952, 67, 1, 145-154.

MARTIN (J. P.), Consciousness and its Disturbances, *Lancet*, 1949, 1, 48-53.

PAVLOV (I. P.), *Les réflexes conditionnés* (trad. Guconoff) 1932. — *La physiolo-*

BIBLIOGRAPHIE

gie et la pathologie de l'activité nerveuse supérieure, éd. Alcan, Paris, 379 pp. — *Encéphale*, 1931, 680-688. — *La Raison*, 1952, n°1, 13-26 (trad. de la grande *Encyclopédie médicale russe*, 1934).

PENFIELD (W.), Memory Mechanismus, *Archiv of Neuro Psych.*, 1952, 67, 1, 178-198.

PIERON, *Le cerveau et la pensée*, 1923, Alcan, Paris.

SEMON (R.), *Bewusstseinvorgang und Gehirnprozess*, 1920, Wiesbaden.

SCHILLER (F.), Consciousness reconsidered, *Archiv. Neuro and Psychiatry*, 1952, 67, 1, 199-228.

SHERRINGTON (C. S.), *The integration Action of the Nervous System*, 1947, Cambridge Univers. Press, Londres. — *Man on his nature*, 1941, éd. Mac Millan Cy, Cambridge, Univers. Press.

WALLON (H.), Article dans le *Nouveau Traité de Psychologie* de G. DUMAS, tome I, pp. 223-335.

III. — Philosophie

BERGSON, *Les données immédiates de la conscience*, éd. Alcan, Paris, 1889. — *Matière et Mémoire*, éd. Alcan, Paris, 1896.

BINSWANGER (L.), *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Dasein*, 1942, Zurich, éd. Nijcham.

BLEULER (E.), *Die Psychoïd als Prinzip der Organisation Entwicklung*, 1925, Springer, Berlin. — *Naturgeschichte der Seele*, 2^{ème} édition, 1932, Springer, Berlin.

BRINKMANN (Donald), *Problems des Unbewusstseins*, 1943, éd. Rascher, Leipzig, (71 pp.).

DELACROIX (H.), *Les grandes formes de la vie mentale*, 1934, Alcan, Paris, (pp. 1 à 49).

DWELSHAUVERS (G.), *Les mécanismes subconscients*, 1925, Ed. Alcan, Paris, (145 pp.).

GEMELLI (A.), *Introduzione alla Psicologia*, 2^{ème} édition, 1949, Milan.

HARTMANN (Ed. de), *Philosophie de l'Inconscient*, trad. fr. Nolen, 1877, éd. Baillière, Paris, 2 vol. (598 et 618 pp.).

HARTMANN (N.), *Das Problem des geistiges Sein*, 2^{ème} édit., 1949. éd. Walter de Gruyter, Berlin, 564 pp. (cf. spécialement 1^{ère} Partie, chap. IX, Geistiges und geistlos Bewusstsein, et 2^{ème} Partie, chap. XXXII, Geist und Bewusstsein überhaupt.

HEIDEGGER, *Sein und Zeit*, 1927.

HEYER (G. R.), *Der Organismus der Seele*, 1937, Munich.

HOLT, *The concept of consciousness*, 1914, éd. Mac Millan, New York.

HUSSERL (E.), *Ideen zu einer reine Phaenomenologie*, 3^{ème} édition, 1928, (trad. fr. Ricœur N. R. F., 1950).

HYPOLITE (J.), *Genèse et structure de la Phénoménologie de l'esprit d'Hegel*. éd. Aubier, Paris, 1946.

JAMES (W.), *Principles of Psychology*, 1892. — *Textbook of Psychology*, 1908,

trad. fr., 1910, éd. A. Rivière, Paris (cf. spécialement pp. 195 à 310).

JUNG (C. G.), *Die Beziehung zwischen dem Ich und dem Unbewusstsein*, 3^{ème} édition, 1938, Zurich.

KREMER (R. P.), Rapport sur la Phénoménologie comparée avec le Thomisme. *Journées d'études thomistes*, Juvisy, sept. 1932.

LACHIÈZE-REY, Réflexion sur l'activité spirituelle constituante, *Recherches Philosophiques*, 1933-1934.

LUBAC (E.), *Le cycle de l'inconscient*, 1934, éd. Alcan, Paris. — *Présent, Conscient et cycle de durée. Le rôle du corps à la venue sur le présent conscient*, 1936, éd. Alcan, Paris.

MARCEL (Gabriel), *Être et avoir*, éd. Aubier, Paris, 1935.

MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la Perception*, Gallimard, Paris, 1945.

MILLER (J.), *Unconsciousnes*, 1942, éd. J. Wiley, New York.

MORTON PRINCE, *Biological theory of Consciousness*, 1927, Psychologies. Worcester, Mass.

RIBOT, *Essai sur l'imagination créatrice*, 1908, Alcan, Paris (appendice B, 282-287).

ROTHAKER (E.), *Die Schichten der Persönlichkeit*, 1^{ère} édition, éd. Barth, 1938, 5^{ème} édition, éd. Bouvier, Bonn, 1952, 181 pp.

SARTRE, *L'imaginaire*, 1940, éd. Gallimard, Paris, 246 pp. — *L'être et le néant*, 1943, N. R. F.

SPRANGER (E.), *Die Ursichten des Wirklichkeitsbewusstsein*, 1934.

STRAUS (E.), *Geschehnis und Erlebnis*, éd. Springer (129 pp).

STERN (W.), *Die menschliche Persönlichkeit*, 1923, éd. Barth, Leipzig, 3 vol. (cf. spécialement *Das Erlebnis der Persönlichkeit Bewusstseinslehre*, pp. 223-267).

TITCHENER (E. B.), *Textbook Psychology*, trad. fr. Lesage, 1922, éd. Alcan, Paris.

WALLON (H.), In *Traité de Psychologie* de DUMAS (Tome I, pp. 202-209) et in *Nouveau Traité de Psychologie* (tome I, pp. 293-335).

INDEX DU TOME III, VOLUME II*

- ABADIE (J.), 652.
 ABDHALLAH, 495.
 ABÉLY (PAUL), 68, 112, 137, 198, 400, 447, 459, 481, 484, 497, 488, **491-495**, 496, 500.
 ABÉLY (X.), 51, 68, 383, 400, 459, 491, 495, 600.
 ABRAHAM (K.), 72, 94, 116, 121, 155, **156-158**, 510, 511.
 ABRAMSON (H. A.), 756, 757.
 ACHALLE (J. Y.), 486.
 ACKERLY (S.), 723.
 AGID, 694.
 AIZPUN, 488.
 AJURIAGUERRA (J. de), 226, 227, 338, 381 385, 401, 461, 490, **520-649** passim (ÉPILEPSIE), 651, 724, 741, 757.
 ALAJOUANINE (Th.), 386, 527.
 ALBRECHT, 194, 195, 442, 465, 466, 473, 481.
 ALEXANDER (FR.), 94, 192, 511, 671.
 ALFORD (L. B.), 722, 737, 739, 757.
 ALLAIX (D.) 313.
 ALLAMAGNY, 418.
 ALLEN (CL.), 497.
 ALLEN (E. B.), 68, 495.
 ALLERS, 58.
 ALLIEZ (J.), 533, 559.
 ALPERS (B.), 487.
 ALSTRUM (C.H.), 651.
 ALTSCHULE (M. D.), 113, 459, 460, 494, 499.
 AMALDI, 490.
 AMIEL, 147, 227.
 ANDERSON (E. W.), 101, 462, 467.
 ANDRÉ (Yv.), 533.
 ANGLADE (D.), 111, 112, 188, 196, 366, 452, 482, 492.
 ANGYAL (A. VON), 226.
 ANISATONE (G.), 397.
 ANTHEAUME (A.), 415, 412, 481, 497, 518.
 ANZIEU, 671.
 APPEL (K. E.), 190.
 ARASA, 488.
 ARIEFF : 607.
 ARING (Ch. D.), 652.
 ARISTOTE, 699.
 ARLUCK (E. W.), 617, 633.
 ARMENISE (P.), 192.
 ARNAUD (F. L.), 386, 442, 518, 452.
 ARROYO, 490.
 ARSIMOLES (L.), 40.
 ASCHAFENBUCH, (TRAITÉ D'), 53, 58, 397, 425, 568.
 ASCHE (ED.), IGO.
 ASCHENASY-LELU (P.), 505.
 ASKENASY (H.), 724, 733.
 ASSO (V.), 401, 413.
 ATHANASSIO, 126.
 ATWELL, 607.
 AUBANEL, 327.
 AUBEL, 502.
 AUBIN (H.), 365, 399, 411.
 AUBREY-LEWIS (J.), 106, 138, 445, 518.
 AUESPERG (PRINCE A.), 664, 746, 756.
 AUGUIN, 694.
 BACH (W.), 222, 345.
 BACHINSKI(W. M.), 503.
 BACHLER (B. O.), 617.
 BADONNEL (M.), 138, 363, 487, 488, **501-507**.
 BAILEY (P.), 197, 458, 486.
 BAILLARGER, 15, 16, 17, 37, 51, 52, 120, 121, 122, 141, 147, 180, 193, 244, 250, 327, 328, 398, 429, 430, 431, 432, 453, 518, 682.
 BAIRD (P. C.), 502.
 BALADO, 383.
 BALBI (R.), 651.
 BALDUZZI (L), 335.

*. [NdÉ : reprise de l'index existant dans l'original avec quelques corrections.]

INDEX TOME III

- BALDWIN (J. M.), 709.
BALDWIN (M.), 640.
BALKEN, 59.
BALL (B.), 325.
BALLET (GILBERT), 22, 188, 372, 374, 378,
391, 392, 398, 425, 438, 440, 448.
BARAT, 456.
BARBÉ, 654.
BARBIER, 386.
BARD (P.), 197, 485.
BARGUE (R.), 420.
BARISON (F.), 322, 617.
BARNES, 605.
BAROIS, 627.
BARON, 383.
BARRET, 387, 490.
BARTEMEIER (L. H.), 623.
BARUK (H.), **28-29**, 112, 136, 152, 196,
318, 354, 393, 425, 428, 435, 457, 490,
496, 500, 535, 539, 567, **569**, 571, 572,
605, **654**, 756.
BATZENSCHLAGER (A.), 398, .
BAODOIN (A.), 553.
BAUDON (J.), 458.
BAUER (E.), 555.
BAUMANS (C.), 188.
BAUR, 475.
BAYLE, 411.
BAZETT, 485.
BEACH (F. A.), 488.
BEARD, 174.
BEAUCHESNE. 401.
BECHTEREW, 484.
BECK, 59, 129.
BECKER, 748.
BECKETT (H.), 321.
BEMMANN (W.), 640.
BELL (LUTHER), 396.
BELLACK (L.), PASSIM.
BELLONI, 367.
BELSANTI, 413.
BENASSI, 332, 362, 363, 364.
BENDA (PH.), 113, 497, 498.
BENDER (LAURETTA), 376, 387.
BENEDEK (L.), 391, 395.
BENEDEK (T.), 194, 464, 466, 495.
BENEDETTI (G.), 309, 419, 421.
BENON (R.), 111, 206, 384, 456.
BENTE (D.), 529.
BERCOVICI, 627.
BERGOUIGNAN (M.), 435, 492.
BERGSON (H.), 82, 164, 281, 317 à 395,
549, 656, 699, 700 703, 738, 742, 748 à
759.
BERINGER (K.), 226, 313.
BERLIOZ (CH.), 145, 230.
BERLUREAUX, 567.
BERMANN, 507.
BERNARD (P.), 374, 377, 389.
BERNHEIM, 665.
BERRY, 652.
BERTAGNA (L.), 499.
BERTRAND (IVAN), 394.
BERZE (J.), 309, 756.
BESSIÈRE (R.), 452, 693, 694.
BETHE, 729.
BETHOUX, 386.
BETZENDAHL (W.), 346.
BIANCHI, 398, 653, 722.
BIANCHINI, 534.
BIBICONI, 383.
BICHAT, 713.
BIER (A.), 493, 494.
BILLET, 386.
BILLICHERMER, 497.
BILLIGHEIMER, 506.
BILLOT, 432, 606.
BILSKY, 96.
BINDER (H.), 338, 422, 541, **611-665**, 756.
BINSWANGER (L.), **70-86**, 508, 510, 632,
657, 688, 700, 749, **752-754**, 756, 759.
BINSWANGER (O.), 539, 598, 638, 650, 652.
BIRNBAUM, 28, 41, 115 174, 275, 325, 470.
BLALOCK (J. R.), 510.

INDEX TOME III

- BLEULER (E.), 27, 41, 42 à 72, 73, 79, 108, 250, 261, 263, 264, 373, 384, 419, 421, 454, 464, 615, 633, 754.
BLEULER (M.), 129, 172, 175, 197, 457, 459, 488, 497.
BLONDEL (CH.), 756.
BOCHNER, 619.
BOFFIL (P.), 198, 488, 490.
BOGAERT (L. VAN), 318.
BOHM (EWALD), 617.
BOITTELLE (G.), 68, 112, 198, 402, 438, 489, 496, 497.
BOLBANSKI, 380.
BOLL (M.), 23.
BONASIRA, 366.
BONHOEFFER, (K.), 11, 28, 29, 41, 81, 192, 331, 325, 373, 387, 425 à 428, 452, 497.
BONNAFÉ (L.), 101, 462.
BONNAFOUS-SÉRIEUX (H.) 51, 114, 513.
BONNARD (Y.), 363.
BONNET, 383.
BOOR (W. de), 308.
BORING (E. G.), 757.
BORMAN, 499.
BOSTROEM, 28-29, 42, 175.
BOTKIN, 332.
BOUCHARD, 363.
BOUDIN, 386.
BOUDOURESQUE, 375, 380.
BOULTON, 382.
BOUNES (G.), 721.
BOUQUEREL (J.), 103.
BOURGUINION, 554.
BOURNEVILLE, 606.
BOURRAT, 386.
BOUSQUET, 18.
BOUVET (M.), 409, 412, 503, 671.
BOUYET (A.), 336.
BOVEN (W.), 602.
BOWMAN (T.), 617.
BOWMAN, 100, 502) 505.
BOWMAN (K.), 32.
BOWMAN (K. H.), 462.
BOXADOS, 384.
BRACELAND), 1133 499.
BRADNEY (IL 475, 476.
BRAID, 665.
BRAIN (RUSSEL), 757.
BRAM, 490.
BRAUN (E.), 175.
BRAUN (F.), 572, 608, 651, 652.
BRAZIER, 749.
BRECHER, 616.
BRÉHIER, 701.
BREMER (F.), 613, 735.
BREN (M. F.), 175.
BRENTANO, 656.
BRETON (J.), 365.
BREUMANN (MARGARET), 756.
BREUNAN (E. L.), 505
BRESINSKY, 365.
BRIAND (A.), 136, 196, 206, 397, 401.
BRICKNER (R. M.), 723.
BRIÈRE de BOISMONT, 15, 325~ 396.
BRINKMANN (DONALD), 759.
BRION (S.), 375.
BRISSARD, 489.
BRISSON (F.)J, **551-594**.
BROCA (A.), 719, 739.
BROCKHAUSEN (K.), 194, 467.
BRODMANN, 376, 387.
BRODWALL (O.) 454.
BRODY (M. B.), 59.
BROMBERG (W.), 312.
BRONFMAN, 484.
BROOKEN, 485.
BROSIN (HENRY, W.), 94, 190, 511.
BROSTER (R. L.), 497.
BROUSSEAU (A.), 348, 353, 424, **473-479**, 518.
BROWKANSKI, 397.
BRUCE, 332, 362, 491.
BRUN (G.), 507.
BRUN (M.), 723.

INDEX TOME III

- BRUNET, 491.
BUCCOLA, 128.
BUCHEZ, 17.
BUCKLEX, 733.
BUCXNER, 197, 456.
BUMKE, (HANDBUCH, DIRIGÉ PAR O.), pas-
sim.
BUMKE (O.), 659.
BUNDSCHUCH, 490.
BUREAU (G.), 441.
BÜRGER-PRINZ (H.), 373, 377, 385, 388,
442, 515.
BURGUET (J.), 139, 195, 443, 468.
BURLINGAME (C. C.), 497.
BURLLOUD, 147, 148.
BURLUREAUX, 540, 650.
BURTON (ROBERT), Démocritus Junior, 430.
BUSSOW (H.), 222, 507.
BUVAT (J. F.), 458, 492.

CABITTO, 491.
CADILLAC (J.), 563.
CAHAGAN, 605, 608.
CAHANE, 411.
CAHANE (I.) 492.
CAHANE (M.), 197, 198, 492.
CAHANE (T.), 197, 198.
CAIRNS (H.), 721, 733.
CALLAWAY (E.), 499.
CALMEIL (L.-F.), 327, 396, 400, 401, 405,
524, 606, 636.
CAMÉRON (D.), 127, 441.
CAMIA, 366.
CAMPBELL CLARCK, 609.
CAMPBELL (J. D.), 175.
CAMPBELL (R.), 499.
CAMUS (J.), 322, 732, 736.
CAMUS (L.), 136.
CAMUS (P.), 429, 433, 453, 489, 518.
CANNON, 197, 498.
CAPGRAS (J.), 107, 121, 137, 188, 193,
206, 222, 348, 400, 424, 428, 452, 453,
464.
CAPLAN, 499.
CAPPS, 60G, 60G.
CARDONA (F.), 367, 369.
CARLSON, 393.
CARMICHAËL (F.), 374, 3911, 394.
CARON (M.), 375, 401.
CARRÈRE (J.), 476.
CARRETTE (P.), 456.
CARRIAT (R.), 622.
CARRIER (A.), 397, 401, 407, 428.
CARRIER (G.), 397.
CASSIANO, 364.
CASTAIGNE (P.), 527.
CASTELLA DEL PINO (C.), 420.
CASTRO (P. de), 642.
CATTELL, 339, 387, 60G, 616.
CEILLIER (A.), 223.
CENAC (M.), 54 421.
CERNAUTEANU, 491.
CERONI, 3 13.
CESHMANN (W. M.), 177.
CETTELL, 312.
CHAHANE, 506.
CHAILLET, 401.
CHAMPEUX, 372.
CHAMPIONNET, 386.
CHANG, 737) 738.
CHAPOULAUD, 309, 407, 411, 412.
CHARCOT, 174, 371> 380, 555, 665.
CHARPENTIER (E.), 329.
CHARPENTIER (R.), 306, 330, 354, 448,
489.
CHARRON, 482.
CHASLIN (PH.), 38, 46, 185, 275, 325, 326,
327, 328, **329**, 330, 331, 332, 333, 336,
338, 339, 346, 347, 362, 367, 386, 418,
428, 684.
CHATAGNON (C.), 494.
CHATAGNON (P. A.), 103, 175, 185, 415,
494.
CHATELAIN SAINT-BLAISE, 475.

INDEX TOME III

- CHAVANI (A.), 648.
CHAVARD, 400.
CHERTOCCO, 401, 425.
CHIARIMONTI (E.), 332, 365, 366, 367, 368, 399, 411, 599.
CHISTENSEN, 483.
CHRISTIAN (J.), 600, 650.
CHRISTOFFEL, 544, 572, 597, 616.
CHRISTOPHE (J.), 533, 537.
CIRRILI, 521 124.
CLAPARÈDE, 387.
CLARCK, 528, 550, 650.
CLARCK (C.), 628.
CLARCK (L. PIERCE), 331, **622-624**, 654.
CLARCK (W. E. LEGROS), 718.
CLARCK, 491.
CLAUDE (H.), 11, 22, 28, 106, 115, 137, 187, 211, 226, 229, 263, 304, 313, 318, 353, 363, 385, 408, 424, 453, 465, 470, 483, 493, 548, 553, 572, 729.
CLEGHORN (R. A.), 113, 459, 460, 494, 498, **499**.
CLÉRAMBAULT (G. de), 22, 208, 234, **244**, 247, 308, 421, 551, 556, 568, 572, 597, 693.
COBB, 55, 749.
COBB (J. T.), 540.
COBB (S.), 54, 52, 93 650, 749, 757.
COENEN, 100.
COEN GIORDANA, M.
COFFER, 59.
COGHILL (G. E.), 718.
COLIN (H.), 206.
COLLINS (L.), 605, 607, 608, 609.
COLMAN, 535.
COLOMB (DI 313, 453, 454.
COMTE, 137.
CONDELI, 374.
CONN, 605, 607, 608.
CONOLLY NORMAN, 326, 331.
CONRAD (K.), 374, 376, 389, 395, 519, 611, 612, 616, 639, 651.
CONSTANTINESCO, 487.
COOPER (H.), 437.
CORIOL, 524.
CORMAN (L.), 192, **472-473**.
CORNAVIN (J.) 496.
CORNIL (L.), 523, 524, 560, 572, 635, 640, 651.
CORNU (R.), 136.
CORTEEL (A.), 112, 198, 496.
COSSA (P.), 489, 558, 563, 694.
COTARD, 181, 189.
COURLÉON (H.), 119, 195 467, 492, 493.
COURBON (P.), 229, 309, 489.
COURTIN (R.), 496.
COURTOIS (A.), 318, 378, 379, **381-382**, 383, 391, 392, **396-413** (passim), 428.
COWEN (I.), 487.
COX (J.B.), 458, 486.
CREUTZFELD, 394.
CREUTZFELD (F.), 391.
CRICHTON, 425.
CRICHTON BROWNE, 331.
CRINIS (M. de), 367, 502.
CRISTIAN, 397.
CRUZ SANCHEZ (G.), 313.
CUCCHI (A.), 313.
CUEL (J.), 409, 457.
CULLENS 14, 729.
CULLERRE (A.), 554.
CULLERRE (H.), 338.
CUNEO, 502.
CUNNINGAM, 497.
CURAN (D.), 190.
CURAN (J.), 376, 387.
CURSCHMANN, 174.
CURTON, 551, 571.
CUSCHING (H.), 197, 323, 486, 534 535, 537, 733.
CUVIER, 719, 732.
CZITRON, 112.
CZITROM, 176.

INDEX TOME III

- DAGONET (K), 70, 325, 432.
DAHLGREN, 616.
DALMAYE (H.), 415, 427.
DAMEY (A.), 29.
DARDENNE, 492.
DAUMESON (G.), 123, 385, 400.
DAVENPORT, 611.
DAVID (M.), 112, 458, 486, 533, 560, 723, 724.
DAVIDOFF, 605.
DAVIES, 522.
DAVIES EYSENCK (MARGARET), 609.
DAVIS (H.), 67, 484.
DAVIS (P. A.), 67, 138, 484.
DAWSON, 605, 607, 609.
DAX (C.), 497.
DEDICHEN (H. H.), 139, **442-443**, 455, 467, 518.
DERMLE, 397.
DÉJERINE (J.), 174, 739.
DEJERINE-KLUMPKE, 371.
DELACROIX (H.), 759.
DELASIAUVE (LOUIS), 15, 38, 185, 197, 250, 275, 325, 326, **327-329**, 333, 337, 338, 346, 428, **527-531**, 540, 650, 684.
DELAY (J.), 52, 67, 112, 113, 116, 175, 197, 198, 313, 316, 317, 381, 388, 395, 398, 401, **412-413**, 458, **485-486**, 488, 489, 492, 494, 496, **497-499**, 518, 609, 616, **675**, 694, 735, 758.
DELAYE (J.), 429.
DELGADO (H.), 664, 756.
DELL (M. B.), 550, 560, 561, 647, 651.
DELL (P.) 732, 737, 758.
DELMAS (ACHILLE), 23, 187, 250, 306, 330, **417-418**, 428, 435.
DELMAS (P.), 442.
DELMAS-MARSALET (P.), 563, 696.
DELMOND (J.), 387.
DEMAY (G.), 306.
DEMPSEY (E. W.), 739.
DENIKER (P.) 365, 413.
DENIS (J. B.), 139, 195, 443.
DENY (G.), 429, 433, 440, 453, 518.
DERON (R.), 53, **63-64**, 67, 70, 87, 88, 89, 101, 116.
DEROT, 413.
DESANA (GI 462).
DESCARTES. 142, 699, 700, 703, 719, 732.
DESCHAMPS (A.), 313.
DESCLAUX (P.), 67, 383, 401, 458, 492.
DESHAIES (G.), 478.
DESOILLE, 385.
DESRUELLES, 15, 17, 28.
DEUTSCH (HELÈNE), 94, 158, 159.
DEVIC, 368, 386, 393.
DIATKINE (R.), 401.
DICKMEISS, 196, 456, 483.
DIDE, 193, 194, 440, 655.
DIERKENS (J.), 617.
DIERKENS (N.), 617.
DIERTHELM (O.), 58, 137.
DIGO (R.), 122, 130, 147, 168, 175, 184.
DILTHEY, 656.
DIOGO FURTADO, 488.
DOBROTWORSKY, 397.
DOMARUS (VON), BI.
DONGIER (M.), 642, 646, 651.
DONIGAM, 364.
DONNADIEU (A.), 486.
DOOLITTLE, 605.
DOPCHIE, 617.
DOTT (N. M.), 458, 486.
DOUSSINET (P.), 383.
DOUTREBENTE, 461, 571.
DREYFUS (G.), 193, 194, 442., 448, 454, 463, 465.
DRIESS (H.), z94.
DROMARD (G.), 554.
DROOGLEVER, 641.
DROUET, 506.
DUBLINEAU GL 41, 206, 222, 305s 412, 503.
DUBOURDIEU, 199.

INDEX TOME III

- DUBUISSON (J.), 431.
DUCOSTÉ (M.), 551.
DUCROS, 386.
DUGAS (L.), 145, 226, 227, 228.
DUMAS (GEORGE), 122, 125, 127, 137, 140, 162, 181, 184.
DUMESNIL, 371.
DUNHAM (H. W.), 437.
DUPAIN, 602.
DUPOUY (R.), 186, 196, 302, 308, 382, 383, 422, 448, 457, 555, 572.
DUPRÉ (E.), 22, 220, **221**, 372, **379-380**, 391, 393, 424, 613.
DURAND (CH.), 198, 363, 459, 488.
DURAND-SALMIN (J.), 51.
DURU (M. A.), 96.
DUSSEY de BARENNE, 485.
DUSSIK (K.), 435.
DWELSHAUVERS (G.), 759.
- EARLE (K. M.), 640.
EBBECK, 384.
EBELING, 506.
ECONOMO (VON), 663, 719.
ECTORS (L.), 485.
EDEL, 603.
EDERLÉ (W.), 622.
EDINGER, 485.
EDINGER (L.), 718.
EHRENWALD, 226, 373, 388, 748.
EHRESBRORN, 506.
EICHHORTST, 371.
ELLIOT, 138.
ELMADJIAN (F.), 499.
ELSÄSSER (CI 462).
ELVIDGE (A. R.), 483.
ELY (F. A.), 382.
ENEBSUSKE, 137.
ENGELKEN, 2511 274.
ENKE, 612.
ENTRADES (C), 723.
ENTRES, 473, 477, 611.
- ESCALIER, 489.
ESCALONA (S. K.), 59, 96.
ESQUIROL, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 50, 99, 119, 120, 121, 122, 140, 141, 325, 326, 424, 425, 431, 435, 599, 606, 609, 636.
ETOC-DÉMAZY (G.), 327, 328, 366, 428.
EUZIÈRE, 617.
EVANS, 393.
EWALD (G.), 42, 61, 90, 108, 188, 195, 330, 331, 332, 362, 374, 391, 395, 397, 419, 422, 425, 428, 452, 462, 510, 518.
EY (H.), 51, 86, 110, 139, 195, 229, 244, 368, 443, 468, 487, 496, 513, 548, 695, 696, 756.
EYSENCK (H. J.), 59, 122, 128.
EYSENCK (DAVIES), 607.
EYSENCK (J.), 490.
EYSENCK, 52.
- FALRET, 17, 32, 599, 614, 650.
FALRET (P.), 14, 15, 35, 37, 51, 52, 120, 121, 188, 193, 396, 429, 430, 431, 439, 453, 518.
FARDET, 401, 406.
FARNARIER, 234.
FARR, 505.
FARRAR (C. B.), 466.
FAURE (L.), 617.
FAURE (M.), 330, 372, 428, 617.
FAUVEL, 197.
FAVILLI (M.), 313.
FAVRE(A.), 308.
FEDER, 694.
FEDERN (P.) 671, 756.
FENICHEL (O.), 192, 509, 511, 625.
FERDIÈRE (G.), 492.
FÉRÉ (CH.), 424, 503, 530, 614, 650.
FÉRET (A.), 372.
FERRÉIRA (A. C.), 498.
FERRER HOMBRAVELLA, 488.
FERRIER, 484.
FERRUS (G.), 325, 327, 329, 366.

INDEX TOME III

- FESSLER (L.), 194, 464, 466.
FETTERMAN, 605.
FEUCHTWANGER, 722.
FIAMBERTI, 386.
FINK (E.) 753.
FISCHBEIN (L.), 469.
FISCHEIN, 195.
FISCHER, 81, 476, 505.
FISHGOLD (H.) 721.
FITZPATRICK, 605.
FLANGIN (H.), 558.
FLATAU, 227.
FLECHNER, 367.
FLESCHIG (P.), 719, 720, 727, 732.
FLEURY (M. de), 174.
FLINTOFF MICKLE, 475.
FLOURENS, 719.
FOERSTER (O.), 112, 197, 313, 372, 458, 486, 528, 531, **533-535**, 539, 638, 652, 733.
FOLLIN (S.), 226, 227, 409, **603-605**.
FONT (E.), 603.
FOREL (A.), 258.
FORSTERS (F. M.), 6s2.
FORTINEAU (J.), 532.
FORTUYN, 641.
FOUQUET (P.), 68.
FOURMENT, 365, 413.
FOVILLE (A.), 99, 122, 188, 396, 518, 550.
FOX (J.), 331.
FOX (T.), 607.
FRANK (D. B.), 227.
FRANKHAUSEN, 188.
FRANKS (M.), 466.
FRATINI 364.
FREE (W.), 723.
FREMMING, 436.
FRENCH (J. D.), 736.
FRETET (J.), 112, 196.
FREUD (S.) *passim*, **94-95**, (MANIE), **155-157**, et **168-171**, (MÉLANCOLIE), **509-512**, (PSYCHOSES PÉRIODIQUES), **622-625**, (ÉPILEPSIE) et **665-673**, (CONSCIENT ET INCONSCIENT).
FREUND, 58.
FREY (B.), 505.
FRIEDMANN, 36, 174, 452, 524.
FRIEDREICH, 524.
FRISCH (F.), 652.
FRITSCH, 331.
FROMM, 386.
FULTON (J. F.), 458, 486, 739.
FURSTER, 325.
FUSSWERK (J.), 693, 694.
FUSTER, 558, 560.
GAGEL, 112, 197, 383, 459, 486, 533.
GALL, 719.
GALLAIS (A.), 306.
GALLOT (H. M.), 52, 124.
GAMPIERI 374, 391, 395, 734.
GANSER, 304.
GARCIA-BADARACCO (J.), 550, 647, 737, 758.
GARDE (A.), 368, 393.
GARDIEN (P.), 15, 17.
GARDIEN-JOURDEUIL (M.), 67.
GARDNER (W. J.), 721.
GARDNER MURPHY, 58.
GARMA (A.), 116, 159, 511, 528.
GARNIER, 338, 422, 491.
GASTAUD (H.), **521-526**, 528, 531, 538, 563, 611, 634, 635, 641, 651, 739, 758.
GASTAUD (Y.), 559, 560.
GAUPP (R.), 36, 42, 442, 467, 473, 495, 603.
GAUSSEN, 193, 194, 195, **464-466**.
GAUTER, 604.
GAYET, 393.
GAYRAL (L.), 492.
GEBSATTEL (FREIHERR VON), 130, 13 1, 140, **144-146**, 164, 168, 181, 229.
GEIGGER (MORITZ), 661.
GELINEAU (J. B.), 650.

INDEX TOME III

- GELMA (E.), 500.
GEMELLI (A.), 759.
GENIL-PERRRIN (G.), 12.
GEORGET (E.), 15, 35, 327, 425, 428, 527.
GEORGI (F.), 502, 507.
GERALD GERMANY, 551.
GÉRARD (P.), 313, 316, 317.
GERAUD (J.), 534.
GERENDASI (G.), 501.
GERNEZ, 386.
GERO (GEORG), 159, 511.
GEVAUDAN (Y.), 435, 567.
GIACOMO (V. de), 25.
GIANELLI, 175.
GIBBS, 323, 338, 485, 505, 522, 524, 605.
GIBBS (E. L. ET F. A.), **558, 560**, 561, 612, 640.
GIBSON (R.), 466.
GIBSON (G.), 128.
GIEHM(H.), 603, 604.
GILBERT, 500.
GILDEA (E. F.), 138, 504.
GILL(M.), 129.
GILLES (A.), 622.
GILLESPIE, 23, 172, 190, 193, 332, 425, 464, 465, 655.
GIRARD, 393.
GISCARD (P.), 385.
GLASER, 499, 506.
GLAUS, 603, 604.
GLOVER (E.), 671, 756.
GOLDEN, 59.
GOLDI, 364.
GOLDKUHL, 453.
GOLDSTEIN (K.), 138, 727, 729, 740, 758.
GOLLA, 505.
GOLSE (J.), 411, 413.
GOLTZE, 84, 485.
GOMBAULT, 41, 392.
GOOD (R.), 129.
GOODHART (S. P.), 197, 530, 733.
GORDON, 475.
GORMAN (W. F.), 375.
GORRIERI, 490, 492.
GOTOR (P.), 616, 628, 651.
GOTTSCHALK (L. A.), 175, 608.
GOUJON, 489.
GOWERS (W. R.), 338, 522, 527, 530, 539, 650.
GRAPFIELD, 505.
GRADENBERG, 332.
GRAFE, 505.
GRAHAM (B.), 499.
GRASSET, 756.
GRAVEJAL (Mlle), 425.
GRAVEN(P.), 622.
GRAZIANI, 364.
GRÉCO (DEL), 326.
GREEF (de), 484.
GREEN, 393.
GREENBLATT, 67, 138, 484.
GREGOR, 373, 376, 387.
GREY WALTER (W.), 676, 737, 738.
GRIESINGER (W.), 14, 15, 16, 28, 37, 51, 68, 74, 113, 124, 114, 142, 154, 163, 180, 184, 188, 244, 431, 518.
GRINKER (R.), 197, 425, 458, 486, 524.
GROSCH, 492.
GROSS, 748.
GROSSEAU, 487.
GRUHLE, (H. W.), 345, 571, 572, 602, 603, 639, 649, 650, 664, 756.
GRÜNDLER, (W.), 437, 472.
GRUNTAL, (E.) 345, 373, 374, 376, 377, 385, 388, 391, 395, 734.
GUDDEN, 394.
GUIBERT, 609, 616.
GUIJA MORALES (EL 308.
GUILFORD, 59.
GUILLAUME (J.), 559.
GUILLY (P.), 721.
GUIRAUD (PAUL), 36, 68, 193, 194, 226, 229, 317, 368, 400, 406, **407-409**, 411, 412, 440, 486, 497, 655, 732, 735, 736,

INDEX TOME III

- 749, 756, 758.
GUIRDHAM, 617, 619, 620, 621.
GUISLAIN (G.), 16, 424.
GURRIA, 488.
GUSDORF (MLLE), 421.
GUTHEIL (E.), 227.
GUTIERREZ-NORIÉGA (C.) 308, 313.
GUTTMANN, 313, 486, 530.
GUTMANS, 58.
GWYNNE JONES (H.), 606.
- HADDENBROCK (S.), 758.
HAFFNER (H.), 748.
HAGEN, 543.
HAGGENMULLER (D.), 648.
HALBERSTADT (G.), 35, 36, 40, 41., 193,
195, 202, 207, 452, **461-465**.
HALLION, 137.
HALPERN, 617, 619.
HALSTEAD (W. C.), **724-725**.
HAMBURGER, 413, 496.
HAMEL (J.), 104, 400, 506.
HAMILTON, 497.
HAMMOND (W.), 532, 555.
HANDY (L. M.), 476, 607.
HANNION, 329.
HARDER (A.), 421.
HARLOW (H. F.), 721, 729.
HARRIS, 68.
HARRISSON (H.), 503.
HARRISSON (R.), 59, 129.
HARROWER ERICKSON, 617, 633, 640.
HARROWES (W. M.), 52, 190.
HARTEL (RUTH), 622.
HARTEMBERG (P.), 174.
HARTMANN (E. DE), 759.
HARTMANN (H.). 226, 335, 341, 344, 345,
352, 374, 428, 672.
HARTMANN (N.), 72, 759.
HASKOVEC, 732.
HAUG (K.), 226, 227, 228, 756.
HAUPTMANN, 137, 484.
HAUSMANN, 524.
HAWLEY, 137.
HAYER, 326.
HAYNES, 195.
HEAD (H.), 550, 675, 724, 725, 726, 758.
HEALY, 67, 138, 484.
HEBB (D. O.), 722.
HERBELIN, 84.
HECAEN (H.), 112, 226, 458, 486, 533,
724, 726, 730, 741.
HECKER (E.), 19, 429.
HEDENBERG (SVEN), 227.
HEDOUIN, 571.
HEDSTROM, 137.
HEERNU, 383.
HEFFTER, 312.
HEGEL (F. G. W.), 97, 117, **700-703**.
HEIDEGGER (M.), 71, 73, 82, 144, 147, 164,
167, 657, **700-702**, 703, 704, 707, 759.
HEIDEMA, 504.
HEILBRONNER, 422, 524, 568.
HEINROTH (F. C. A.), 15, 152.
HELLE (J.), 554.
HELLER, 312.
HELWEG (P.), 425.
HEMPHILL (R. E.), 113, 466, 487, 488, 497,
499.
HENCH (D.), 499.
HENDERSON (D.), 13, 193, 332, 464, 465,
655.
HENNELY, 494.
HENNENBERG, 524.
HERMANN, 397, 486.
HERPIN (TH.), 550, 650.
HERRICK (C M), 537, 739.
HERTZBERGER, 363.
HESNARD (A.), 91, 133, **148**, 226, 227,
306, 326, 329, 345, **347**, 362, 369, 370,
411, 417, 428.
HESS (W. R.), 528, 529, 561, 734, 739, 758.
HEUQUEVILLE (G. de), 493.
HEUYER (G.), 64, 100, 229, 305.

INDEX TOME III

- HEYER (G. R.) 759.
HEYMANN (H.), 313.
HILKEVITCH, 608.
HILL (D.), 484, 498, 559, 605, 640, 737.
HINRISCHEN, 447.
HIRSCHMANN (H.), 164.
HOAGLAND (HUDSON), 113, 459, 494, 498, **499**, 505, 757.
HOCH, 106, 195, 312.
HOCH (G. H.), **509-649** passim (ÉPILEPSIE).
HOCH (P.), 603, 604.
HOCHE (A.), 11, 29, 29, 664, 756.
HODER, 554.
HODSKINS, 605.
HOEFER, 499.
HOENIGSWALD, 753.
HOERNIG (J.), 603, 604.
HOESSZIN 442.
HOFF, 507, 535.
HOFFMANN (H.), 42, 187, 454, 467, **474-478**, 611.
HOHEISEL (H. P.), 456.
HOHLER, 308.
HOHMAN (L. B.), 190.
HOLLANDER (B.), 482.
HOLLEVEIDE, 108.
HOLT, 744, 759.
HOLTHAUSS, 493.
HONAK (G.), 733.
HONIGSWALD, 60.
HOOD, 69, 397.
HORNEY (K.), 31, **678**.
HORRAX, 323, 535.
HORSLEY, 304.
HORST (VAN DER), 373, 388.
HORWITZ (W.), 68, 492.
HOSKINS (R. G.), 459, 505.
HOVEN (H.), 465, 603.
HOWARD, 198, 506.
HOWARD, (G. L.), 490.
HOWARD, (M. A.), 112.
HOWARD, (M. Q.), 490.
HUBBARD, 106.
HUBNER, 443.
HUGUES (CH. H.), 331.
HUNT (J.-M.), 59, 123.
HUNT (R. C.) 175.
HUNTER (J.), 523, 6411, 737.
HURST, 394.
HUSS (MAGNUS), 380, 420.
HUSSLER (E.), 71, 75, 81, 167, 281, 597, 656, 699, **701-702**, 703, 707, 748, 759, 751, 753.
HUSTON, 195, 468.
HUTTER (A.), 123, 124, 172.
HYPPOLITE (J.), 759.
ILBERG (G.), 386.
ILLING (E.), 185.
INGHAM (D.), 743.
IRAZOQUI-VILLALONGA (E.), 488.
ISCH (F.), 554.
ISSERLIN, 58, 60, 227.
JACKSON (H.) 73, 287, 322, 323, 338, 395, 396, 519, 522, 523, 528, 535, 542, 554, 556, 559, 629, 637, 649, 650, 654, 687, 7L2, 727, 737, 741, 747, 754, 758.
JACOBI (MAX.), 68, 425.
JACOBI (E.), 195, 467.
JACCOBI, 506, 507.
JACOBS (J. S. L.), 195.
JACOBSON (E.), 160, 511.
JACQUIN, 482.
JAHRREIS (W.), **658-660**, 673, 756.
JAMISON (G. R.), 196, 197, 456, 457.
JAMES (W.), 510, 748, 759.
JANET (PIERRE), 52, 97, 130, 131, **140-143**, 144, 145, 146, 147, 184, 223, 226, 227, 294, 387, 424, 665, 666, 689, 712, 757.
JANTZ (H.), 313.
JANZ (W.), 613.
JANZEN (R.), 614.
JARDON, 468.

INDEX TOME III

- JARVIE (H. F.), 69, 397.
 JASPER (H.), 323, **522-565** passim (ÉPILEP-
 SIE) 605, **641**, 651, 737, 738, 739.
 JASPERS (K.), 28, **29-31**, 80, 81, 115, 147,
 175, **207-308**, 209, 261, 262, 275, 279,
 296, 344, 541, 597, **657-658**, 664, 665,
 666, 673, 684, 757.
 JASTROW (J.), 757.
 JAUBON, 386.
 JEANGIRARD (C.), 251.
 JELIFFE (S. E.), 174, 625, 655.
 JOFFROY, 371, 572.
 JOHNSON, 145.
 JOLY, 385.
 JOLLY (PH.), 473.
 JONES (E.), 78, 94, 510, 757.
 JONG (de), 605.
 JORDAN, 194.
 JOUANNAIS (S.), 486.
 JOUKOWSKY, 397.
 JOUVE (A.), 533.
 JUBA (A.), 391, 395.
 JUBA, 519.
 JUNG (C.-G.), 618, 757, 759.
 JUNG (E.), 175.
 JUNG (R.), 529, 530, 533, 534, 539, **540-
 545**, 565.
 JUQUELIER, 52, 339., 424, 428, 500.
 JUSTIN-BESANÇON (L.), 380, 499.
- KAADA (B. R.), 732, 758.
 KABAT (H.), 485.
 KAHLBAUM, 19, 20, 120, 152, 605.
 KAHN (E.), 1126, 1175, 455, 489, 491.
 KAHN (PUERRE), 456, 518.
 KAILA (M.) 373, 377, 385, 388.
 KALDEWEY (W.), 43, 572.
 KALISCHER, 729.
 KALLIBAY, 123.
 KALLMANN (F. J.), **476-479**, 611.
 KAMMERER (TH.), 476.
 KANDINSKI, 309, 543.
- KANT (E.), 81, 656, 700, 703, 719.
 KANT (P.), 391.
 KANT (O.), 194, 465.
 KAPPES, 308.
 KARDINER (A.), 425, 625.
 KARNOSH (L. T.), 721.
 KARPLUS, 72 1.
 KARRER, 477.
 KARWOSCH, 490.
 KASANIN (G.), 332.
 KASANIN (J.), 435.
 KAT (W.) 603, 604.
 KATAN (M.), 95.
 KATZ, 352.
 KATZENELBOGEN, 506.
 KAUFFMANN, 502.
 KAYSER (C.), 734, 758.
 KEHRER (F.), 193, 196, 437, 464, 465, 466.
 KELLEY (D. Mc. G.), 59, 129.
 KENNEDY (FORSTER), 112, 197, 531, 535,
 537.
 KERN, 457.
 KERNBACK, 492J 493.
 KERNETH, 506.
 KETY (S. S.), 727, 757.
 KIELER, 425.
 KIERKEGAARD, 167.
 KIHN, 27.
 KILL, 251.
 KIMMELMAN, 308.
 KIRMAN, 484.
 KIRN (L.), 415, 432.
 KIRSCHOFF, 126.
 KISKER (G. W.), 463.
 KIYOSHI TAKASE, 482.
 KLAUSS, 489.
 KLEIN, 507.
 KLEIN (MÉLANIE), 95, 155, 159, 160, 510,
 511.
 KLEIN (R.), 226.
 KLEIST (K.), 37, 40, 41, **42-44**, 228, 304,
322-323, 331, 373, 384, 395, 414, 415,

INDEX TOME III

- 454, 456, 461, 462, 477, 486, 633, 720,
732, **740-741**, 758.
KLEITMANN (N.), 757.
KLEMPERER, 506.
KLIMKE, 493.
KLINBERGER, 489.
KLINKE, 264.
KLIPPEL, 250, 306, 330, 363, 366, 382,
392, 393, 418, 500.
KLOPFER (B.), 59, 129, 437.
KLOTZ (H. P.), 381, 499.
KLUGE (E.), 529.
KNAPP, 572.
KNAUER, 497.
KNIGHT (R. P.), **519-649**, passim (ÉPILEP-
SIE).
KOCH (S. VON), 175, 176.
KOHLE, 482.
KOJEVNIKOW, 371, 524.
KOLLE (K.), 472.
KOLHGER, 485, 738.
KONRADI, 729.
KOORY, 138, 504.
KOPP (P.), 12.
KÖRNYEY (St.), 391.
KORSAKOFF, 72, 261, 325, 332, 333, 358,
369, **371-396** (passim).
KOTTMANN, 491.
KRAEPELIN (E.), 14, **18-27**, 28, 36, 37, 51,
53, 60, 63, 65, 88, 102, 114, 116, 121, 122,
128, 139, 163, 171, 172, 180, 186, 188,
193, 262, 275, 325, 331, 332, 372, 379,
384, 386, 392, 397, 425, 428, **429-450**,
(passim), 452, 453, 455) 459, 463, 481,
489, 518, 568, 602, 603, 604, 605.
KRAINES (S. H.), 396.
KRAFFT-EBING (R. VON), 36, 432, 453, 495,
557, 572, 593, 598, 606.
KRAPP (E.), 12, 226, 603, 604, 623, 624,
625.
KREIDL, 721.
KUMER (R. P.), 759.
KRETSCHMER (E.), 28, 42, 52, 72, 108, 115,
121, 122, 209, 437, 454, 470, **471-472**,
612, 613, 665, 757.
KREUSER, 442.
KRIS (E. P.), 672.
KRISCH (G.), 415, 568.
KRISHABER (M.), 226, 228.
KRISTIANSEN (K.), 527, 539, 540, 558, 559,
651.
KRONFELD, 81.
KRUEGER, 36.
KUBIE (L. S.), 304, 425.
KULPE, 57.
KUNZ, 78.
KUPPERS (E.), 228, 749, 758.
KUSTERS, 196.
LABORIT (H.), 413.
LABOUCAIRÉ (J.), 458.
LACAN (J.), 36, 151, 318, 729.
LACHÈZE-REY, 759.
LADAME, 457.
LADET (Mlle), 411.
LAFON (R.), 617.
LAGACHE (D.), 51, 223, 510, 513.
LA HUCHE, 384.
LAIGNEL-LAVASTINE (M.), 100, 409, 456,
489, 490.
LAINÉ (B.), 137.
LAIRY-BOUNES (G. C.), 550, 560, 647.
LALANNE, 188.
LALANNE (J.), 400.
LALLEMANT, 448.
LAMACHE (A.), 137, 501, 502, 503, 507,
571.
LAMOLIE (P.), 137.
LAMPOT, 382.
LANCERAUX, 380.
LANDIS, 437.
LANDIS (C.) 724.
LANDRY (Mlle), 489.
LANGE (J.), 53, 57, 63, 101, 106, 116, 121,

INDEX TOME III

- 122, 126, 128, 132, 172, 175, 180, 185,
187, 192, 275, 415, 435, 436, 437, 439,
440, 442, 443, 445, 447, 450, 452, 454,
455, 462, 464, 477, 487, 510, 518, 604.
LARRABURE, 616.
LARRIVE (E.), 415, 457.
LARSEN, 425.
LARSON (C. P.), 487.
LARUELLE, 112.
LASÈGUE, 35, 120, 122, 141, 188, 325,
329, 333, 349, 351, 420, 421, 555.
LASHLEY (K. S.), 727, 729.
LATOUR (K.), 563.
LAUBACH (C.), 138.
LAURAS, 499.
LAURES (G.), 416.
LAUZIER (J.), 138, 505.
LAVELLE, 703.
LEAVITT (H. C.), 484.
LECLERCQ (C) 493.
LECONTE (M.), 11, 29, 51.
LECONTE-LORSIGNOL (S.), 495.
LÉCULIER (P.), 15, 17.
LEDERBOER (Ch.), 652.
LEE (M. O.), 503.
LEEMAN, 369.
LEGRAIN (M.), 28, 29, 40, 203, 205, 206,
207, 306.
LEGRAND DU SAULLE, 188, 540, 553, 555,
557, 572, 598, 650.
LE GUILLANT (L.), 395, 401, 425.
LEHMANN (H. E.), 113.
LEIBERMANN (D.), 603, 604.
LEIBNIZ, 700, 713.
LELUT, 99.
LE MAPPIAN, 175.
LEME LOPES (J.), 617.
LEMIERRE (A.), 380, 398, 412.
LEMKAU (P.), 437.
LEMPÉRIÈRE (Th.), 566, 568, **606-637**,
(passim), 640, 651.
LENCKE, 505.
LENEUVILLE, 401.
LENNOX (W. G.), 393, 519, 522, 527, 540,
558, 605, 607, 608, 631, 650, 651, 652.
LENZI, 473, 475.
LEONHARD (K.), 43, 194, 309, 318.
LERAT (G.), 111, 448.
LÉRI, 491, 497.
LEROY (R.), 105, 348, 453, 475.
LE SAVOUREUX (H.), 147.
LESÈVRE, 611.
LESKO (J. M.), 598.
LESZYCKI (A.), 138, 483.
LETOURNEUR, 372.
LEULIER-BARRAT (MNE), III.
LEUTHOLD (G. H.), 124.
LEVASSORT, 554.
LEVERT, 111.
LEVIN (MAX G.), 308.
LEVY (D. M.), 59, 129.
LEVY-VALENSI (J.), 106, 187, 453.
LEWIN (B.), 90, 94, 95, 116.
LEWIN (M.), 348, 397.
LEWIN (S.), 598.
LEWIS (AUBREY J.), 445.
LEWIS (N.), 568.
LEWIS (N. D. C.), 106.
LEWRENZ (H.), 443.
LEWY (D. M.), 129.
LEY (A.), 58.
LEYDEN, 371.
LHEMANN (H.), 499.
LHERMITTE (J.), 318, **323**, 383, 392, 393,
457, 734, 758.
LIAN, 490.
LIBERSON, 67, 135, 484.
LIDDELL (H. S.), 728, 729.
LIDZ (Il 722.
LIEBERMEISTER, 426.
LIEBIG, 308.
LIEPMANN, 57, 60, 85.
LINAS, 50, 53, 63, 65, 116, 396.
LINGJAERDE, 366, 411.

INDEX TOME III

- LIPPS, 666.
 LIPSCHUTZ, 135.
 LITWAK, 554.
 LITWAK (A.), 455, 456.
 LLOPIS (B.), 28.
 LOBEL (G.), 648, 694.
 LOBSTEIN, 477.
 LOCKWOOD, 505.
 LOEPER, 174.
 LOEWENSTEIN (R.), 672.
 LOGRE (B.), 100, 353, 511.
 LONG, 59.
 LONG (C. N. H.), 503.
 LONGUET (Y.), 174, 473.
 LÔO (P.), 365, 411.
 LOPEZ-IBOR (J.), 130, **175-176**, **191**, 451.
 LORENZ (M.), 54, 55.
 LORRY, 430.
 LOWENBACK, 619.
 LUBAC (E.) 759.
 LUGARO (E.), 655.
 LUND, 397.
 LUNDBORG, 524.
 LUNDQUIST, 138, 438, 442, **445**, 449, 453, 518.
 LUNIER, 16, 396.
 LUTHER, 473.
 LUTHER (A.), 467.
 LUXEMBURGER, 27, 472, 475, **476-477**, 479, 480, 611.

 MAAS, 490.
 MAC CANCE, 507.
 MAC CULLOCH (W. S.), 607, 609, 731, 737.
 MACLAY (W. C.), 313.
 MAC CURDY, 195.
 MAC FARLAND, 138, 505.
 MAC GOWAN (P. K.), 138, 139, 504.
 MAC LEAN (V. L.), 504, 529.
 MADGE, 382.
 MAEDER, 155.
 MAGNAN (V.), 18, 22, 35, 36, **40**, 41, 42, 43, 44, 51, 52, 53, 54, 56, 63, 65, 87, 96, 109, 116, 121, **202-207**, 209, 210, 303, 338, **349-351**, 369, 420, 429, 432, 438, 461, 532, 534, 556, 602, 603, 613.
 MAGNUS (O.), 528.
 MAGOUN (H. W.), 485, 720, **735-737**, 758.
 MAHODEAU (D.), 723.
 MAIER (W.), 90, 111, 308.
 MAILLARD, 401.
 MAIRET, 424.
 MAJLUF (E.), 551.
 MALLAMUD (W.), 113, 194.
 MALLET (R.), 145, 230, 486, 492.
 MALLINSON, 101, 462.
 MALONE, 740.
 MALZBERG, 519.
 MAN (E. B.), 489, 491, 504.
 MARBE, 488.
 MABURG (O.), 482.
 MARCÉ, 396.
 MARCEL, 350.
 MARCEL (GABRIEL), 703, 760.
 MARCHAND (L.), 196, 227, 338, 364, 365, 366, 372, 374, 378, 379, **381-382**, 383, 391, 392, **396-411**, passim DÉLIRE.AIGU), 425, 428, 457, 482, 490, **519-649**, passim (ÉPILEPSIE), 651.
 MARCUS (H.), 374, 391, 394.
 MARESCHAL (P.), 349.
 MARIBAS (F.), 52, 124.
 MARIE (A.), 326, 417.
 MARIE (P.), 611, 638.
 MARINESCO (G.), 374, 393.
 MARJOLIS, 499.
 MARQUEZY, 411.
 MARTEL (Th. de), 532, 537.
 MARTELLI (F.), 572.
 MARTIMOR (E.), 365.
 MARTIN (A.), 58, 128.
 MARTIN (J. P.), 749, 758.
 MARTIN (P.), 558, 641, 648.
 MARTIN (Th.), 494.

INDEX TOME III

- MARTINI (E.), 44.
 MARTIN-SANTOS (L.), 421.
 MASQUIN (P.), 384, 385.
 MASSAUT (Ch.), 483, 487, 488, 502, 503, 506.
 MASSEL, 499.
 MASSELON (R.), **65-66**, 122, 125, 127, 128, 171, 178, 180, 181, 184, 603.
 MASSERMANN (J.), 59, 128, 486.
 MASSIGNAN (L.), 617, 620.
 MASSINI, 497.
 MASSOIN, 603.
 MATESCO (Mlle), 490.
 MATHER (V. C.), 128.
 MATHEY (J.), 112.
 MATHON (R.), 457.
 MAUDSLEY, 397.
 MAURICE (H.), 100, 124.
 MAUTHNER, 732.
 MAUZ (F.), 122, 138, 187, 194, 445, 454, 472, 612, **613**, 651.
 MAXWELL (J.), 551, 572, 650.
 MAYER (W.), 175, 490.
 MAYER-GROSS (W.), 23, 64, 81, 101, 209, 218, 225, 226, 227, 228, **250-278**, 280, 291, 292, 296, 298, 308, 313, 317, 322, 330, **333-335**, 344, 478, 548, 657, 659, 664, 757, 776.
 MAYMAN (M.), 606.
 MAZARS (G.), 559.
 MAZARS (Y.), 559.
 MAZZANTI, 366.
 MEDOW (W.), 195, 261, 262, 465, 467.
 MEDUNA (L. J.), **419**, 603, 604.
 MEIGNANT (P.), 318.
 MENDEL (E.), 53, 87, 116, 325, 326.
 MENGER (P.), 616.
 MENNINGER (K.), 11, 622.
 MENZERATH, 58.
 MERLEAU-PONTY (M.), **281-284**, 287, 549, 700, 703, 718, 760.
 MERRITT) 378, 379, 381, 600.
 MESNET, 556.
 METSCHNIKOFF, 363.
 MFTTLER (F. A.), 725, 729.
 MEUNIER (R.), 310, **311-312**.
 MEURIOT (H.), 52.
 MEYER, 385, 391, 392.
 MEYER (ADOLF), 11, **28-29**, 332.
 MEYER (F.), 487.
 MEYER (L.), 432.
 MEYER-MICKELEST (R. W.), 562.
 MEYERS, 616.
 MEYNERT (Th.), 38, 275, 325, 328, **330-331**, **367-368**, 428, 481, 738.
 MICHAUX (L.) 52, 124, 441, 554.
 MICHEA, 180.
 MICHELLA, 308.
 MIGAULT (P.), 67, 211, 226, 229.
 MIGNARD (M.), 339, 341, 428.
 MIGNOT (H.), 642, 657.
 MILLER (E.) 304, 425.
 MILLER (J.), 760.
 MILLER (M.), 137.
 MILLING (C.), 69, 397.
 MILLOT, 401.
 MINKOWSKA (Fr.), 275, 603, **614-616**, 618, **619**, 620, 627, 629, 650.
 MINKOWSKI (E.), 72, 73, 140, **143-144**, 145, 147, 164, 184, 190, 223, 282, 284, **290**, 615, 688, 700, 703, 757.
 MIRA y LOPEZ (E.), 172, 505.
 MIRSKY (A.), 459.
 MITTELMANN (B.), 623.
 MIXTER (W. J.), 723.
 MOBIUS, 41.
 MOLIN de TEYSSIEU (G.), 111, 468.
 MOLLER (A.), 313.
 MONACI, 397, 409.
 MONAKOW, 457.
 MONCHY (de), 111.
 MONCRY, 490.
 MONNIER (M.), 618.
 MONTASSUT (M.), 174, 175, 453.

INDEX TOME III

- MOORE (M. T.), 138, 484, 607.
MORAGAS (de), 616.
MORAWITZ (L.), 603.
MORDRET, 477, 482.
MOREAU (JACQUELINE), 523, 525, 526, 651.
MOREAU deJONNES, 566.
MOREAU de TOURS (I.), 18, 154, 206, 207, 208, 209, 250, **309**, 636, 654, 680.
MOREL (A.), 14, **16-17**, 18, 40, 120, 188, 192, 203, 353, 380, 411, 420, 424, 432, 452, 550, 602, 605, 613.
MORGAGNI, 430.
MORGAN (L. O.), 497.
MORGENSTEIN (S.), 227.
MORICE (J.), 458.
MORISSOM (R. S.), 739.
MORRIS (A.), 139.
MORSELLI (E.), 226, **232-233**, 313, 316, 326, 653.
MORSIER (G. de), 394, 548.
MORTON PRINCE, 760.
MORUZZI (G.), 522, 738.
MOSNY (E.), 456.
MOTT (F. W.), 477.
MOURATOFF (W. A.), 497.
MOURGUE (R.), 13, 317, 323, 548, 701.
MOUTIER, 226, 227.
MOWRER (O. H.), 162.
MULLER (G.), 603.
MÜLLER (R.), 308.
MULLER-SUUR (H.), 374, 379.
MUNCIE (W.), 332, 344.
MUSKENS (L.) 650, 652.
MUTEL, 739.
MUTRUX , (S.) 499.
MYM (H. J.), 175, 176.
MYM (F. W. Hi 535.
MYMUON, 137, 494.
MYERSON (A.), 164, 190.

NACHT (S.), 671, 678, 713.
NAGY (M.) 489, 493.

NATHAN (D.), 138, 484.
NAUDASCHER (G.), 383, 486, 492.
NAYRAC (P.), 386.
NÈGRE, 372, 381.
NEISSER, 609.
NEUBFRGER (K.), 391.
NEUBÜRGER, 397.
NEUMANN (H.), 28.
NEUSTADT (R.), 490.
NEVEU (P.), 67, 419.
NEWINGTON (H.), 326, 331.
NEWMAN (S.), 128.
NICHOLS (I. C.), 723.
NITSCHKE, 435.
NOBILE (S.), 425, 453.
NODET (C. H.), 375, 491.
NORDEN (VON), 136.
NORMANN (MAJOR), 69.
NOTHNAGEL, 485, 522.
NOTKIN (J.), 603.
NOUET (H.), 531.
NOVY, 477.
NOYES (A. P.) 24, 655.
NUNBERG (H.), 226, 671.

OBERDORF, 227.
OBERHOLZER, 611.
OBERNHOF, 197.
OBERSTEINER, 128.
OBRADOR (S.), 384.
O'BRIEN (J. D.), 721.
ØESTERREICH (K.), 226.
OKHUMA (T.), 391.
OKSALA (H.), 195, 465.
OLIVEIRA, 619.
OMBREDANE (A.), 196.
OPPENHEIM, 371.
ORNSTEIN, 491.
ORTIZ (V. S.), 309.
ORZECZOWSKI (K.), 652.
OTTOLUNGI, 650.
OUSPENKI, 332.

INDEX TOME III

- OWEN, 437.
- PAAR (G.), 558.
- PACHECOCO E SILVA (A. C.), 26.
- PACHOUD, 136.
- PACOLET, 401.
- PAETTI, 424.
- PAGE (J. D.), 437.
- PAGNIEZ (P.), 650.
- PAILLAS (J. E.), 521, 524, 559, 560, 572, 619, 635, 640, 651, 652.
- PAINCHAUD, 401.
- PALAGYI (M.), 228, 281, 296, 317, 542.
- PALAZZUOLI, 599.
- PALMER (H. D.), 194, 466, 468.
- PANSE (F.), 442.
- PAP (ZOLTAN VON), 317.
- PAPANICOLAOU (G. N.), 496.
- PARCHAPPE, 12, 17, 32, 396, 566.
- PARANT (V.), 572, 652.
- PARFITT (D. N.), 190, 411.
- PARHON (C.), 488, 489, 490, 491, 492, 506, 507.
- PARHON (M.), 490, 507.
- PARIENTE (M.), 421.
- PAKHURST (B.), 499.
- PARSONS (J. P.), 504.
- PARTURIER (G.), 500.
- PASKIND (H. A.), 435, 442, 443, 607, 608.
- PASTUREL (A.), 384.
- PASSEK (V.), 493.
- PASSOUANT (P.), 563.
- PATERSON (G.), 497.
- PATTERSON (M. B.), 497.
- PAULIAN (D.), 373.
- PAVLOV (I. P.), 323, 367, **728-731**, 729, 730, 731, 758.
- PEDERSEN (A.), 439, 451.
- PENFIELD (W.), 323, 339, 396, 485, **522-565** passim (ÉPILEPSIE) 638, **640**, 651, 652, **722**, 724, 727, 732, 739, **741-743**, 758.
- PENNES, 312.
- PEREIRA, 493, 494.
- PERSE (J.), 609, 616.
- PERTUISET (B.), 558.
- PETERS, 507.
- PETERSON (D. B.), 564.
- PETIT (G.), 52, 68, 97, 107, 196, 387, 456.
- PETIT (PAULE), 35, 36, 234, 235, 307, 532.
- PETREN (A.), 188, 442.
- PFEIFFER (B.), 383, 385, 457.
- PFISTER, 435.
- PICARD (J.), 229, 302, 461, 539, **553-559**, **567**, 569, 571, 575, 650.
- PICCININO, 398.
- PICHARD (H.), 186, 381.
- PICHLER, 368.
- PICHON (E.), 508.
- PICHON (G.), 556.
- PICNON-RIVIÈRE (E.), 623.
- PICHOT (P.), 129, 609, 616.
- PICK (A.), 261, 373, 376, 387, 535, 539, 597.
- PICKETT, 387.
- PIÉRON (HL 387, 424, 729, 758.
- PILCZ (A.), 68, 102, 275) 415, 425, 477, 482.
- PINCUS (G.), 113, **499**.
- PINEL (PH.), 14, 50, 87, 122, 326, 423, 431, 719.
- PIOTROWSKI, 617, 619, **620-621**.
- PIRON (J.), 420.
- PITRES, 192, 452, 572.
- PITTS (W.), 731.
- PLANÈS (A.), 123, 436.
- PLATON, 167, 699, 701.
- PLATTER (FELIX), 50, 120.
- PLOTIN, 701.
- POBIEDIN, 274.
- POHLISCH (K.), 640.
- POLLAK, 483.
- POLLATIN (PH.) 321.
- POOT (RUTH), 439, 444, 451.
- POPE (A.), 505.

INDEX TOME III

- POROT (A.), 332, 362, 363, 419, 428.
PORTOCAELIS, 386.
POTEL, 372.
POTTYREW, 729.
PÖTZL (O.), 196, 197, 507, 534.
POUFFARY (C.), 401.
PRIVAT de FORTUNIÉ (J.), 478.
PROPLICK, 483.
PROTOWSKI, 633.
PRUNIER, 363.
PUECH (P.), 457, 458, 492, 721.
PUGH (R.), 506.
PUTMANN, 600.
- QUASTEL, 138.
QUENOUILLE, 384.
QUERCY (P.), 317.
- RACAMIER (P. C.), 313, 317.
RACHLIN (H. L.), 106.
RADO (SANDOR), 11, 158, 511.
RADOLSKY, 530.
RADU (DI.), 378.
RAECKE, 572, 597, 598, 600, 650.
RAMADIER, 490.
RAMON y CAJAL, 481.
RANCOULE (M.), 313, 315, 318, **319-321**.
RANSON (S. W.), 485, 732, 735.
RAPAPORT (D.), 129, 606, 756.
RAPHAEL (Th.), 504.
RAPOPORT (Mlle R.), 371, 372, 382, 383.
RASCOVSKY (A.), 116, 511, 518.
RASMUSSEN, 722.
RAUSCH de TRAUBENBERG (N.), 617.
RAWAK, 465.
RAYMOND, 174, 372, 374, 390, 392, 393.
RAYMOND (A. F.), 462.
RAYNEAU, 112.
REBOULET, 500.
RECKTENWALD, 603.
REDALIÉ (L.), 456.
REDLICH, 457, 638, 652.
- REED, 607.
REED (G. E.) 483.
RÉGIS (E.), 22, 28, 29, 38, 63, 69, 105, 107, 173, 185, 192, 206, 250, 275, 304, **305-306**, 325, 326, 329, 330, 333, **336-348**, **351-352**, 354, 362, 366, 369, 370, **416-417**, 418, 424, 425, 426, 428, 432, 438, 440, 442, 447, 452, 455, **456**, 539, 656, 684, 757.
REHM, 436.
REICH (W.), 622, **624**.
REICHARDT (Martin), 322, 732, 733.
REIDER (M. D.), 137.
REILLY, 365, 399, 411.
REINHART, 381.
REISS, 192.
REISS (M.), 459, 488, 491, 494, 499.
REISTRUP (H.), 504.
REITMAN, 497.
REMOND, 433, 440, 448.
REMOND (A.), 522, 572.
RENAUDIN, 327.
RENNIE (T. A. C.), 139, 443, 449.
RENZO (di.), 138, 504.
RESPAUT, 603.
RETEZEANU (Mme A.), 492, 493.
REVERTIGAT, 180.
REYMOND, 100.
RHINES (R.), 735.
RIBOT (Th.), 656, 757, 760.
RICE (K. K.), 435.
RICHET (Ch.), 412, 503.
RIEDER, 372.
RINGER, 506.
RIOCH, 485.
RIPLEY (H. S.), 496.
RISER (M.), 458, 492, 534.
RITTERSHAUS, 437.
RITTI (A.), 65, 70, 101, 326, 429, 430, 432, 435, 438, 518.
RIVERS (W. H. R.), 757.
RIVIÈRE (J. M.), 448.

INDEX TOME III

- RIZZATI, 332, 364, 365.
RIZZONICO, 397.
ROBERT (J.), 442.
ROBERTI (C. E.), 364, 366, 367.
ROBERTSON (G. M.), 191.
ROBIN (GILBERT), 51, 616.
ROBINOVITCH (Mlle L.), 554.
ROBINSON (P. K.), 533.
RODENBERG (C. H.), 603.
ROEHMHELD, 386.
ROFFENSTEIN, 757.
ROGER (H.), 380, 386, 533, 651.
ROGER (J.), 523, 560, 572, 611, 635, 640.
ROGERSON (C. H.), 190.
ROGUES de FURSAC (J.), 105, 655.
ROHDEN (FR. VON), 437, 472.
ROLL, 477.
ROME, 113, 499.
ROMER, 490.
RONDEPIERRE (J.), 453, 454, 457, 490, 492.
RORSCHACH (TEST de), MÉLANCOLIE, 129,
ÉPILEPSIE **617-622**.
ROSANOFF (A. M.), **476-477**, 607.
ROSANOFF-PLESSET (I.), 476.
ROSE (M.), 32.
ROSEMAN (E.), 652.
ROSENBACH, 325.
ROSENBAUM, 378, 379, 381.
ROSENFELD (M.), 227, **660-661**, 757.
ROSNER (A.), 568.
ROSS (A.), 505.
ROTH (M.), 23.
ROTHAKER (E.), 760.
ROTHMANN, 485.
ROUART (J.), 86, 101, 106, 187, 368, **453-454**, 462, 695, 696, 756.
ROUAULT de LA VIGNE (A.), 385, 404, 406, 409, 497.
ROUBINOVITCH (J.), 122, **123-128**, 171, 185, 425, 453.
ROUGEAN, 196.
ROUHIER, 312, **313-315**.
ROUVROY (Ch.), 397.
ROWE (S. N.), 721.
ROXO (ENRIQUE), 655.
RUBINO (A.), 420.
RUBINOVITCH, 341.
RUBINSTEIN (B. B.), 495.
RÜDIN (E.), 436, **473-475**, 611.
RÜMKE (H.), 81, 114, 116.
RUNGE, 193, 194, 195, 456, 465, 467.
RUSH (B.), 475.
RYCHLINSKI, 274.
RYLANDER (G.), 722.
SACRISTAN (J. M.), 493, 494.
SADGER (I.), 227.
SADLER (W. S.), 654.
SAETRE (H.), 391.
SAINTON (P.), 112, 198, 488, 490.
SAKER, 382.
SALAS (J.), 493.
SALAU, 605.
SAL y ROSAS (F.), 568, 613, 616, 617, 620, 651.
SAMT, 627.
SANCHEZ JUAN (J.), 384.
SANDER (G.), 611.
SANDRI, 364.
SANDS, 194.
SANNA SALARIS (G.), 364.
SANSON (S.), 498.
SANTE de SANCTIS, 250, 418.
SANTENOISE (D.), 67, 137, 363, 365, 416, **483**, 491.
SARTRE (J.-P.), 147, 208, 291, 295, 297, 298, 317, 354, 700, 703, 717, 753, 760.
SASSI (P.), 489.
SAUER (H.), 524.
SAUGUET (H.), 386.
SAUL (L. J.), 304.
SAULNIER (M.), 441.
SAUNET (L.), 368, 409, 411.
SAURY, 40, 203.

INDEX TOME III

- SAVAGE (G.), 599.
SAUZE (A.), 329.
SAVITSKY (N.), 733.
SCARFF (J- EL 722.
SCHAFFER (R.), 129.
SCHEER (VAN DER), 195.
SCHEID (W.), 374.
SCHELER (MAX), 130, 176.
SCHELLING, 700.
SCHERESCHANSKI, 325.
SCHIFF (P.), 303, 398.
SCHILDERT (P.), 79, 82, 164, 226, 227, 335, 341, **344-345**, 376, 387, 428, 622, 625, 751.
SCHILLACK (R.), 69.
SCHILLER (F.), 732, 743, 744, 745, 749, 759.
SCHLESINGER (N. S.), 492.
SCHLUMBERGER (M.), 138, 505.
SCHMIDT (PIERRE), 226, 247, 540, **545**, 566, 572, 597, 627, 651.
SCHMITE (P.), 533, 537.
SCHMITZ (H.), 174.
SCHMOLIENBERG, 499.
SCHNEIDER (CARL), 223, 244.
SCHNEIDER (KURT), 28, 51, 108, 125, 130, 140, 172, 175, 1176, 372, 455, 513, 515, 541, 665.
SCHNITZENBERGER (H.), 194, 467.
SCHORSCH, 296.
SCHOTTKI, 43.
SCHOU (H.), 439, 451, 503.
SCHRÖDER (P.), 41, 42, 223, 318, 331, 372, 379, 384, 385, 391, 397, 415, 461, 757.
SCHUCHTER, 196.
SCHULACK (K.), 397.
SCHULE (H.), 56, 70, 105, 107, 122, 126, 138, 181, 406, 432.
SCHIJLTZ (H.), 108.
SCHIJLZ (B.), 436, 480.
SCHULZ (R.), 371, 385.
SCHURMANS, 484.
SCHUSTER, 111, 456, 457.
SCHUTS, 475.
SCHUTZENBERGER, 475.
SCHWIRER (D.), 363.
SCHWOB (R. A.), 368, 393.
SCRIPTURE (W.), 628.
SEBILLOTE, 225.
SÉGLAS (J.), 35, 36, 68, 100, 101, 121, 122, 132, 140, 145, **177-178**, 181, 185, 188, 189, 197, 203, 244, 275, 326, 329, 348, 362, 415, 416, 428, 452.
SEIGE, 502.
SELYE (H.), 113, 198, 365, 366, 399, 411, 497.
SEMON (R.), 759.
SENGÈS (N.), 401.
SENNERT (D.), 50, 120.
SERBSKY, 332, 371, 372.
SÉRIEUX (P.), 22, 40, 64, 203, 204, 222.
SERIN (S.), 196.
SERKO, 313.
SEROTA, 486, 524.
SEVESTRE, 448.
SGALITZEN (M.), 652.
SHAW (C. J.), 365.
SHELDON, 122.
SHEPS, 608.
SHERMAN (S. H.), 467.
SHERRINGTON (C. S.), 759.
SHICK (A.), 623.
SHIELDS, 477.
SHORVOM (H. J.), 226.
SHOSTAKOVICH, 332.
SHOTWELL, 607.
SIEFFERT, 390.
SIEMERLING, 572.
SIGWALD (J.) 381, 385.
SIKOWSKY, 485.
SILBERMANN, 535.
SIMMIMS (G. C.), 60G.
SIMOM (J. L.), 129.
SIMS, 391.

INDEX TOME III

- SINGER (L.), 398, 412.
SIVADON (P.), 400, 422, 437.
SIZARET (P.), 401.
SJOBRING, 616.
SKINNER, 730.
SKOBLO (M. S.) 527.
SLATER (E.), 23, 124, 425, 436, 463, 477, 478.
SOLLIER (P.), 227.
SOMMER (A.), 113, 441, 512.
SÖMMERING, 7193 732.
SONDEN (T.), 137, 483., 487, 502, 518.
SONES (G. A.), 564.
SOUKHANOFF 377.
SOULAIRAC (A.), 1103, 185, 4115, 498.
SOURIAC (P.), 68.
SOURY (J.), 719, 720, 732, 481, 484.
SOSBERGER-STAMBAC, (M.), 609.
SOSSET (Mlle M.), 387.
SPECHT (G.), 107, 188, 452.
SPENCER, 700.
SPIEGEL, 425, 641, 652.
SPINOZA, 699.
SPITZKA, 325, 326.
SPRANGER (B.), 760.
SPURZHEIM, 719.
STAGNER, 729.
STANESCO, 373.
STAUDER (K. H.), 540, 611, **618**, 619, 651.
STEARNS (E.), 375.
STECK (H.), 196, 318, 391.
STECKER, 24.
STEFAN, 397.
STEIN, 296, 313, 317, 524, 548.
STEINBRUCK, 619.
STEINMANN (L), 422.
STEKEL (W.), 623, 629, 632, **622-623**.
STENGEL, 456.
STENGEL (E.), 196, 197.
STENSTEDT (A.), 434, 436, 438, 441, **446**, **450**, 455, 467, 475, **479**, 518.
STERBA (R.), 156.
STERMERLING, 174.
STERN (Mlle H.), 304, 424.
STERN (K.), 374, 394.
STERN (O.), 391.
STERN (W.), 760.
STERNBACH, 748.
STERNE (J.), 694.
STERTZ (G.), 227.
STILLGER, 43.
STOCKEY (B.), 722.
STOCKINGS (G. T. T.), 190, 313.
STOECKER, 452.
STOLL (W. A.), 497.
STORA (R.), 112, 496.
STÖRRING (E.), 140, **181**, 229.
STÖRRING (G. E.), 226, 227, 373, 385, **664**, 757.
STOUT, 490.
STRANSKY (E.), 53, 63, 116, 128, 331, 445, 455, 473, 518.
STRAUB (J.), 493.
STRAUS (ERWIN), 72, 73, 140, **144**, 164, 197, 223, 371, 372, 604, 760.
STROMGREN (E.), 35, 44, 438, 478, 611, 616.
STRUMPELL (A.), 374, 390.
STUART MILL (J.), 700.
STUTZ, 174.
SUBIRANA (A.), 559, 619, 651, 652.
SULLIVAN, 605, 608.
SUMMER (J. W.), 564.
SUSINI (R.), 304, 424.
SUTTEL (R.), 383, 401.
SUTTER (J.), 304, 424, 566, 572, 651, 652.
SWICK (A.), 602.
SWIFT (H. M.), 442.
SWOBODA, 415.
TAINÉ, 549, 700, 742.
TALAIRACH (J.), 112, 458, 486.
TALAN (L), 616.
TAMALET (J.), 559.
TANXOWSKA, 506.

INDEX TOME III

- TANZI (E.), 655.
TARDIEU (G.), 398, 412.
TARGOWLA (R.), 41, 137, 138, 196, 206, 222, 363, 364, 411, 465, 482, **501-503**, 507, 694.
TAUSK, 242.
TAYLEUR (G.), 313.
TAYLOR (J. H.), 468.
TEITELBAUM (M. H.), 722.
TELLEZ (A.), 664, 757.
TEMKIN (O.), 651.
THALBITZER, 463.
THEOBAL, 490.
THEVENOT, 490.
THIEBAULT (F.), 554.
THOMAS (J.), 603.
THOMAS (SAINT), 12, 701.
THOMASSON (Helgi), 479, 483, 506.
THOME, 457.
THOMPSON (G.), 489.
THOMSEN, 35.
THULLIER (R.), 401.
THUREL (R.), 386.
THYGENSEN (P.), 425.
TIETZE (C) 437.
TILLING, 325, 372.
TILLSON (M. J.), 723.
TINEL (J.), 67, 137, 364, 365, 381, 571.
TISSOT, 650.
TITCHNER (E. B.), 760.
TIXIER (L.), 568.
TOBLER, 495.
TOD (H.), 138, 504.
TOMARI, 124.
TORELLI (L.), 598.
TOSQUELLES (F.), 101, 462.
TOULOUSE (E.), 122, 123, 128, 137, 171, 181, 185, 195, 213, 339, 341, 387, 398, 428, 554, 555.
TRAUBMANN, 384.
TRAUTER (C.), 312.
TRAVIS, 111.
TRELLES (O.), 318, 453, 533.
TRENEL (M.), 35, 206, 406.
TRENAUNAY, 250, 306, 418.
TRILLOT (J.), 401, 478, 492.
TROLLE (C), 503, 507.
TROUSSEAU, 541, 555, 556.
TRUELLE (V.), 206.
TSIMEINAKIS, 386.
TURNER, 482.
TURSKI, 499.
TUSQUES (J.), 112, 401, **408**, 459, 488, 489, 490.
TZANCK, 411.

UDALAMAGA, 308.
UHLENHUT, 457.
ULE (G.), 395.
ULRICH (A.), 652.
UNVERRICHT, 524.
URBAN (H.), 533.
URECHIA (C. I.), 487, 492, 493.
URSTEIN (A.), 187, 454.
UTER, 124.

VALDENNAIRE (P.), 478.
VALENCE (R.), 64, 222.
VALIDIRE, 448.
VALLEJO NÁGERA (A.), 664.
VALLON (Ch.), 12, 34, 572.
VERIN (Mlle), 506.
VERMELIN, 382.
VERMEYLEN (G.), 44.
VERNET (C.), 104.
VEROGET, 325.
VERSCHUER (VON), 611, 678.
VIDAKOVITCH, 416.
VIDART (L.), 651.
VIDONI, 497.
VIÉ (J.), 490.
VIGNAUD, 442.
VIGOUROUX (A.), 205, 500.
VINCENT (CLOVIS), 522, 523, 532, 537,

INDEX TOME III

733.
VINES (H. W.), 497.
VIZZINI, 366.
VLAVIANOF, 341.
VOGT (O.), 738.
VOGT (Ragnar), 473.
VOISIN (J.), 555, 605, 650.
VOIVENEL (P.), 433, 440, 448.
VOLLMER, 308.
VORKARTNER, 603.
VOS (de), 386.
VURPAS (C.), 192.
- WALCH (R.), 456.
WACHTER (P.), 128.
WALKER, 443, 611.
WALLON (H.), 616, 759, 760.
WALTHER-BÜEL (H.), 196, 384, 457.
WARDENER (de), 393.
WARREN, 499.
WATT (A. C.), 533.
WATTS (J. W.), 723.
WEBER (A.), 226, 303.
WEBER (H.), 426.
WEBER (W. C.), 529, 530, **533-534**, 539,
540-545, 651.
WECHSLER, 387.
WEEKS, 611.
WEIDENHAMER, 397.
WEINSCHANK (C.) 748.
WEITBRECHT (H. J.), 112, 132, 434, 518.
WELCH (L.), 58.
WELLS, 387.
WELTI (H.), 112, 490.
WERNICKE, 34, 41, 42, 60, 102, 145, 227,
244, 304, 309, 322, **331**, 353, 393, 394,
414, **421**, 660, 740, 748.
WERTHAM (F. M.), 59, 103, 104.
WESSENFELD (F.), 622.
WESTERMANN (J.), 176.
WESTON, 506.
WESTPHAL, 36, 192, 196, 261, 325.
- WESTPHAL (K.), 612.
WETZEL (A.), 276, 303.
WEXBERG, 190.
WHEATLEY, 485.
WHILES, 101.
WHITE (W. A.), 174, 655.
WIDAL, 365.
WIENER, 749.
WIES (D.), 723.
WIERSMA, 616.
WIGERT, 504.
WIKLER, 226.
WIKOFF (H.), 494.
WILLE, 331, 366, 452.
WILLIGE, 36.
WILLIS (TH.), 50, 120, 430.
WILLMANN, 276, 277, 454.
WILSON (S. A. Kinnier), 323, 393, 530,
535-538, 541, 650.
WIMMER (A.), 52, 175, 475, 477.
WITHORN, 505.
WITTELS (F.), 622.
WITZEL, 97.
WOLBERG, 138, 505.
WOLFENSPERGER, 419.
WOLFF (A.), 487.
WOLFF (R.), 456.
WOLLERNER, 482.
WOLTERG (LEWIS R.), 756.
WORCESTER (W. H.), 331, 482.
WORTIS (B.), 375.
WUNDT, 57, 127, 261, 660.
WUTH (O.), 138, 487, 501, 502, 503, 505.
WYRSCH (J.), 106, 175, 187, 195, 454, 604.
- YACORZYNSKI, 607.
YAKOVIEV, 605.
YATE, 494.
YDE, 397, 603.
YOUNG (F. E.), 466.
- ZACCHIAS, 12, 13, 50, 111, 120.

INDEX TOME III

ZADOR, 313, 317, 318.
ZAHLE (V.), 52, 175, 452.
ZALLA (A.), 490.
ZAVALLERO, 598.
ZAZZO (R.), 609.
ZELLER, 28.
ZIEGLER (L. H.), 112, 198, 490.
ZIEHEN (I.), 136, 326, 442, 477, 628.
ZILBOORG (G.), 756.
ZILLIG (G.), 456.
ZIMMERMAN, 386.
ZIPF (G. K.), 54.
ZISKIND (E.), 607.
ZISTERMANN, 136.
ZIJZERMAN, 500.
ZONDEK (H.), 198, **493-494**.
ZUCKER, 313, 318.
ZUTT (J.), 664, 746.
ZWEIG, 331.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES du TOME III

STRUCTURE DES PSYCHOSES AIGÜES ET DÉSTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE

Avertissement	7
Argument	9

ÉTUDE N° 20

LA CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES ET LE PROBLÈME DES PSYCHOSES AIGUES

§ I. – Le problème de la classification des maladies mentales.	12
A.– Classifications anciennes	12
B.– Classifications classiques du XIX ^e siècle	14
C.– Classifications du XX ^e siècle	21
D.– Nouveaux points de vue	27
E.– Application des principes méthodologiques et classification proposée	32
§ II. – Le problème des psychoses aiguës	34
A.– Formes aiguës des maladies mentales chroniques	35
B.– Formes intermittentes maniaco-dépressives ou paroxystiques comitiales	37
C.– Psychoses aiguës et psychoses symptomatiques	38
D.– Psychoses aiguës et psychoses dégénératives	39

ÉTUDE N° 21

MANIE

§ I. - La crise de manie typique	49
---	-----------

*. [NdÉ] : Nous avons conservé la table des matières proposée par H. Ey en raison de la répartition des sous chapitres sur lesquels il insiste particulièrement et ce malgré les irrégularités de hiérarchie que nous avons corrigées dans le texte.

TABLE DES MATIÈRES

A.– Historique	50
B.– Étude clinique	51
Mode de début, 51. Période d'état et analyse clinique, 53 à 70 (Présentation, 53. Excitation psychomotrice, 54. Tachypsychie et fuite des idées, 56. Anarchie instinctivo-affective, 61. Subdélire, 62. Syndrome physique, 67). Évolution de l'accès, 69. Variétés cliniques, 70.	
C.– Phénoménologie et analyse structurale	70
Analyse de la Fuite des idées par Binswanger, 70. Structure négative, 87. (Déstructuration de l'activité réflexive, 88. La pseudo-lucidité, 89. Déstructuration temporelle -éthique, 90. Structure positive, 92. (jeu, 92. Fiction, 93. Jeu des fantasmes et des pulsions. Psychanalyse, 94). La manie est un niveau de dissolution peu profond, 96. Caractère régressif de la Manie, 97. Manie et Mélancolie, 98.	
§ II. – Les manies atypiques	98
A.– Formes séméiologiques	99
Manies délirantes et hallucinatoires, 99. Manie confuse et incohérente, 101.	
B.– Formes évolutives	103
Manie chronique simple, 104. Manie rémittente, 105. Démence vésanique, 105. Formes délirantes chroniques, 106. Hypomanie, 107.	
C.– Formes étiologiques	109
D.– Formes mixtes maniaco-dépressives	113
Bibliographie	116

ÉTUDE N° 22
MÉLANCOLIE

§ I. – Historique	119
§ II. – La crise de mélancolie typique	122
A.– Conditions d'apparition	122
B. – Tableau clinique typique	124
a) Mélancolie dépressive, 125. (Faciès-Habitus, 125. Syndrome fondamental (Aboulie, 126. Inhibition, 127. Douleur morale, 130. Pessimisme, 131). b) Mélancolie anxieuse, 133. c) La recherche de la mort, 134. d) Syndrome physique, 136. e) Évolution et pronostic, 138.	
§ III. – Analyse structurale	140
A.– Analyse existentielle	140

TABLE DES MATIÈRES

B.– Psychanalyse	55
C.– Analyse structurale	161
(Structure négative - Perte de l'activité synthétique, 162. Trouble de la lucidité de la conscience, 163. Déstructuration temporelle éthique, 164. Structure positive : Le drame, 165. L'angoisse métaphysique, 167. Le retour aux fantasmes primaires. Psychanalyse, 168).	
§ IV.– Formes atypiques	171
1°) – Formes symptomatiques	171
Formes mineures (Dépression légère, 173. Dépression réactionnelle, 175). Formes graves (Mélancolies délirantes, 177. Mélancolies confuso-stuporeuses, 185).	
2°) – Formes évolutives. Mélancolies chroniques	185
Évolution démentielle, 186. Évolution schizophrénique, 186. Évolution d'un délire chronique, 187. Évolution névrotique, 189.	
3°) – Formes étiologiques	193
Mélancolie d'involution, 193, Mélancolies symptomatiques d'affections du système nerveux, 195.	
 Bibliographie	 200

ÉTUDE N° 23
BOUFFÉES DÉLIRANTES ET PSYCHOSES
HALLUCINATOIRES AIGUES

§ I. – Dégagement historique et nosographique de ce niveau de déstructuration de la conscience	201
1°) – Magnan et son École	202
2°) – La notion d'expérience délirante primaire de Jaspers	207
 § II. – Étude clinique	 209
Observations	211
Variétés cliniques	220
Formes imaginatives, 220. Formes interprétatives, 222. Formes intuitives, 222. Toutes ces formes sont essentiellement hallucinatoires , 223.	

TABLE DES MATIÈRES

Niveaux structureaux	225
Expériences de dépersonnalisation, 226. Expériences de dédoublement hallucinatoire, 234. Expériences délirantes oniroïdes. Exposé de l'ouvrage de Mayer-Gross, 250.	
§ III. – Phénoménologie et analyse structurale	279
Phénoménologie des espaces vécus	279
1°) – Phénoménologie de la dépersonnalisation, de la conscience hallucinante et de la conscience oniroïde	282
2°) – Analyse structurale	294
Structure négative : le vague de la pensée, 295. L'état crépusculaire» 295. La déstructuration des espaces Vécus, 296. Structure positive : Actualisation dramatique du Vécu, 298. Symbolisation du vécu, 298. Artificialisation du vécu, 299.	
§ IV. – Les formes cliniques des bouffées délirantes et hallucinatoires aiguës	300
a) Formes symptomatiques	300
Extase, 300. Expérience érotique, 301. Expérience catastrophique, 302.	
b) Formes évolutives	303
États crépusculaires paroxystiques, 304. Formes à évolution chronique, 305.	
c) Formes étiologiques	307
Toxiques hallucino-onirogènes, 308. Hachisch, 309- Mescaline, 312. Encéphalite épidémique, 318. Le problème physiopathologique, 322.	

Étude N°24

CONFUSION ET DÉLIRE CONFUSO-ONIRIQUE

§ I. – Historique	326
§ II. – La Psychose confuso-onirique typique	334
Observations	334
Début	336

TABLE DES MATIÈRES

Période d'état	336
Mimique, 337. Comportement, 337. Analyse clinique : Trouble de la pensée, 339. Désorientation temporo-spatiale, 342. Obnubilation de la conscience, 344. Perplexité, 345. Troubles de la mémoire et fausses reconnaissances, 347. Le délire onirique, 349. Analyse structurale. 1°) Structure négative. Indifférenciation des processus psychiques, 357. Obnubilation, 357. Désorientation, 358. 2°) Structure positive. Intensité du délire onirique, 359. Extraréalité du délire onirique, 360. Projection affective dans l'imaginaire onirique, 361. État physique et physio-pathologique de la confusion mentale, 362. Pronostic, 368.	
§ III. – Formes cliniques	369
A.–Formes symptomatiques	369
Forme stuporeuse, 369. Confusion hallucinatoire, 370. Syndrome de Korsakoff, 371. (Historique, 371. Description clinique, 374. Formes cliniques, 378. Psychopathologie, 387. Anatomophysiopathologie, 390). Délire aigu, 396. (Historique, 396. La notion d'encéphalite psychosique azotémique, 398, Conditions étiologiques, 399. Description clinique, 401. Anato-mo-physio-pathologie, 407). Stupeur et formes catatoniques, 413.	
B.– Formes évolutives	414
Formes périodiques ou récidivantes, 414. Formes chroniques démentielles, 416. Formes chroniques délirantes, 417.	
C.– Formes étiologiques	419
Confusions alcooliques, 420. Confusions puerpérales, 422. Confusions émotionnelles, 423. Délires fébriles, 425.	
Bibliographie	428

ÉTUDE N° 25

LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES MANIACO-DÉPRESSIVES

§ I. – Historique et problèmes généraux	430
1°) – De l'Antiquité aux temps modernes	430
2°) – L'entité « psychose périodique »	431
3°) – État actuel des problèmes	433
§ II. – Types d'évolution, modalités des crises et pronostic.	434

TABLE DES MATIÈRES

1°) – Aspects étiologiques	434
a) Age de début, 434. b) Sexe, 436. c) Race, 437. d) Conditions sociales et économiques, 437.	
2°) – Les crises et leurs modalités	438
a) Principaux types, 438. b) Type de la crise initiale, 441. c) Durée moyenne, 441. d) Longueur des rémissions, 443.	
3°) – Pronostic à long terme	444
§ III. – Autonomie et limites de la psychose périodique maniaco-dépressive .	
.	446
1°) – Toute crise maniaco-dépressive est-elle récidivante?	446
2°) – Les formes chroniques (Névroses, Délires, etc.) en font-elles partie ?	450
3°) – Les formes réactionnelles ou symptomatiques entrent-elles dans les cadres de la psychose maniaco-dépressive?	455
4°) – Les formes atypiques entrent-elles dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive.	461
5°) – L'autonomie des formes d'involution	463
6°) – Coup d'œil d'ensemble sur la nosographie et la pathologie des psychoses périodiques maniaco-dépressives	469
§ IV. – Pathologie	
.	471
1°) – Conditions biologiques constitutionnelles	471
a) Biotype, 471. b) Lois de Mendel et psychoses maniaques-dépressives, 473. c) Les jumeaux, 475. d) Le pronostic héréditaire, 477.	
2°) – Conditions biologiques accidentelles	481
1. Pathologie nerveuse	481
2. Troubles organiques généraux	487
A. Pathologie hormonale	488
a) Thyroïde, 488. b) Hypophyse, 491. c) Gonades, 495. d) Surrénales, 497. e) Pancréas, 500.	
B. Fonctions organiques et homéostasie	500
a) Protéïdes, 502. b) Glucides, 503. c) Métabolisme basal, 505. d) Electrolytes, 506. d) Eau, 507. e) Cholestérol, 507.	
3°) – Psychopathologie	508
1. L'homme maniaco-dépressif	508

TABLE DES MATIÈRES

2. Les crises de manie et de mélancolie et leur valeur d'expression	509
3. Psychogénèse du choix de la crise maniaque-dépressive	512
4. Les crises et le sens de l'existence	514
Bibliographie	518

ÉTUDE N° 26
ÉPILEPSIE

§ I. – Les paroxysmes comitiaux	521
1° Les Crises	521
A. La crise icto-comitiale et l'absence	521
B. La crise graduo-comitiale	525
2° Les auras	526
Auras motrices, 528. Auras végétatives, 529. Auras parasthésiques et asomatognosiques, 529. Auras sensorielles, 531. (visuelles, 532. Acoustiques, 533. Olfacto-gustatives, Dreamy states, Crises de l'uncus, 535). Auras psychiques, 538. Phénoménologie de l'aura, 540.	
3° Équivalents. Automatisme, crises psychomotrices	550
I. Le syndrome d'automatisme comitial des classiques	553
II. Les crises psychomotrices des auteurs anglo-saxons	558
III. Phénoménologie des équivalents psychosensoriels et psychomoteurs	561
§ II. – Les Psychoses aiguës comitiales	565
I. Les états comitiaux maniaco-dépressifs	567
II. Les états crépusculaires épileptiques	572
Le cas Jean-Pierre L.	573
III. Les états confuso-oniriques	599
§ III. – Les troubles mentaux comitiaux chroniques	601
I. Les délires chroniques	602
II. Les évolutions schizophréniques	603
	793

TABLE DES MATIÈRES

III. La démence épileptique	605
§ IV. – L'Homme épileptique	610
1°) Biotype	611
2°) Psychotype	614
Épileptoïdie, 614. Rorschach, 617. Structure affective et Psychanalyse, 622.	
3°) La personne et le monde épileptiques	625
La compression, 628. Les décharges, 629. La frénésie, 630, Structure existentielle et processus organique, 633.	
§ V. – Le problème de la classification des formes de l'épilepsie.	637
Statistique personnelle	642
Les trois grands types	646
Type icto-comitial diencéphalique, 646. Type icto-comitial diffus, 647. Type graduo-comitial.	647
Bibliographie	650

ÉTUDE N° 27

STRUCTURE ET DÉSTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE

§ I. – La notion de troubles de la conscience au regard des positions psychiatriques et psychanalytiques classiques	653
Les troubles de la conscience en psychiatrie	654
La conscience et ses troubles devant la psychanalyse	665
De la notion de trouble de la conscience à celle de déstructuration du champ de la conscience	673
§ II. – Déstructuration de la conscience	681
A. - La déstructuration du champ de la conscience comme unité du groupe des psychoses aiguës	681
B. - Phénoménologie des divers niveaux de déstructuration des champs de la conscience	683

TABLE DES MATIÈRES

C. - Étude clinique des psychoses aiguës considérées comme niveaux de déstructuration du champ de la conscience	691
§ III. – Structure de la conscience	697
Généralités sur le problème philosophique	697
I. - Développement génétique et variations de niveau de la conscience	703
II - Dynamique de la conscience et de l'inconscient	708
III. - Définition de la conscience	715
IV. - La «place » de la conscience dans la vie psychique (Transcendance et immanence de la conscience)	717
V. - La structure de la conscience et la structure du cerveau	718
§ IV. – De la pathologie de la conscience à la pathologie de la personnalité	750
Bibliographie	756
Index	761
Table analytique des matières	781

INDEX GÉNÉRAL

des

NOMS PROPRES

(VOLUME I ET II)

[NdÉ : L'index général des Noms propres rassemble, avec plus de 4000 entrées, l'ensemble des trois index dont celui du tome II que nous avons réalisé pour la présente édition. H. EY s'était attaché au cours des éditions successives des trois tomes à soigner d'avantage la précision des références bibliographiques qui, en 1948, pour le premier tome ne comprenait que rarement les prénoms des auteurs. Nous avons rectifié ceux qui nous paraissaient essentiels permettant les distinctions entre les différents MOREAU (père et fils et d'autres pas toujours : de Tour), Jean-Pierre et Jules FALRET, Eugène et Manfred BLEULER, etc. Nous avons pris garde aux très nombreux homonymes qui font que BINSWANGER n'est pas toujours Ludwig, KANT pas toujours Emmanuel, MARCEL pas toujours Gabriel, KAFKA pas toujours Franz, BERLIOZ pas toujours Hector, etc. Pour éviter certaines confusion, nous avons parfois noté la date des travaux à la suite du Nom propre. La confrontation des trois tomes a également permis de rectifier un bon nombre d'orthographe incertaines dans l'original de 48-54, mais pas toutes. Beaucoup d'auteurs cités dans l'index général auraient demandé une analyse textuelle et une recherche bibliographique très approfondie pour noter leur prénom exact suivant les tomes. Nous avons alors gardé les parenthèses vides : (). Le lecteur voudra bien nous en excuser et nous signaler ce qui lui paraît essentiel. Nous tenons spécialement à remercier Mr Philippe BRUNIER ZSIGRAY et coll. de la bibliothèque Henri Ey de Ste Anne pour leur aide irremplaçable]

INDEX GÉNÉRAL

DES DEUX VOLUMES (TOMES I, II, III)

- AANDY (), VOL.I, T.II : 249
- ABADIE (J.), VOL.I, T.II : 396, 459
- ABADIE (J.), VOL.II, T.III : 652.
- ABDHALLAH (), VOL.II, T.III : 495.
- ABELER (), VOL.I, T.II : 39
- ABÉLY (PAUL), VOL.I, T.I : 53.
- ABÉLY (PAUL), VOL.I, T.II : 48, 67, 80, 216, 225, 387, 394, 404, 502, 514
- ABÉLY (PAUL), VOL.II, T.III : 68, 112, 137, 198, 400, 447, 459, 481, 484, 497, 488, 491-495, 496, 500.
- ABÉLY (X.), VOL.I, T.II : 18, 80, 83, 124, 221
- ABÉLY (X.), VOL.II, T.III : 51, 68, 383, 400, 459, 491, 495, 600.
- ABRAHAM (K.), VOL.I, T.I : 104, 136, 146, 147.
- ABRAHAM (K.), VOL.I, T.II : 153, 448
- ABRAHAM (K.), VOL.II, T.III : 72, 94, 116, 121, 155, 156-158, 510, 511.
- ABRAHAMSEN (), VOL.I, T.II : 249
- ABRAMSON (H. A.), VOL.II, T.III : 756, 757.
- ACH (), VOL.I, T.II : 202
- ACHALLE (J. Y.), VOL.II, T.III : 486.
- ACHARD (CH.), VOL.I, T.I : 29.
- ACHILLE URBAIN (), VOL.I, T.II : 376
- ACKERLY (S.), VOL.II, T.III : 723.
- ADIE (), VOL.I, T.II : 168
- ADLER (A.), VOL.I, T.I : 69, 105.
- ADLER (A.), VOL.I, T.II : 230, 250, 283, 375, 414, 515, 518, 530, 547
- ADRIAN (), VOL.I, T.II : 55
- AGATHON (DE SPARTE), VOL.I, T.I : 27.
- AGID (), VOL.II, T.III : 694.
- AGOSTON (), VOL.I, T.II : 281
- AICHHORN (), VOL.I, T.II : 261
- AIMÉ, VOL.I, T.II : 49
- AIZPUN (), VOL.II, T.III : 488.
- AJURIAGUERRA (J. DE), VOL.I, T.I : 78, 165, 132, 134, 143.
- AJURIAGUERRA (J. DE), VOL.I, T.II : 36, 58, 173, 174, 176, 343, 345, 378, 479
- AJURIAGUERRA (J. DE), VOL.II, T.III : 226, 227, 338, 381, 385, 401, 461, 490, 520-649 PASSIM (ÉPILEPSIE), 651, 724, 741, 757.
- ALAJOUANINE (TH.), VOL.I, T.II : 332
- ALAJOUANINE (TH.), VOL.II, T.III : 386, 527.
- ALBANE (), VOL.I, T.II : 96, 101, 125
- ALBES (), VOL.I, T.II : 29, 31
- ALBRECHT (), VOL.II, T.III : 194, 195, 442, 465, 466, 473, 481.
- ALCIBIADE, VOL.I, T.II : 295
- ALEMBERT (), VOL.I, T.II : 483
- ALEXANDER (FR.), VOL.I, T.I : 47, 104, 105, 108, 127, 132, 134, 143.
- ALEXANDER (FR.), VOL.I, T.II : 264, 271, 469, 479
- ALEXANDER (FR.), VOL.II, T.III : 94, 192, 511, 671.
- ALEXANDRE (LE GRAND), VOL.I, T.II : 295
- ALFORD (L. B.), VOL.II, T.III : 722, 737, 739, 757.
- ALLAIX (D.), VOL.I, T.II : 283, 300
- ALLAIX (D.), VOL.II, T.III : 313.
- ALLAMAGNY (), VOL.I, T.I : 242.
- ALLAMAGNY (), VOL.II, T.III : 418.
- ALLÉE (), VOL.I, T.II : 234
- ALLEN (CL.), VOL.II, T.III : 497.
- ALLEN (E. B.), VOL.II, T.III : 68, 495.
- ALLENDY (R.), VOL.I, T.I : 28, 33, 106, 109, 196.
- ALLENDY (R.), VOL.I, T.II : 278, 318
- ALLERS (), VOL.II, T.III : 58.
- ALLIEZ (J.), VOL.I, T.II : 98, 370
- ALLIEZ (J.), VOL.II, T.III : 533, 559.
- ALMEIDA (), VOL.I, T.II : 249
- ALPERS (B.), VOL.II, T.III : 487.
- ALSTRUM (C.H.), VOL.II, T.III : 651.
- ALTSCHULE (M. D.), VOL.II, T.III : 113, 459, 460, 494, 499.
- ALVERDES (), VOL.I, T.II : 234
- ALZHEIMER (ALOÏS), VOL.I, T.II : 110
- AMALDI (), VOL.II, T.III : 490.
- AMANTEA (), VOL.I, T.II : 133
- AMARIE (), VOL.I, T.II : 469
- AMELINE (), VOL.I, T.II : 26, 29
- AMEUILLE (), VOL.I, T.II : 352
- AMIEL (), VOL.II, T.III : 147, 227.
- AMMEIDA (), VOL.I, T.II : 100
- ANACRÉON (), VOL.I, T.II : 295

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- ANASTASI (), VOL.I, T.II : 14
ANDERSON (E. W.), VOL.II, T.III : 101, 462, 467.
ANDRÉ (Yv.), VOL.II, T.III : 533.
ANGEL (F.), VOL.I, T.II : 234
ANGLADE (D.), VOL.II, T.III : 111, 112, 188,
196, 366, 452, 482, 492.
ANGYAL (A. VON), VOL.I, T.II : 143, 474, 475
ANGYAL (A. VON), VOL.II, T.III : 226.
ANGYAL (VON), VOL.I, T.II : 474, 475
ANISATONE (G.), VOL.II, T.III : 397.
ANJOU (DEMOISELLE D'), VOL.I, T.II : 290
ANTHEAUME (A.), VOL.I, T.II : 108, 315
ANTHEAUME (A.), VOL.II, T.III : 415, 412, 481,
497, 518.
ANTON (), VOL.I, T.II : 103
ANTONINI G., VOL.I, T.II : 119
ANZIEU (D.), VOL.II, T.III : 671.
APFELBERG (B.), VOL.I, T.II : 232
APOLLINAIRE (GUILLAUME), VOL.I, T.II : 316,
317
APPEL (K. E.), VOL.II, T.III : 190.
ARAGON (LOUIS), VOL.I, T.II : 240
ARASA (), VOL.II, T.III : 488.
ARCHIGÈNE (D'APENNÉE), VOL.I, T.I : 27.
ARDISSON (), VOL.I, T.II : 321
ARETÉE (DE CAPADOCE), VOL.I, T.I : 27, 68.
ARIEFF (), VOL.II, T.III : 607.
ARING (CH. D.), VOL.II, T.III : 652.
ARISTOPHANE, VOL.I, T.II : 295
ARISTOTE, VOL.I, T.I : 27, 74, 218.
ARISTOTE, VOL.II, T.III : 699.
ARLOW (J.), VOL.I, T.I : 144.
ARLUCK (E. W.), VOL.II, T.III : 617, 633.
ARMENISE (P.), VOL.II, T.III : 192.
ARNAUD (), VOL.I, T.II : 29, 428, 451, 534
ARNAUD (F. L.), VOL.II, T.III : 386, 442, 518,
452.
ARROYO (), VOL.II, T.III : 490.
ARSIMOLES (L.), VOL.II, T.III : 40.
ARTÉMIDOR (), VOL.I, T.I : 199.
ARTHUS (), VOL.I, T.II : 382, 426
ARTIGUES (), VOL.I, T.I : 198.
ASCHAFENBUCH (G.), VOL.II, T.III : (TRAITÉ D'),
53, 58, 397, 425, 568.
ASCHE (ED.), VOL.II, T.III : IGO.
ASCHENASY-LELU (P.), VOL.II, T.III : 505.
ASCHER (), VOL.I, T.II : 188, 190
ASCHNER (B.), VOL.I, T.I : 33.
ASCLÉPIADE, VOL.I, T.I : 27, 32.
ASCLÉPIADE, VOL.I, T.II : 69
ASHBY (), VOL.I, T.I : 42.
ASHBY (), VOL.I, T.II : 9
ASHEIM (), VOL.I, T.II : 301
ASKENASY (H.), VOL.II, T.III : 724, 733.
ASSAILLY (), VOL.I, T.II : 220
ASSO (V.), VOL.II, T.III : 401, 413.
ATHANASSIO (), VOL.II, T.III : 126.
ATTELBERG (), VOL.I, T.II : 217
ATWELL (), VOL.II, T.III : 607.
AUBANEL (), VOL.II, T.III : 327.
AUBEL (), VOL.II, T.III : 502.
AUBERT (), VOL.I, T.II : 310
AUBIN (), VOL.I, T.II : 101
AUBIN (H.), VOL.II, T.III : 365, 399, 411.
AUBREY-LEWIS (), VOL.I, T.I : 66.
AUBREY-LEWIS (J.), VOL.II, T.III : 106, 138, 445,
518.
AUBRY (), VOL.I, T.II : 122
AUESPERG (PRINCE A.), VOL.II, T.III : 664, 746,
756.
AUGUIN (), VOL.II, T.III : 694.
AUGUSTE (), VOL.I, T.II : 295
AUGUSTIN (SAINT), VOL.I, T.II : 243
AUJALEU (), VOL.I, T.II : 441, 451
AVICENNE, VOL.I, T.I : 218.
AZAM (Ch.-M.), VOL.I, T.I : 258.
AZAM (Ch.-M.), VOL.I, T.II : 22, 23, 38
BABCOCK (), VOL.I, T.II : 13, 44, 50, 68
BABCOCK-LÉVY (ÉCHELLE), VOL.I, T.II : 13
BABINSKI (J.), VOL.I, T.I : 69, 70, 258, 273.
BABINSKI (J.), VOL.I, T.II : 83, 122, 123, 141,
476
BABONNEIX (), VOL.I, T.II : 104
BACH (W.), VOL.II, T.III : 222, 345.
BACHELARD (G.), VOL.I, T.II : 319
BACHET (), VOL.I, T.II : 185, 258, 266
BACHI (), VOL.I, T.II : 359, 369
BACHINSKI (W. M.), VOL.II, T.III : 503.
BACHLER (B. O.), VOL.II, T.III : 617.
BADONNEL (), VOL.I, T.II : 26, 27, 28, 29
BADONNEL (M.), VOL.II, T.III : 138, 363, 487,
488, 501-507.
BADT (), VOL.I, T.II : 402
BAGLIVI (), VOL.I, T.I : 27.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- BAILEY (), VOL.I, T.II : 404
BAILEY (P.), VOL.II, T.III : 197, 458, 486.
BAILLARGER (JULES), VOL.I, T.I : 54, 55, 57, 68, 214, 219, 222-226, 249.
BAILLARGER (J.), VOL.I, T.II : 163, 428, 431, 441, 451, 464, 482, 536
BAILLARGER (J.), VOL.II, T.III : 15, 16, 17, 37, 51, 52, 120, 121, 122, 141, 147, 180, 193, 244, 250, 327, 328, 398, 429, 430, 431, 432, 453, 518, 682.
BAIRD (P. C.), VOL.II, T.III : 502.
BAISSETTE (), VOL.I, T.I : 23, 25.
BALADO (), VOL.II, T.III : 383.
BALAZS (VON), VOL.I, T.II : 360
BALBI (R.), VOL.II, T.III : 651.
BALDUZZI (L), VOL.II, T.III : 335.
BALDWIN (), VOL.I, T.II : 341
BALDWIN (J. M.), VOL.II, T.III : 640.
BALDWIN (J. M.), VOL.II, T.III : 709.
BALKEN (), VOL.II, T.III : 59.
BALL (Benj.), VOL.I, T.II : 44
BALL (Benj.), VOL.II, T.III : 325.
BALLET (Gilbert), VOL.I, T.II : 39, 390, 443, 464, 482, 525, 537.
BALLET (Gilbert), VOL.II, T.III : 22, 188, 372, 374, 378, 391, 392, 398, 425, 438, 440, 448.
BALMES (), VOL.I, T.II : 190
BALZAC (H. DE), VOL.I, T.II : 283
BANVILLE (), VOL.I, T.II : 240
BAODIN (A.), VOL.II, T.III : 553.
BARAHONA FERNANDES (), VOL.I, T.II : 78, 117, 127, 132, 145, 157, 160, 165, 168, 189, 190, 194.
BARAHONA-FERNANDES (), VOL.I, T.I : 159, 178.
BARAT (), VOL.II, T.III : 456.
BARBÉ, VOL.I, T.II : 100, 101, 442
BARBÉ, VOL.II, T.III : 654.
BARBEAUX (), VOL.I, T.II : 354
BARBIER (), VOL.II, T.III : 386.
BARD (), VOL.I, T.II : 194, 403, 409
BARD (P.), VOL.II, T.III : 197, 485.
BARGUE (R.), VOL.II, T.III : 420.
BARISON (), VOL.I, T.II : 85
BARISON (F.), VOL.II, T.III : 322, 617.
BARLETT (), VOL.I, T.II : 67
BARNES (), VOL.II, T.III : 605.
BAROIS (), VOL.II, T.III : 627.
BARON (), VOL.II, T.III : 383.
BARRÉ (), VOL.I, T.II : 401
BARRE (), VOL.I, T.II : 482
BARRERA (), VOL.I, T.II : 132
BARRET (), VOL.II, T.III : 387, 490.
BARREVELD (), VOL.I, T.II : 133
BARTEMEIER (L. H.), VOL.II, T.III : 623.
BARTH (), VOL.I, T.II : 285
BARTHE (), VOL.I, T.II : 111
BARTHÉLÉMY (), VOL.I, T.II : 42
BARTHEZ (), VOL.I, T.I : 27, 32.
BARUK (H.), VOL.I, T.I : 250.
BARUK (H.), VOL.I, T.II : 18, 30, 57, 58, 59, 72-162 (ETUDE N°10, CATATONIE) 164, 176, 190, 196, 266, 402
BARUK (H.), VOL.II, T.III : 28-29, 112, 136, 152, 196, 318, 354, 393, 425, 428, 435, 457, 490, 496, 500, 535, 539, 567, 569, 571, 572, 605, 654, 756.
BATESON (), VOL.I, T.I : 35.
BATTIER (), VOL.I, T.II : 503
BATZENSCHLAGER (A.), VOL.II, T.III : 398, .
BAUDON (J.), VOL.II, T.III : 458.
BAUDOIN (CHARLES), VOL.I, T.I : 104, 108, 109, 115, 125, 134.
BAUER (), VOL.I, T.II : 102, 343
BAUER (E.), VOL.II, T.III : 555.
BAUMANS (C.), VOL.II, T.III : 188.
BAUR (), VOL.II, T.III : 475.
BAYET (ALBERT), VOL.I, T.II : 363, 378
BAYLE (A.-L.), VOL.I, T.I : 62.
BAYLE (A.-L.), VOL.I, T.II : 515, 536
BAYLE (A.-L.), VOL.II, T.III : 411.
BAZETT (), VOL.II, T.III : 485.
BAZIN (HERVÉ), VOL.I, T.II : 252
BEACH (F. A.), VOL.II, T.III : 488.
BEARD (G.), VOL.I, T.II : 387, 396
BEARD (G.), VOL.II, T.III : 174.
BEAUCHESNE (). VOL.II, T.III : 401.
BEAUSSART (), VOL.I, T.II : 57
BEAUVOIR (SIMONE DE), VOL.I, T.II : 227, 285
BECHTEREW (), VOL.I, T.II : 194
BECHTEREW (Vlad.), VOL.II, T.III : 484.
BECK (), VOL.I, T.II : 146, 349
BECK (), VOL.II, T.III : 59, 129.
BECKER (), VOL.II, T.III : 748.
BECKETT (H.), VOL.II, T.III : 321.
BEDUSCHI (), VOL.I, T.II : 41

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- BEER (), VOL.I, T.II : 234
BELA MORANVI-HOCHST (), VOL.I, T.II : 146
BELEY (), VOL.I, T.I : 55.
BELEY (), VOL.I, T.II : 463, 482
BELL (LUTHER), VOL.II, T.III : 396.
BELLACK (L.), VOL.II, T.III : PASSIM.
BELLAK (), VOL.I, T.II : 86, 162
BELLETRUD (), VOL.I, T.II : 321
BELLEVUE (), VOL.I, T.II : 13, 39, 44
BELLI (LUCIEN), VOL.I, T.I : 214.
BELLONI (), VOL.II, T.III : 367.
BELLPERRON (), VOL.I, T.II : 295
BELSANTI (), VOL.II, T.III : 413.
BEMMANN (W.), VOL.II, T.III : 640.
BENASSI (), VOL.II, T.III : 332, 362, 363, 364.
BENDA (PH.), VOL.II, T.III : 113, 497, 498.
BENDER (), VOL.I, T.II : 42
BENDER (LAURETTA), VOL.II, T.III : 376, 387.
BENDIT (), VOL.I, T.II : 331
BENEDEK (), VOL.I, T.II : 190, 195
BENEDEK (L.), VOL.II, T.III : 391, 395.
BENEDEK (T.), VOL.II, T.III : 194, 464, 466, 495.
BENEDETTI (G.), VOL.II, T.III : 309, 419, 421.
BENICHOU (), VOL.I, T.II : 26
BENON (), VOL.I, T.II : 48, 50, 68
BENON (R.), VOL.II, T.III : 111, 206, 384, 456.
BENTE (D.), VOL.II, T.III : 529.
BERCOVICI (), VOL.II, T.III : 627.
BERCY (), VOL.I, T.I : 41.
BERG (), VOL.I, T.I : 48.
BERG (VAN DER), VOL.I, T.I : 19, 177.
BERGER (H.), VOL.I, T.II : 57, 85, 87
BERGERON (), VOL.I, T.II : 166, 202
BERGOUIGNAN (M.), VOL.II, T.III : 435, 492.
BERGSON (H.), VOL.I, T.I : 35, 44, 45, 74, 160,
164, 198, 216.,
BERGSON (H.), VOL.I, T.II : 11, 59, 60, 61, 63,
67, 203, 250, 423
BERGSON (H.), VOL.II, T.III : 82, 164, 281, 317
À 395, 549, 656, 699, 700703, 738, 742, 748 À
759.
BERINGER (), VOL.I, T.I : 231.
BERINGER (K.), VOL.II, T.III : 226, 313.
BERLIOZ (CH.), VOL.I, T.II : 437, 451
BERLIOZ (CH.), VOL.II, T.III : 145, 230.
BERLIOZ (HECTOR), VOL.I, T.I : 198.
BERLUCCHI (), VOL.I, T.I : 253.
BERLUREAUX (), VOL.II, T.III : 567.
BERMANN (), VOL.II, T.III : 507.
BERNABENTE (), VOL.I, T.II : 99
BERNADOU (), VOL.I, T.II : 72, 99, 140, 195
BERNARD (CLAUDE), VOL.I, T.I : 19, 28, 32, 38,
72.
BERNARD (F.), VOL.I, T.II : 40, 110, 182, 342
BERNARD (P.), VOL.II, T.III : 374, 377, 389.
BERNAUD (), VOL.I, T.II : 83
BERNHEIM (H.), VOL.I, T.I : 103.
BERNHEIM (H.), VOL.I, T.II : 98
BERNHEIM (H.), VOL.II, T.III : 665.
BERRINGTON (), VOL.I, T.II : 85
BERRY (), VOL.II, T.III : 652.
BERSOT (), VOL.I, T.I : 52.
BERSOT (), VOL.I, T.II : 37
BERTAGNA (L.), VOL.II, T.III : 499.
BERTHELOT (), VOL.I, T.I : 33.
BERTHIER (C.), VOL.I, T.I : 227, 241, 244.
BERTHOLLET (), VOL.I, T.II : 321
BERTILLON (), VOL.I, T.II : 357
BERTIN (), VOL.I, T.II : 44
BERTOLANI (), VOL.I, T.II : 108, 117, 131, 138,
149
BERTRAND (), VOL.I, T.II : 59
BERTRAND (IVAN), VOL.II, T.III : 394.
BERTRAND (LE SERGENT), VOL.I, T.II : 321
BERZE (), VOL.I, T.I : 227, 252, 253.
BERZE (), VOL.I, T.II : 143, 164, 195, 211, 258
BERZE (J.), VOL.II, T.III : 309, 756.
BESREDKA (), VOL.I, T.I : 37.
BESSIÈRE (), VOL.I, T.I : 242.
BESSIÈRE (), VOL.I, T.II : 47, 86
BESSIÈRE (R.), VOL.II, T.III : 452, 693, 694.
BETHE (), VOL.I, T.II : 127, 137, 234
BETHE (), VOL.II, T.III : 729.
BETHOUX (), VOL.II, T.III : 386.
BETZENDAHL (W.), VOL.II, T.III : 346.
BIANCHI (), VOL.I, T.II : 56, 194
BIANCHI (), VOL.II, T.III : 398, 653, 722.
BIANCHINI (), VOL.I, T.II : 80, 154
BIANCHINI (), VOL.II, T.III : 534.
BIBICONI (), VOL.II, T.III : 383.
BIBRING (), VOL.I, T.I : 132.
BICHAT (), VOL.I, T.I : 28, 33, 34.
BICHAT (X.), VOL.I, T.II : 373, 401
BICHAT (X.), VOL.II, T.III : 713.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- BICHEL (X.), VOL.I, T.II : 318
BIDRE (), VOL.I, T.II : 376
BIER (A.), VOL.II, T.III : 493, 494.
BIERVIET (J. J. VAN), VOL.I, T.II : 67.
BILLET (), VOL.II, T.III : 386.
BILLIG (), VOL.I, T.II : 97
BILLIGHEIMER (E.), VOL.II, T.III : 497, 506.
BILLOD (E.), VOL.I, T.II : 174
BILLOT (), VOL.II, T.III : 432, 606.
BILSKY (), VOL.II, T.III : 96.
BINDER (), VOL.I, T.II : 182, 185, 252, 310
BINDER (H.), VOL.II, T.III : 338, 422, 541, 611-665, 756.
BINET (A.), VOL.I, T.II : 12, 26, 27, 29
BINET ET SIMON (), VOL.I, T.II : 12
BINGHAM (), VOL.I, T.II : 293
BINOIS (), R., VOL.I, T.II : 37, 38
BINSWANGER (O.), VOL.II, T.III : 539, 598, 638, 650, 652.
BINSWANGER (L.), VOL.I, T.I : 19, 65, 105.
BINSWANGER (L.), VOL.I, T.II : 39, 182, 273, 334, 521
BINSWANGER (L.), VOL.II, T.III : 70-86, 508, 510, 632, 657, 688, 700, 749, 752-754, 756, 759.
BINZ (), VOL.I, T.I : 216.
BIRNBAUM (), VOL.I, T.I : 52, 55, 170.
BIRNBAUM (), VOL.I, T.II : 39, 49, 254
BIRNBAUM (), VOL.II, T.III : 28, 41, 115174, 275, 325, 470.
BISCHLER (), VOL.I, T.II : 448
BISWANGER (), VOL.I, T.II : 108 (ortho. vérifiée)
BITTER (W.), VOL.I, T.II : 396, 414, 426
BJERRE (P.), VOL.I, T.I : 132, 200, 210, 258.
BLACKURN (), VOL.I, T.II : 37
BLAGOVETCHCHENSKAYA (), VOL.I, T.II : 57
BLALOCK (J. R.), VOL.II, T.III : 510.
BLANC-FONTANILLE (), VOL.I, T.II : 30
BLANCHOT (Maurice), VOL.I, T.II : 317, 338
BLANIES (), VOL.I, T.II : 135
BLEEKWENN (), VOL.I, T.II : 137
BLEULER (E.), VOL.I, T.I : 19, 57, 65, 68, 104, 148, 161, 162, 178, 185, 186, 207, 227, 232, 252.
BLEULER (E.), VOL.I, T.II : 16, 61, 67, 72, 73, 80, 86, 90, 91, 97, 112, 129, 155, 156, 159, 200, 212, 334, 391, 515, 531, 532, 546, 547.
BLEULER (E.), VOL.II, T.III : 27, 41, 42 à 72, 73, 79, 108, 250, 261, 263, 264, 373, 384, 419, 421, 454, 464, 615, 633, 754.
BLEULER (M.), VOL.I, T.I : 39.
BLEULER (M.), VOL.II, T.III : 129, 172, 175, 197, 457, 459, 488, 497.
BLEYNE (), VOL.I, T.II : 468
BLIN (), VOL.I, T.II : 26, 27, 28, 29, 83
BLOCH (), VOL.I, T.II : 283
BLONDEL (CH.), VOL.I, T.I : 106, 109.
BLONDEL (CH.), VOL.I, T.II : 329, 354, 355, 363, 371, 374, 378, 446, 449, 451, 482, 518
BLONDEL (CH.), VOL.II, T.III : 756.
BLONDEL (Maurice) , VOL.I, T.II : 203
BOBÉ, VOL.I, T.II : 458
BOCHNER (), VOL.II, T.III : 619.
BOERHAVE (), VOL.I, T.I : 82.
BOFFIL (P.), VOL.II, T.III : 198, 488, 490.
BOGAERT (L. VAN), VOL.I, T.I : 39.
BOGAERT (L. VAN), VOL.II, T.III : 318.
BOHM (EWALD), VOL.II, T.III : 617.
BOHN (), VOL.I, T.II : 234
BOHR (NIELS), VOL.I, T.I : 35, 36.
BOITELLE (), VOL.I, T.II : 99
BOITELLE (G.), VOL.II, T.III : 68, 112, 198, 402, 438, 489, 496, 497.
BOLBANSKI (), VOL.II, T.III : 380.
BOLL (M.), VOL.II, T.III : 23.
BOMAISTER (), VOL.I, T.II : 175
BOMBARDA (M.-A.), VOL.I, T.II : 36, 494, 495, 496, 513
BONAPARTE (MARIE), VOL.I, T.I : 106, 117, 139.
BONAPARTE (MARIE), VOL.I, T.II : 199, 227, 321
BONAR LINDSLAY (), VOL.I, T.II : 97, 145
BONASERA-VAZZINI (), VOL.I, T.II : 118
BONASIRA (), VOL.II, T.III : 366.
BONHOEFFER (K.), VOL.I, T.II : 39, 174, 529
BONHOEFFER (K.), VOL.II, T.III : (K.), 11, 28, 29, 41, 81, 192, 331, 325, 373, 387, 425 à 428, 452, 497.
BONIN (), VOL.I, T.I : 42.
BONN (), VOL.I, T.II : 37
BONNAPÉ (L.), VOL.I, T.I : 19, 55, 85, 239.
BONNAPÉ (L.), VOL.I, T.II : 369, 479
BONNAPÉ (L.), VOL.II, T.III : 101, 462.
BONNAFOUS-SÉRIEUX (H.) 51, VOL.II, T.III : 114, 513.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- BONNAFOUS-SÉRIEUX (H.) MME, VOL.I, T.II : 95, 106, 168
BONNARD (Y.), VOL.II, T.III : 363.
BONNEAU (), VOL.I, T.II : 317
BONNER (), VOL.I, T.II : 112
BONNET (), VOL.I, T.II : 57, 468
BONNET (), VOL.II, T.III : 383.
BONNIER (), VOL.I, T.I : 28.
BONNIER (), VOL.I, T.II : 390, 401, 426, 446, 447, 473
BONSTEIN (), VOL.I, T.II : 109
BOOR (W. DE), VOL.II, T.III : 308.
BOREL (A.), VOL.I, T.I : 106, 253.
BOREL (A.), VOL.I, T.II : 72, 87, 153, 183, 334, 344, 505, 517, 518, 519, 521, 538, 547
BORELLI (), VOL.I, T.I : 27.
BORENSTEIN (), VOL.I, T.II : 99
BORING (E. G.), VOL.II, T.III : 757.
BORMAN (), VOL.II, T.III : 499.
BORNSTEIN (), VOL.I, T.II : 112, 185, 258
BORREL (P.), VOL.I, T.I : 255.
BORSEY (), VOL.I, T.II : 119
BOSCH (HIERONYMUS), VOL.I, T.I : 208, 249.
BOSS (M.), VOL.I, T.II : 197, 215, 217, 219, 228, 229, 231, 232, 273, 274, 277, 283, 291, 305, 308, 314, 319, 324, 325, 326, 328, 329, 339
BOSSARD (), VOL.I, T.II : 317
BOSTROEM (), VOL.I, T.II : 69, 72, 73, 77, 94, 98, 99, 138, 139, 144, 155, 165, 166, 168, 190, 192, 196
BOSTROEM (), VOL.II, T.III : 28-29, 42, 175.
BOTKIN (), VOL.II, T.III : 332.
BOTTEX (), VOL.I, T.I : 54.
BOUCAUD (P. DE), VOL.I, T.II : 112
BOUCHARD (), VOL.II, T.III : 363.
BOUDET (), VOL.I, T.II : 190
BOUDIN (), VOL.II, T.III : 386.
BOUDOURESQUE (), VOL.II, T.III : 375, 380.
BOUL (J.), VOL.I, T.II : 513
BOULITTE (), VOL.I, T.II : 120
BOULTON (), VOL.II, T.III : 382.
BOUNES (G.), VOL.II, T.III : 721.
BOUQUEREL (J.), VOL.II, T.III : 103.
BOURDIN (), VOL.I, T.II : 69, 362
BOURDON (), VOL.I, T.II : 45, 46
BOURGET P., VOL.I, T.II : 32, 349
BOURGUIGNON (G.), VOL.I, T.II : 81, 121, 122, 131
BOURGUIGNON (G.), VOL.II, T.III : 554.
BOURNEVILLE (), VOL.I, T.I : 39.
BOURNEVILLE (), VOL.II, T.III : 606.
BOURRAT (), VOL.II, T.III : 386.
BOUSQUET (), VOL.I, T.I : 222, 223, 224, 240.
BOUSQUET (), VOL.II, T.III : 18.
BOUTONIER (MILLE) J., VOL.I, T.II : 379, 382, 383, 384, 387, 406, 407, 408, 412, 413, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426
BOUTONIER (MILLE), VOL.I, T.I : 117.
BOUTROUX (), VOL.I, T.I : 36.
BOUHTIER (), VOL.I, T.II : 103
BOUVET (), VOL.I, T.II : 18
BOUVET (M.), VOL.II, T.III : 409, 412, 503, 671.
BOUVILHET (), VOL.I, T.II : 469
BOUYET (A.), VOL.II, T.III : 336.
BOVEN (), VOL.I, T.II : 383, 415, 426, 528
BOVEN (W.), VOL.II, T.III : 602.
BOVERI (), VOL.I, T.II : 83, 119.
BOVET (), VOL.I, T.II : 381
BOVET (TH.), VOL.I, T.I : 34.
BOWMAN (), VOL.II, T.III : 100, 502, 505.
BOWMAN (K. H.), VOL.II, T.III : 462.
BOWMAN (K.), VOL.II, T.III : 32.
BOWMAN (T.), VOL.II, T.III : 617.
BOXADOS (), VOL.II, T.III : 384.
BOZZI (), VOL.I, T.II : 96
BRACELAND (), VOL.II, T.III : 113, 499.
BRADNEY (I.), VOL.II, T.III : 475, 476.
BRAID (JAMES), VOL.II, T.III : 665.
BRAILOVSKI (), VOL.I, T.II : 39
BRAIN (RUSSEL), VOL.II, T.III : 757.
BRAM (), VOL.II, T.III : 490.
BRAUN (E.), VOL.II, T.III : 175.
BRAUN (F.), VOL.II, T.III : 572, 608, 651, 652.
BRAUN (L.), VOL.I, T.I : 143.
BRAZIER (), VOL.II, T.III : 749.
BRECHER (), VOL.II, T.III : 616.
BREGER (), VOL.I, T.II : 46
BRÉHIER (), VOL.II, T.III : 701.
BREMER (F.), VOL.II, T.III : 613, 735.
BREN (M. F.), VOL.II, T.III : 175.
BRENTANO, VOL.II, T.III : 656.
BRESINSKY (), VOL.II, T.III : 365.
BRESLER (), VOL.I, T.II : 188
BRETON (ANDRÉ), VOL.I, T.II : 240, 241

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- BRETON (J.), VOL.II, T.III : 365.
BREUER (J.), VOL.I, T.I : 142, 150, 233, 258.
BREUMANN (MARGARET), VOL.II, T.III : 756.
BREUNAN (E. L.), VOL.II, T.III : 505.
BREZOWSKY (), VOL.I, T.II : 165
BRIAND (), VOL.I, T.II : 42, 99, 177, 182, 220, 440, 451
BRIAND (A.), VOL.II, T.III : 136, 196, 206, 397, 401.
BRICKNER (), VOL.I, T.II : 58, 147
BRICKNER (R. M.), VOL.II, T.III : 723.
BRICY (), VOL.I, T.II : 192
BRIÈRE DE BOISMONT (A.), VOL.I, T.II : 345, 352, 353, 355, 361, 378
BRIÈRE DE BOISMONT (A.), VOL.II, T.III : 15, 325, 396.
BRILL (A.), VOL.I, T.I : 104.
BRILL (A.), VOL.I, T.II : 26, 27
BRINKMANN (DONALD), VOL.II, T.III : 759.
BRION (S.), VOL.II, T.III : 375.
BRIQUET (P.), VOL.I, T.II : 38
BRISSARD (), VOL.II, T.III : 489.
BRISSAUD (E.), VOL.I, T.II : 102, 390, 401, 402, 405, 406, 407, 461
BRISSON (), VOL.I, T.II : 36
BRISSON (F.), VOL.II, T.III : 551-594.
BRITTON (), VOL.I, T.II : 403
BROCA (PAUL), VOL.II, T.III : 719, 739.
BROCA (PAUL), VOL.I, T.I : 33.
BROCKHAUSEN (K.), VOL.II, T.III : 194, 467.
BRODMANN (K.), VOL.I, T.II : 139.
BRODMANN (K.), VOL.II, T.III : 376, 387.
BRODWALL (O.), VOL.II, T.III : 454.
BRODY (M. B.), VOL.II, T.III : 59.
BROGLIE (L. DE), VOL.I, T.I : 36.
BROMBERG (), VOL.I, T.I : 52
BROMBERG (W.), VOL.II, T.III : 312.
BRONFMAN (), VOL.II, T.III : 484.
BROOKEN (), VOL.II, T.III : 485.
BROSIN (HENRY, W.), VOL.II, T.III : 94, 190, 511.
BROSIOUS (), VOL.I, T.II : 71
BROSSEAU (), VOL.I, T.I : 231.
BROSTER (), VOL.I, T.II : 301, 302
BROSTER (R. L.), VOL.II, T.III : 497.
BROSTES (), VOL.I, T.II : 301
BROUARDEL (), VOL.I, T.II : 42, 52
BROUKANSKI (), VOL.I, T.II : 359
BROUKANSKI (NICOLAS) , VOL.I, T.II : 359
BROUSSAIS (FRANÇOIS), VOL.I, T.I : 25, 54.
BROUSSEAU (), VOL.I, T.II : 39, 49, 346, 382, 383, 426
BROUSSEAU (A.), VOL.II, T.III : 348, 353, 424, 473-479, 518.
BROWKANSKI (), VOL.II, T.III : 397.
BROWN W., VOL.I, T.II : 39, 40
BROWNE (THOMAS), VOL.I, T.I : 199.
BRUCE (), VOL.II, T.III : 332, 362, 491.
BRUCKARD (), VOL.I, T.II : 72
BRUGSCH (T.), VOL.I, T.I : 143.
BRUN (), VOL.I, T.II : 234
BRUN (G.), VOL.II, T.III : 507.
BRUN (M.), VOL.II, T.III : 723.
BRUNET (), VOL.II, T.III : 491.
BRUTUS (), VOL.I, T.II : 370
BUCCOLA (), VOL.II, T.III : 128.
BUCHEZ (), VOL.II, T.III : 17.
BUCKLEX (), VOL.II, T.III : 733.
BUCXNER (), VOL.II, T.III : 197, 456.
BUCY (), VOL.I, T.II : 148
BULMAN (), VOL.I, T.II : 134
BUMKE (O., TRAITÉ DE), VOL.II, T.III : (HANDBUCH, DIRIGÉ PAR O.), PASSIM.
BUMKE (O., TRAITÉ DE), VOL.II, T.III : 659.
BUMKE (O., TRAITÉ DE), VOL.I, T.II : 67, 69, 73, 77, 94, 98, 103, 123, 124, 139, 144, 155, 162, 165, 168, 178, 183, 248, 404.
BUMKE (O., TRAITÉ DE), VOL.I, T.I : 52, 55, 105.
BUNDSCHUCH (), VOL.II, T.III : 490.
BURCHAN (), VOL.I, T.II : 27
BURCKARD (), VOL.I, T.II : 151
BURDACH (), VOL.I, T.I : 28, 198, 199, 200.
BUREAU (G.), VOL.II, T.III : 441.
BURGER (), VOL.I, T.II : 59, 190, 195, 211
BÜRGER-PRINZ (H.), VOL.II, T.III : 373, 377, 385, 388, 442, 515.
BURGUET (J.), VOL.II, T.III : 139, 195, 443, 468.
BURLINEAUX (), VOL.I, T.II : 536
BURLINGAME (C. C.), VOL.II, T.III : 497.
BURLINGHAM (), VOL.I, T.II : 250
BURLLOUD (), VOL.II, T.III : 147, 148.
BURLUREAUX (), VOL.I, T.II : 441
BURLUREAUX (), VOL.II, T.III : 540, 650.
BURT (), VOL.I, T.II : 16

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- BURTON (ROBERT), VOL.II, T.III : DÉMOCRITUS JUNIOR (), 430.
BUSCAINO (), VOL.I, T.II : 116, 130, 134, 139, 140, 141, 142, 143, 152, 162, 195
BUSSOW (H.), VOL.II, T.III : 222, 507.
BUTSBACK (), VOL.I, T.II : 363
BUVAT (J. F.), VOL.II, T.III : 458, 492.
BUYTENDIJK (S. J.), VOL.I, T.II : 43, 234
BUZAGH (VON), VOL.I, T.II : 54
BYRON (LORD), VOL.I, T.II : 295
CABANIS, VOL.I, T.I : 51, 65, 218.
CABANIS, VOL.I, T.II : 444
CABITTO (), VOL.II, T.III : 491.
CADILLAC (J.), VOL.II, T.III : 563.
CAHAGAN (), VOL.II, T.III : 605, 608.
CAHANE (), VOL.II, T.III : 411.
CAHANE (L.), VOL.II, T.III : 492.
CAHANE (M.), VOL.II, T.III : 197, 198, 492.
CAHANE (T.), VOL.II, T.III : 197, 198.
CAIN (), VOL.I, T.II : 438, 451
CAIRNS (H.), VOL.II, T.III : 721, 733.
CALDERÓN (), VOL.I, T.I : 211.
CALEGRAVE (T. W.), VOL.I, T.II : 67
CALIGULA (), VOL.I, T.II : 239, 295, 317, 338
CALLAWAY (E.), VOL.II, T.III : 499.
CALMEIL (L.-F.), VOL.I, T.I : 54, 219, 226.
CALMEIL (L.-F.), VOL.I, T.II : 22
CALMEIL (L.-F.), VOL.II, T.III : 327, 396, 400, 401, 405, 524, 606, 636.
CALOWINA (), VOL.I, T.II : 124
CAMERON (), VOL.I, T.II : 46, 60, 68
CAMÉRON (D.), VOL.II, T.III : 127, 441.
CAMIA (), VOL.II, T.III : 366.
CAMPAGNE (), VOL.I, T.II : 261
CAMPBEL (R.), VOL.II, T.III : 499.
CAMPBELL (J. D.), VOL.II, T.III : 175.
CAMPBELL CLARCK (), VOL.II, T.III : 609.
CAMUS (), VOL.I, T.I : 176.
CAMUS (), VOL.I, T.II : 135, 143, 194, 445, 446, 447, 452
CAMUS (J.), VOL.II, T.III : 322, 732, 736.
CAMUS (L.), VOL.II, T.III : 136.
CAMUS (P.), VOL.II, T.III : 429, 433, 453, 489, 518.
CAMUSET (), VOL.I, T.II : 428, 435, 442, 451
CANGUILHEM (G.), VOL.I, T.II : 507
CANNON (), VOL.I, T.II : 194, 403, 409
CANNON (), VOL.II, T.III : 197, 498.
CAPGRAS (J.), VOL.I, T.I : 233, 244.
CAPGRAS (J.), VOL.I, T.II : 29, 32, 83, 100, 103, 230, 443, 451, 482, 503, 507
CAPGRAS (J.), VOL.II, T.III : 107, 121, 137, 188, 193, 206, 222, 348, 400, 424, 428, 452, 453, 464.
CAPLAN (), VOL.II, T.III : 499.
CAPPS (), VOL.II, T.III : 608, 609.
CARDIN (), VOL.I, T.II : 99
CARDONA (), VOL.I, T.II : 55
CARDONA (F.), VOL.II, T.III : 367, 369.
CARETTE (), VOL.I, T.II : 29, 353
CAREY (), VOL.I, T.II : 14
CARLIER (), VOL.I, T.II : 309, 320
CARLSON (), VOL.II, T.III : 393.
CARMICHAEL (), VOL.I, T.II : 85
CARMICHAËL (F.), VOL.II, T.III : 374, 3911, 394.
CARNOT (), VOL.I, T.I : 33.
CARON (), VOL.I, T.II : 111, 220
CARON (M.), VOL.II, T.III : 375, 401.
CARP (), VOL.I, T.II : 451
CARREL (A.), VOL.I, T.I : 43.
CARRERE (), VOL.I, T.II : 18, 333
CARRÈRE (J.), VOL.II, T.III : 476.
CARRETTE (P.), VOL.II, T.III : 456.
CARRIAT (R.), VOL.II, T.III : 622.
CARRIER (), VOL.I, T.II : 182, 193, 378, 443
CARRIER (A.), VOL.II, T.III : 397, 401, 407, 428.
CARRIER (G.), VOL.II, T.III : 397.
CARROT (), VOL.I, T.II : 114, 185
CARTAN (ÉLIE), VOL.I, T.I : 35.
CARUSO (IGOR A.), VOL.I, T.I : 191, 192.
CASANOVA (), VOL.I, T.II : 278
CASEY (), VOL.I, T.II : 23, 24
CASSIANO (), VOL.II, T.III : 364.
CASTAIGNE (P.), VOL.II, T.III : 527.
CASTELLA DEL PINO (C.), VOL.II, T.III : 420.
CASTIN (), VOL.I, T.II : 428, 443, 451
CASTRO (P. DE), VOL.II, T.III : 642.
CATON (), VOL.I, T.II : 349, 370, 374
CATTELL (), VOL.I, T.II : 13
CATTELL (), VOL.II, T.III : 339, 387, 606 (), 616.
CATULLE (), VOL.I, T.II : 295
CATULLE MENDES (), VOL.I, T.II : 283
CAUGHEY (), VOL.I, T.I : 48.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- CAVÉ (), VOL.I, T.II : 54
CAVE (M.), VOL.I, T.II : 334
CAVÉ (MME), VOL.I, T.I : 148.
CAVEIX (), VOL.I, T.II : 240
CAZAVUIELH (), VOL.I, T.II : 355, 362, 378
CEILLIER (), VOL.I, T.II : 344
CEILLIER (A.), VOL.II, T.III : 223.
CELSE (), VOL.I, T.I : 27, 218.
CENAC (), VOL.I, T.II : 332
CENAC (M.), VOL.II, T.III : 54 421.
CERISE (L.), VOL.I, T.I : 54.
CERNAUTEANU (), VOL.II, T.III : 491.
CERONI (), VOL.II, T.III : 3 13.
CESHMANN (W. M.), VOL.II, T.III : 177.
CETTELL (), VOL.II, T.III : 312.
CHADWICK (), VOL.I, T.II : 315
CHAHANE (), VOL.II, T.III : 506.
CHAILLET (), VOL.II, T.III : 401.
CHALIER (), VOL.I, T.II : 98
CHAMPEUX (), VOL.II, T.III : 372.
CHAMPIONNET (), VOL.II, T.III : 386.
CHAMPY (), VOL.I, T.II : 300
CHANES (), VOL.I, T.II : 116
CHANG (), VOL.II, T.III : 737) 738.
CHAPOULAUD (), VOL.II, T.III : 309, 407, 411, 412.
CHARCOT (J. M.), VOL.I, T.I : 258, 272.
CHARCOT (J. M.), VOL.I, T.II : 173, 187, 400, 432
CHARCOT (J. M.), VOL.II, T.III : 174, 371, 380, 555, 665.
CHARLIN (), VOL.I, T.II : 53, 114, 174
CHARPENTIER (), VOL.I, T.II : 232
CHARPENTIER (E.), VOL.II, T.III : 329.
CHARPENTIER (R.), VOL.I, T.I : 233.
CHARPENTIER (R.), VOL.II, T.III : 306, 330, 354, 448, 489.
CHARRON (), VOL.II, T.III : 482.
CHASLIN (PH.), VOL.I, T.I : 225, 226, 229, 241, 242, 244.
CHASLIN (PH.), VOL.I, T.II : 46, 69, 70, 71, 72, 111, 115, 362
CHASLIN (PH.), VOL.II, T.III : 38, 46, 185, 275, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 336, 338, 339, 346, 347, 362, 367, 386, 418, 428, 684.
CHATAGNON (P.), VOL.I, T.II : 343, 503, 505, 513.
CHATAGNON (C.), VOL.II, T.III : 494.
CHATAGNON (P. A.), VOL.II, T.III : 103, 175, 185, 415, 494.
CHATELAIN SAINT-BLAISE (), VOL.II, T.III : 475.
CHATELIN (), VOL.I, T.II : 58
CHAUME (), VOL.I, T.II : 69
CHAUMIER (), VOL.I, T.II : 100
CHAVANI (A.), VOL.II, T.III : 648.
CHAVARD (), VOL.II, T.III : 400.
CHEADL (), VOL.I, T.II : 173
CHERTOCK (), VOL.II, T.III : 401, 425.
CHEVALIER (J.), VOL.I, T.II : 222, 283, 286, 294, 309, 312
CHEYNE-STOCKES (), VOL.I, T.II : 102
CHEYNEY (), VOL.I, T.II : 252
CHIARIMONTI (E.), VOL.II, T.III : 332, 365, 366, 367, 368, 399, 411, 599.
CHIARUGI (V.), VOL.I, T.I : 52.
CHIODI (), VOL.I, T.II : 354
CHISTENSEN (), VOL.II, T.III : 483.
CHOPARD (), VOL.I, T.II : 234
CHOROHSKO (), VOL.I, T.II : 56
CHRISTIAN (J.), VOL.I, T.II : 187, 528
CHRISTIAN (J.), VOL.II, T.III : 600, 650.
CHRISTIENSEN (), VOL.I, T.II : 505
CHRISTOFFEL (), VOL.I, T.II : 319
CHRISTOFFEL (), VOL.II, T.III : 544, 572, 597, 616.
CHRISTOPHE (J.), VOL.II, T.III : 533, 537.
CHRYSIPPE (), VOL.I, T.I : 27.
CIANTAR (), VOL.I, T.II : 252
CICÉRON, VOL.I, T.I : 198.
CIRRILI (), VOL.II, T.III : 521 124.
CLACKLEY (), VOL.I, T.II : 264
CLAIROIN (), VOL.I, T.II : 34
CLAPARÈDE (E.), VOL.I, T.I : 196, 211.
CLAPARÈDE (E.), VOL.II, T.III : 387.
CLARCK (), VOL.II, T.III : 491.
CLARCK (), VOL.II, T.III : 528, 550, 650.
CLARCK (C.), VOL.II, T.III : 628.
CLARCK (L. PIERCE), VOL.II, T.III : 331, 622-624, 654.
CLARCK (W. E. LEGROS), VOL.II, T.III : 718.
CLARK (), VOL.I, T.II : 36
CLARKE (), VOL.I, T.II : 175
CLAUDE (PR. HENRI), VOL.I, T.I : 57, 106, 231,

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- 235, 238, 241, 252, 253.
CLAUDE (PR. HENRI), VOL.I, T.II : 40, 46, 72, 75, 82, 83, 84, 87, 96, 99, 101, 104, 110, 112, 113, 114, 117, 118, 119, 121, 122, 140, 141, 145, 147, 149, 153, 157, 332, 342, 387, 395, 400, 426, 437, 451, 482, 505, 513
CLAUDE (PR. HENRI), VOL.II, T.III : 11, 22, 28, 106, 115, 137, 187, 211, 226, 229, 263, 304, 313, 318, 353, 363, 385, 408, 424, 453, 465, 470, 483, 493, 548, 553, 572, 729.
CLAUS (), VOL.I, T.II : 69, 71, 72, 73, 82, 106, 108, 115
CLAUSIUS (), VOL.I, T.I : 33.
CLAY (), VOL.I, T.II : 332
CLEGHORN (R. A.), VOL.II, T.III : 113, 459, 460, 494, 498, 499.
CLÉRAMBAULT (G. G. DE), VOL.I, T.I : 15, 57, 61, 84, 86, 88-102, 114, 170, 230, 231.
CLÉRAMBAULT (G. G. DE), VOL.I, T.II : 36, 315, 482, 489, 508, 509, 535
CLÉRAMBAULT (G. G. DE), VOL.II, T.III : 22, 208, 234, 244, 247, 308, 421, 551, 556, 568, 572, 597, 693.
CLIFFORD ALLEN (), VOL.I, T.II : 301
CLOUSTON (), VOL.I, T.II : 404
COBB (), VOL.I, T.I : 79.
COBB (), VOL.I, T.II : 132, 403
COBB (), VOL.II, T.III : 55, 749.
COBB (J. T.), VOL.II, T.III : 540.
COBB (S.), VOL.II, T.III : 54, 529, 650 749, 757.
COCTEAU (JEAN), VOL.I, T.II : 283
CODET (H.), VOL.I, T.I : 132, 134.
CODET (H.), VOL.I, T.II : 313, 393, 437, 452, 460, 482
CODET (MME), VOL.I, T.I : 106.
COEN GIORDANA (), VOL.II, T.III : M.
COENEN (), VOL.II, T.III : 100.
COFFER (), VOL.II, T.III : 59.
COGHILL (G. E.), VOL.II, T.III : 718.
COHEN (), VOL.I, T.II : 143
COHEN VAN BAREN (), VOL.I, T.II : 503
COLAPIETRE (), VOL.I, T.II : 332
COLEMAN (), VOL.I, T.II : 24
COLIN (), VOL.I, T.II : 111, 177, 182, 248, 266
COLIN (H.), VOL.II, T.III : 206.
COLLET (), VOL.I, T.II : 88, 134, 469
COLLIAS (), VOL.I, T.II : 234
COLLINEAU (), VOL.I, T.I : 222.
COLLINS (L.), VOL.II, T.III : 605, 607, 608, 609.
COLMAN (), VOL.II, T.III : 535.
COLOMB (), VOL.I, T.II : 168, 290, 353
COLOMB (D.) 313, VOL.II, T.III : 453, 454.
COLOMB (R.), VOL.I, T.II : 290
COMBES-HAMELLE (), VOL.I, T.II : 332
COMTE (), VOL.II, T.III : 137.
COMTE (AUGUSTE), VOL.I, T.I : 28, 33.
CONDELI (), VOL.II, T.III : 374.
CONDILLAC (), VOL.I, T.II : 444
CONDORCET, VOL.I, T.I : 28.
CONDORCET, VOL.I, T.II : 370
CONKEY (), VOL.I, T.II : 48, 50
CONN (), VOL.II, T.III : 605, 607, 608.
CONOLLY NORMAN (), VOL.II, T.III : 326, 331.
CONRAD (), VOL.I, T.II : 46
CONRAD (K.), VOL.II, T.III : 374, 376, 389, 395, 519, 611, 612, 616, 639, 651.
CONSTANTINESCO (), VOL.II, T.III : 487.
CONSTANTINIVITCH (), VOL.I, T.II : 85
COOL (DE), VOL.I, T.II : 451
COOPER (H.), VOL.II, T.III : 437.
CORBBT (), VOL.I, T.II : 269
CORBET (), VOL.I, T.II : 248, 256, 266
CORIOL (), VOL.II, T.III : 524.
CORMAN (), VOL.I, T.I : 38.
CORMAN (), VOL.I, T.II : 348
CORMAN (L.), VOL.II, T.III : 192, 472-473.
CORMOLESCO (), VOL.I, T.II : 133
CORNAVIN (J.), VOL.II, T.III : 496.
CORNIL (L.), VOL.II, T.III : 523, 524, 560, 572, 635, 640, 651.
CORNU (), VOL.I, T.II : 42, 102
CORNU (R.), VOL.II, T.III : 136.
CORRE (), VOL.I, T.II : 373
CORTEEL (A.), VOL.II, T.III : 112, 198, 496.
COSMULESCO (), VOL.I, T.II : 84
COSSA (), VOL.I, T.I : 42.
COSSA (P.), VOL.II, T.III : 489, 558, 563, 694.
COSTBDOAT (), VOL.I, T.II : 52
COSTE (), VOL.I, T.II : 101
COTARD (J.), VOL.I, T.II : 353, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 449, 451, 452, 465, 482, 520
COTARD (J.), VOL.II, T.III : 181, 189.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- COURBON (P.), VOL.I, T.II : 73, 80, 85, 111, 112, 462, 513
COURBON (P.), VOL.II, T.III : 229, 309, 489.
COURCHET (), VOL.I, T.I : 55.
COURLÉON (H.), VOL.II, T.III : 119, 195467, 492, 493.
COURNOT (), VOL.I, T.I : 36.
COURTIAL (), VOL.I, T.II : 266
COURTIN (R.), VOL.II, T.III : 496.
COURTOIS (A.), VOL.I, T.II : 505, 513
COURTOIS (A.), VOL.II, T.III : 318, 378, 379, 381-382, 383, 391, 392, 396-413 (PASSIM), 428.
COWEN (I.), VOL.II, T.III : 487.
COX (), VOL.I, T.II : 404
COX (J.B.), VOL.II, T.III : 458, 486.
CRAMER (), VOL.I, T.I : 55.
CRAMER (), VOL.I, T.II : 151
CRAWLEY (), VOL.I, T.II : 278
CRÉMIEUX (), VOL.I, T.II : 98, 438, 451
CREUTZFELD (F.), VOL.II, T.III : 391, 394.
CRAVEN (A.), VOL.I, T.II : 374
CRICHTON (), VOL.II, T.III : 425.
CRICHTON BROWNE (), VOL.II, T.III : 331.
CRINIS (M. DE), VOL.II, T.III : 367, 502.
CRISTIAN (), VOL.II, T.III : 397.
CRITCHLEY (MAC D.), VOL.I, T.II : 104, 105, 168.
CROMELYNK (), VOL.I, T.II : 486
CRUVEILHER (), VOL.I, T.I : 32.
CRUZ SANCHEZ (G.), VOL.II, T.III : 313.
CTÉSIAS (), VOL.I, T.I : 27.
CUCCHI (A.), VOL.II, T.III : 313.
CUEL (), VOL.I, T.II : 104, 140, 442, 452
CUEL (J.), VOL.II, T.III : 409, 457.
CULLEN (P.), (1785), VOL.I, T.I : 218.
CULLEN (1924), VOL.II, T.III : 729.
CULLÈRE (MLLE), VOL.I, T.II : 83
CULLERRE (HENRY), VOL.I, T.II : 176, 177
CULLERRE (A.), VOL.II, T.III : 554.
CULLERRE (H.), VOL.II, T.III : 338.
CUNEO (), VOL.II, T.III : 502.
CUNNINGAM (), VOL.II, T.III : 497.
CURAN (D.), VOL.II, T.III : 190.
CURAN (J.),VOL.II, T.III : 376, 387.
CURRAN (), VOL.I, T.II : 41, 44, 264
CURSCHMANN (), VOL.II, T.III : 174.
CURT ELSE (), VOL.I, T.I : 143.
CURTI (), VOL.I, T.II : 131
CURTON (), VOL.II, T.III : 551, 571.
CUSCHING (H.), VOL.II, T.III : 197, 323, 486, 534535, 537, 733.
CUSHING (), VOL.I, T.I : 232.
CUVIER (), VOL.II, T.III : 719, 732.
CZERMAK (), VOL.I, T.II : 137
CZITROM (), VOL.II, T.III : 176.
CZITRON (), VOL.II, T.III : 112.
DAGAND (), VOL.I, T.II : 97
DAGONET (), VOL.I, T.II : 163, 182
DAGONET (K.), VOL.II, T.III : 70, 325, 432.
DAHLGREN (), VOL.II, T.III : 616.
DALBIEZ (ROLAND), VOL.I, T.I : 106, 107, 109, 113, 116, 125, 135, 136, 149, 151, 208, 209.
DALBIEZ (ROLAND), VOL.I, T.II : 328
DALKE (), VOL.I, T.II : 452
DALLEMAGNE (), VOL.I, T.II : 192
DALMAYE (H.), VOL.II, T.III : 415, 427.
DAMAYE (), VOL.I, T.II : 101, 113
DAMEY (A.), VOL.II, T.III : 29.
DANDY (), VOL.I, T.II : 57
DANJEAN (), VOL.I, T.II : 101
DAQUIN (J.), VOL.I, T.I : 52.
DARCY MENDUÇA UCHOA (), VOL.I, T.I : 136.
DARDENNE (), VOL.I, T.II : 403
DARDENNE (), VOL.II, T.III : 492.
DARKIEWITSCH (), VOL.I, T.II : 146
DARWIN (?), VOL.I, T.II : 381
DASKALOW (), VOL.I, T.II : 101
DAUDET (ALPHONSE), VOL.I, T.II : 518
DAUMESON (G.), VOL.II, T.III : 123, 385, 400.
DAUMEZON (G.), VOL.I, T.I : 19.
DAUMEZON (G.), VOL.I, T.II : 42, 451
DAUPHIN (), VOL.I, T.II : 26, 28
DAVENPORT (), VOL.II, T.III : 611.
DAVID (), VOL.I, T.II : 134, 401, 402, 405, 409
DAVID (M.), VOL.II, T.III : 112, 458, 486, 533, 560, 723, 724.
DAVIDOFF (), VOL.II, T.III : 605.
DAVIES (), VOL.II, T.III : 522.
DAVIES EYSENCK (MARGARET), VOL.II, T.III : 609.
DAVIS (H.), VOL.II, T.III : 67, 484.
DAVIS (P. A.), VOL.II, T.III : 67, 138, 484.
DAWSON (), VOL.II, T.III : 605, 607, 609.
DAX (C.), VOL.II, T.III : 497.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- DEBESSE (), VOL.I, T.II : 263, 354, 518
DEBIERRE (), VOL.I, T.II : 290
DEDICHEN (H. H.), VOL.II, T.III : 139, 442-443, 455, 467, 518.
DEITERS (), VOL.I, T.II : 146, 401
DEJEAN (), VOL.I, T.II : 122
DEJERINE (J.), VOL.I, T.I : 46.
DÉJERINE (J.), VOL.I, T.II : 395, 400
DÉJÉRINE (J.), VOL.I, T.II : 426, 469, 518
DÉJERINE (J.), VOL.II, T.III : 174, 739.
DEJERINE-KLUMPKE (), VOL.II, T.III : 371.
DELACROIX (H.), VOL.I, T.II : 15, 67
DELACROIX (H.), VOL.II, T.III : 759.
DELAGE (), VOL.I, T.I : 191, 196, 198, 199, 216.
DELAITRE (), VOL.I, T.II : 452
DELASIAUVE (LOUIS), VOL.I, T.I : 222, 225, 229, 242.
DELASIAUVE (LOUIS), VOL.I, T.II : 536
DELASIAUVE (LOUIS), VOL.II, T.III : 15, 38, 185, 197, 250, 275, 325, 326, 327-329, 333, 337, 338, 346, 428, 527-531, 540, 650, 684.
DELAY (J.), VOL.I, T.I : 178
DELAY (J.), VOL.I, T.II : 10, 12, 16, 26, 28, 30, 31, 33, 37, 38, 47, 53, 68, 85, 88, 134, 137, 220, 256, 403, 404, 405, 409, 411, 426
DELAY (J.), VOL.II, T.III : 52, 67, 112, 113, 116, 175, 197, 198, 313, 316, 317, 381, 388, 395, 398, 401, 412-413, 458, 485-486, 488, 489, 492, 494, 496, 497-499, 518, 609, 616, 675, 694, 735, 758.
DELAYE (J.), VOL.II, T.III : 429.
DELBGEUF (), VOL.I, T.I : 199, 200.
DELGADO (H.), VOL.I, T.I : 30, 104, 143.
DELGADO (H.), VOL.I, T.II : 174, 185, 202, 274, 275, 464
DELGADO (H.), VOL.II, T.III : 664, 756.
DELILLE (), VOL.I, T.II : 83, 97, 99
DELL (M. B.), VOL.II, T.III : 550, 560, 561, 647, 651.
DELL (P.) 732, VOL.II, T.III : 737, 758.
DELMAS (ACHILLE), VOL.I, T.I : 225, 242.
DELMAS (ACHILLE), VOL.I, T.II : 18, 40, 49, 149, 173, 247, 272, 346, 355, 356, 362, 369, 370, 371, 374, 378, 459
DELMAS (ACHILLE), VOL.II, T.III : 23, 187, 250, 306, 330, 417-418, 428, 435.
DELMAS (P.), VOL.II, T.III : 442.
DELMAS-MARSALET (P.), VOL.I, T.II : 53, 82, 85, 117, 118, 141, 145, 149
DELMAS-MARSALET (P.), VOL.II, T.III : 563, 696.
DELMOND (J.), VOL.II, T.III : 387.
DELMONT (J.), VOL.I, T.II : 248, 249, 254, 258, 265, 266, 333
DELORE (), VOL.I, T.I : 28, 29, 33, 43.
DEMAY (G.), VOL.II, T.III : 306.
DÉMOCRITE, VOL.I, T.I : 27.
DEMOINE (), VOL.I, T.II : 100
DEMOLE (), VOL.I, T.II : 143
DEMPSEY (E. W.), VOL.II, T.III : 739.
DENIKER (P.), VOL.II, T.III : 365, 413.
DENIS (J. B.), VOL.II, T.III : 139, 195, 443.
DENY (), VOL.I, T.II : 445, 446, 447, 452, 472
DENY (G.), VOL.II, T.III : 429, 433, 440J 453, 518.
DERMLE (), VOL.II, T.III : 397.
DERMOT (), VOL.I, T.II : 23, 24
DÉRON (), VOL.I, T.I : 239.
DERON (R.), VOL.II, T.III : 53, 63-64, 67, 70, 87, 88, 89, 101, 116.
DEROT (), VOL.II, T.III : 413.
DESANA (G.), VOL.II, T.III :462.
DESCARTES (R.), VOL.I, T.I : 27, 197, 198, 204, 211, 214.
DESCARTES (R.), VOL.I, T.II : 9, 54, 488
DESCARTES (R.), VOL.II, T.III : 699, 700, 703, 719, 732.
DESCHAMPS (), VOL.I, T.II : 85, 87
DESCHAMPS (A.), VOL.II, T.III : 313.
DESCLAUX (), VOL.I, T.II : 53, 506, 514
DESCLAUX (P.), VOL.II, T.III : 67, 383, 401, 458, 492.
DESCURET (), VOL.I, T.II : 506
DESFONTAINE (), VOL.I, T.II : 341
DESHAIES (G.), VOL.I, T.II : 341, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 360, 361, 362, 371, 372, 374, 377, 378, 388
DESHAIES (G.), VOL.II, T.III : 478.
DESOILLE (H.), VOL.I, T.II : 42, 53, 352
DESOILLE (H.), VOL.II, T.III : 385.
DÉSOILLE (R.), VOL.I, T.I : 130.
DESPINE (), VOL.I, T.II : 376
DESROMBIES (), VOL.I, T.II : 29, 32
DESUELLES (), VOL.I, T.I : 52.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- DESRUELLES (), VOL.I, T.II : 26
DESRUELLES (), VOL.II, T.III : 15, 17, 28.
DESTOUCHES FÉVRIER (P.), VOL.I, T.I : 36.
DEUTSCH (HÉLÈNE), VOL.I, T.I : 139, 147.
DEUTSCH (HÉLÈNE), VOL.I, T.II : 227, 311, 315, 448
DEUTSCH (HÉLÈNE), VOL.II, T.III : 94, 158, 159.
DEUTSCH (LÉO), VOL.I, T.II : 315
DEVAUX (), VOL.I, T.II : 39, 47, 91, 100, 380, 387, 395, 396, 400, 401, 405, 426
DEVIC (), VOL.I, T.II : 42
DEVIC (), VOL.II, T.III : 368, 386, 393.
DEVINE (), VOL.I, T.II : 112
DI FORTUNATO (), VOL.I, T.II : 85
DI GIACOMO (), VOL.I, T.II : 130, 131
DI TULLIO (), VOL.I, T.II : 315
DIAMANDI (), VOL.I, T.II : 27
DIATKINE (R.), VOL.I, T.I : 136.
DIATKINE (R.), VOL.II, T.III : 401.
DICKMEISS (), VOL.I, T.II : 402
DICKMEISS (), VOL.II, T.III : 196, 456, 483.
DIDE (MAURICE), VOL.I, T.I : 253.
DIDE (MAURICE), VOL.I, T.II : 58, 72, 101, 123, 140, 141, 143, 464.
DIDE (MAURICE), VOL.II, T.III : 193, 194, 440, 655.
DIDEROT, VOL.I, T.II : 283
DIERKENS (J.), VOL.II, T.III : 617.
DIERKENS (N.), VOL.II, T.III : 617.
DIERTHELM (O.), VOL.II, T.III : 58, 137.
DIGO (R.), VOL.II, T.III : 122, 130, 147, 168, 175, 184.
DILTHEY, VOL.II, T.III : 656.
DIODES (DE CARYSTE), VOL.I, T.I : 27.
DIOGO FURTADO (), VOL.II, T.III : 488.
DISERTORI (B.), VOL.I, T.I : 34.
DIVRY (), VOL.I, T.II : 69, 72, 73, 75, 85, 110, 131, 135
DOBROTORSKY (), VOL.II, T.III : 397.
DOEKART (), VOL.I, T.II : 47, 48
DOFFLER (), VOL.I, T.II : 332
DOGNON (A.), VOL.I, T.I : 34.
DOITEAU (), VOL.I, T.II : 18
DOLKART (), VOL.I, T.II : 13
DOMARUS (VON), VOL.II, T.III : B1.
DONAGGIO (), VOL.I, T.II : 132, 148.
DONALIES (), VOL.I, T.II : 319
DONGIER (M.), VOL.II, T.III : 642, 646, 651.
DONIGAM (), VOL.II, T.III : 364.
DONNADIEU (A.), VOL.II, T.III : 486.
DOOLITTLE (), VOL.II, T.III : 605.
DOPCHIE (), VOL.II, T.III : 617.
DOREZ (ARMAND), VOL.I, T.II : 513
DOS SANTOS (), VOL.I, T.II : 250
DOTT (), VOL.I, T.II : 404
DOTT (N. M.), VOL.II, T.III : 458, 486.
DOUBLE (), VOL.I, T.I : 197.
DOUGLAS NOBLE (), VOL.I, T.I : 254.
DOUSSINET (P.), VOL.II, T.III : 383.
DOUTREBENTE (), VOL.I, T.II : 349
DOUTREBENTE (), VOL.II, T.III : 461, 571.
DRAGANESCO (), VOL.I, T.II : 102
DRAGON (), VOL.I, T.I : 27.
DRAPER (), VOL.I, T.I : 48.
DREYFUS (), VOL.I, T.II : 111, 112
DREYFUS (G.), VOL.II, T.III : 193, 194, 442, 448, 454, 463, 465.
DREYFUS (L'AFFAIRE), VOL.I, T.II : 358
DRIESCH (HANS), VOL.I, T.I : 35.
DRIESS (H.), VOL.II, T.III : 294.
DRIEST (), VOL.I, T.II : 78, 95
DROMARD (), VOL.I, T.II : 31, 67, 76, 81, 85
DROMARD (G.), VOL.II, T.III : 554.
DROOGLEVER (), VOL.II, T.III : 641.
DROUART (), VOL.I, T.II : 29
DROUET (), VOL.II, T.III : 506.
DUBAL (G.), VOL.I, T.I : 195.
DUBITSCHER (), VOL.I, T.II : 246, 248, 258, 264, 268
DUBLINEAU (J.), VOL.I, T.I : 235.
DUBLINEAU (J.), VOL.I, T.II : 266, 462
DUBLINEAU (J.), VOL.II, T.III : 41, 206, 222, 305s 412, 503.
DUBOIS (), VOL.I, T.II : 220, 475, 476
DUBOIS (F. D'AMIENS), VOL.I, T.I : 222, 226.
DUBOS (), VOL.I, T.I : 38.
DUBOURDIEU (), VOL.II, T.III : 199.
DUBRISAY (), VOL.I, T.II : 352
DUBUISSON (J.), VOL.I, T.II : 315
DUBUISSON (J.), VOL.II, T.III : 431.
DUCHÈNE (DE BOULOGNE), VOL.I, T.I : 33.
DUCOSTE (), VOL.I, T.I : 255.
DUCOSTE (), VOL.I, T.II : 36, 52, 175, 378
DUCOSTÉ (M.), VOL.II, T.III : 551.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- DUCROS (), VOL.II, T.III : 386.
DUFOUR (), VOL.I, T.II : 98
DUGAS (), VOL.I, T.II : 67, 283, 295, 482
DUGAS (L.), VOL.II, T.III : 145, 226, 227, 228.
DUHREN (), VOL.I, T.II : 317
DUMAS (GEORGES), VOL.I, T.II : 40, 43, 49, 52, 55, 67, 68, 328, 381, 518, 525
DUMAS (GEORGES), VOL.II, T.III : 122, 125, 127, 137, 140, 162, 181, 184.
DUMBAR (F.), VOL.I, T.I : 28, 30, 48, 79, 104, 143, 144.
DUMESNIL (), VOL.II, T.III : 371.
DUNBAR (), VOL.I, T.II : 350, 400, 469
DUNE (), VOL.I, T.II : 53
DUNHAM (H. W.), VOL.II, T.III : 437.
DUPAIN (), VOL.II, T.III : 602.
DUPERTIS (), VOL.I, T.I : 48.
DUPOUY (A.), VOL.I, T.I : 139, 231.
DUPOUY (R.), VOL.I, T.II : 103, 216, 221, 315, 322, 323, 352, 354, 391, 402, 441, 445, 452, 462, 482, 503, 505, 513
DUPOUY (R.), VOL.II, T.III : 186, 196, 302, 308, 382, 383, 422, 448, 457, 555, 572.
DUPRÉ (), VOL.I, T.I : 89, 232, 233, 238, 256.
DUPRÉ (), VOL.I, T.II : 184, 238, 247, 253, 258, 260, 262, 271, 272, 275, 393, 394, 396, 401, 411, 426, 454, 455, 470, 521
DUPRÉ (E.), VOL.II, T.III : 22, 220, 221, 372, 379-380, 391, 393, 424, 613.
DURAND (CH.), VOL.I, T.I : 193.
DURAND (CH.), VOL.II, T.III : 198, 363, 459, 488.
DURAND-SALMIN (J.), VOL.II, T.III : 51.
DURKHEIM (EMILE), VOL.I, T.II : 355, 356, 357, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 370, 378
DURU (M. A.), VOL.II, T.III : 96.
DÜSS (), VOL.I, T.II : 266
DUSSER DE BARENNE (), VOL.I, T.II : 147
DUSSER DE BARENNE (), VOL.II, T.III : 485.
DUSSIK (K.), VOL.II, T.III : 435.
DUVAL J., VOL.I, T.II : 290
DWELSHAUVERS (G.), VOL.II, T.III : 759.
EARL (), VOL.I, T.II : 106
EARLE (K. M.), VOL.II, T.III : 640.
EAST (W. K.), VOL.I, T.II : 220, 223, 232
EBBECK (), VOL.II, T.III : 384.
EBBINGHAUS (H.), VOL.I, T.II : 17, 38, 55, 67
EBELING (), VOL.II, T.III : 506.
EBERTH (), VOL.I, T.I : 32.
ECK (), VOL.I, T.II : 136
ECONOMO (VON), VOL.II, T.III : 663, 719.
ECTORS (L.), VOL.II, T.III : 485.
EDEL (), VOL.II, T.III : 603.
EDERLÉ (W.), VOL.II, T.III : 622.
EDINGER (L.), VOL.II, T.III : 485.
EDINGER (L.), VOL.II, T.III : 718.
EGGER (), VOL.I, T.I : 196.
EGGER (), VOL.I, T.II : 25
EHRENWALD (), VOL.I, T.II : 446, 472, 474, 475
EHRENWALD (), VOL.II, T.III : 226, 373, 388, 748.
EHRESBRORN (), VOL.II, T.III : 506.
EICHHORTST (), VOL.II, T.III : 371.
ELLENBERGER (H.), VOL.I, T.I : 250.
ELLENBERGER (H.), VOL.I, T.II : 62, 68, 69, 70, 73, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 113, 154
ELLIOT (), VOL.II, T.III : 138.
ELMADJIAN (F.), VOL.II, T.III : 499.
ELSÄSSER (C.), VOL.II, T.III : 462.
ÉLUARD (PAUL), VOL.I, T.I : 212.
ELVIDGE (A. R.), VOL.II, T.III : 483
ELLIS (HAVELOCK) : VOIR HAVELOCK.
ELY (F. A.), VOL.II, T.III : 382.
EMMA (MICHELE, ITALIE), VOL.I, T.II : 333
ENEBUSKE (), VOL.II, T.III : 137.
ENGELKEN (), VOL.II, T.III : 2511 274.
ENGELTEN (), VOL.I, T.I : 233.
ENGLISH (DE PHILADELPHIE), VOL.I, T.I : 47, 79, 143.
ENKE (), VOL.II, T.III : 612.
ENTRADES (C), VOL.II, T.III : 723.
ENTRES (), VOL.II, T.III : 473, 477, 611.
ÉPICURE, VOL.I, T.I : 27, 32, 214.
EPSTEIN (A. L.), VOL.I, T.I : 40, 194.
ÉRASISTRATE, VOL.I, T.I : 27.
ÉRASME, VOL.I, T.II : 488
ERMES (THÈSE, 1903), VOL.I, T.II : 80
ESCALIER (), VOL.II, T.III : 489.
ESCALONA (S. K.), VOL.II, T.III : 59, 96.
ESCHENMAYER 55, VOL.I, T.I :
ESCOUBE (J.), VOL.I, T.II : 503, 513
ESCUDERO ORTUNO (), VOL.I, T.II : 504
ESPINAS (), VOL.I, T.II : 30, 234
ESQUIROL (J. E. D.), VOL.I, T.I : 54, 65, 68, 226.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- ESQUIROL (J. E. D.), VOL.I, T.II : 178, 246, 359, 360, 361, 362, 378, 434, 468, 490
ESQUIROL (J. E. D.), VOL.II, T.III : 13, 14, 15, 18, 19, 21, 50, 99, 119, 120, 121, 122, 140, 141, 325, 326, 424, 425, 431, 435, 599, 606, 609, 636.
ESSEN MÜLLER (E.), VOL.I, T.I : 77
ESTAPE (), VOL.I, T.II : 467, 482
ETOC-DÉMAZY (G.), VOL.II, T.III : 327, 328, 366, 428.
EULENBURG (A.), VOL.I, T.II : 277, 325
EURYALE (), VOL.I, T.II : 295
EURYPION, VOL.I, T.I : 27.
EUZIÈRE (), VOL.I, T.II : 247, 261, 263
EUZIÈRE (), VOL.II, T.III : 617.
EVANS (), VOL.II, T.III : 393.
ÉVERAND (), VOL.I, T.II : 290
EVRARD (), VOL.I, T.II : 85, 135, 137
EWALD (), VOL.I, T.II : 112, 183, 411
EWALD (G.), VOL.II, T.III : 42, 61, 90, 108, 188, 195, 330, 331, 332, 362, 374, 391, 395, 397, 419, 422, 425, 428, 452, 462, 510, 518.
EY (H.), VOL.I, T.II : 40, 53, 86, 88, 95, 97, 105, 106, 139, 172, 192, 195, 337, 342, 353, 479, 505
EY (H.), VOL.II, T.III : 51, 86, 110, 139, 195, 229, 244, 368, 443, 468, 487, 496, 513, 548, 695, 696, 756.
EYSENCK (), VOL.II, T.III : 52.
EYSENCK (DAVIES), VOL.II, T.III : 607.
EYSENCK (H. J.), VOL.II, T.III : 59, 122, 128.
EYSENCK (J.), VOL.II, T.III : 490.
FABRE J. H. , VOL.I, T.II : 376
FAIL (GABRIEL), VOL.I, T.II : 513.
FALRET (J. P.), VOL.I, T.I : 60, 65, 68, 219, 243,
FALRET (J. P.), VOL.I, T.II : 247, 515, 532, 536
FALRET (J. P.), VOL.II, T.III : , 14, 15, 35, 37, 51, 52, 120, 121, 188, 193, 396, 429, 430, 431, 439, 453, 518.
FALRET (J.), VOL.I, T.I : 56.
FALRET (J.), VOL.I, T.II : 31, 32, 35, 36, 67, 69, 72, 174, 362, 431, 443
FALRET (J.), VOL.II, T.III : 17, 32, 599, 614, 650.
FANNY DE RISTOR (), VOL.I, T.II : 320
FARDET (), VOL.II, T.III : 401, 406.
FARNARIER (), VOL.II, T.III : 234.
FARR (), VOL.II, T.III : 505.
FARRAR (C. B.), VOL.II, T.III : 466.
FASSOU (), VOL.I, T.II : 103
FATTOVITCH (), VOL.I, T.II : 452
FAURE (L.), VOL.II, T.III : 617.
FAURE (M.), VOL.II, T.III : 330, 372, 428, 617.
FAUVEL (), VOL.II, T.III : 197.
FAVILLI (M.), VOL.II, T.III : 313.
FAVRE(A.), VOL.II, T.III : 308.
FECHNER (), VOL.I, T.I : 35, 200
FEDER (), VOL.II, T.III : 694.
FEDERN (P.), VOL.I, T.II : 325
FEDERN (P.), VOL.II, T.III : 671, 756.
FEINDEL (), VOL.I, T.II : 187
FEINSTEIN (), VOL.I, T.II : 123
FEIREIRA (), VOL.I, T.II : 132
FELD (), VOL.I, T.II : 346
FENELL (), VOL.I, T.II : 234
FENICHEL (O.), VOL.I, T.I : 104.
FENICHEL (O.), VOL.I, T.II : 277, 283, 296, 319
FENICHEL (O.), VOL.II, T.III : 192, 509, 511, 625.
FERDIÈRE (G.), VOL.I, T.II : 403
FERDIÈRE (G.), VOL.II, T.III : 492.
FERE (CH.), VOL.I, T.I : 258.
FÉRÉ (CH.), VOL.II, T.III : 424, 503, 530 (), 614, 650.
FÉRÉ, VOL.I, T.II : 25, 36, 176, 277, 279, 386, 402
FERENCZI (S.), VOL.I, T.I : 104, 119, 125, 131, 134, 149.
FERENCZI (S.), VOL.I, T.II : 283, 306, 330, 349, 476, 538, 547
FÉRET (A.), VOL.II, T.III : 372.
FERRARO (), VOL.I, T.II : 27, 132
FERREIRA (), VOL.I, T.II : 127
FERRÉIRA (A. C.), VOL.II, T.III : 498.
FERRER HOMBRABELLA (), VOL.II, T.III : 488.
FERRI (), VOL.I, T.II : 355, 356, 373, 375, 376
FERRIER (), VOL.I, T.II : 193
FERRIER (), VOL.II, T.III : 484.
FERRUS (), VOL.I, T.I : 222, 223, 224.
FERRUS (G.), VOL.II, T.III : 325, 327, 329, 366.
FESSLER (L.), VOL.II, T.III : 194, 464, 466.
FETTERMAN (), VOL.II, T.III : 605.
FEUCHTWANGER (E.), VOL.I, T.II : 57, 103, 201
FEUCHTWANGER (E.), VOL.II, T.III : 722.
FEUERBACH (), VOL.I, T.II : 318

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- FEUILLE (), VOL.I, T.II : 80
FEUILLET (), VOL.I, T.II : 80, 502, 514
FEVERS (CARL), VOL.I, T.I : 30.
FIAMBERTI (), VOL.II, T.III : 386.
FICHTE (), VOL.I, T.I : 198.
FIESSINGER (NOËL), VOL.I, T.I : 29.
FIKER (), VOL.I, T.II : 345
FILASSIER (), VOL.I, T.II : 182
FINAN (), VOL.I, T.II : 146
FINK (), VOL.I, T.II : 71
FINK (E.), VOL.II, T.III : 753.
FINZI (), VOL.I, T.II : 88
FISCHBEIN (L.), VOL.II, T.III : 469.
FISCHEIN (), VOL.II, T.III : 195.
FISCHER (), VOL.I, T.II : 86, 92, 108
FISCHER (), VOL.II, T.III : 81, 476, 505.
FISHGOLD (H.), VOL.II, T.III : 721..
FITZPATRICK (), VOL.II, T.III : 605.
FIZZI (), VOL.I, T.II : 75
FLANGIN (H.), VOL.II, T.III : 558.
FLATAU (), VOL.II, T.III : 227.
FLECHNER (), VOL.II, T.III : 367.
FLEMING (), VOL.I, T.I : 37.
FLESCHER (G.), VOL.I, T.II : 37
FLESCHIG (P.), VOL.II, T.III : 719, 720, 727, 732.
FLEURY (M. DE), VOL.I, T.II : 362, 387, 426
FLEURY (M. DE), VOL.II, T.III : 174.
FLINTOFF MICKLE (), VOL.II, T.III : 475.
FLOURENS (), VOL.II, T.III : 719.
FLOURNOY (), VOL.I, T.I : 104, 256.
FLOURNOY (), VOL.I, T.II : 153, 352, 536
FODÉRÉ (F.), VOL.I, T.I : 54.
FOERSTER (), VOL.I, T.II : 103, 104, 105, 168,
404, 446, 474, 482
FOERSTER (O.), VOL.II, T.III : 112, 197, 313,
372, 458, 486, 528, 531, 533-535, 539, 638,
652, 733.
FOIX (), VOL.I, T.II : 104, 117, 118, 120, 189
FOLEY (), VOL.I, T.II : 137
FOLLIN (S.), VOL.I, T.I : 55, 85.
FOLLIN (S.), VOL.I, T.II : 83, 107, 200, 369, 479,
528
FOLLIN (S.), VOL.II, T.III : 226, 227, 409, 603-
605.
FONT (E.), VOL.II, T.III : 603.
FONTE CULLA (), VOL.I, T.II : 468
FORBES (), VOL.I, T.II : 67, 124, 125
FOREL (A.), VOL.I, T.I : 233.
FOREL (A.), VOL.II, T.III : 258.
FÖRSTER (J. C.), VOL.I, T.II : 35, 44, 45, 58, 115,
196.
FORSTER (F. M.), VOL.II, T.III : 652.
FORSTER (O.), VOL.II, T.III : 652.
FORTANIER (), VOL.I, T.II : 39, 49, 54, 60, 66
FORTINEAU (), VOL.I, T.II : 182
FORTINEAU (J.), VOL.II, T.III : 532.
FORTUYN (), VOL.II, T.III : 641.
FORX (), VOL.I, T.II : 104
FOUCAULT (MARCEL), VOL.I, T.I : 196, 197.
FOULQUIÉ (), VOL.I, T.II : 203
FOUQUET (), VOL.I, T.I : 19.
FOUQUET (P.), VOL.II, T.III : 68.
FOURMENT (), VOL.II, T.III : 365, 413.
FOURNIER (A.), VOL.I, T.I : 62.
FOURNIER (A.), VOL.I, T.II : 46
FOVILLE (A.), VOL.I, T.I : 54.
FOVILLE (A.), VOL.I, T.II : 36, 182, 515, 532,
533, 534, 536, 537, 547
FOVILLE (A.), VOL.II, T.III : 99, 122, 188, 396,
518, 550.
FOX (J.), VOL.II, T.III : 331.
FOX (T.), VOL.II, T.III : 607.
FRACASSI (), VOL.I, T.II : 109
FRAISSE (), VOL.I, T.II : 17, 34
FRANCE (ANATOLE), VOL.I, T.II : 316
FRANCHINI (), VOL.I, T.II : 354
FRANÇOIS-GUILLEAUME (), VOL.I, T.II : 214
FRANK (D. B.), VOL.II, T.III : 227.
FRANKEL (), VOL.I, T.II : 141, 152.
FRANKEL (A.), VOL.I, T.II : 173.
FRANKHAUSEN (), VOL.II, T.III : 188.
FRANKL (VICTOR E.), VOL.I, T.I : 124.
FRANKS (M.), VOL.II, T.III : 466.
FRANTZ (), VOL.I, T.II : 56
FRATINI (), VOL.II, T.III : 364.
FREE (W.), VOL.II, T.III : 723.
FREEMAN (), VOL.I, T.II : 97, 249
FREMING (), VOL.II, T.III : 436.
FRENCH (J. D.), VOL.II, T.III : 736.
FRENCH (THOMAS M.), VOL.I, T.I : 47, 211.
FRETET (J.), VOL.II, T.III : 112, 196.
FREUD (ANNA) , VOL.I, T.II : 388, 413
FREUD (ANNA), VOL.I, T.I : 104, 120, 121.
FREUD (D'AMSTERDAM), VOL.I, T.II : 136

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- FREUD (SIGMUND), VOL.I, T.I : 33, 46, 47, 48, 57, 65, 69, 103-118, 121-128, 131-150, 152, 153, 155, 156, 178, 180, 185, 186, 187, 196-200, 208, 209, 212-217
FREUD (SIGMUND), VOL.I, T.II : 21, 39, 86, 153, 155, 197, 198, 199, 214, 230, 232, 234, 244, 250, 274, 277, 282, 283, 284, 291, 295, 296, 305, 314, 315, 316, 317, 319, 325, 341, 350, 376, 385, 387, 388, 389, 393, 395, 396, 410, 412, 413, 416, 417, 418, 426, 447, 448, 476, 477, 480, 485, 492, 512, 513, 515, 538
FREUD (SIGMUND.) PASSIM (), VOL.II, T.III : 94-95, (MANIE), 155-157, ET 168-171, (MÉLANCOLIE), 509-512, (PSYCHOSES PÉRIODIQUES), 622-625, (ÉPILEPSIE) ET 665-673, (CONSCIENT ET INCONSCIENT).
FREUND (), VOL.II, T.III : 58.
FREY (), VOL.I, T.I : 55.
FREY (B.), VOL.II, T.III : 505.
FRIBOURG-BLANC (), VOL.I, T.II : 40, 332, 342, 353
FRIEDMANN (), VOL.I, T.II : 355, 373, 375, 378, 513
FRIEDMANN (), VOL.II, T.III : 36, 174, 452, 524.
FRIEDREICH (), VOL.I, T.I : 55, 68.
FRIEDREICH (), VOL.II, T.III : 524.
FRISCH (F.), VOL.II, T.III : 652.
FRITSCH (), VOL.II, T.III : 331.
FRÖHLICH (), VOL.I, T.II : 119, 126, 129.
FROIS-WITMANN (), VOL.I, T.II : 476
FROMENTY (), VOL.I, T.II : 81
FROMM (), VOL.II, T.III : 386.
FUERSTENER (), VOL.I, T.II : 404
FULTON (), VOL.I, T.II : 148, 404
FULTON (J. F.), VOL.II, T.III : 458, 486, 739.
FUNFGELD (), VOL.I, T.II : 139
FURSTER (), VOL.II, T.III : 325.
FURTADO (), VOL.I, T.II : 145
FURTWANGEL (), VOL.I, T.II : 290
FUSSWERK (), VOL.I, T.II : 86
FUSSWERK (J.), VOL.II, T.III : 693, 694.
FUSTER (), VOL.II, T.III : 558, 560.
GAGEL (), VOL.I, T.II : 404
GAGEL (), VOL.II, T.III : 112, 197, 383, 459, 486, 533.
GALIEN (), VOL.I, T.I : 27, 68, 218.
GALL (F.), VOL.I, T.II : 55, 247
GALL (F.), VOL.II, T.III : 719.
GALLAIS (), VOL.I, T.I : 242.
GALLAIS (A.), VOL.II, T.III : 306.
GALLEPSIE (), VOL.I, T.II : 482
GALLOT (), VOL.I, T.II : 346
GALLOT (H. M.), VOL.II, T.III : 52, 124.
GAMPER (), VOL.I, T.II : 41, 58, 59, 194
GAMPIERI 374, VOL.II, T.III : 391, 395, 734.
GANSER (), VOL.I, T.II : 113
GANSER (), VOL.II, T.III : 304.
GANTT (), VOL.I, T.II : 42, 234, 411, 414
GANYMÈDE, VOL.I, T.II : 294
GARANT (), VOL.I, T.II : 72, 74, 98, 99, 100, 107, 282
GARCIA-BADARACCO (J.), VOL.II, T.III : 550, 647, 737, 758.
GARDE (A.), VOL.II, T.III : 368, 393.
GARDIEN (), VOL.I, T.II : 174, 412
GARDIEN (P.), VOL.II, T.III : 15, 17.
GARDIEN-JOURDEUIL (M.), VOL.II, T.III : 67.
GARDNER (W. J.), VOL.II, T.III : 721.
GARDNER MURPHY (), VOL.II, T.III : 58.
GARMA (A.), VOL.I, T.I : 104, 146, 213.
GARMA (A.), VOL.I, T.II : 295, 373, 375, 376, 378, 448, 477
GARMA (A.), VOL.II, T.III : 116, 159, 511, 528.
GARNIER (P.), VOL.I, T.I : 89, 231.
GARNIER (P.), VOL.I, T.II : 52, 176, 179, 213, 219, 220, 224, 226, 232, 269, 277, 452, 504
GARNIER (P.), VOL.II, T.III : 338, 422, 491.
GASTAUD (), VOL.I, T.I : 42.
GASTAUD (H.), VOL.II, T.III : 521-526, 528, 531, 538, 563, 611, 634, 635, 641, 651, 739, 758.
GASTAUD (Y.), VOL.II, T.III : 559, 560.
GAUCHER (), VOL.I, T.I : 40.
GAUCKLER (), VOL.I, T.II : 400, 426, 469
GAUDIO (), VOL.I, T.II : 131
GAUPP (R.), VOL.I, T.II : 97, 112, 174, 396, 532, 547
GAUPP (R.), VOL.II, T.III : 36, 42, 442, 467, 473, 495, 603.
GAUSSEN (), VOL.II, T.III : 193, 194, 195, 464-466.
GAUTER (), VOL.II, T.III : 604.
GAUTIER (), VOL.I, T.II : 283, 343
GAY LUSSAC (), VOL.I, T.I : 33.
GAYET (), VOL.II, T.III : 393.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- GAYRAL (L.), VOL.I, T.II : 403
GAYRAL (L.), VOL.II, T.III : 492.
GEBSATTEL (FREIHERR VON), VOL.II, T.III : 130, 131, 140, 144-146, 164, 168, 181, 229.
GEBSATTEL (VON), VOL.I, T.I : 65, 257.
GEBSATTEL (VON), VOL.I, T.II : 182, 218, 273, 306, 314, 325, 339
GEESINK (), VOL.I, T.II : 136
GEHLEN (), VOL.I, T.II : 203
GEHRARD SCHMIDT (), VOL.I, T.II : 185
GEIGER (MORITZ), VOL.II, T.III : 661.
GELINEAU (J. B.), VOL.II, T.III : 650.
GELMA (), VOL.I, T.II : 389, 426, 476
GELMA (E.), VOL.II, T.III : 500.
GELMA (M.), VOL.I, T.I : 72.
GEMELLI (A.), VOL.II, T.III : 759.
GENET (JEAN), VOL.I, T.II : 243, 278, 283, 335
GENGERELLI (), VOL.I, T.II : 37
GENIL-PERRIN (), VOL.I, T.I : 106, 109
GENIL-PERRIN (), VOL.I, T.II : 75, 482
GENIL-PERRIN (G.), VOL.II, T.III : 12.
GENNEP (), VOL.I, T.II : 277
GEORGET (), VOL.I, T.I : 54.
GEORGET (E.), VOL.I, T.II : 232, 246, 362
GEORGET (E.), VOL.II, T.III : 15, 35, 327, 425, 428, 527.
GEORGI (F.), VOL.II, T.III : 502, 507.
GERALD GERMANY (), VOL.II, T.III : 551.
GÉRARD (P.), VOL.II, T.III : 313, 316, 317.
GERAUD (J.), VOL.II, T.III : 534.
GERENDASI (G.), VOL.II, T.III : 501.
GERHARD SCHMIDT (), VOL.I, T.II : 354
GERNEZ (), VOL.II, T.III : 386.
GERO (GEORG), VOL.II, T.III : 159, 511.
GERÖ, VOL.I, T.I : 147.
GERTSMAN (), VOL.I, T.II : 538
GEVAUDAN (Y.), VOL.II, T.III : 435, 567.
GIACOMO (), VOL.I, T.II : 130, 131, 132, 133, 134
GIACOMO (V. DE), VOL.II, T.III : 25.
GIANELLI (), VOL.II, T.III : 175.
GIBBS (), VOL.II, T.III : 323, 338, 485, 505, 522, 524, 605.
GIBBS (E. L. ET F. A.), VOL.II, T.III : 558, 560, 561, 612, 640.
GIBSON (G.), VOL.II, T.III : 128.
GIBSON (R.), VOL.II, T.III : 466.
GIDE (ANDRÉ), VOL.I, T.II : 19, 278, 283, 295
GIEHM (H.), VOL.II, T.III : 603, 604.
GILBERT (), VOL.II, T.III : 500.
GILDEA (E. F.), VOL.II, T.III : 138, 504.
GILL (M.), VOL.II, T.III : 129.
GILLESPIE (), VOL.I, T.II : 42, 66
GILLES (), VOL.I, T.II : 29
GILLES (A.), VOL.II, T.III : 622.
GILLES DE LA TOURETTE (), VOL.I, T.II : 188
GILLES DE RAIS (OU DE RETZ), VOL.I, T.II : 317
GILLES DE RETZ (OU DE RAIS), VOL.I, T.II : 317
GILLESPIE (), VOL.II, T.III : 23, 172, 190, 193, 332, 425, 464, 465, 655.
GIRARD (), VOL.II, T.III : 393.
GIROUD (), VOL.I, T.II : 282
GISCARD (), VOL.I, T.II : 45
GISCARD (P.), VOL.II, T.III : 385.
GJESSING (), VOL.I, T.II : 96
GLASER (), VOL.II, T.III : 499, 506.
GLAUCKER (), VOL.I, T.I : 46.
GLAUS (), VOL.II, T.III : 603, 604.
GLOVER (ED.), VOL.I, T.I : 120.
GLOVER (ED.), VOL.II, T.III : 671, 756.
GLOVER (M.), VOL.I, T.I : 136.
GLUECK (), VOL.I, T.II : 315
GOBLOT (), VOL.I, T.I : 196.
GODET (), VOL.I, T.II : 141, 315
GODFREY (), VOL.I, T.II : 278
GOLDEN (), VOL.II, T.III : 59.
GOLDI (), VOL.II, T.III : 364.
GOLDKUHLE (), VOL.II, T.III : 453.
GOLDMAN (), VOL.I, T.II : 13, 47, 48
GOLDSCHMIDT (), VOL.I, T.II : 283, 299, 302, 306
GOLDSTEIN (K.), VOL.I, T.I : 34, 43, 59.
GOLDSTEIN (K.), VOL.I, T.II : 58, 148, 382, 388, 391, 415, 426
GOLDSTEIN (K.), VOL.II, T.III : 138, 727, 729, 740, 758.
GOLLA (), VOL.II, T.III : 505.
GOLSE (J.), VOL.II, T.III : 411, 413.
GOLTZ (), VOL.I, T.II : 56, 403
GOLTZE (), VOL.II, T.III : 84, 485.
GOMBAULT (), VOL.II, T.III : 41, 392.
GONZALEZ (GABRIEL), VOL.I, T.II : 513
GOOD (R.), VOL.II, T.III : 129.
GOODHART (), VOL.I, T.II : 24

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- GOODHART (S. P.), VOL.II, T.III : 197, 530, 733.
GOODMAN (), VOL.I, T.II : 185, 258
GORDON (), VOL.II, T.III : 475.
GORDON A., VOL.I, T.II : 39, 58, 109
GORMAN (W. F.), VOL.II, T.III : 375.
GORRIERI (), VOL.II, T.III : 490, 492.
GOT (J. A.), VOL.I, T.II : 452
GOTOR (P.), VOL.II, T.III : 616, 628, 651.
GOTTSCALK (L. A.), VOL.II, T.III : 175, 608.
GOUJON (), VOL.II, T.III : 489.
GOWERS (W. R.), VOL.II, T.III : 338, 522, 527, 530, 539, 650.
GRADENBERG (), VOL.II, T.III : 332.
GRAFE (), VOL.II, T.III : 505.
GRAHAM (B.), VOL.II, T.III : 499.
GRAMPER (), VOL.I, T.I : 232.
GRANOKE (), VOL.I, T.II : 85
GRANTE (), VOL.I, T.II : 343
GRANVILLE (), VOL.I, T.II : 18, 67
GRAPFIELD (), VOL.II, T.III : 505.
GRASSET (), VOL.I, T.I : 176.
GRASSET (), VOL.II, T.III : 756.
GRAUTE (VON), VOL.I, T.II : 345
GRAVEJAL (MLLE), VOL.II, T.III : 425.
GRAVEN (P.), VOL.II, T.III : 622.
GRAVING (), VOL.I, T.II : 97
GRAZIANI (), VOL.II, T.III : 364.
GRÉCO (DEL), VOL.II, T.III : 326.
GREEF (DE), VOL.II, T.III : 484.
GREEFF (DE), VOL.I, T.II : 339
GREEN (CARLSON ET EVANS), VOL.II, T.III : 393.
GREEN (GRAAM), VOL.I, T.II : 252
GREENBLATT (), VOL.II, T.III : 67, 138, 484.
GREGOR (), VOL.I, T.II : 261
GREGOR (), VOL.II, T.III : 373, 376, 387.
GREY (WALTER), VOL.I, T.I : 42.
GREY WALTER (W.), VOL.II, T.III : 676, 737, 738.
GRIESINGER (W.), VOL.I, T.I : 55, 65, 68.
GRIESINGER (W.), VOL.I, T.II : 176, 247, 379, 430, 433, 434
GRIESINGER (W.), VOL.II, T.III : 14, 15, 16, 28, 37, 51, 68, 74, 113, 124, 114, 142, 154, 163, 180, 184, 188, 244, 431, 518.
GRINKER (), VOL.I, T.II : 405
GRINKER (R.), VOL.II, T.III : 197, 425, 458, 486, 524.
GROHMANN (), VOL.I, T.II : 246
GROSCH (), VOL.II, T.III : 492.
GROSS (), VOL.II, T.III : 748.
GROSSEAU (), VOL.II, T.III : 487.
GROTE (L.R.), VOL.I, T.I : 143.
GROTHAHN (MARTIN), VOL.I, T.I : 189.
GRUEHLE (), VOL.I, T.II : 183, 277, 356, 378, 514
GRÜHLE (H. W.), VOL.I, T.I : 60, 227, 252, 253.
GRUHLE (H. W.), VOL.II, T.III : (H. W.), 345, 571, 572, 602, 603, 639, 649, 650, 664, 756.
GRÜNDLER (), VOL.II, T.III : (W.), 437, 472.
GRUNTAL (), VOL.II, T.III : (E.) 345, 373, 374, 376, 377, 385, 388, 391, 395, 734.
GRUNTHAL (), VOL.I, T.II : 106
GRYNFELDT (), VOL.I, T.II : 139
GRYWACZ (), VOL.I, T.II : 483
GUDDEN (J.), VOL.II, T.III : 394.
GUHL (), VOL.I, T.II : 234
GUIBERT (), VOL.II, T.III : 609, 616.
GUICCIARDI (), VOL.I, T.II : 27
GUICHART (), VOL.I, T.II : 111
GUIJA MORALES (E.), VOL.II, T.III : 308.
GUILFORD (), VOL.II, T.III : 59.
GUILLAIN (), VOL.I, T.II : 99, 103
GUILLAUME (J.), VOL.II, T.III : 559.
GUILLY (P.), VOL.II, T.III : 721.
GUIMARD (), VOL.I, T.II : 468
GUIRAUD (PAUL), VOL.I, T.I : 23, 66, 89, 168, 253.
GUIRAUD (PAUL), VOL.I, T.II : 18, 72, 73, 77, 80, 82, 83, 97, 99, 100, 106, 110, 111, 116, 118, 139, 140, 141, 142, 143, 149, 150, 152, 194, 195, 333, 334, 411, 464, 472, 517, 547
GUIRAUD (PAUL), VOL.II, T.III : 36, 68, 193, 194, 226, 229, 317, 368, 400, 406, 407-409, 411, 412, 440, 486, 497, 655, 732, 735, 736, 749, 756, 758.
GUIRDHAM (), VOL.II, T.III : 617, 619, 620, 621.
GUISLAIN (J.), VOL.I, T.II : 70, 391, 430
GUISLAIN (G.), VOL.II, T.III : 16, 424.
GULDBERG (), VOL.I, T.II : 55
GULLOTTA (), VOL.I, T.II : 84, 130, 131, 135.
GURDJIAN (), VOL.I, T.II : 103
GUREVIC (), VOL.I, T.II : 109
GUREWITCH (), VOL.I, T.II : 474, 475
GURRIA (), VOL.II, T.III : 488.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- GUSDORF (MLLE), VOL.II, T.III : 421.
GUTHEIL (E.), VOL.II, T.III : 227.
GUTHEIL (EMIL A.), VOL.I, T.I : 194, 239.
GUTHONE (), VOL.I, T.II : 234
GUTIERREZ-NORIÉGA (C.) 308, VOL.II, T.III :
313.
GUTMAN (RENÉ A.), VOL.I, T.II : 100
GUTMANS (), VOL.II, T.III : 58.
GUTTMANN (), VOL.I, T.II : 40
GUTTMANN (), VOL.II, T.III : 313, 486, 530.
GWYNNE JONES (H.), VOL.II, T.III : 606.
HAARMAN (), VOL.I, T.II : 318
HABERLIN (P.), VOL.I, T.I : 77.
HADDENBROCK (S.), VOL.II, T.III : 758.
HAFNER (H.), VOL.II, T.III : 748.
HAFNER (), VOL.I, T.II : 108, 109
HAGEN (), VOL.I, T.I : 57.
HAGEN (), VOL.II, T.III : 543.
HAGGENMULLER (D.), VOL.II, T.III : 648.
HAHN (B.), VOL.I, T.II : 141, 513
HALBERSTADT (), VOL.I, T.II : 29, 333
HALBERSTADT (G.), VOL.II, T.III : 35, 36, 40,
41, 193, 195, 202, 207, 452, 461-465.
HALBWACHS (), VOL.I, T.I : 194.
HALBWACHS (M.), VOL.I, T.II : 62, 68, 355, 356,
357, 358, 362, 363, 367, 368, 369, 376, 378
HALES M. , VOL.I, T.II : 349
HALL (STAN.), VOL.I, T.II : 104, 453
HALLER (), VOL.I, T.I : 28.
HALLIDAY (), VOL.I, T.I : 48, 143.
HALLION (), VOL.II, T.III : 137.
HALLOS (), VOL.I, T.II : 538
HALMER (), VOL.I, T.II : 86
HALPERN (), VOL.II, T.III : 617, 619.
HALSTEAD (W. C.), VOL.II, T.III : 724-725.
HALSTADT (), VOL.I, T.II : 51
HAMBURGER (), VOL.II, T.III : 413, 496.
HAMEL (J.), VOL.II, T.III : 104, 400, 506.
HAMILTON (), VOL.II, T.III : 497.
HAMMOND (W.), VOL.I, T.II : 71, 349
HAMMOND (W.), VOL.II, T.III : 532, 555.
HANDY (L. M.), VOL.II, T.III : 476, 607.
HANNION (), VOL.II, T.III : 329.
HANSEN (), VOL.I, T.II : 120
HARDER (A.), VOL.II, T.III : 421.
HARGREAVES (), VOL.I, T.II : 14
HARLOW (H. F.), VOL.II, T.III : 721, 729.
HARMANN (), VOL.I, T.II : 58
HARNIK (), VOL.I, T.II : 227
HARRIS (), VOL.II, T.III : 68.
HARRIS (N.), VOL.I, T.I : 67.
HARRISSON (H.), VOL.II, T.III : 503.
HARRISSON (R.), VOL.II, T.III : 59, 129.
HARROWER ERICKSON (), VOL.II, T.III : 617,
633, 640.
HARROWES (W. M.), VOL.II, T.III : 52, 190.
HARTEL (RUTH), VOL.II, T.III : 622.
HARTEMBERG (P.), VOL.II, T.III : 174.
HARTENBERG (), VOL.I, T.I : 72.
HARTENBERG (), VOL.I, T.II : 387, 426
HARTMANN (E. DE), VOL.II, T.III : 759.
HARTMANN (H.), VOL.I, T.I : 103, 126, 135.
HARTMANN (H.), 226, VOL.II, T.III : 335, 341,
344, 345, 352, 374, 428, 672.
HARTMANN (N.), VOL.II, T.III : 72, 759.
HARTMANN (NICOLAÏ) , VOL.I, T.II : 203
HARVEY, VOL.I, T.I : 27.
HASKOVEC (), VOL.II, T.III : 732.
HATSHORNE (), VOL.I, T.II : 265
HAUG (K.), VOL.II, T.III : 226, 227, 228, 756.
HAUPTMANN (), VOL.II, T.III : 137, 484.
HAUSER (), VOL.I, T.II : 352
HAUSMANN (), VOL.II, T.III : 524.
HAVELOCK ELLIS, VOL.I, T.I : 211.
HAVELOCK ELLIS, VOL.I, T.II : 226, 227, 228,
232, 277, 283, 286, 295, 315, 328, 330, 331,
518, 522
HAWLEY (), VOL.II, T.III : 137.
HAYER (), VOL.II, T.III : 326.
HAYNES (), VOL.II, T.III : 195.
HAYPER (), VOL.I, T.I : 52.
HEAD (H.), VOL.I, T.II : 48, 455, 473, 474
HEAD (H.), VOL.II, T.III : 550, 675, 724, 725,
726, 758.
HEALY (), VOL.I, T.II : 315
HEALY (), VOL.II, T.III : 67, 138, 484.
HEBB (D. O.), VOL.II, T.III : 722.
HÉCAEN (H.), VOL.I, T.I : 78, 165, 203.
HECAEN (H.), VOL.I, T.II : 58, 105, 401, 402,
405, 409, 446, 447, 474, 475, 479
HECAEN (H.), VOL.II, T.III : 112, 226, 458, 486,
533, 724, 726, 730, 741.
HECHST (), VOL.I, T.II : 102, 132
HECKEL (F.), VOL.I, T.II : 387, 393, 395, 400,

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- 401, 405, 426
HECKER (), VOL.I, T.II : 71
HECKER (E.), VOL.II, T.III : 19, 429.
HEDENBERG (SVEN), VOL.II, T.III : 227.
HEDIGER (), VOL.I, T.II : 234
HEDOUIN (), VOL.II, T.III : 571.
HEDSTROM (), VOL.II, T.III : 137.
HEERNU (), VOL.II, T.III : 383.
HEFFTER (), VOL.II, T.III : 312.
HEGEL (F. G. W.), VOL.I, T.I : 36, 44, 46, 55, 74, 239.
HEGEL (F. G. W.), VOL.II, T.III : 97, 117, 700-703.
HEIDEGGER (M.), VOL.I, T.I : 45, 65.
HEIDEGGER (M.), VOL.I, T.II : 273, 419, 420, 423, 424, 426
HEIDEGGER (M.), VOL.II, T.III : 71, 73, 82, 144, 147, 164, 167, 657, 700-702, 703, 704, 707, 759.
HEIDEMA (), VOL.II, T.III : 504.
HEILBRONNER (), VOL.II, T.III : 422, 524, 568.
HEIM (), VOL.I, T.II : 25
HEIMANS (), VOL.I, T.II : 27
HEINROTH (F. C. A.), VOL.I, T.I : 55, 61, 68, 105, 223.
HEINROTH (F. C. A.), VOL.II, T.III : 15, 152.
HEISENBERG, VOL.I, T.I : 36.
HÉLIOGABALE (), VOL.I, T.II : 295
HELLE (J.), VOL.II, T.III : 554.
HELLER (), VOL.I, T.II : 342
HELLER (), VOL.II, T.III : 312.
HELMER (ROSS D.), VOL.I, T.II : 86, 90
HELMHOLTZ (), VOL.I, T.I : 33, 35.
HELMONT (), VOL.I, T.I : 27, 32.
HELPAACH (), VOL.I, T.I : 47.
HELVETIUS (), VOL.I, T.I : 32.
HELWEG (P.), VOL.II, T.III : 425.
HEMPHILL (R. E.), VOL.II, T.III : 113, 466, 487, 488, 497, 499.
HENCH (D.), VOL.II, T.III : 499.
HENDERSON (), VOL.I, T.II : 42, 355
HENDERSON (D.), VOL.II, T.III : 13, 193, 332, 464, 465, 655.
HENLE (), VOL.I, T.II : 444
HENNÉ AM. RHYN (), VOL.I, T.II : 295
HENNELY (), VOL.II, T.III : 494.
HENNENBERG (), VOL.II, T.III : 524.
HENNER (), VOL.I, T.II : 1
HENRY (), VOL.I, T.II : 53, 127, 132, 277, 402, 441, 452
HENRY (G.W.), VOL.I, T.I : 52, 79.
HÉRACLITE, VOL.I, T.I : 27, 32, 36.
HERBART (), VOL.I, T.I : 216.
HERBELIN (), VOL.II, T.III : 84.
HERING (), VOL.I, T.II : 54, 61, 67
HERMAN ROBERT , VOL.I, T.II : 290
HERMANN (), VOL.II, T.III : 397, 486.
HÉRODOTE, VOL.I, T.II : 227
HÉROPHILE, VOL.I, T.I : 27.
HERPIN (), VOL.I, T.II : 173
HERPIN (TH.), VOL.II, T.III : 550, 650.
HERRICK (C M, VOL.II, T.III : 537, 739.
HERTWIG-MAGENDIE (), VOL.I, T.II : 196
HERTZBERGER (), VOL.II, T.III : 363.
HERVEY DE SAINT-DENIS, VOL.I, T.I : 191, 196, 197, 199, 200, 212.
HESNARD (A.), VOL.I, T.I : 105, 106, 109, 126, 231.
HESNARD (A.), VOL.I, T.II : 18, 99, 100, 103, 153, 230, 232, 236, 244, 277, 278, 279, 280, 283, 292, 300, 313, 322, 328, 375, 379, 384, 398, 418, 426, 476, 477, 478, 482, 512
HESNARD (A.), VOL.II, T.III : 91, 133, 148, 226, 227, 306, 326, 329, 345, 347, 362, 369, 370, 411, 417, 428.
HESS (RUDOLF), VOL.I, T.II : 52
HESS (W. R.), VOL.II, T.III : 528, 529, 561, 734, 739, 758.
HESS (W.R.), VOL.I, T.II : 150, 157, 162, 194
HEUCQUEVILLE (G. DE), VOL.I, T.II : 81, 343, 452
HEUCQUEVILLE (G. DE), VOL.II, T.III : 493.
HEUYER (G.), VOL.I, T.II : 26, 27, 28, 29, 37, 53, 190, 247, 259, 266, 506, 514
HEUYER (G.), VOL.II, T.III : 64, 100, 229, 305.
HEYER (G. R.), VOL.I, T.I : 47, 143.
HEYER (G. R.), VOL.II, T.III : 759.
HEYMANN (H.), VOL.II, T.III : 313.
HIESCHFELD (), VOL.I, T.II : 286
HILKEVITCH (), VOL.II, T.III : 608.
HILL (D.), VOL.II, T.III : 484, 498, 559, 605, 640, 737.
HINES (), VOL.I, T.II : 148, 194
HINRISCHEN (), VOL.II, T.III : 447.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- HINSEY (), VOL.I, T.II : 403
HINTZIGER (), VOL.I, T.II : 26
HIPPOCRATE, VOL.I, T.I : 23, 25, 26, 68, 218.
HIRSCH (), VOL.I, T.II : 463
HIRSCHFELD (M.), VOL.I, T.II : 277, 283, 286,
304, 306, 311, 314, 316, 322
HIRSCHMANN (H.), VOL.II, T.III : 164.
HIRSEN (), VOL.I, T.II : 328
HITZIG (), VOL.I, T.II : 56, 193
HOAGLAND (HUDSON), VOL.II, T.III : 113, 459,
494, 498, 499, 505, 757.
HOCH (), VOL.II, T.III : 106, 195, 312.
HOCH (G. H.), VOL.II, T.III : 509-649 PASSIM
(ÉPILEPSIE).
HOCH (P.), VOL.II, T.III : 603, 604.
HOCHE (), VOL.I, T.II : 216
HOCHE (A.), VOL.II, T.III : 11, 29, 29, 664, 756.
HODER (), VOL.II, T.III : 554.
HODGKIN (), VOL.I, T.I : 45.
HODSKINS (), VOL.II, T.III : 605.
HOEFER (), VOL.II, T.III : 499.
HOENIGSWALD (), VOL.II, T.III : 753.
HOERNIG (J.), VOL.II, T.III : 603, 604.
HOESSZIN (), VOL.II, T.III : 442.
HOFF (), VOL.II, T.III : 507, 535.
HOFFMANN (), VOL.I, T.II : 112, 137
HOFFMANN (), VOL.I, T.II : 127, 156, 248
HOFFMANN (F.), VOL.I, T.I : 27, 32, 159.
HOFFMANN (H.), VOL.II, T.III : 42, 187, 454,
467, 474-478, 611.
HOHEISEL (H. P.), VOL.II, T.III : 456.
HOHLER (), VOL.II, T.III : 308.
HOHMAN (L. B.), VOL.II, T.III : 190.
HOLLANDER (), VOL.I, T.II : 101
HOLLANDER (B.), VOL.II, T.III : 482.
HOLLEVEIDE (), VOL.II, T.III : 108.
HOLLOS (), VOL.I, T.II : 547
HOLT (), VOL.II, T.III : 744, 759.
HOLTHAUSS (), VOL.II, T.III : 493.
HOLZINGEN (), VOL.I, T.II : 249
HOLZINGER (K.), VOL.I, T.II : 14
HOMBURGER (), VOL.I, T.II : 77, 168, 183
HONAK (G.), VOL.II, T.III : 733.
HONIGSWALD (), VOL.II, T.III : 60.
HOOD (), VOL.II, T.III : 69, 397.
HOOP (VAN DER), VOL.I, T.I : 177.
HORN (), VOL.I, T.II : 109, 132
HORNEY (KAREN), VOL.I, T.I : 105, 151.
HORNEY (KAREN), VOL.I, T.II : 325.
HORNEY (KAREN), VOL.II, T.III : 31, 678.
HORRAX (), VOL.II, T.III : 323, 535.
HORREVELD (), VOL.I, T.II : 135
HORSLEY (), VOL.II, T.III : 304.
HORSLEY GANTT, VOL.I, T.II : 234
HORST (VAN DER), VOL.II, T.III : 373, 388.
HORWITZ (W.), VOL.II, T.III : 68, 492.
HOSACEK (), VOL.I, T.II : 360
HOSKINS (), VOL.I, T.II : 145
HOSKINS (R. G.), VOL.II, T.III : 459, 505.
HOSSENLOP (), VOL.I, T.II : 251
HOTZEN (), VOL.I, T.II : 220
HOUCARD (), VOL.I, T.II : 99
HOVEN (H.), VOL.II, T.III : 465, 603.
HOWARD (), VOL.II, T.III : 198, 506.
HOWARD (G. L.), VOL.II, T.III : 490.
HOWARD (M. A.), VOL.II, T.III : 112.
HOWARD (M. Q.), VOL.II, T.III : 490.
HUBBARD (), VOL.II, T.III : 106.
HUBER (), VOL.I, T.II : 292
HUBERT (), VOL.I, T.II : 29
HUBNER (), VOL.I, T.II : 123
HUBNER (), VOL.II, T.III : 443.
HUDDLESON (), VOL.I, T.II : 350
HUGUES (CH. H.), VOL.II, T.III : 331.
HUGUET (), VOL.I, T.II : 290, 300
HULL (), VOL.I, T.II : 234
HULTON (), VOL.I, T.II : 57
HUMBERT (), VOL.I, T.II : 286, 335
HUNT (J.-M.), VOL.II, T.III : 59, 123.
HUNT (R. C.), VOL.II, T.III : 175.
HUNTER (J.), VOL.II, T.III : 523, 6411, 737.
HUNTINGTON (), VOL.I, T.I : 39.
HURST (), VOL.II, T.III : 394.
HUSS (MAGNUS), VOL.II, T.III : 380, 420.
HUSSERL (E.), VOL.I, T.I : 45.
HUSSERL (E.), VOL.II, T.III : 71, 75, 81, 167,
281, 597, 656, 699, 701-702, 703, 707, 748,
759, 751, 753.
HUSTON (), VOL.II, T.III : 195, 468.
HUTH (), VOL.I, T.II : 266
HUTTER (A.), VOL.II, T.III : 123, 124, 172.
HUXLEY (), VOL.I, T.II : 234
HYATT VERRILL (), VOL.I, T.II : 234
HYPPOLITE (J.), VOL.II, T.III : 759.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- HYVERT (), VOL.I, T.II : 101, 352
IHOCK (), VOL.I, T.II : 356, 358
IDELER (K.), VOL.I, T.I : 55, 68, 226.
IJEHLINGER (), VOL.I, T.I : 40
ILBERG (G.), VOL.II, T.III : 386.
ILLING (E.), VOL.II, T.III : 185.
INAUDI (), VOL.I, T.II : 27
INGALLES (), VOL.I, T.II : 39
INGHAM (D.), VOL.II, T.III : 743.
IONESCO, VOL.I, T.II : 84
IRAZOQUI-VILLALONGA (E.), VOL.II, T.III : 488.
ISAACS (S.), VOL.I, T.I : 120.
ISCH (F.), VOL.II, T.III : 554.
ISCOVESCU (M.), VOL.I, T.II : 503, 513
ISSERLIN (), VOL.II, T.III : 58, 60, 227.
IVORY (), VOL.I, T.II : 56
JACK (L'ÉVENTREUR), VOL.I, T.II : 318
JACKSON (HUGHLINGS), VOL.I, T.I : 9, 34, 37, 65,
92, 159-162, 165, 178-181, 183, 186, 216, 227,
229, 231, 232, 262.
JACKSON (HUGHLINGS), VOL.I, T.II : 12, 25, 36,
65, 67, 156
JACKSON (HUGHLINGS), VOL.II, T.III : 73, 287,
322, 323, 338, 395, 396, 519, 522, 523, 528,
535, 542, 554, 556, 559, 629, 637, 649, 650,
654, 687, 7L2, 727, 737, 741, 747, 754, 758.
JACOB (), VOL.I, T.II : 38, 109, 138, 143
JACOBI (), VOL.I, T.I : 55, 68.
JACOBI (E.), VOL.II, T.III : 195, 467.
JACOBI (MAX.), VOL.II, T.III : 68, 425.
JACOBS (J. S. L.), VOL.II, T.III : 195.
JACOBSEN (), VOL.I, T.II : 57
JACOBSON (E.), VOL.I, T.II : 477
JACOBSON (E.), VOL.II, T.III : 160, 511.
JACOBY (), VOL.I, T.II : 163
JACCOBI (), VOL.II, T.III : 506, 507.
JACQUELIN (), VOL.I, T.I : 28.
JACQUIN (), VOL.II, T.III : 482.
JAHRMAKER (), VOL.I, T.II : 108
JAHRREIS (W.), VOL.II, T.III : 658-660, 673, 756.
JAHRREISS (), VOL.I, T.II : 482
JAMEISON (), VOL.I, T.II : 355, 402
JAMES (), VOL.I, T.I : 143.
JAMES (), VOL.II, TOME III : 510.
JAMES (WILLIAM.), VOL.II, T.III : 748, 759.
JAMISON (G. R.), VOL.II, T.III : 196, 197, 456,
457.
JAMPPS (), VOL.I, T.II : 39
JANET (PIERRE), VOL.I, T.I : 65, 68, 103, 114,
153, 161, 164, 169, 178-186, 227, 258, 259,
268, 272, 273, 274.
JANET (PIERRE), VOL.I, T.II : 10, 11, 17, 21, 22,
29, 31, 32, 33, 38, 60, 62, 67, 86, 87, 94, 113,
155, 156, 187, 200, 201, 202, 203, 277, 387,
390, 415, 426, 480, 482
JANET (PIERRE), VOL.II, T.III : 52, 97, 130, 131,
140-143, 144, 145, 146, 147, 184, 223, 226,
227, 294, 387, 424, 665, 666, 689, 712, 757.
JANSENS (), VOL.I, T.II : 26
JANTZ (), VOL.I, T.II : 145
JANTZ (H.), VOL.II, T.III : 313.
JANZ (W.), VOL.II, T.III : 613.
JANZEN (R.), VOL.II, T.III : 614.
JARDON (), VOL.II, T.III : 468.
JARVIE (H. F.), VOL.II, T.III : 69, 397.
JASPER (H.), VOL.II, T.III : 323, 522-565 PASSIM
(ÉPILEPSIE) 605, 641, 651, 737, 738, 739.
JASPERS (K.), VOL.I, T.I : 30, 45, 65, 69, 76,
105, 167, 171, 172, 271.
JASPERS (K.), VOL.I, T.II : 86, 88, 164, 203, 419,
489, 490, 491, 494, 499, 500, 501, 502, 508,
513
JASPERS (K.), VOL.II, T.III : 28, 29-31, 80, 81,
115, 147, 175, 207-308, 209, 261, 262, 275,
279, 296, 344, 541, 597, 657-658, 664, 665,
666, 673, 684, 757.
JASTROW (J.), VOL.II, T.III : 757.
JAUBON (), VOL.II, T.III : 386.
JEANGIRARD (C.), VOL.II, T.III : 251.
JEANSEN (), VOL.I, T.II : 32
JELIFFE (SMITH ELY), VOL.II, T.III : 174, 625,
655.
JELLIFFE (SMITH ELY), VOL.I, T.I : 104, 159, 178.
JERGELSMAN (), VOL.I, T.I : 149.
JOERGER (), VOL.I, T.II : 248
JOFFROY (), VOL.I, T.II : 115
JOFFROY (), VOL.II, T.III : 371, 572.
JOHN (), VOL.I, T.II : 97
JOHNSON (), VOL.I, T.II : 44, 124
JOHNSON (), VOL.II, T.III : 145.
JOLLOS (), VOL.I, T.I : 149.
JOLLY (PH.), VOL.II, T.III : 473.
JOLY (), VOL.II, T.III : 385.
JONES (), VOL.I, T.II : 19, 46

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- JONES (E.), VOL.I, T.I : 104, 109, 122.
JONES (E.), VOL.I, T.I : 113, 114, 119, 135.
JONES (E.), VOL.I, T.II : 321, 476
JONES (E.), VOL.II, T.III : 78, 94, 510, 757.
JONG (DE), VOL.I, T.II : 82, 83, 120, 126, 127,
128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136,
137, 147, 149, 152, 153, 162
JONG (DE), VOL.II, T.III : 605.
JORDAN (), VOL.II, T.III : 194.
JOSEPHY (), VOL.I, T.II : 139
JOTEYKO (), VOL.I, T.II : 26
JOUANNAIS (), VOL.I, T.II : 403, 493, 514
JOUANNAIS (S.), VOL.II, T.III : 486.
JOUFFROY (), VOL.I, T.II : 444
JOUKOWSKY (), VOL.II, T.III : 397.
JOURNIAC (), VOL.I, T.II : 428, 452, 482
JOUVE (A.), VOL.II, T.III : 533.
JUBA (), VOL.II, T.III : 519.
JUBA (A.), VOL.II, T.III : 391, 395.
JUCQUELIN (), VOL.I, T.II : 315
JUKES (), VOL.I, T.II : 248
JULES CÉSAR, VOL.I, T.II : 295
JULIAN (), VOL.I, T.II : 104
JUNG (), VOL.I, T.II : 85, 86
JUNG (C.-G.), VOL.I, T.I : 103, 104, 105, 112,
115, 134, 136, 200, 210.
JUNG (C.-G.), VOL.II, T.III : 618, 757, 759.
JUNG (E.), VOL.I, T.II : 153, 414, 426, 547
JUNG (E.), VOL.II, T.III : 175.
JUNG (R.), VOL.II, T.III : 529, 530, 533, 534,
539, 540-545, 565.
JUQUELIER (), VOL.I, T.II : 467
JUQUELIER (), VOL.II, T.III : 52, 339, 424, 428,
500.
JUSTI (), VOL.I, T.II : 295
JUSTIN-BESANÇON (L.), VOL.II, T.III : 380, 499.
JUVÉNAL (), VOL.I, T.II : 295
KAADA (B. R.), VOL.II, T.III : 732, 758.
KABAT (H.), VOL.II, T.III : 485.
KAFKA (), VOL.I, T.II : 234.
KAFKA (FRANZ), VOL.I, T.I : 140.
KAFKA (FRANZ), VOL.I, T.II : 385.
KAHLBAUM (K), VOL.I, T.I : 55, 56, 57, 68.
KAHLBAUM (K), VOL.I, T.II : 70, 71, 72, 73, 76,
78, 82, 86, 88, 90, 96, 97, 98, 115, 129, 140,
151, 155, 159, 162, 333
KAHLBAUM (K), VOL.II, T.III : 19, 20, 120, 152,
605.
KAHN (), VOL.I, T.II : 99, 183, 247, 255, 328
KAHN (E.), VOL.II, T.III : 1126, 1175, 455, 489,
491.
KAHN (PUERRE), VOL.II, T.III : 456, 518.
KAILA (M.) 373, VOL.II, T.III : 377, 385, 388.
KALBERLAH (), VOL.I, T.II : 50
KALDEWEY (W.), VOL.II, T.III : 43, 572.
KALISCHER (), VOL.I, T.II : 56
KALISCHER (), VOL.II, T.III : 729.
KALLIBAY (), VOL.II, T.III : 123.
KALLMANN (F. J.), VOL.II, T.III : 476-479, 611.
KAMMERER (TH.), VOL.II, T.III : 476.
KANDINSKI (), VOL.I, T.I : 57.
KANDINSKI (), VOL.II, T.III : 309, 543.
KANDINSKY (), VOL.I, T.II : 155
KANDOU (), VOL.I, T.II : 39, 49, 54, 60, 66
KANOROVITCH (), VOL.I, T.II : 85
KANT (E), VOL.I, T.I : 34, 55, 200, 218.
KANT (E.), VOL.II, T.III : 81, 656, 700, 703,
719.
KANT (F.), VOL.I, T.II : 101
KANT (OTTO), VOL.I, T.I : 159, 170, 252, 254.
KANT (OTTO), VOL.I, T.II : 525
KANT (OTTO), VOL.II, T.III : 194, 465.
KANT (P.), VOL.II, T.III : 391.
KANTOR (), VOL.I, T.I : 43.
KANZER (), VOL.I, T.II : 39
KAPLOUN (), VOL.I, T.I : 199, 205, 216.
KAPPES (), VOL.II, T.III : 308.
KARDINER (A.), VOL.II, T.III : 425, 625.
KARL HEINRICH ULRICH (), VOL.I, T.II : 283
KARNOSH (L. T.), VOL.II, T.III : 721.
KARPLUS (), VOL.II, T.III : 72 1.
KARPMAN (), VOL.I, T.II : 264
KARPMANN (), VOL.I, T.II : 304
KARRER (), VOL.II, T.III : 477.
KARWOSCH (), VOL.II, T.III : 490.
KASANIN (G.), VOL.II, T.III : 332.
KASANIN (J.), VOL.II, T.III : 435.
KAT (W.) 603, VOL.II, T.III : 604.
KATAN (M.), VOL.II, T.III : 95.
KATONA (G.), VOL.I, T.II : 68
KATSARAS (M.), VOL.I, T.II : 100
KATZ (), VOL.I, T.II : 102
KATZ (), VOL.II, T.III : 352.
KATZENELBOGEN (), VOL.I, T.II : 131

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- KATZENELBOGEN (), VOL.II, T.III : 506.
KAUDERS (), VOL.I, T.II : 156, 157, 373
KAUFFMAN (), VOL.I, T.II : 136
KAUFFMANN (), VOL.II, T.III : 502.
KAUFMAN (), VOL.I, T.II : 137, 538, 547
KAYSER (C.), VOL.II, T.III : 734, 758.
KEHLER (), VOL.I, T.II : 123, 124
KEHRER (), VOL.I, T.II : 39
KEHRER (F.), VOL.II, T.III : 193, 196, 437, 464, 465, 466.
KELLER (), VOL.I, T.II : 25, 135, 316, 329
KELLEY (D. MC. G.), VOL.II, T.III : 59, 129.
KEMPF (), VOL.I, T.II : 86, 94, 154, 304
KENNARD (), VOL.I, T.II : 148
KENNEDY (), VOL.I, T.I : 143, 232.
KENNEDY (), VOL.I, T.II : 129
KENNEDY (FORSTER), VOL.II, T.III : 112, 197, 531, 535, 537.
KENT (), VOL.I, T.II : 112
KERMANN (), VOL.I, T.II : 137
KERN (), VOL.II, T.III : 457.
KERNBACK (), VOL.II, T.III : 492, 493.
KERNETH (), VOL.II, T.III : 506.
KETY (S. S.), VOL.II, T.III : 727, 757.
KIELER (), VOL.II, T.III : 425.
KIELHOLZ (), VOL.I, T.II : 137, 178
KIERKEGAARD, VOL.I, T.I : 45, 239.
KIERKEGAARD, VOL.I, T.II : 418, 419, 421, 422, 426
KIERKEGAARD, VOL.II, T.III : 167.
KIERNAN (), VOL.I, T.II : 71
KIERNAN (), VOL.I, T.II : 71
KIETZENELBOGEN (S.), VOL.I, T.II : 482
KIHN (), VOL.II, T.III : 27.
KILL (), VOL.II, T.III : 251.
KIMMELMAN (), VOL.II, T.III : 308.
KINDBERG (), VOL.I, T.II : 264
KINSLEY (), VOL.I, T.II : 279, 328
KIRMAN (), VOL.II, T.III : 484.
KIRN (L.), VOL.II, T.III : 415, 432.
KIRSCHOFF (), VOL.II, T.III : 126.
KISKER (G. W.), VOL.II, T.III : 463.
KIYOSHI TAKASE (), VOL.II, T.III : 482.
KKAL (), VOL.I, T.II : 60
KLAGES (), VOL.I, T.I : 159.
KLAGES (), VOL.I, T.II : 183
KLARFELD (), VOL.I, T.II : 139
KLAUSS (), VOL.II, T.III : 489.
KLEIN (), VOL.II, T.III : 507.
KLEIN (1888), VOL.I, T.II : 515
KLEIN (MÉLANIE), VOL.I, T.I : 104, 105, 120, 136, 146, 147.
KLEIN (MÉLANIE), VOL.I, T.II : 334, 388, 392, 399, 448, 476
KLEIN (MÉLANIE), VOL.II, T.III : 95, 155, 159, 160, 510, 511.
KLEIN (R.), VOL.II, T.III : 226.
KLEIN G. , VOL.I, T.II : 334
KLEIN R. , VOL.I, T.II : 49, 60
KLEINPAUL (), VOL.I, T.II : 227
KLEIST (), VOL.I, T.I : 61, 232.
KLEIST (), VOL.I, T.II : 48, 58, 59, 72, 74, 78, 79, 80, 83, 95, 97, 98, 102, 103, 104, 105, 107, 111, 112, 115, 116, 144, 145, 146, 150, 151, 157, 161, 164, 165, 166, 168, 190, 192, 193, 194, 196, 201, 405, 411, 529
KLEIST (K.), VOL.II, T.III : 37, 40, 41, 42-44, 228, 304, 322-323, 331, 373, 384, 395, 414, 415, 454, 456, 461, 462, 477, 486, 633, 720, 732, 740-741, 758.
KLEITMANN (N.), VOL.II, T.III : 757.
KLEMPERER (), VOL.II, T.III : 506.
KLIMKE (), VOL.II, T.III : 493.
KLIMMER (), VOL.I, T.II : 283, 296
KLINBERGER (), VOL.II, T.III : 489.
KLINKE (), VOL.II, T.III : 264.
KLIPPEL (), VOL.I, T.I : 226, 241, 242, 244, 255.
KLIPPEL (), VOL.I, T.II : 139
KLIPPEL (), VOL.II, T.III : 250, 306, 330, 363, 366, 382, 392, 393, 418, 500.
KLOPFER (B.), VOL.II, T.III : 59, 129, 437.
KLOSSOWSKI (), VOL.I, T.II : 317
KLOTZ (H. P.), VOL.II, T.III : 381, 499.
KLOTZENS (), VOL.I, T.II : 319, 324, 325
KLUGE (E.), VOL.II, T.III : 529.
KLUVER (), VOL.I, T.II : 194
KLYSSEN (), VOL.I, T.II : 26
KNAPP (), VOL.II, T.III : 572.
KNAUER (), VOL.II, T.III : 497.
KNECHT (), VOL.I, T.II : 108
KNIGHT (), VOL.I, T.I : 54.
KNIGHT (R. P.), VOL.II, T.III : 519-649, PASSIM (ÉPILEPSIE).
KNOX (), VOL.I, T.II : 14

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- KNUD SAND (), VOL.I, T.II : 299, 300, 302
KOCH (), VOL.I, T.I : 32.
KOCH (), VOL.I, T.II : 352
KOCH (S. VON), VOL.II, T.III : 175, 176.
KOCIM (F.), VOL.I, T.I : 52.
KOEHLER (), VOL.I, T.II : 234, 235
KOEMPFFEN (), VOL.I, T.II : 21, 49
KOFFKA (K.), VOL.I, T.I : 43.
KOFFKA (K.), VOL.I, T.II : 68, 234
KOHLER (), VOL.I, T.I : 43.
KOHLER (), VOL.II, T.III : 482.
KOJEWNIKOW (), VOL.II, T.III : 371, 524.
KOK (), VOL.I, T.II : 135
KOLHGER (), VOL.II, T.III : 485, 738.
KOLK (), VOL.I, T.II : 26, 133
KOLK (VAN DER), VOL.I, T.II : 26
KOLLE (K.), VOL.II, T.III : 472.
KONRADI (), VOL.II, T.III : 729.
KOOPY (), VOL.II, T.III : 138, 504.
KOPP (), VOL.I, T.I : 51.
KOPP (P.), VOL.II, T.III : 12.
KÖRNYEY (ST.), VOL.II, T.III : 391.
KORSAKOFF (S.), VOL.I, T.I : 231.
KORSAKOFF (S.), VOL.I, T.II : 16, 17, 31, 41, 42,
46, 50, 59, 404
KORSAKOFF (S.), VOL.II, T.III : 72, 261, 325,
332, 333, 358, 369, 371-396 (PASSIM).
KOTTGEN (ANNA), VOL.I, T.II : 108, 138
KOTTMANN (), VOL.II, T.III : 491.
KOURETAS (), VOL.I, T.I : 195.
KRAEPELIN (E.), VOL.I, T.I : 52, 65, 68, 193,
206, 241, 247.
KRAEPELIN (E.), VOL.I, T.II : 29, 31, 50, 71, 73,
86, 88, 90, 92, 94, 97, 108, 109, 115, 123, 155,
156, 159, 162, 164, 174, 182, 183, 333, 442,
515, 525, 532, 535
KRAEPELIN (E.), VOL.II, T.III : 14, 18-27, 28, 36,
37, 51, 53, 60, 63, 65, 88, 102, 114, 116, 121,
122, 128, 139, 163, 171, 172, 180, 186, 188,
193, 262, 275, 325, 331, 332, 372, 379, 384,
386, 392, 397, 425, 428, 429-450, (PASSIM), 452,
453, 455) 459, 463, 481, 489, 518, 568, 602,
603, 604, 605.
KRAFFT-EBING (R. VON), VOL.I, T.I : 68, 139.
KRAFFT-EBING (R. VON), VOL.I, T.II : 71, 174,
175, 185, 218, 219, 220, 232, 273, 277, 283,
286, 313, 315, 318, 320, 321, 328, 442, 468,
503, 528
KRAFFT-EBING (R. VON), VOL.II, T.III : 36, 432,
453, 495, 557, 572, 593, 598, 606.
KRAINES (S. H.), VOL.II, T.III : 396.
KRAL (), VOL.I, T.II : 49, 59
KRAPP (), VOL.I, T.I : 51.
KRAPP (E.), VOL.I, T.II : 350
KRAPP (E.), VOL.II, T.III : 12, 226, 603, 604,
623, 624, 625.
KRAUS (F.), VOL.I, T.I : 43.
KRAUSE (), VOL.I, T.II : 132
KRAUSS (), VOL.I, T.II : 228
KRAUSS (A.), VOL.I, T.I : 198, 214.
KREHL (LUDOLF VON), VOL.I, T.I : 33.
KREIDL (), VOL.II, T.III : 721.
KREINDLER (), VOL.I, T.II : 143
KREIPE (), VOL.I, T.II : 202
KRETSCHMER (E.), VOL.I, T.I : 38, 65, 161, 170,
178.
KRETSCHMER (E.), VOL.I, T.II : 39, 155, 165,
184, 200, 201, 415, 497, 532
KRETSCHMER (E.), VOL.II, T.III : 28, 42, 52, 72,
108, 115, 121, 122, 209, 437, 454, 470, 471-
472, 612, 613, 665, 757.
KREUSER (), VOL.II, T.III : 442.
KRIS (E. P.), VOL.II, T.III : 672.
KRISCH (), VOL.I, T.II : 131, 195
KRISCH (G.), VOL.II, T.III : 415, 568.
KRISHABER (M.), VOL.II, T.III : 226, 228.
KRISTIANSEN (K.), VOL.II, T.III : 527, 539, 540,
558, 559, 651.
KROMTSKY (), VOL.I, T.II : 101
KRONFELD (), VOL.I, T.II : 86, 88, 165, 168,
190, 195, 211, 277, 283
KRONFELD (), VOL.II, T.III : 81.
KROSE (S. J.), VOL.I, T.II : 355, 378
KRUEGER (), VOL.II, T.III : 36.
KUBIE (), VOL.I, T.II : 329, 388
KUBIE (L. S.), VOL.II, T.III : 304, 425.
KUBIE (L.S.), VOL.I, T.I : 189, 258.
KUBO (), VOL.I, T.II : 46
KUHNEL (), VOL.I, T.I : 177.
KULPE (), VOL.II, T.III : 57.
KUMER (R. P.), VOL.II, T.III : 759.
KÜNKEL (), VOL.I, T.II : 414
KUNZ (), VOL.I, T.II : 273, 325
KUNZ (), VOL.II, T.III : 78.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- KUPPER (), VOL.I, T.II : 139
KUPPERS (E.), VOL.II, T.III : 228, 749, 758.
KURSERITZKY (), VOL.I, T.II : 290
KUSMAUL (), VOL.I, T.II : 168
KUSTERS (), VOL.II, T.III : 196.
KUTTNER (), VOL.I, T.II : 137
LA HUCHE (), VOL.II, T.III : 384.
LABAT (), VOL.I, T.II : 403
LABORIT (H.), VOL.II, T.III : 413.
LABOUCARIÉ (J.), VOL.II, T.III : 458.
LACAN (J.), VOL.I, T.I : 55, 106, 145, 223, 244.
LACAN (J.), VOL.I, T.II : 250, 282, 422, 479,
491, 501, 502, 509, 532, 540, 547
LACAN (J.), VOL.II, T.III : 36, 151, 318, 729.
LACASSAGNE (), VOL.I, T.II : 277, 315, 317,
318, 373, 442, 443, 452
LACHIÈZE-REY (), VOL.II, T.III : 759.
LACROIX (), VOL.I, T.II : 469
LADAME (L.), VOL.I, T.II : 220
LADAME (L.), VOL.II, T.III : 457.
LADET (MLLE), VOL.II, T.III : 411.
LAEHR (H.), VOL.I, T.I : 52.
LAËNNEC (), VOL.I, T.I : 32.
LAFON (R.), VOL.II, T.III : 617.
LAFORA (), VOL.I, T.II : 26, 27, 28
LAFORGUE (R.), VOL.I, T.I : 106, 109, 123, 124.
LAFORGUE (R.), VOL.I, T.II : 320, 334
LAGACHE (D.), VOL.I, T.II : 106, 261, 327, 483,
484, 485, 486, 489, 491, 493, 497, 498, 501,
502, 503, 504, 505, 506, 507, 509, 510, 511,
512, 514
LAGACHE (D.), VOL.II, T.III : 51, 223, 510, 513.
LAGRIFFE (), VOL.I, T.II : 75, 82, 84, 85
LAHY (), VOL.I, T.II : 26, 27, 29
LAIGNEL-LAVASTINE (M.), VOL.I, T.I : 52, 226.
LAIGNEL-LAVASTINE (M.), VOL.I, T.II : 99, 141,
328, 332, 343, 346, 452, 493, 514
LAIGNEL-LAVASTINE (M.), VOL.II, T.III : 100,
409, 456, 489, 490.
LAIN ENTRALGO (P.), VOL.I, T.I : 34.
LAINÉ (B.), VOL.II, T.III : 137.
LAIRY-BOUNES (G. C.), VOL.II, T.III : 550, 560,
647.
LALANDE (), VOL.I, T.II : 31, 536
LALANNE (), VOL.I, T.II : 214, 215, 216, 219,
221, 232, 387, 426
LALANNE (), VOL.II, T.III : 188.
LALANNE (J.), VOL.II, T.III : 400.
LALLEMANT (), VOL.II, T.III : 448.
LAMACHE (A.), VOL.II, T.III : 137, 501, 502,
503, 507, 571.
LAMARCK (), VOL.I, T.I : 35.
LAMARTINE (), VOL.I, T.II : 283
LAMBERCIER (MLLE), VOL.I, T.I : 139.
LAMBERCIER (MLLE), VOL.I, T.II : 320
LAMOLIE (P.), VOL.II, T.III : 137.
LAMPL DE GROOT (JEANNE), VOL.I, T.I : 139.
LAMPOT (), VOL.II, T.III : 382.
LAMY (), VOL.I, T.II : 102
LANCASTER (), VOL.I, T.II : 354
LANCERAUX (), VOL.II, T.III : 380.
LANDIS (), VOL.II, T.III : 437.
LANDIS (C.), VOL.II, T.III : 724.
LANDRY (MLLE), VOL.II, T.III : 489.
LANG (), VOL.I, T.II : 302, 303, 311
LANGE (J.), VOL.I, T.II : 111, 112, 248, 266, 409,
532, 547
LANGE (J.), VOL.II, T.III : 53, 57, 63, 101, 106,
116, 121, 122, 126, 128, 132, 172, 175, 180,
185, 187, 192, 275, 415, 435, 436, 437, 439,
440, 442, 443, 445, 447, 450, 452, 454, 455,
462, 464, 477, 487, 510, 518, 604.
LANGELUDDECKE (), VOL.I, T.II : 82
LANGFELD (), VOL.I, T.II : 84
LANSON (), VOL.I, T.II : 403
LANTMANN (), VOL.I, T.II : 190
LAPEYRE (), VOL.I, T.II : 84
LAROQUE (), VOL.I, T.I : 55.
LARRABURE (), VOL.II, T.III : 616.
LARREY (), VOL.I, T.II : 22
LARRIVE (E.), VOL.II, T.III : 415, 457.
LARSEN (), VOL.II, T.III : 425.
LARSON (C. P.), VOL.II, T.III : 487.
LARUELLE, VOL.II, T.III : 112.
LASÈGUE (CH.), VOL.I, T.I : 68, 208, 225, 229,
231.
LASÈGUE (CH.), VOL.I, T.II : 213, 214, 217, 220,
222, 224, 228, 230, 231, 232, 315, 515, 532
LASÈGUE (CH.), VOL.II, T.III : 35, 120, 122, 141,
188, 325, 329, 333, 349, 351, 420, 421, 555.
LASHLEY (), VOL.I, T.II : 56
LASHLEY (K. S.), VOL.II, T.III : 727, 729.
LASNER (), VOL.I, T.II : 44
LAST (), VOL.I, T.II : 122

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- LATOUR (K), VOL.II, T.III : 563.
LAUBACH (C.), VOL.II, T.III : 138.
LAUGWORTHY (), VOL.I, T.II : 148
LAUPTS (), VOL.I, T.II : 277, 283, 286
LAURAS (), VOL.II, T.III : 499.
LAURENT (), VOL.I, T.II : 84, 329
LAURES (G.), VOL.II, T.III : 416.
LAUZIER (), VOL.I, T.II : 84
LAUZIER (J.), VOL.II, T.III : 138, 505.
LAVASSOR (), VOL.I, T.II : 67
LAVELLE (), VOL.II, T.III : 703.
LAVERAN (), VOL.I, T.II : 42
LAVOISIER (), VOL.I, T.I : 33.
LAWRENCE (), VOL.I, T.I : 42
LE DOSSEUR (), VOL.I, T.II : 42
LE GUILLANT (L.), VOL.II, T.III : 395, 401, 425.
LE MAPPIAN (), VOL.II, T.III : 175.
LE MAUX (), VOL.I, T.II : 108
LE MOAL (), VOL.I, T.II : 354, 378
LE SAVOUREUX (H.), VOL.II, T.III : 147.
LEAVITT (H. C.), VOL.II, T.III : 484.
LEBOVICI (S.), VOL.I, T.I : 120, 136.
LEBOVICI (S.), VOL.I, T.II : 26, 28
LECLERCQ (C.), VOL.II, T.III : 493.
LECONTE (M.), VOL.I, T.II : 85, 513
LECONTE (M.), VOL.II, T.III : 11, 29, 51.
LECONTE-LORSIGNOL (S.), VOL.II, T.III : 495.
LECORDONNIER (), VOL.I, T.II : 108
LÉCULIER (P.), VOL.II, T.III : 15, 17.
LEDERBOER (CH.), VOL.II, T.III : 652.
LEDUC (), VOL.I, T.II : 135
LEE (M. O.), VOL.II, T.III : 503.
LEEMAN (), VOL.II, T.III : 369.
LEFAUCHEUR (), VOL.I, T.II : 100
LEFORT MARIE-MADELEINE , VOL.I, T.II : 290
LEGOURAND DE TROMELIN (), VOL.I, T.II : 252
LEGOYT (), VOL.I, T.II : 356
LEGRAIN (), VOL.I, T.I : 231, 242.
LEGRAIN (), VOL.I, T.II : 177, 182, 193
LEGRAIN (M.), VOL.II, T.III : 28, 29, 40, 203,
205, 206, 207, 306.
LEGRAND DU SAULLE (H.), VOL.I, T.I : 89.
LEGRAND DU SAULLE (H.), VOL.I, T.II : 173,
176, 468, 515
LEGRAND DU SAULLE (H.), VOL.II, T.III : 188,
540, 553, 555, 557, 572, 598, 650.
LEHMAN (), VOL.I, T.II : 140
LEHMANN (H. E.), VOL.II, T.III : 113.
LEIBERMANN (D.), VOL.II, T.III : 603, 604.
LEIBNIZ, VOL.II, T.III : 700, 713.
LELUT (L.F.), VOL.I, T.I : 54.
LELUT (L.F.), VOL.II, T.III : 99.
LELY (), VOL.I, T.II : 317
LEME LOPES (J.), VOL.II, T.III : 617.
LEMIERRE (), VOL.I, T.II : 352
LEMIERRE (A.), VOL.II, T.III : 380, 398, 412.
LEMKAU (P.), VOL.II, T.III : 437.
LEMONNIER (), VOL.I, T.II : 81
LEMPÉRIÈRE (Th.), VOL.II, T.III : 566, 568, 606-
637, (PASSIM), 640, 651.
LENCKE (), VOL.II, T.III : 505.
LENDRUM (), VOL.I, T.II : 358, 359
LENEUVILLE (), VOL.II, T.III : 401.
LENNAN (), VOL.I, T.II : 282
LENNOX (W. G.), VOL.II, T.III : 393, 519, 522,
527, 540, 558, 605, 607, 608, 631, 650, 651,
652.
LENZI (), VOL.II, T.III : 473, 475.
LÉONARD DE VINCI, VOL.I, T.II : 283, 295
LEONHARD (), VOL.I, T.II : 74, 78, 79, 95, 96,
180
LEONHARD (K.), VOL.II, T.III : 43, 194, 309,
318.
LEPINAY (), VOL.I, T.II : 376
LERAT (G.), VOL.II, T.III : 111, 448.
LERI (), VOL.I, T.II : 103
LÉRI (), VOL.II, T.III : 491, 497.
LERICHE (), VOL.I, T.I : 79.
LERICHE (), VOL.I, T.II : 469
LERIT (), VOL.I, T.II : 332
LEROY (), VOL.I, T.II : 31, 42, 75, 103, 111,
440, 442, 452
LEROY (B.), VOL.I, T.I : 191, 193, 255.
LEROY (R.), VOL.II, T.III : 105, 348, 453, 475.
LESEVRE (), VOL.II, T.III : 611.
LESHLEY (), VOL.I, T.II : 56
LESKO (J. M.), VOL.II, T.III : 598.
LESNE (), VOL.I, T.II : 104
LESZYCKI (A.), VOL.II, T.III : 138, 483.
LETOURNEUR (), VOL.II, T.III : 372.
LETRESOR (), VOL.I, T.II : 84
LEUBUCHER (), VOL.I, T.I : 56.
LEULIER-BARRAT (MNE), VOL.II, T.III : III.
LEUPOLD (), VOL.I, T.II : 75

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- LEURET (F.), VOL.I, T.I : 242.
LEUTHOLD (G. H.), VOL.II, T.III : 124.
LEVASSORT (), VOL.II, T.III : 554.
LEVENHART (), VOL.I, T.II : 85
LEVERT (), VOL.II, T.III : 111.
LEVIN (MAX, G.), VOL.I, T.I : 159.
LEVIN (MAX, G.), VOL.II, T.III : 308.
LEVITAN (), VOL.I, T.II : 37
LÉVY (), VOL.I, T.II : 13, 457, 470, 482
LEVY (D. M.), VOL.II, T.III : 59, 129.
LEVY-VALENSI (J.), VOL.I, T.II : 29, 46, 112,
387, 395, 400, 426, 482, 484, 513, 525, 547
LEVY-VALENSI (J.), VOL.II, T.III : 106, 187, 453.
LEWIN (), VOL.I, T.II : 156
LEWIN (B.), VOL.II, T.III : 90, 94, 95, 116.
LEWIN (M.), VOL.II, T.III : 348, 397.
LEWIN (S.), VOL.II, T.III : 598.
LEWIS (AUBREY J.), VOL.II, T.III : 445.
LEWIS (N. D. C.), VOL.II, T.III : 106.
LEWIS (N.), VOL.II, T.III : 568.
LEWRENZ (H.), VOL.II, T.III : 443.
LEWY (D. M.), VOL.II, T.III : 129.
LEWY (E.), VOL.I, T.II : 60, 68
LEY (), VOL.I, T.II : 232, 464, 469
LEY (A.), VOL.II, T.III : 58.
LEYDE (), VOL.I, T.II : 193
LEYDEN (), VOL.II, T.III : 371.
LHEMANN (H.), VOL.II, T.III : 499.
LHERMITTE (J.), VOL.I, T.I : 42, 191, 193, 203,
232, 267.
LHERMITTE (J.), VOL.I, T.II : 40, 57, 75, 83, 104,
105, 110, 139, 140, 174, 220, 446, 447, 474
LHERMITTE (J.), VOL.II, T.III : 318, 323, 383,
392, 393, 457, 734, 758.
LIAN (), VOL.II, T.III : 490.
LIBER (A.), VOL.I, T.II : 12, 15, 17, 67
LIBERSON (), VOL.II, T.III : 67, 135, 484.
LIDDEL (), VOL.I, T.II : 234
LIDDELL (H. S.), VOL.II, T.III : 728, 729.
LIDZ (I.), VOL.II, T.III : 722.
LIEBERMEISTER (), VOL.II, T.III : 426.
LIEBIG (), VOL.II, T.III : 308.
LIECK (E.), VOL.I, T.I : 143.
LIEPMANN (), VOL.II, T.III : 57, 60, 85.
LIE-TSIU (), VOL.I, T.I : 199.
LINAS (), VOL.II, T.III : 50, 53, 63, 65, 116,
396.
LINDNER (), VOL.I, T.II : 349
LINGJAERDE (), VOL.II, T.III : 366, 411.
LINTZ (), VOL.I, T.II : 320
LION (), VOL.I, T.II : 328
LIPPS (), VOL.II, T.III : 666.
LIPSCHUTZ (), VOL.II, T.III : 135.
LISLE (), VOL.I, T.II : 355, 356, 358, 378
LITWAK (), VOL.II, T.III : 554.
LITWAK (A.), VOL.II, T.III : 455, 456.
LLOPIS (B.), VOL.I, T.I : 174.
LLOPIS (B.), VOL.II, T.III : 28.
LLOPIS LLORET (), VOL.I, T.II : 504
LOBEL (G.), VOL.II, T.III : 648, 694.
LOBSTEIN (), VOL.I, T.II : 232, 277
LOBSTEIN (), VOL.II, T.III : 477.
LOCKE, VOL.I, T.I : 32.
LOCKWOOD (), VOL.II, T.III : 505.
LOEB (), VOL.I, T.II : 104, 111, 234
LOEPER (), VOL.II, T.III : 174.
LOEWE (), VOL.I, T.II : 301
LÆWENSTEIN (R.), VOL.I, T.I : 106, 126, 127,
138, 139.
LÆWENSTEIN (R.), VOL.I, T.I : 106, 126, 127,
138, 139.
LOEWENSTEIN (R.), VOL.II, T.III : 672.
LOGAN (), VOL.I, T.II : 148
LOGRE (), VOL.I, T.I : 231.
LOGRE (), VOL.I, T.II : 39, 47, 99, 103, 141,
185, 261, 380, 387, 395, 396, 400, 401, 405,
426, 521
LOGRE (B.), VOL.II, T.III : 100, 353, 511.
LOKEN (), VOL.I, T.II : 37
LOMBROSO (CESARE), VOL.I, T.II : 246, 247, 318
LONDE (), VOL.I, T.I : 222, 223.
LONDE (), VOL.I, T.II : 401
LONG (), VOL.II, T.III : 59.
LONG (C. N. H.), VOL.II, T.III : 503.
LONGUET (Y.), VOL.II, T.III : 174, 473.
LÔO (P.), VOL.II, T.III : 365, 411.
LOOWENTERY (), VOL.I, T.II : 349
LOPEZ Y RUIZ (), VOL.I, T.I : 226.
LOPEZ-IBOR (J.), VOL.I, T.I : 103.
LOPEZ-IBOR (J.), VOL.II, T.III : 130, 175-176,
191, 451.
LORAND (), VOL.I, T.II : 314
LORAND (S.), VOL.I, T.I : 132.
LORENTE DE NO (), VOL.I, T.I : 41.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- LORENTE DE NO (), VOL.I, T.II : 55
LORENZ (), VOL.I, T.II : 85, 87, 137, 235
LORENZ (M.), VOL.II, T.III : 54, 55.
LORRY (), VOL.II, T.III : 430.
LOTTE (), VOL.I, T.II : 26
LOUDET (), VOL.I, T.II : 452
LOUP (), VOL.I, T.II : 452
LOVAT (), VOL.I, T.II : 351, 352
LÖWENBACH (), VOL.I, T.II : 97, 122
LOWENBACK (), VOL.II, T.III : 619.
LÖWENFELD (), VOL.I, T.II : 381
LÖWENSTEIN (), VOL.I, T.II : 124
LOWY (), VOL.I, T.II : 195
LUA (), VOL.I, T.II : 138
LUBAC (E.) VOL.II, T.III : 759.
LUCCHINI (), VOL.I, T.II : 29
LUCRÈCE, VOL.I, T.I : 214.
LUCRÈCE, VOL.I, T.II : 370
LUGARO (E.), VOL.II, T.III : 655.
LUMIÈRE (), VOL.I, T.I : 28.
LUND (), VOL.II, T.III : 397.
LUNDBORG (), VOL.I, T.II : 115, 151
LUNDBORG (), VOL.II, T.III : 524.
LUNDQUIST (), VOL.II, T.III : 138, 438, 442,
445, 449, 453, 518.
LUNIER (L.), VOL.I, T.II : 321
LUNIER (L.), VOL.II, T.III : 16, 396.
LUTHER (), VOL.II, T.III : 473.
LUTHER (A.), VOL.II, T.III : 467.
LUXEMBURGER (), VOL.II, T.III : 27, 472, 475,
476-477, 479, 480, 611.
LUYS (J.), VOL.I, T.I : 54.
LUYS (J.), VOL.I, T.II : 471
LUYT (), VOL.I, T.II : 329
MAAS (), VOL.II, T.III : 490.
MABILLE (), VOL.I, T.II : 41, 57
MABURG (O.), VOL.II, T.III : 482.
MAC CANCE (), VOL.II, T.III : 507.
MAC CRAE (), VOL.I, T.II : 17
MAC CULLOCH (W. S.), VOL.I, T.I : 42.
MAC CULLOCH (W. S.), VOL.I, T.II : 9, 55
MAC CULLOCH (W. S.), VOL.II, T.III : 607, 609,
731, 737.
MAC CURDY (), VOL.II, T.III : 195.
MAC DOUGALL (), VOL.I, T.II : 381
MAC FARLAND (), VOL.II, T.III : 138, 505.
MAC GOWAN (P. K.), VOL.II, T.III : 138, 139,
504.
MAC LEAN (V. L.), VOL.II, T.III : 504, 529.
MAC NISCH (), VOL.I, T.II : 22
MAC PHERSON (), VOL.I, T.II : 35
MACARIO (), VOL.I, T.I : 197, 219, 226.
MACARIO (), VOL.I, T.II : 22, 25, 482
MACLAY (W. C.), VOL.II, T.III : 313.
MADE (VAN DER), VOL.I, T.II : 370
MADGE (), VOL.II, T.III : 382.
MAEDER (), VOL.I, T.I : 103, 112.
MAEDER (), VOL.II, T.III : 155.
MAGENDIE (), VOL.I, T.I : 32.
MAGGENDORFER (), VOL.I, T.II : 248
MAGNAN (V.), VOL.I, T.I : 15, 65, 68, 229, 231,
242.
MAGNAN (V.), VOL.I, T.II : 42, 52, 163, 175,
177, 178, 182, 193, 215, 216, 224, 232, 247,
273, 344, 515, 529, 532
MAGNAN (V.), VOL.II, T.III : 18, 22, 35, 36, 40,
41, 42, 43, 44, 51, 52, 53, 54, 56, 63, 65, 87, 96,
109, 116, 121, 202-207, 209, 210, 303, 338,
349-351, 369, 420, 429, 432, 438, 461, 532,
534, 556, 602, 603, 613.
MAGNUS (), VOL.I, T.II : 116, 142, 195, 277,
304
MAGNUS (O.), VOL.II, T.III : 528.
MAGNUS-HIRSCHFELD (), VOL.I, T.II : 277
MAGOUN (), VOL.I, T.II : 403
MAGOUN (H. W.), VOL.II, T.III : 485, 720, 735-
737, 758.
MAHODEAU (D.), VOL.II, T.III : 723.
MAIER (), VOL.I, T.II : 56, 305, 411
MAIER (W.), VOL.II, T.III : 90, 111, 308.
MAILLARD (), VOL.I, T.II : 80, 108, 404
MAILLARD (), VOL.II, T.III : 401.
MAINE DE BIRAN, VOL.I, T.I : 164, 216.
MAINE DE BIRAN, VOL.I, T.II : 444
MAIRET (), VOL.II, T.III : 424.
MAIRET (A.), VOL.I, T.II : 17, 19, 48, 49, 247,
261, 263, 483, 492, 494, 495, 496, 513
MAJLUF (E.), VOL.II, T.III : 551.
MAJOROFF (), VOL.I, T.II : 124
MALE (P.), VOL.I, T.I : 106.
MALE (P.), VOL.I, T.II : 250, 259, 260
MALINOWSKI (), VOL.I, T.II : 234, 282
MALLAMUD (W.), VOL.II, T.III : 113, 194.
MALLET (R.), VOL.I, T.II : 39, 85, 99, 137, 437,

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

452

- MALLET (R.), VOL.II, T.III : 145, 230, 486, 492.
MALLINSON (), VOL.II, T.III : 101, 462.
MALLMISON (), VOL.I, T.II : 264
MALONE (), VOL.II, T.III : 740.
MALZBERG (), VOL.II, T.III : 519.
MAN (E. B.), VOL.II, T.III : 489, 491, 504.
MANGOLD (), VOL.I, T.II : 137
MARANDON DE MONTYEL, VOL.I, T.II : 183
MARANON (), VOL.I, T.II : 277, 300, 302, 304, 328
MARBE (), VOL.I, T.II : 350
MARBE (), VOL.II, T.III : 488.
MARC (), VOL.I, T.II : 183, 246
MARC AURÈLE, VOL.I, T.II : 374
MARCÉ (LOUIS), VOL.II, T.III : 396.
MARCEL (1847), VOL.I, T.II : 502, 503
MARCEL (1847), VOL.II, T.III : 350.
MARCEL (GABRIEL) , VOL.I, T.II : 203
MARCEL (GABRIEL), VOL.I, T.I : 45.
MARCEL (GABRIEL), VOL.II, T.III : 703, 760.
MARCHAL (DE CALVI), VOL.I, T.II : 321
MARCHAND (L.), VOL.I, T.I : 242.
MARCHAND (L.), VOL.I, T.II : 36, 45, 57, 80, 101, 106, 173, 174, 176, 343, 345, 378, 402, 403, 468, 482.
MARCHAND (L.), VOL.II, T.III : 196, 227, 338, 364, 365, 366, 372, 374, 378, 379, 381-382, 383, 391, 392, 396-411, PASSIM (DÉLIRE.AIGU), 425, 428, 457, 482, 490, 519-649, PASSIM (ÉPILEPSIE), 651.
MARCHESINI (), VOL.I, T.II : 291
MARCIAT (), VOL.I, T.II : 317
MARCUS (), VOL.I, T.II : 57, 100, 178, 220
MARCUS (H.), VOL.II, T.III : 374, 391, 394.
MARCUSE (MAX), VOL.I, T.II : 277
MARESCHAL (P.), VOL.II, T.III : 349.
MARFAN (), VOL.I, T.II : 104
MARGOLIN (S.), VOL.I, T.I : 189, 258.
MARGUERITE (P.) , VOL.I, T.II : 283
MARGUERY (), VOL.I, T.II : 456
MARIANI (), VOL.I, T.II : 98
MARIBAS (F.), VOL.II, T.III : 52, 124.
MARIE (A.), VOL.II, T.III : 326, 417.
MARIE (P.), , VOL.I, T.II : 58
MARIE (P.), VOL.II, T.III : 611, 638.
MARIN LE MARCES (), VOL.I, T.II : 290
MARINESCO (G.), VOL.I, T.II : 143
MARINESCO (G.), VOL.II, T.III : 374, 393.
MARIO D'ARRIGO, VOL.I, T.II : 85
MARIO DE MENNATO (), VOL.I, T.II : 85
MARIOLIS (), VOL.II, T.III : 499.
MARKUS (), VOL.I, T.II : 248
MARQUEZY (), VOL.II, T.III : 411.
MARS (), VOL.I, T.II : 462
MARTEL (Th. DE), VOL.II, T.III : 532, 537.
MARTELLI (F.), VOL.II, T.III : 572.
MARTIAL (), VOL.I, T.II : 295
MARTILLE (), VOL.I, T.II : 83
MARTIMOR (), VOL.I, T.II : 48
MARTIMOR (E.), VOL.II, T.III : 365.
MARTIN (A.), VOL.II, T.III : 58, 128.
MARTIN (J. P.), VOL.II, T.III : 749, 758.
MARTIN (P.), VOL.II, T.III : 558, 641, 648.
MARTIN (Th.), VOL.II, T.III : 494.
MARTIN L. ET G., VOL.I, T.II : 13, 34, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 54, 98, 143
MARTINEZ-DALKE (), VOL.I, T.II : 452
MARTINI (E.), VOL.II, T.III : 44.
MARTIN-SANTOS (L.), VOL.II, T.III : 421.
MARTY (), VOL.I, T.II : 174
MARX (K.), VOL.I, T.I : 44.
MARZO (), VOL.I, T.II : 290
MASOCH (SACHER), VOL.I, T.I : 139.
MASOCH (SACHER), VOL.I, T.II : 278, 317, 320
MASOIN (), VOL.I, T.II : 106
MASPERO (), VOL.I, T.II : 137
MASQUIN (P.), VOL.I, T.II : 40, 99, 103, 342, 452, 538
MASQUIN (P.), VOL.II, T.III : 384, 385.
MASSARYK (), VOL.I, T.II : 378
MASSAUT (CH.), VOL.II, T.III : 483, 487, 488, 502, 503, 506.
MASSEL (), VOL.II, T.III : 499.
MASSELOK (), VOL.I, T.II : 123
MASSELON (R.), VOL.I, T.I : 197, 225, 226.
MASSELON (R.), VOL.I, T.II : 83, 123
MASSELON (R.), VOL.II, T.III : 65-66, 122, 125, 127, 128, 171, 178, 180, 181, 184, 603.
MASSERMAN (J.), VOL.I, T.II : 234, 328
MASSERMANN (J.), VOL.II, T.III : 59, 128, 486.
MASSIGNAN (L.), VOL.II, T.III : 617, 620.
MASSINI (), VOL.II, T.III : 497.
MASSOIN (), VOL.II, T.III : 603.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- MASSON (A.), VOL.I, T.II : 289
MATANSCHER (), VOL.I, T.II : 108
MATESCO (MLLE), VOL.II, T.III : 490.
MATHER (V. C.), VOL.II, T.III : 128.
MATHEY (J.), VOL.II, T.III : 112.
MATHIEU (), VOL.I, T.II : 503
MATHON (R.), VOL.II, T.III : 457.
MAUDSLEY (H.), VOL.I, T.I : 255.
MAUDSLEY (H.), VOL.II, T.III : 397.
MAUGHS (), VOL.I, T.II : 264
MAULLE (DE), VOL.I, T.II : 317
MAUPASSANT (GUY DE), VOL.I, T.I : 254.
MAURIAC (P.), VOL.I, T.I : 28.
MAURICE (), VOL.I, T.II : 452
MAURICE (H.), VOL.II, T.III : 100, 124.
MAUROIS (A.), VOL.I, T.II : 295
MAURY (), VOL.I, T.I : 191, 193, 196, 197, 216, 219.
MAUTHNER (), VOL.II, T.III : 732.
MAUZ (), VOL.I, T.II : 184
MAUZ (F.), VOL.II, T.III : 122, 138, 187, 194, 445, 454, 472, 612, 613, 651.
MAXWELL (J.), VOL.I, T.II : 36, 52
MAXWELL (J.), VOL.II, T.III : 551, 572, 650.
MAY (), VOL.I, T.II : 265
MAYER (), VOL.I, T.I : 231, 233.
MAYER (VON, GEORGES), VOL.I, T.II : 73, 94, 119, 126, 129, 355, 357, 361, 378, 523
MAYER (W.), VOL.II, T.III : 175, 490.
MAYER-GROSS (W.), VOL.I, T.I : 143, 227, 231, 233, 234, 252, 253.
MAYER-GROSS (W.), VOL.II, T.III : 23, 64, 81, 101, 209, 218, 225, 226, 227, 228, 250-278, 280, 291, 292, 296, 298, 308, 313, 317, 322, 330, 333-335, 344, 478, 548, 657, 659, 664, 757, 776.
MAYMAN (M.), VOL.II, T.III : 606.
MAZARS (G.), VOL.II, T.III : 559.
MAZARS (Y.), VOL.II, T.III : 559.
MAZZANTI (), VOL.II, T.III : 366.
MECHAN (), VOL.I, T.II : 131, 513
MEDAKOVITCH (G.), VOL.I, T.I : 255.
MEDAKOVITCH (G.), VOL.I, T.II : 84, 442.
MEDOW (W.), VOL.II, T.III : 195, 261, 262, 465, 467.
MEDUNA (L. J.), VOL.II, T.III : 419, 603, 604.
MEGGENDORFER (), VOL.I, T.II : 178
MEIBONNIUS (), VOL.I, T.II : 318
MEIGE (), VOL.I, T.II : 80, 187, 290
MEIGNANT (P.), VOL.II, T.III : 318.
MEINERTZ (), VOL.I, T.II : 203
MELAKOVITCH (), VOL.I, T.II : 452
MELLON (), VOL.I, T.II : 253
MENDEL (), VOL.I, T.I : 35.
MENDEL (), VOL.I, T.II : 71, 108
MENDEL (E.), VOL.II, T.III : 53, 87, 116, 325, 326.
MENDOZA (), VOL.I, T.II : 482
MENGER (), VOL.I, T.II : 332
MENGER (P.), VOL.II, T.III : 616.
MENNINGER (K.), VOL.I, T.II : 99, 124, 350
MENNINGER (K.), VOL.II, T.III : 11, 622.
MENUT (), VOL.I, T.II : 250
MENZERATH (), VOL.II, T.III : 58.
MERCIER (), VOL.I, T.II : 321
MERET (), VOL.I, T.II : 220
MERGENER (), VOL.I, T.II : 37
MERLEAU-PONTY (M.), VOL.I, T.I : 35, 45, 66.
MERLEAU-PONTY (M.), VOL.I, T.II : 64, 203, 326, 340, 450, 479, 540
MERLEAU-PONTY (M.), VOL.II, T.III : 281-284, 287, 549, 700, 703, 718, 760.
MERLOO (), VOL.I, T.II : 341, 378
MERRITT, VOL.II, T.III : 378, 379, 381, 600.
MESNET (E.), VOL.I, T.II : 174
MESNET (E.), VOL.II, T.III : 556.
MESSIMY (), VOL.I, T.II : 146, 147, 148
METSCHNIKOFF (), VOL.II, T.III : 363.
METTLER (F. A.), VOL.II, T.III : 725, 729.
METTRIE (DE LA), VOL.I, T.I : 32.
MEUNIER (P.), VOL.I, T.I : 196, 197, 225, 226.
MEUNIER (R.), VOL.II, T.III : 310, 311-312.
MEURIOT (H.), VOL.II, T.III : 52.
MEYER (), VOL.I, T.II : 153, 234
MEYER (), VOL.II, T.III : 385, 391, 392.
MEYER (ADOLF), VOL.I, T.I : 65, 69, 81, 107, 143, 160, 170, 178.
MEYER (ADOLF), VOL.II, T.III : 11, 28-29, 332.
MEYER (F.), VOL.II, T.III : 487.
MEYER (L.), VOL.II, T.III : 432.
MEYER-HOLZAPFEL (), VOL.I, T.II : 234
MEYER-MICKELEST (R. W.), VOL.II, T.III : 562.
MEYERS (), VOL.II, T.III : 616.
MEYERSON (), VOL.I, T.I : 199.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- MEYNERT (TH.), VOL.I, T.I : 225, 233, 234.
MEYNERT (TH.), VOL.I, T.II : 149, 157, 193, 194
MEYNERT (TH.), VOL.II, T.III : 38, 275, 325,
328, 330-331, 367-368, 428, 481, 738.
MEYRAT (), VOL.I, T.II : 46
MICHAELS (), VOL.I, T.II : 185, 258
MICHAELS (J.J.), VOL.I, T.I : 152.
MICHALEWUSKAJA (), VOL.I, T.II : 39
MICHAUX (L.) 52, VOL.II, T.III : 124, 441, 554.
MICHEA (CL.), VOL.I, T.I : 56, 57.
MICHEA (CL.), VOL.II, T.III : 180.
MICHEL ANGE, VOL.I, T.II : 295
MICHEL R. , VOL.I, T.II : 258
MICHELET, VOL.I, T.II : 317
MICHELLA (), VOL.II, T.III : 308.
MICHON (), VOL.I, T.II : 451
MICKLER (), VOL.I, T.II : 175
MIELLA (), VOL.I, T.II : 99
MIGAULT (), VOL.I, T.I : 238.
MIGAULT (P.), VOL.II, T.III : 67, 211, 226, 229.
MIGNARD (M.), VOL.I, T.I : 216, 226.
MIGNARD (M.), VOL.I, T.II : 469, 520, 524, 537,
547
MIGNARD (M.), VOL.II, T.III : 339, 341, 428.
MIGNOT (H.), VOL.I, T.I : 60, 178, 227, 255.
MIGNOT (H.), VOL.I, T.II : 81, 83, 442, 443, 452,
503
MIGNOT (H.), VOL.II, T.III : 642, 657.
MIGNOU (), VOL.I, T.II : 452
MILIAN (), VOL.I, T.II : 39
MILLER (E.) 304, VOL.II, T.III : 425.
MILLER (J.), VOL.II, T.III : 760.
MILLER (M.), VOL.II, T.III : 137.
MILLING (C.), VOL.II, T.III : 69, 397.
MILLOT (), VOL.II, T.III : 401.
MILLS (), VOL.I, T.II : 360
MINKOWSKA (FR.), VOL.II, T.III : 275, 603, 614-
616, 618, 619, 620, 627, 629, 650.
MINKOWSKI (E.), VOL.I, T.I : 65, 227, 252, 253.
MINKOWSKI (E.), VOL.I, T.II : 47, 61, 77, 92,
216, 377, 391, 442, 501, 513
MINKOWSKI (E.), VOL.II, T.III : 72, 73, 140,
143-144, 145, 147, 164, 184, 190, 223, 282,
284, 290, 615, 688, 700, 703, 757.
MIRA (), VOL.I, T.II : 266, 382
MIRA Y LOPEZ (E.), VOL.II, T.III : 172, 505.
MIRSKY (A.), VOL.II, T.III : 459.
MITCHELL (W.), VOL.I, T.II : 18, 26
MITCHOURINE (), VOL.I, T.I : 35.
MITLUF (), VOL.I, T.II : 320
MITSCHERLICH (ALEX.), VOL.I, T.II : 250, 261.
MITTELMANN (B.), VOL.II, T.III : 623.
MIXTER (W. J.), VOL.II, T.III : 723.
MIYAGI (OTOYA), VOL.I, T.I : 194, 234.
MOBIUS (), VOL.I, T.II : 26, 27
MOBIUS (), VOL.II, T.III : 41.
MOHR (), VOL.I, T.II : 310
MOLIN DE TEYSSIEU (G.), VOL.II, T.III : 111,
468.
MOLITSCH (), VOL.I, T.II : 332
MOLL (A.), VOL.I, T.II : 217, 219, 230, 232,
277, 283, 291, 292, 295, 309, 312
MOLLER (A.), VOL.II, T.III : 313.
MONACI (), VOL.II, T.III : 397, 409.
MONAKOW (VON), VOL.I, T.I : 43, 76, 159, 160,
161, 178.
MONAKOW (VON), VOL.I, T.II : 57, 156, 189,
234, 391, 405, 426
MONAKOW (VON), VOL.II, T.III : 457.
MONCEAUX (), VOL.I, T.II : 53
MONCHY (DE), VOL.II, T.III : 111.
MONCRY (), VOL.II, T.III : 490.
MONDIO (), VOL.I, T.II : 133
MONDRIE (), VOL.I, T.II : 441
MONNIER (A.), VOL.I, T.II : 513
MONNIER (M.), VOL.II, T.III : 618.
MONTAIGNE, VOL.I, T.I : 211.
MONTAIGNE, VOL.I, T.II : 48
MONTASSUT (M.), VOL.I, T.II : 396
MONTASSUT (M.), VOL.II, T.III : 174, 175, 453.
MONTMOLLON (), VOL.I, T.II : 303
MOORE (M. T.), VOL.II, T.III : 138, 484, 607.
MOORE (MERILL), VOL.I, T.II : 17, 343, 345,
355, 358, 378
MORAGAS (DE), VOL.II, T.III : 616.
MORAWITZ (L.), VOL.I, T.II : 106
MORAWITZ (L.), VOL.II, T.III : 603.
MORDRET (), VOL.II, T.III : 477, 482.
MOREAU (MILLE), VOL.I, T.II : 37
MOREAU (), VOL.I, T.II : 110
MOREAU (DE JONNES), VOL.II, T.III : 566.
MOREAU (DE TOURS, JACQUES), VOL.I, T.I : 54,
60, 65, 68, 161, 178, 187, 218, 219, 222-227,
229, 240, 243, 259, 262, 271, 272, 240, 243,

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- 259, 262, 271, 272.
MOREAU (DE TOURS, JACQUES) , VOL.I, T.II : 354
MOREAU (DE TOURS, JACQUES), VOL.II, T.III :
18, 154, 206, 207, 208, 209, 250, 309, 636, 654,
680.
MOREAU (DE TOURS, FILS, PAUL), VOL.I, T.II :
277, 351, 352, 487, 490, 513
MOREAU (JACQUELINE), VOL.II, T.III : 523, 525,
526, 651.
MOREL (), VOL.I, T.I : 65, 68, 260.
MOREL (), VOL.I, T.II : 61, 74, 100, 131, 147,
163, 175, 246, 247, 273, 303, 328, 348, 387,
426, 434, 468
MOREL (B.A.), VOL.II, T.III : 14, 16-17, 18, 40,
120, 188, 192, 203, 353, 380, 411, 420, 424,
432, 452, 550, 602, 605, 613.
MORENO (), VOL.I, T.I : 132.
MORGAGNI (), VOL.I, T.I : 32, 35, 52.
MORGAGNI (), VOL.II, T.III : 430.
MORGAN (), VOL.I, T.I : 35.
MORGAN (L. O.), VOL.II, T.III : 497.
MORGENSTEIN (S.), VOL.II, T.III : 227.
MORICE (J.), VOL.II, T.III : 458.
MORISSOM (R. S.), VOL.II, T.III : 739.
MORLAAS (), VOL.I, T.I : 241.
MORLAAS (), VOL.I, T.II : 332
MORRIS (A.), VOL.II, T.III : 139.
MORSELLI (E.), VOL.I, T.II : 167, 356
MORSELLI (E.), VOL.II, T.III : 226, 232-233,
313, 316, 326, 653.
MORSIER (G. DE), VOL.I, T.II : 472, 475
MORSIER (G. DE), VOL.I, T.II : 57
MORSIER (G. DE), VOL.II, T.III : 394, 548.
MORSIER (M. DE), VOL.I, T.I : 85.
MORTIMER (), VOL.I, T.II : 18, 67
MORTON PRINCE, VOL.I, T.II : 22, 23, 24, 38, 45,
354
MORTON PRINCE, VOL.II, T.III : 760.
MORUZZI (G.), VOL.II, T.III : 522, 738.
MOSKOWICZ (), VOL.I, T.II : 304
MOSNY (E.), VOL.II, T.III : 456.
MOSSO (), VOL.I, T.II : 121, 381
MOTT (F. W.), VOL.II, T.III : 477.
MOUNDRIE (), VOL.I, T.II : 452
MOUNIER (), VOL.I, T.II : 53
MOUNOLIE (), VOL.I, T.II : 463
MOURATOFF (W. A.), VOL.II, T.III : 497.
MOURGUE (R.), VOL.I, T.I : 56, 59, 76, 159, 160,
161, 178, 186, 256.
MOURGUE (R.), VOL.I, T.II : 156, 234, 311, 391,
405, 415, 426, 473, 536
MOURGUE (R.), VOL.II, T.III : 13, 317, 323, 548,
701.
MOURLY-VOLD (), VOL.I, T.I : 196, 198.
MOUTIER (), VOL.II, T.III : 226, 227.
MOUTON (), VOL.I, T.II : 25
MOWRER (O. H.), VOL.II, T.III : 162.
MOZKOWICZ (), VOL.I, T.II : 306
MUELLER (), VOL.I, T.II : 26, 28, 29
MÜLLER (), VOL.I, T.I : 32, 35, 52.
MULLER (), VOL.I, T.II : 27, 57, 111, 300
MULLER (G.), VOL.II, T.III : 603.
MÜLLER (R.), VOL.II, T.III : 308.
MULLER-SUUR (H.), VOL.II, T.III : 374, 379.
MUNCIE (W.), VOL.II, T.III : 332, 344.
MUNK (), VOL.I, T.II : 25, 56
MURATORI (L.A.), VOL.I, T.I : 273.
MURRAY (), VOL.I, T.II : 266
MUSKENS (), VOL.I, T.II : 188, 195, 196
MUSKENS (L.) 650, VOL.II, T.III : 652.
MUSSET (ALFRED), VOL.I, T.II : 492
MUTEL (), VOL.II, T.III : 739.
MUTRUX , VOL.II, T.III : (S.) 499.
MYERS (F. W. H.) VOL.II, T.III : 535.
MYERS (H. J.), VOL.II, T.III : 175, 176.
MYERSON (A.), VOL.I, T.II : 391
MYERSON (A.), VOL.II, T.III : 164, 190.
MYMUON (), VOL.II, T.III : 137, 494.
NACHMANSOHN (), VOL.I, T.II : 203
NACHT (S.), VOL.I, T.I : 79, 106, 109, 127, 133,
134, 138, 139, 143146, 147, 156.
NACHT (S.), VOL.I, T.II : 154, 317, 320, 325
NACHT (S.), VOL.II, T.III : 671, 678, 713.
NACKE (), VOL.I, T.II : 108
NADEAU (M.), VOL.I, T.II : 241
NAGY (M.) 489, VOL.II, T.III : 493.
NARBUTOWITCH (), VOL.I, T.II : 124
NARDI (), VOL.I, T.II : 452
NATHAN (D.), VOL.II, T.III : 138, 484.
NATHAN (P. W.), VOL.I, T.II : 50, 51, 68
NAUDASCHER (), VOL.I, T.II : 404
NAUDASCHER (G.), VOL.II, T.III : 383, 486, 492.
NAVILLE (P.), VOL.I, T.II : 220
NAYRAC (P.), VOL.II, T.III : 386.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- NECCABRUNNI (), VOL.I, T.II : 349
NÈGRE (), VOL.II, T.III : 372, 381.
NEISSER (), VOL.I, T.II : 71, 155
NEISSER (), VOL.II, T.III : 609.
NEOUSKINE (), VOL.I, T.II : 81
NÉRON (EMPEREUR), VOL.I, T.II : 239, 261, 295, 317
NERON G., VOL.I, T.II : 259, 266
NEUBFRGER (K.), VOL.II, T.III : 391.
NEUBÜRGER (), VOL.II, T.III : 397.
NEUMANN (), VOL.I, T.II : 17
NEUMANN (H.), VOL.II, T.III : 28.
NEUSTADT (R.), VOL.II, T.III : 490.
NEVEU (P.), VOL.I, T.II : 493, 503, 504, 514
NEVEU (P.), VOL.II, T.III : 67, 419.
NEWINGTON (H.), VOL.II, T.III : 326, 331.
NEWMAN (S.), VOL.I, T.II : 249
NEWMAN (S.), VOL.II, T.III : 128.
NEWTON (), VOL.I, T.I : 198.
NICCOLAI (N.), VOL.I, T.II : 452
NICHOLS (I. C.), VOL.II, T.III : 723.
NICOLAS (), VOL.I, T.II : 105
NICOLESCO (), VOL.I, T.II : 104
NICOLLE (CH.), VOL.I, T.I : 28, 29, 37.
NIEMANN-PICK (), VOL.I, T.I : 40.
NIETZSCHE, VOL.I, T.I : 103, 254.
NIETZSCHE, VOL.I, T.II : 484
NIGRIS (), VOL.I, T.II : 98
NISSL (), VOL.I, T.II : 108
NISUS (), VOL.I, T.II : 295
NITSCHKE (), VOL.II, T.III : 435.
NOBILE (), VOL.I, T.II : 134
NOBILE (S.), VOL.II, T.III : 425, 453.
NODET (C. H.), VOL.I, T.I : 55.
NODET (C. H.), VOL.II, T.III : 375, 491.
NODIER (CHARLES), VOL.I, T.I : 211.
NOGUCHI (HIDEYO), VOL.I, T.I : 62.
NONNE (), VOL.I, T.II : 39
NORDEN (VON), VOL.II, T.III : 136.
NORMANN (MAJOR), VOL.II, T.III : 69.
NOTHNAGEL (), VOL.II, T.III : 485, 522.
NOTKIN (J.), VOL.II, T.III : 603.
NOUEL (), VOL.I, T.II : 119
NOUET (), VOL.I, T.II : 57
NOUET (H.), VOL.II, T.III : 531.
NOVY (), VOL.II, T.III : 477.
NOYES (A. P.) 24, VOL.II, T.III : 655.
NUNBERG (H.), VOL.I, T.II : 86, 154, 417.
NUNBERG (H.), VOL.II, T.III : 226, 671.
NUTINI (GINO), VOL.I T.II, 514.
OBERDORF (), VOL.II, T.III : 227.
OBERHOLZER (), VOL.II, T.III : 611.
OBERNHOF (), VOL.II, T.III : 197.
OBERSTEINER (), VOL.II, T.III : 128.
OBICI (), VOL.I, T.II : 291
OBRAĐOR (S.), VOL.II, T.III : 384.
OBREGIA (), VOL.I, T.II : 96, 141
O'BRIEN (J. D.), VOL.II, T.III : 721.
ODIER (M.), VOL.I, T.I : 104, 126, 135, 140, 154.
ODIER (M.), VOL.I, T.II : 375, 398, 410, 422, 426
OESTERREICH (), VOL.I, T.II : 482
OESTERREICH (K.), VOL.II, T.III : 226.
OFFNER (), VOL.I, T.II : 17
OKHUMA (T.), VOL.II, T.III : 391.
OKSALA (H.), VOL.II, T.III : 195, 465.
OLIVEIRA (), VOL.II, T.III : 619.
OLLIVIERI (), VOL.I, T.II : 216, 217, 218, 220, 221, 232
OLMSTED (), VOL.I, T.II : 148
OMBREDANE (A.), VOL.I, T.II : 290, 402
OMBREDANE (A.), VOL.II, T.III : 196.
OPHUIJSEN (), VOL.I, T.I : 146.
OPPENHEIM (), VOL.I, T.II : 396, 404
OPPENHEIM (), VOL.II, T.III : 371.
ORFILA (), VOL.I, T.II : 42
ORNSTEIN (), VOL.II, T.III : 491.
ORS (EUGENIO D'), VOL.I, T.I : 213.
ORTIZ (V. S.), VOL.II, T.III : 309.
ORZECZOWSKI (K.), VOL.II, T.III : 652.
OSTERMEYER (), VOL.I, T.II : 115
OSTWALD (), VOL.I, T.II : 55
OTTAVIANO (), VOL.I, T.II : 129, 143
OTTINGEN (), VOL.I, T.II : 356
OTTOLUNGI (), VOL.II, T.III : 650.
OUSPENKI (), VOL.II, T.III : 332.
OVIDE, VOL.I, T.II : 289
OWEN (), VOL.II, T.III : 437.
PAAR (G.), VOL.II, T.III : 558.
PACHE (), VOL.I, T.II : 256
PACHECOCO E SILVA (A. C.), VOL.II, T.III : 26.
PACHOUD (), VOL.II, T.III : 136.
PACOLET (), VOL.II, T.III : 401.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- PACTET (), VOL.I, T.II : 174, 277
PADEANO (GAB.), VOL.I, T.II : 72, 99, 140, 152.
PAETTI (), VOL.II, T.III : 424.
PAGE (J. D.), VOL.II, T.III : 437.
PAGNIEZ (P.), VOL.I, T.I : 176.
PAGNIEZ (P.), VOL.II, T.III : 650.
PAILLAS (J. E.), VOL.II, T.III : 521, 524, 559, 560, 572, 619, 635, 640, 651, 652.
PAINCHAUD (), VOL.II, T.III : 401.
PAKHURST (B.), VOL.II, T.III : 499.
PĀLAGGI (), VOL.I, T.I : 35.
PALAGYI (), VOL.I, T.I : 160.
PALAGYI (M.), VOL.II, T.III : 228, 281, 296, 317, 542.
PALAZZUOLI (), VOL.II, T.III : 599.
PALMER (H. D.), VOL.II, T.III : 194, 466, 468.
PANCAZI (), VOL.I, T.II : 290
PANKER (), VOL.I, T.II : 134
PANSE (), VOL.I, T.II : 248, 249
PANSE (F.), VOL.II, T.III : 442.
PAP (VON), VOL.I, T.II : 472
PAP (ZOLTAN VON), VOL.II, T.III : 317.
PAPANICOLAOU (G. N.), VOL.II, T.III : 496.
PAPPALARDO (), VOL.I, T.II : 129, 143
PARACELSE (), VOL.I, T.I : 32.
PARANT (V. FILS), VOL.I, T.II : 495, 503, 506, 513
PARANT (V.), VOL.II, T.III : 572, 652.
PARCHAPPE (J.B.), VOL.I, T.I : 54.
PARCHAPPE (J.B.), VOL.II, T.III : 12, 17, 32, 396, 566.
PARCHEMINEY (), VOL.I, T.I : 79, 106, 143, 153.
PARFITT (D. N.), VOL.II, T.III : 190, 411.
PARHON (), VOL.I, T.II : 305
PARHON (C.), VOL.II, T.III : 488, 489, 490, 491, 492, 506, 507.
PARHON (M.), VOL.II, T.III : 490, 507.
PARIENTE (M.), VOL.II, T.III : 421.
PARSONS (J. P.), VOL.II, T.III : 504.
PARTURIER (G.), VOL.II, T.III : 500.
PASCAL (BLAISE), VOL.I, T.I : 211.
PASCAL (C.), VOL.I, T.II : 334
PASCAL (MLLE), VOL.I, T.I : 255.
PASCHE (), VOL.I, T.I : 136.
PASKIND (H. A.), VOL.II, T.III : 435, 442, 443, 607, 608.
PASSEK (V.), VOL.II, T.III : 493.
PASSOUANT (P.), VOL.II, T.III : 563.
PASTEUR (LOUIS), VOL.I, T.I : 32.
PASTEUR (LOUIS), VOL.I, T.II : 240
PASTOUREAU (H.), VOL.I, T.I : 212.
PASTUREL (A.), VOL.II, T.III : 384.
PATERSON (A.), VOL.I, T.II : 35, 40, 131
PATERSON (G.), VOL.II, T.III : 497.
PATTERSON (M. B.), VOL.II, T.III : 497.
PAULHAN (FR.), VOL.I, T.II : 67, 316
PAULIAN (), VOL.I, T.II : 141
PAULIAN (D.), VOL.II, T.III : 373.
PAVLOV (I. P.), VOL.I, T.I : 61, 189, 254.
PAVLOV (I. P.), VOL.I, T.II : 234, 328, 388, 411
PAVLOV (I. P.), VOL.II, T.III : 323, 367, 728-731, 729, 730, 731, 758.
PEDERSEN (A.), VOL.II, T.III : 439, 451.
PÉGUILLLOU (), VOL.I, T.II : 452
PEISSE (), VOL.I, T.I : 64.
PEISSE (), VOL.I, T.II : 444
PELANDA (), VOL.I, T.II : 220
PELLER (), VOL.I, T.II : 350, 360
PELLER-ROUBICZEK (), VOL.I, T.II : 350
PENDE (), VOL.I, T.I : 38.
PENFIELD (W.), VOL.II, T.III : 323, 339, 396, 485, 522-565 PASSIM (ÉPILEPSIE) 638, 640, 651, 652, 722, 724, 727, 732, 739, 741-743, 758.
PENNES (), VOL.II, T.III : 312.
PENROSE (), VOL.I, T.II : 247, 264
PEON DEL VALLS (), VOL.I, T.II : 482
PEPO ESCADE (), VOL.I, T.II : 132
PEREITA (), VOL.II, T.III : 493, 494.
PERELMANN (), VOL.I, T.II : 113
PERERA (), VOL.I, T.II : 17
PERLMUTTER (M.), VOL.I, T.II : 537, 547
PÉRON (), VOL.I, T.II : 445, 452
PERSE (J.), VOL.II, T.III : 609, 616.
PERTUISET (B.), VOL.II, T.III : 558.
PETER KÜRTEEN (), VOL.I, T.II : 318
PETERS (), VOL.I, T.II : 126
PETERS (), VOL.II, T.III : 507.
PETERSON (D. B.), VOL.II, T.III : 564.
PETIT (G.), VOL.I, T.I : 57.
PETIT (G.), VOL.I, T.II : 42, 83, 99, 140, 343, 434, 470
PETIT (G.), VOL.II, T.III : 52, 68, 97, 107, 196, 387, 456.
PETIT (MLLE PAULE), VOL.I, T.I : 244.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- PETIT (Mlle PAULE), VOL.II, T.III : 35, 36, 234, 235, 307, 532.
PETREN (A.), VOL.II, T.III : 188, 442.
PETROFF (), VOL.I, T.II : 84
PÉTRONE, VOL.I, T.II : 295
PETTE (), VOL.I, T.II : 168
PEYREFITTE (R.), VOL.I, T.II : 288, 291
PEZARD (A.), VOL.I, T.II : 300, 301
PFAENLER (), VOL.I, T.II : 203
PFEFFER (Z.), VOL.I, T.II : 217, 232
PFEIFFER (), VOL.I, T.II : 57, 103.
PFEIFFER (B.), VOL.II, T.III : 383, 385, 457.
PFERSDORFF (), VOL.I, T.II : 72, 73, 77, 83, 102, 106, 112
PFISTER (), VOL.II, T.III : 435.
PHÉDON (), VOL.I, T.II : 294
PHILINUS (), VOL.I, T.I : 27.
PICARD (), VOL.I, T.II : 173, 174, 179, 190, 195, 230, 255.
PICARD (J.), VOL.II, T.III : 229, 302, 461, 539, 553-559, 567, 569, 571, 575, 650.
PICCININO (), VOL.II, T.III : 398.
PICHARD (), VOL.I, T.II : 352, 391
PICHARD (H.), VOL.II, T.III : 186, 381.
PICHLER (), VOL.II, T.III : 368.
PICHON (E.), VOL.I, T.II : 173, 264, 334, 381, 383, 424, 425, 484, 516
PICHON (E.), VOL.II, T.III : 508.
PICHON (G.), VOL.II, T.III : 556.
PICHON RIVIÈRE (E.), VOL.I, T.I : 104, 106, 149.
PICHON-RIVIÈRE (E.), VOL.I, T.II : 392
PICHON-RIVIÈRE (E.), VOL.II, T.III : 623.
PICHOT (P.), VOL.I, T.II : 12, 13, 14, 26, 28, 34, 41, 45, 47, 51, 68, 85, 88
PICHOT (P.), VOL.II, T.III : 129, 609, 616.
PICK (A.), VOL.I, T.II : 74, 110, 138, 469
PICK (A.), VOL.II, T.III : 261, 373, 376, 387, 535, 539, 597.
PICKER (), VOL.I, T.II : 104
PICKERT (), VOL.I, T.II : 124
PICKETT (), VOL.II, T.III : 387.
PIEDELÉVRE (), VOL.I, T.II : 352
PIÉRON (H.), VOL.I, T.II : 12, 14, 17, 19, 38, 48, 49, 50, 55, 61, 67, 68
PIÉRON (H.), VOL.II, T.III : 387, 424, 729, 758.
PIERRE MARIE (), VOL.I, T.II : 400
PIERRE RAY (), VOL.I, T.II : 234
PIERRET-ROUGIER (), VOL.I, T.II : 471
PIKER (), VOL.I, T.II : 343, 358, 359
PILCZ (), VOL.I, T.II : 403
PILCZ (A.), VOL.II, T.III : 68, 102, 275) 415, 425, 477, 482.
PINCUS (G.), VOL.II, T.III : 113, 499.
PINEL (PH.), VOL.I, T.I : 52, 54, 68, 226.
PINEL (PH.), VOL.I, T.II : 246, 247
PINEL (PH.), VOL.II, T.III : 14, 50, 87, 122, 326, 423, 431, 719.
PINTO (), VOL.I, T.II : 143
PIORRY (), VOL.I, T.I : 222, 223.
PIOTROWSKI (), VOL.I, T.II : 83, 119
PIOTROWSKI (), VOL.II, T.III : 617, 619, 620-621.
PIPER (), VOL.I, T.II : 120
PIRON (J.), VOL.II, T.III : 420.
PITRES (A.), VOL.I, T.I : 260.
PITRES (A.), VOL.I, T.II : 22, 30, 41, 57, 175, 348, 387
PITRES (A.), VOL.II, T.III : 192, 452, 572.
PITTALUCA (), VOL.I, T.I : 40.
PITTS (), VOL.I, T.II : 55
PITTS (W.), VOL.II, T.III : 731.
PIZARRO CRESPO (), VOL.I, T.I : 104, 143.
PLANCK (), VOL.I, T.II : 54
PLANCK (MAX.), VOL.I, T.I : 36.
PLANÈS (A.), VOL.II, T.III : 123, 436.
PLATER (), VOL.I, T.II : 22
PLATON, VOL.I, T.I : 27, 32.
PLATON, VOL.I, T.II : 283, 295, 484
PLATON, VOL.II, T.III : 167, 699, 701.
PLATTER (FÉLIX), VOL.I, T.I : 68.
PLATTER (FELIX), VOL.II, T.III : 50, 120.
PLATTNER (), VOL.I, T.II : 37
PLAUT (), VOL.I, T.I : 231, 255.
PLESSET (), VOL.I, T.II : 249
PLOTIN, VOL.II, T.III : 701.
PLUTARQUE, VOL.I, T.II : 295
POBIEDIN (), VOL.II, T.III : 274.
POE (EDGAR) , VOL.I, T.II : 321
POHLISCH (K.), VOL.II, T.III : 640.
POLLAK (), VOL.I, T.II : 195
POLLAK (), VOL.II, T.III : 483.
POLLATIN (PH.), VOL.II, T.III : 321.
POLYBE (), VOL.I, T.I : 27, 32.
POOT (RUTH), VOL.II, T.III : 439, 444, 451.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- POPE (A.), VOL.II, T.III : 505.
POPPI (), VOL.I, T.II : 100, 131
POPVON (), VOL.I, T.II : 249
PORAK (), VOL.I, T.II : 82, 121
PORCHER (), VOL.I, T.II : 329, 440, 451
POROT (A.), VOL.I, T.II : 42, 100, 103
POROT (A.), VOL.II, T.III : 332, 362, 363, 419, 428.
PORROT (), VOL.I, T.I : 231.
PORTOCAELIS (), VOL.II, T.III : 386.
POSCHOGA (), VOL.I, T.II : 536
POTEL (), VOL.II, T.III : 372.
POTT (), VOL.I, T.II : 468
POTTYREW (), VOL.II, T.III : 729.
PÖTZL (O.), VOL.I, T.I : 197.
PÖTZL (O.), VOL.II, T.III : 196, 197, 507, 534.
POUFFARY (C.), VOL.II, T.III : 401.
POUMEAU (), VOL.I, T.II : 83, 97
POUSSEP (), VOL.I, T.II : 83, 118, 119
POZZI (), VOL.I, T.II : 468
PRAXAGONAS (DE COS), VOL.I, T.I : 27.
PREGER (), VOL.I, T.II : 137
PRIBAT (), VOL.I, T.II : 220, 232
PRICHARD (), VOL.I, T.II : 247
PRIVAT DE FORTUNIÉ (J.), VOL.II, T.III : 478.
PROAL (), VOL.I, T.II : 354
PROPLICK (), VOL.II, T.III : 483.
PROTOPOPOV (), VOL.I, T.I : 254.
PROTOWSKI (), VOL.II, T.III : 633.
PROTROWSKI (), VOL.I, T.II : 125
PROUST (MARCEL), VOL.I, T.II : 26, 89, 278, 283, 295, 309, 487
PRUDHOMME (CH.), VOL.I, T.II : 345, 360
PRUNIER (), VOL.II, T.III : 363.
PUECH (), VOL.I, T.II : 133, 146
PUECH (P.), VOL.II, T.III : 457, 458, 492, 721.
PUEL (), VOL.I, T.II : 69
PUGH (R.), VOL.II, T.III : 506.
PUILLET (), VOL.I, T.II : 107
PURKINJE (), VOL.I, T.I : 200, 214.
PUTMANN (), VOL.II, T.III : 600.
PUYUELO (R.), VOL.I, T.II : 505, 513
QUARANTA (), VOL.I, T.II : 109
QUASTEL (), VOL.II, T.III : 138.
QUENOUILLE (), VOL.II, T.III : 384.
QUERCY (P.), VOL.II, T.III : 317.
QUINCEY (), VOL.I, T.II : 257
QUINCHET (), VOL.I, T.II : 318
RABAUD (), VOL.I, T.II : 234
RABER (HANS), VOL.I, T.II : 234
RABIN A. I. , VOL.I, T.II : 349
RACAMIER (P. C.), VOL.II, T.III : 313, 317.
RACHLIN (H. L.), VOL.II, T.III : 106.
RACINE (), VOL.I, T.II : 134
RADESTOK 197, VOL.I, T.I : 233.
RADO (SANDOR), VOL.I, T.I : 136,147.
RADO (SANDOR), VOL.I, T.II : 476
RADO (SANDOR), VOL.II, T.III : 11, 158, 511.
RADOLSKY (), VOL.II, T.III : 530.
RADU (DI.), VOL.II, T.III : 378.
RAECKE (), VOL.I, T.II : 106, 113
RAECKE (), VOL.II, T.III : 572, 597, 598, 600, 650.
RAGAZ (), VOL.I, T.II : 104
RAGLAN (), VOL.I, T.II : 282
RAMADIER (), VOL.II, T.III : 490.
RAMBONI (), VOL.I, T.II : 27
RAMON Y CAJAL (), VOL.II, T.III : 481.
RAMOND (), VOL.I, T.II : 110
RAMOS (ARTHUR), VOL.I, T.I : 104.
RANCOULE (M.), VOL.I, T.I : 231.
RANCOULE (M.), VOL.II, T.III : 313, 315, 318, 319-321.
RANDCHBURG (), VOL.I, T.II : 59, 106
RANK (O.), VOL.I, T.I : 104,119, 132, 134, 211.
RANK (O.), VOL.I, T.II : 86, 153, 331, 388, 426
RANKE (), VOL.I, T.II : 108
RANSCHBURG (), VOL.I, T.II : 59
RANSON (), VOL.I, T.II : 403, 405
RANSON (S. W.), VOL.II, T.III : 485, 732, 735.
RAPAPORT (D.), VOL.I, T.II : 44, 60, 68
RAPAPORT (D.), VOL.II, T.III : 129, 606, 756.
RAPHAEL (TH.), VOL.II, T.III : 504.
RAPOPORT (MLLE R.), VOL.II, T.III : 371, 372, 382, 383.
RAPPIN (), VOL.I, T.I : 28.
RASCOVSKY (A.), VOL.I, T.I : 48,104, 146, 149.
RASCOVSKY (A.), VOL.II, T.III : 116, 511, 518.
RASCOWSKY (), VOL.I, T.II : 477
RASMUSSEN (), VOL.II, T.III : 722.
RAUCH (), VOL.I, T.II : 338
RAUH (), VOL.I, T.II : 339
RAUSCH DE TRAUBENBERG (N.), VOL.II, T.III : 617.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- RAVIART (), VOL.I, T.II : 315
RAWAK (), VOL.II, T.III : 465.
RAYMOND (FULGENCE), VOL.II, T.III : 174, 372, 374, 390, 392, 393.
RAYMOND (A. F.), VOL.II, T.III : 462.
RAYNEAU (), VOL.II, T.III : 112.
REBOULET (), VOL.II, T.III : 500.
REBOUL-LACHAUX (), VOL.I, T.II : 29, 76, 332
RECKTENWALD (), VOL.II, T.III : 603.
REDALIÉ (L.), VOL.II, T.III : 456.
REDLICH (), VOL.II, T.III : 457, 638, 652.
REED (), VOL.II, T.III : 607.
REED (G. E.), VOL.II, T.III : 483.
REEDE (Ed H.), VOL.I, T.I : 149
REES (), VOL.I, T.II : 40
RÉGIS (E.), VOL.I, T.I : 15, 68, 105, 109, 225, 229, 231, 233, 241, 242, 256, 260.
RÉGIS (E.), VOL.I, T.II : 47, 98, 107, 112, 164, 175, 251, 348, 350, 387, 427, 443, 445, 446, 452, 520
RÉGIS (E.), VOL.II, T.III : 22, 28, 29, 38, 63, 69, 105, 107, 173, 185, 192, 206, 250, 275, 304, 305-306, 325, 326, 329, 330, 333, 336-348, 351-352, 354, 362, 366, 369, 370, 416-417, 418, 424, 425, 426, 428, 432, 438, 440, 442, 447, 452, 455, 456, 539, 656, 684, 757.
REHBERGER (), VOL.I, T.II : 109
REHM (), VOL.II, T.III : 436.
REICH (W.), VOL.I, T.I : 104, 105, 139.
REICH (W.), VOL.I, T.II : 315, 325
REICH (W.), VOL.I, T.II : 315, 325, 476
REICH (W.), VOL.II, T.III : 622, 624.
REICHARDT (MARTIN), VOL.I, T.II : 25, 59, 134, 143, 149, 157, 194
REICHARDT (MARTIN), VOL.II, T.III : 322, 732, 733.
REICHERT (), VOL.I, T.II : 139
REID (J.), VOL.I, T.I : 80.
REIDER (M. D.), VOL.II, T.III : 137.
REIK (T.), VOL.I, T.I : 104, 124.
REIK (T.), VOL.I, T.II : 325
REIL (J.-C.), VOL.I, T.I : 56
REILLY (), VOL.II, T.III : 365, 399, 411.
REINHART (), VOL.II, T.III : 381.
REISS (), VOL.I, T.II : 248
REISS (), VOL.II, T.III : 192.
REISS (M.), VOL.II, T.III : 459, 488, 491, 494, 499.
REISTRUP (H.), VOL.II, T.III : 504.
REITMAN (), VOL.II, T.III : 497.
REMOND (), VOL.I, T.II : 114
REMOND (), VOL.II, T.III : 433, 440, 448.
REMOND (A.), VOL.II, T.III : 522, 572.
RENAN (), VOL.I, T.I : 33.
RENANT (), VOL.I, T.II : 240
RENAUDIN (), VOL.II, T.III : 327.
RENNIE (T. A. C.), VOL.II, T.III : 139, 443, 449.
RENZO (DI.), VOL.II, T.III : 138, 504.
REQUIN (), VOL.I, T.II : 445
RESPAUT (), VOL.II, T.III : 603.
RESPINE (), VOL.I, T.II : 506
RESTIF DE LA BRETONNE (), VOL.I, T.II : 278, 313, 316
RETEZEANU (MME A.), VOL.II, T.III : 492, 493.
REUTER (), VOL.I, T.II : 178
REVAUT D'ALLONES (J.), VOL.I, T.II : 452
REVERTIGAT (), VOL.II, T.III : 180.
REY (), VOL.I, T.II : 12, 48, 50
REYMOND (), VOL.II, T.III : 100.
RHINES (R.), VOL.II, T.III : 735.
RIBEIRO DI VALE (), VOL.I, T.II : 134
RIBEIRO DO VALE (), VOL.I, T.II : 127, 128, 132
RIBOT (Th.), VOL.I, T.II : 15, 17, 21, 22, 36, 38, 45, 47, 50, 59, 61, 67, 203, 349, 381
RIBOT (Th.), VOL.II, T.III : 656, 757, 760.
RICE (K. K.), VOL.II, T.III : 435.
RICHARD III, VOL.I, T.II : 239
RICHER (P.), VOL.I, T.II : 194
RICHET (), VOL.I, T.I : 258.
RICHET (), VOL.I, T.II : 15
RICHET (Ch.), VOL.II, T.III : 412, 503.
RICHTER (), VOL.I, T.II : 131, 148, 264
RICKLES (N. K.), VOL.I, T.II : 216, 232
RIEDER (), VOL.II, T.III : 372.
RIEGER (), VOL.I, T.II : 115
RIEMANN (), VOL.I, T.I : 35.
RIGAL (), VOL.I, T.II : 185
RIGNANO (), VOL.I, T.II : 61, 67
RIMBAUD (1931), VOL.I, T.II : 190
RIMBAUD (ARTHUR), VOL.I, T.II : 240, 283, 295
RINDERKNECHT (), VOL.I, T.II : 333
RINGER (), VOL.II, T.III : 506.
RIOCH (), VOL.I, T.II : 403
RIOCH (), VOL.II, T.III : 485.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- RIPLEY (H. S.), VOL.II, T.III : 496.
RISER (), VOL.I, T.II : 403
RISER (M.), VOL.II, T.III : 458, 492, 534.
RITCHIE (), VOL.I, T.II : 68
RITTER (), VOL.I, T.I : 43.
RITTERSHAUS (), VOL.II, T.III : 437.
RITTI (), VOL.I, T.I : 56.
RITTI (), VOL.I, T.II : 221, 344, 349, 535
RITTI (A.), VOL.II, T.III : 65, 70, 101, 326, 429, 430, 432, 435, 438, 518.
RIVERS (), VOL.I, T.II : 40
RIVERS (W. H. R.), VOL.II, T.III : 757.
RIVIÈRE (), VOL.I, T.I : 120.
RIVIÈRE (J. M.), VOL.II, T.III : 448.
RIZZATI (), VOL.I, T.II : 126
RIZZATI (), VOL.II, T.III : 332, 364, 365.
RIZZONICO (), VOL.II, T.III : 397.
ROBERTSON (A.), VOL.I, T.II : 55
ROBERT (), VOL.I, T.I : 200.
ROBERT (J.), VOL.II, T.III : 442.
ROBERTI (C. E.), VOL.II, T.III : 364, 366, 367.
ROBERTSON (G. M.), VOL.II, T.III : 191.
ROBIN (G.), VOL.I, T.I : 27, 252, 253.
ROBIN (G.), VOL.I, T.II : 72, 87, 153, 216, 259, 260, 332, 334, 521
ROBIN (GILBERT), VOL.II, T.III : 51, 616.
ROBINOVITCH (Mlle L.), VOL.II, T.III : 554.
ROBINSON (P. K.), VOL.II, T.III : 533.
ROCHEFOUCAULT (DE LA), VOL.I, T.II : 484, 485
RODENBERG (), VOL.I, T.II : 302
RODENBERG (C. H.), VOL.II, T.III : 603.
ROE (), VOL.I, T.II : 12
ROEHMHELD (), VOL.II, T.III : 386.
ROENAU (), VOL.I, T.II : 62
ROFFENSTEIN (), VOL.II, T.III : 757.
ROFFMANN (), VOL.I, T.II : 120
ROGER (H.), VOL.II, T.III : 380, 386, 533, 651.
ROGER (J.), VOL.II, T.III : 523, 560, 572, 611, 635, 640.
ROGERSON (C. H.), VOL.II, T.III : 190.
ROGUES DE FURSAC (J.), VOL.I, T.II : 39, 73, 173, 220, 443
ROGUES DE FURSAC (J.), VOL.II, T.III : 105, 655.
ROHDEN (FR. VON), VOL.II, T.III : 437, 472.
ROIG (), VOL.I, T.II : 174
ROJAS (), VOL.I, T.II : 132
ROLL (), VOL.II, T.III : 477.
ROLLER (), VOL.I, T.II : 115, 151
ROMAIN ROLLAND (), VOL.I, T.II : 295
ROMANES (), VOL.I, T.II : 234, 376
ROME (), VOL.II, T.III : 113, 499.
ROMER (), VOL.II, T.III : 490.
ROMME (), VOL.I, T.II : 277
RONDEPIERRE (J.), VOL.II, T.III : 453, 454, 457, 490, 492.
RORSCHACH (H.), VOL.I, T.I : 227.
RORSCHACH (TEST DE), VOL.I, T.II : 266
RORSCHACH (TEST DE), VOL.II, T.III : in
MÉLANCOLIE (), 129, ÉPILEPSIE 617-622.
ROSANOFF (), VOL.I, T.II : 249, 304
ROSANOFF (A. M.), VOL.II, T.III : 476-477, 607.
ROSANOFF-PLESSET (L.), VOL.II, T.III : 476.
ROSE (), VOL.I, T.II : 101
ROSE (M.), VOL.II, T.III : 32.
ROSEMAN (E.), VOL.II, T.III : 652.
ROSEN (), VOL.I, T.II : 86
ROSENBAUM (), VOL.II, T.III : 325.
ROSENBAUM (), VOL.II, T.III : 378, 379, 381.
ROSENFELD (), VOL.I, T.II : 103
ROSENFELD (M.), VOL.II, T.III : 227, 660-661, 757.
ROSINAUER (), VOL.I, T.II : 451
ROSNER (A.), VOL.II, T.III : 568.
ROSS (), VOL.I, T.II : 86, 90, 234
ROSS (A.), VOL.II, T.III : 505.
ROSSEN (), VOL.I, T.II : 54, 61
ROSSOLIMO (), VOL.I, T.II : 83
ROST (HANS), VOL.I, T.II : 355, 378
ROSTAND (J.), VOL.I, T.II : 234, 292, 293
ROTH (), VOL.I, T.II : 266
ROTH (M.), VOL.II, T.III : 23.
ROTHAKER (E.), VOL.II, T.III : 760.
ROTHFELD (), VOL.I, T.II : 190, 195
ROTHMANN (), VOL.I, T.II : 56, 403
ROTHMANN (), VOL.II, T.III : 485.
ROUART (J.), VOL.I, T.I : 55, 159, 161, 179, 216, 239, 240, 244.
ROUART (J.), VOL.I, T.II : 12, 111, 112, 187, 250, 479
ROUART (J.), VOL.II, T.III : 86, 101, 106, 187, 368, 453-454, 462, 695, 696, 756.
ROUAULT DE LA VIGNE (A.), VOL.I, T.II : 42, 43
ROUAULT DE LA VIGNE (A.), VOL.II, T.III : 385, 404, 406, 409, 497.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- ROUBINOVITCH (J.), VOL.II, T.III : 122, 123-128, 171, 185, 425, 453.
ROUBLEFF (), VOL.I, T.II : 85
ROUGEAN (), VOL.II, T.III : 196.
ROUHIER (), VOL.I, T.I : 231.
ROUHIER (), VOL.II, T.III : 312, 313-315.
ROUMANGEON (), VOL.I, T.II : 134
ROUQUES (), VOL.I, T.I : 191, 193.
ROUQUIER (), VOL.I, T.II : 99
ROUSSEAU J.J., VOL.I, T.I : 139.
ROUSSEAU J.J., VOL.I, T.II : 48, 239, 278, 320
ROUSSET (), VOL.I, T.II : 69, 72, 79, 97, 99, 102, 104, 109, 110, 111
ROUSSY (), VOL.I, T.II : 40
ROUVROY (CH.), VOL.II, T.III : 397.
ROWE (S. N.), VOL.II, T.III : 721.
ROXO (), VOL.I, T.II : 482
ROXO (ENRIQUE), VOL.II, T.III : 655.
ROY (), VOL.I, T.II : 134, 452, 467, 472, 473, 482
ROYER-COLARD (A.), VOL.I, T.II : 338
RUBÉNOVITCH (), VOL.I, T.I : 235.
RUBINO (A.), VOL.II, T.III : 420.
RUBINOVITCH (), VOL.I, T.II : 43
RUBINOVITCH (), VOL.II, T.III : 341.
RUBINSTEIN (B. B.), VOL.II, T.III : 495.
RUCH (), VOL.I, T.II : 46, 194
RUCKLE (), VOL.I, T.II : 27
RÜDIN (E.), VOL.I, T.II : 248
RÜDIN (E.), VOL.II, T.III : 436, 473-475, 611.
RUIN (), VOL.I, T.II : 493, 513
RUMKE (), VOL.I, T.I : 19, 154, 165, 176.
RUMKE (), VOL.I, T.II : 523, 547
RÛMKE (H.), VOL.II, T.III : 81, 114, 116.
RUNGE (), VOL.I, T.II : 183
RUNGE (), VOL.II, T.III : 193, 194, 195, 456, 465, 467.
RUSDEA (), VOL.I, T.II : 100
RUSH (B.), VOL.I, T.II : 246
RUSH (B.), VOL.II, T.III : 475.
RUSSELL (W. RITCHIE), VOL.I, T.II : 50, 68.
RUTHERDORF (), VOL.I, T.I : 35.
RYCHLINSKI (), VOL.II, T.III : 274.
RYLANDER (G.), VOL.I, T.II : 51, 56, 58
RYLANDER (G.), VOL.II, T.III : 722.
SACHS (H.), VOL.I, T.II : 57
SACHS (MAURICE), VOL.I, T.II : 252
SACRISTAN (J. M.), VOL.II, T.III : 493, 494.
SADE (MARQUIS DE), VOL.I, T.II : 239, 240, 278, 316, 317, 338
SADGER (), VOL.I, T.II : 283, 325, 330
SADGER (I.), VOL.II, T.III : 227.
SADLER (W. S.), VOL.II, T.III : 654.
SAETRE (H.), VOL.II, T.III : 391.
SAGER (), VOL.I, T.II : 102, 133, 149, 156, 157, 160
SAINT SIMON, VOL.I, T.II : 316
SAINT-HILAIRE (), VOL.I, T.II : 290
SAINTON (P.), VOL.II, T.III : 112, 198, 488, 490.
SAKER (), VOL.II, T.III : 382.
SAKIAMOUNI (), VOL.I, T.II : 374
SAL Y ROSAS (F.), VOL.II, T.III : 568, 613, 616, 617, 620, 651.
SALAS (J.), VOL.II, T.III : 493.
SALAUUR (), VOL.II, T.III : 605.
SALIES (), VOL.I, T.II : 302
SALMON (), VOL.I, T.II : 116, 117, 142, 149, 195
SAMT (), VOL.II, T.III : 627.
SANCHEZ JUAN (J.), VOL.II, T.III : 384.
SANCTORIUS (), VOL.I, T.I : 27.
SAND (), VOL.I, T.II : 299, 300, 301, 302
SANDER (), VOL.I, T.II : 71, 266
SANDER (G.), VOL.II, T.III : 611.
SANDRI (), VOL.II, T.III : 364.
SANDS (), VOL.II, T.III : 194.
SANNA SALARIS (G.), VOL.II, T.III : 364.
SANSON (S.), VOL.II, T.III : 498.
SANTE DE SANCTIS (), VOL.I, T.I : 196, 216, 226, 233, 241, 259.
SANTE DE SANCTIS (), VOL.II, T.III : 250, 418.
SANTENOISE (), VOL.I, T.II : 84
SANTENOISE (D.), VOL.II, T.III : 67, 137, 363, 365, 416, 483, 491.
SARTRE (J.P.), VOL.I, T.I : 45, 189, 190, 191, 202, 203, 238.
SARTRE (J.P.), VOL.I, T.II : 203, 338, 374, 420, 422, 424, 426, 449, 450, 540
SARTRE (J.-P.), VOL.II, T.III : 147, 208, 291, 295, 297, 298, 317, 354, 700, 703, 717, 753, 760.
SASSI (P.), VOL.II, T.III : 489.
SAUER (H.), VOL.II, T.III : 524.
SAUGUET (H.), VOL.II, T.III : 386.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- SAUL (L. J.), VOL.II, T.III : 304.
SAULNIER (M.), VOL.II, T.III : 441.
SAUNET (L.), VOL.II, T.III : 368, 409, 411.
SAURY (), VOL.II, T.III : 40, 203.
SAUSSURE (), VOL.I, T.II : 112, 313
SAUSSURE (R. DE), VOL.I, T.I : 104, 113, 124.
SAUVAGE (), VOL.I, T.II : 48
SAUZE (A.), VOL.II, T.III : 329.
SAVAGE (G.), VOL.II, T.III : 599.
SAVITSKY (N.), VOL.II, T.III : 733.
SCARFF (J. E.), VOL.II, T.III : 722.
SCHAEFER (), VOL.I, T.II : 258
SCHAEFFER (R.), VOL.II, T.III : 129.
SCHALTENBRAND (), VOL.I, T.II : 83, 115, 117, 120, 121, 132, 157, 160, 403
SCHATZMANN (), VOL.I, T.I : 210.
SCHEER (VAN DER), VOL.II, T.III : 195.
SCHEID (W.), VOL.I, T.I : H9.
SCHEID (W.), VOL.II, T.III : 374.
SCHELDON (), VOL.I, T.I : 38.
SCHELER (MAX), VOL.I, T.II : 216, 339, 407, 409
SCHELER (MAX), VOL.I, T.II : 339, 407, 409
SCHELER (MAX), VOL.II, T.III : 130, 176.
SCHELLING (), VOL.II, T.III : 700.
SCHEMINZKY (), VOL.I, T.II : 135
SCHENK (P.), VOL.I, T.I : 201.
SCHERESCHANSKI (), VOL.II, T.III : 325.
SCHERNER (), VOL.I, T.I : 200.
SCHIFF (P.), VOL.I, T.I : 145, 234.
SCHIFF (P.), VOL.I, T.II : 29, 332, 445, 513, 522
SCHIFF (P.), VOL.II, T.III : 303, 398.
SCHJLTZ (H.), VOL.II, T.III : 108.
SCHJLTZ (B.), VOL.II, T.III : 436, 480.
SCHILDER P., VOL.I, T.II : 39, 41, 44, 60, 86, 92, 93, 94, 124, 142, 154, 155, 195, 201, 447, 474, 475, 482, 538, 546, 547
SCHILDERT (P.), VOL.II, T.III : 79, 82, 164, 226, 227, 335, 341, 344-345, 376, 387, 428, 622, 625, 751.
SCHILL (), VOL.I, T.II : 85
SCHILLACK (R.), VOL.II, T.III : 69.
SCHILLER (F.), VOL.II, T.III : 732, 743, 744, 745, 749, 759.
SCHIPKOWENSKY (NICOLAS), VOL.I, T.II : 453, 454, 461, 480, 481, 482
SCHLEIERMACHER (), VOL.I, T.I : 200.
SCHLESINGER (N. S.), VOL.II, T.III : 492.
SCHLICHTEGROLL (), VOL.I, T.I : 139.
SCHLICHTEG-ROLL (), VOL.I, T.II : 317
SCHLUMBERGER (M.), VOL.II, T.III : 138, 505.
SCHMIDT (G.), VOL.I, T.I : 195, 205.
SCHMIDT (G.), VOL.I, T.II : 109, 138, 185, 354, 547
SCHMIDT (K.), VOL.I, T.II : 138
SCHMIDT (PIERRE), VOL.II, T.III : 226, 247, 540, 545, 566, 572, 597, 627, 651.
SCHMIDT-KRAEPELIN (), VOL.I, T.II : 109
SCHMIELBERG (), VOL.I, T.II : 133
SCHMITE (P.), VOL.II, T.III : 533, 537.
SCHMITZ (H.), VOL.II, T.III : 174.
SCHMOLIENBERG (), VOL.II, T.III : 499.
SCHNEERSOHN (F.), VOL.I, T.II : 211.
SCHNEIDER (), VOL.I, T.II : 166, 290, 547
SCHNEIDER (CARL), VOL.I, T.II : 93, 334, 390, 391
SCHNEIDER (CARL), VOL.I, T.I : 35, 227, 252, 253.
SCHNEIDER (CARL), VOL.II, T.III : 223, 244.
SCHNEIDER (HANS), VOL.I, T.II : 183, 185, 319
SCHNEIDER (HANS), VOL.I, T.II : 319
SCHNEIDER (KURT), VOL.I, T.I : 159.
SCHNEIDER (KURT), VOL.I, T.II : 182, 183, 184, 254, 409, 411, 525
SCHNEIDER (KURT), VOL.II, T.III : 28, 51, 108, 125, 130, 140, 172, 175, 1176, 372, 455, 513, 515, 541, 665.
SCHNEIDER (P. B.), VOL.I, T.II : 53
SCHNITZENBERGER (H.), VOL.II, T.III : 194, 467.
SCHNYDER (), VOL.I, T.II : 318
SCHÖFER (), VOL.I, T.II : 138
SCHOLZ (), VOL.I, T.II : 183
SCHOPENHAUER, VOL.I, T.I : 103, 198, 218.
SCHOPENHAUER, VOL.I, T.II : 374, 448
SCHORSCH (), VOL.II, T.III : 296.
SCHOTTKI (), VOL.II, T.III : 43.
SCHOU (H.), VOL.II, T.III : 439, 451, 503.
SCHREBER (), VOL.I, T.I : 145.
SCHREIB (), VOL.I, T.II : 314
SCHRENK-NOTZING (), VOL.I, T.II : 277
SCHRJNER-BERNHARD (), VOL.I, T.II : 83, 118, 119.
SCHRÖDER (), VOL.I, T.II : 37, 49, 50, 102, 108, 112, 138
SCHRÖDER (P.), VOL.II, T.III : 41, 42, 223, 318,

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- 331, 372, 379, 384, 385, 391, 397, 415, 461, 757.
- SCHRÆDER (), VOL.I, T.II : 529
- SCHUCHAREWA (), VOL.I, T.II : 95
- SCHUCHTER (), VOL.II, T.III : 196.
- SCHULACK (K.), VOL.II, T.III : 397.
- SCHULE (), VOL.I, T.II : 71, 434
- SCHULE (H.), VOL.II, T.III : 56, 70, 105, 107, 122, 126, 138, 181, 406, 432.
- SCHULLER-CRISTIAN (), VOL.I, T.I : 40.
- SCHULSTER (), VOL.I, T.II : 402
- SCHULTE (), VOL.I, T.II : 292, 304
- SCHULTER (W.), VOL.I, T.I : 19.
- SCHULTE-VAERTING (), VOL.I, T.II : 292
- SCHULTZ (), VOL.I, T.II : 183, 283, 303
- SCHULTZ (J.H.), VOL.I, T.I : 177.
- SCHULTZ-HENKE (), VOL.I, T.II : 296, 328
- SCHULZ (R.), VOL.II, T.III : 371, 385.
- SCHULZ-HENCKLE (), VOL.I, T.I : 105, 143.
- SCHURMANS (), VOL.II, T.III : 484.
- SCHUSTER (), VOL.I, T.II : 168, 332, 472
- SCHUSTER (), VOL.II, T.III : 111, 456, 457.
- SCHUTS (), VOL.II, T.III : 475.
- SCHUTZENBERGER (), VOL.I, T.I : 42.
- SCHUTZENBERGER (), VOL.II, T.III : 475.
- SCHWAB (), VOL.I, T.II : 95, 442
- SCHWARZ (), VOL.I, T.I : 30, 46, 143.
- SCHWARZ (), VOL.I, T.II : 273, 283, 291, 295, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 314, 339, 469
- SCHWEIZER (), VOL.I, T.II : 135
- SCHWINGS (), VOL.I, T.II : 314
- SCHWIRER (D.), VOL.II, T.III : 363.
- SCHWOB (), VOL.I, T.II : 78, 103
- SCHWOB (R. A.), VOL.II, T.III : 368, 393.
- SCIPION (), VOL.I, T.II : 370
- SCOURAS (), VOL.I, T.I : 195.
- SCOURAS (), VOL.I, T.II : 101, 102
- SCRIPTURE (W.), VOL.I, T.II : 26
- SCRIPTURE (W.), VOL.II, T.III : 628.
- SEBASTIAN (), VOL.I, T.II : 100
- SEBILLOTE (), VOL.II, T.III : 225.
- SECUNDA (), VOL.I, T.II : 185, 258
- SÉGLAS (J.), VOL.I, T.I : 15, 56, 57, 65, 68, 242.
- SÉGLAS (J.), VOL.I, T.II : 36, 69, 70, 71, 72, 83, 85, 108, 111, 112, 115, 138, 156, 172, 349, 387, 390, 427, 428, 429, 430, 432, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445,
- 446, 449, 452, 465, 482, 521, 537, 547
- SÉGLAS (J.), VOL.II, T.III : 35, 36, 68, 100, 101, 121, 122, 132, 140, 145, 177-178, 181, 185, 188, 189, 197, 203, 244, 275, 326, 329, 348, 362, 415, 416, 428, 452.
- SEIGE (), VOL.II, T.III : 502.
- SELYE (H.), VOL.I, T.I : 40, 41.
- SELYE (H.), VOL.II, T.III : 113, 198, 365, 366, 399, 411, 497.
- SEMON (), VOL.I, T.II : 61, 67
- SEMON (R.), VOL.II, T.III : 759.
- SÉNÈQUE, VOL.I, T.II : 209, 370, 374, 402
- SENGÈS (N.), VOL.II, T.III : 401.
- SENNERT (DANIEL), VOL.I, T.I : 68.
- SENNERT (DANIEL), VOL.II, T.III : 50, 120.
- SEQUART (), VOL.I, T.II : 40
- SÉRAPION (), VOL.I, T.I : 27.
- SERBSKY (W.), VOL.I, T.II : 71, 115
- SERBSKY (W.), VOL.II, T.III : 332, 371, 372.
- SÉRIEUX (P.), VOL.I, T.I : 52, 233, 242, 244, 255.
- SÉRIEUX (P.), VOL.I, T.II : 72, 83, 95, 106, 115, 123, 168, 222, 247, 344, 482, 498, 503, 518
- SÉRIEUX (P.), VOL.II, T.III : 22, 40, 64, 203, 204, 222.
- SERIN (MLLE), VOL.I, T.I : 254, 255.
- SERIN (MLLE), VOL.I, T.II : 128, 343, 361, 378, 402, 464, 538
- SERIN (S.), VOL.II, T.III : 196.
- SERKO (), VOL.II, T.III : 313.
- SEROTA (), VOL.II, T.III : 486, 524.
- SERRIER (), VOL.I, T.II : 99
- SEVERINO (), VOL.I, T.II : 118, 123
- SEVESTRE (), VOL.II, T.III : 448.
- SÉVIGNÉ (MME DE), VOL.I, T.I : 125.
- SEZARY (), VOL.I, T.I : 40.
- SGALITZEN (M.), VOL.II, T.III : 652.
- SHAKOW (), VOL.I, T.II : 12, 13, 47, 48
- SHAPIRO (), VOL.I, T.II : 349
- SHARPE (E.), VOL.I, T.I : 199.
- SHARPEY (), VOL.I, T.II : 18, 53, 67
- SHAW (C. J.), VOL.II, T.III : 365.
- SHELDON (), VOL.II, T.III : 122.
- SHELLY (), VOL.I, T.II : 32
- SHENKIN (), VOL.I, T.II : 194
- SHEPHERD (), VOL.I, T.II : 56
- SHEPS (), VOL.II, T.III : 608.
- SHERMAN (), VOL.I, T.II : 37

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- SHERMAN (S. H.), VOL.II, T.III : 467.
SHERRINGTON (), VOL.I, T.II : 189
SHERRINGTON (C. S.), VOL.II, T.III : 759.
SHICK (A.), VOL.II, T.III : 623.
SHIELDS (), VOL.II, T.III : 477.
SHORVOM (H. J.), VOL.II, T.III : 226.
SHOSTAKOVICH (), VOL.II, T.III : 332.
SHOTWELL (), VOL.II, T.III : 607.
SICARD (), VOL.I, T.II : 99, 141
SICCO (), VOL.I, T.II : 453, 461, 482
SIDAWY (), VOL.I, T.II : 96
SIDIS (), VOL.I, T.II : 24
SIEBECK (R.), VOL.I, T.I : 39, 43, 143.
SIEFFERT (), VOL.II, T.III : 390.
SIEMERLING (), VOL.II, T.III : 572.
SIGAUD (), VOL.I, T.I : 38.
SIGWALD (), VOL.I, T.I : 191.
SIGWALD (J.) 381, VOL.II, T.III : 385.
SIKOWSKY (), VOL.II, T.III : 485.
SILBERER (H.), VOL.I, T.I : 103, 112, 192.
SILBERMANN (), VOL.II, T.III : 535.
SILVERMAN (), VOL.I, T.II : 304
SIMMIMS (G. C.), VOL.II, T.III : 60G.
SIMMINS (C.), VOL.I, T.II : 36, 43, 44, 45, 68
SIMOM (J. L.), VOL.II, T.III : 88, 129.
SIMON (TH.), VOL.I, T.II : 12, 349.
SIMON (SAINT), VOL.I, T.II : 316.
SIMON (MAX), VOL.I, T.I : 197.
SIMONEIT (), VOL.I, T.II : 202
SIMS (), VOL.II, T.III : 391.
SINGER (L.), VOL.II, T.III : 398, 412.
SIOLI (), VOL.I, T.II : 123
SIVADON (P.), VOL.I, T.I : 19.
SIVADON (P.), VOL.I, T.II : 85, 332
SIVADON (P.), VOL.II, T.III : 400, 422, 437.
SIZARET (P.), VOL.II, T.III : 401.
SJOBRING (), VOL.II, T.III : 616.
SKINNER (), VOL.II, T.III : 730.
SKOBLO (M. S.), VOL.II, T.III : 527.
SKODA (), VOL.I, T.I : 32.
SLATER (E.), VOL.II, T.III : 23, 124, 425, 436,
463, 477, 478.
SLEPIAN (), VOL.I, T.II : 17
SMITH (), VOL.I, T.II : 55, 58, 517
SNODDY (), VOL.I, T.II : 46
SOCRATE, VOL.I, T.II : 294, 370
SODEBERG (), VOL.I, T.II : 83
SODERBERG (), VOL.I, T.II : 118, 119
SOESMANN (), VOL.I, T.I : 198.
SOKOLNIKA (MME E.), VOL.I, T.I : 106.
SOLLIER (), VOL.I, T.I : 258.
SOLLIER (P.), VOL.I, T.II : 16, 25, 34, 38, 40, 48,
53, 67
SOLLIER (P.), VOL.II, T.III : 227.
SOMMER (A.), VOL.I, T.II : 106, 109, 110, 115,
219, 228
SOMMER (A.), VOL.II, T.III : 113, 441, 512.
SOMMERFELD (), VOL.I, T.I : 35.
SÖMMERING (), VOL.II, T.III : 7193 732.
SONDEN (T.), VOL.II, T.III : 137, 483.487, 502,
518.
SONES (G. A.), VOL.II, T.III : 564.
SORANOS (D'ÉPHÈSE), VOL.I, T.I : 27.
SOSBERGER-STAMBAC (), VOL.II, T.III : (M.),
609.
SOSSET (M. I.), VOL.I, T.II : 12, 16, 33, 34, 35,
45, 47, 67
SOSSET (MLLE M.), VOL.II, T.III : 387.
SOUKHANOFF (), VOL.II, T.III : 377.
SOULAIRAC (A.), VOL.I, T.II : 255
SOULAIRAC (A.), VOL.II, T.III : 1103, 185, 4115,
498.
SOUQUES (), VOL.I, T.II : 59, 143, 406
SOURIAC (P.), VOL.II, T.III : 68.
SOURY (J.), VOL.II, T.III : 719, 720, 732, 481,
484.
SPAGNOLI (), VOL.I, T.II : 130
SPATZ (), VOL.I, T.II : 139
SPEARMAN (G.), VOL.I, T.II : 12, 14, 15, 17, 33,
63, 67
SPECHT (G.), VOL.II, T.III : 107, 188, 452.
SPECK (), VOL.I, T.II : 55
SPENCER (), VOL.I, T.I : 160, 211.
SPENCER (), VOL.II, T.III : 700.
SPIEGEL (), VOL.I, T.II : 131, 136, 137
SPIEGEL (), VOL.II, T.III : 425, 641, 652.
SPINOZA, VOL.I, T.I : 218.
SPINOZA, VOL.I, T.II : 484
SPINOZA, VOL.II, T.III : 699.
SPITTA (), VOL.I, T.I : 197.
SPITZKA (ED.), VOL.II, T.III : 325, 326.
SPRAGUE (), VOL.I, T.II : 94
SPRANGER (), VOL.I, T.I : 178.
SPRANGER (), VOL.I, T.II : 518

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- SPRANGER (B.), VOL.II, T.III : 760.
SPURZHEIM (G.), VOL.I, T.I : 55.
SPURZHEIM (G.), VOL.II, T.III : 719.
SPURZHEIM (G.), VOL.I, T.II : 247
STAEHLIN (J. E.), VOL.I, T.II : 216, 217, 218,
219, 220, 221, 232
STAGNER (), VOL.II, T.III : 729.
STAHL (), VOL.I, T.I : 27, 32, 34, 55.
STANDER (), VOL.I, T.II : 31
STANESCO (), VOL.II, T.III : 373.
STANOJEVIE (), VOL.I, T.II : 45
STARCKE (), VOL.I, T.I : 119.
STARCKE (), VOL.I, T.II : 476
STAUB (), VOL.I, T.II : 264, 271
STAUDER (K. H.), VOL.II, T.III : 540, 611, 618,
619, 651.
STEARNS (E.), VOL.II, T.III : 375.
STECK (), VOL.I, T.I : 231.
STECK (), VOL.I, T.II : 123, 149, 150, 157, 195,
332, 402
STECK (H.), VOL.II, T.III : 196, 318, 391.
STECKEL (W.), VOL.I, T.I : 103, 105, 111, 131,
134, 143.
STECKEL (W.), VOL.I, T.II : 277, 283, 311, 315,
318, 325, 373, 381, 382, 386, 387, 389, 393,
395, 396, 412, 426
STECKER (), VOL.II, T.III : 24.
STEFAN (), VOL.II, T.III : 397.
STEGER (), VOL.I, T.II : 117, 120, 121
STEIN (), VOL.I, T.I : 35.
STEIN (), VOL.II, T.III : 296, 313, 317, 524, 548.
STEINACH (), VOL.I, T.II : 300
STEINBRUCK (), VOL.II, T.III : 619.
STEINER (), VOL.I, T.II : 99, 123, 190, 195, 196
STEINGER (), VOL.I, T.II : 127
STEINIGER (), VOL.I, T.II : 137
STEINMANN (L), VOL.II, T.III : 422.
STEKEL (W.), VOL.II, T.III : 623, 629, 632, 622-
623.
STENBERG (S.), VOL.I, T.II : 491, 514
STENGEL (), VOL.II, T.III : 456.
STENGEL (E.), VOL.II, T.III : 196, 197.
STENSTEDT (A.), VOL.II, T.III : 434, 436, 438,
441, 446, 450, 455, 467, 475, 479, 518.
STERBA (R.), VOL.II, T.III : 156.
STERDTZ (), VOL.I, T.II : 138
STERLING (), VOL.I, T.II : 104
STERMERLING (), VOL.II, T.III : 174.
STERN (), VOL.I, T.II : 382, 425
STERN (K.), VOL.II, T.III : 374, 394.
STERN (LÉOPOLD), VOL.I, T.I : 139.
STERN (MLLE H.), VOL.II, T.III : 304, 424.
STERN (O.), VOL.II, T.III : 391.
STERN (W.), VOL.II, T.III : 760.
STERNBACH (), VOL.II, T.III : 748.
STERNE (J.), VOL.II, T.III : 694.
STERTZ (), VOL.I, T.II : 211
STERTZ (G.), VOL.II, T.III : 227.
STEVENIN (), VOL.I, T.II : 26, 28
STILLGER (), VOL.II, T.III : 43.
STIRCKE (), VOL.I, T.I : 146.
STOCKER (A.), VOL.I, T.I : 187.
STOCKERT (VON), VOL.I, T.II : 472
STOCKEY (B.), VOL.II, T.III : 722.
STOCKINGS (G. T. T.), VOL.II, T.III : 190, 313.
STOECKER (), VOL.II, T.III : 452.
STOKES (), VOL.I, T.II : 97, 145
STOKVIS (), VOL.I, T.II : 26, 27, 29
STOLL (W. A.), VOL.II, T.III : 497.
STOLTENHOFF (), VOL.I, T.II : 106
STORA (R.), VOL.II, T.III : 112, 496.
STORCH (), VOL.I, T.I : 247.
STORCH (), VOL.I, T.II : 446, 525
STÖRRING (G. E.), VOL.I, T.II : 382, 383, 390,
392, 400, 408, 409, 415, 426
STÖRRING (G. E.), VOL.II, T.III : 140, 181, 229.
STÖRRING (G. E.), VOL.II, T.III : 226, 227, 373,
385, 664, 757.
STOUT (), VOL.II, T.III : 490.
STRANSKY (), VOL.I, T.II : 138, 157
STRANSKY (E.), VOL.II, T.III : 53, 63, 116, 128,
331, 445, 455, 473, 518.
STRATTON (), VOL.I, T.II : 40
STRAUB (J.), VOL.I, T.II : 202
STRAUB (J.), VOL.II, T.III : 493.
STRAUS (ERWIN), VOL.I, T.I : 65.
STRAUS (ERWIN), VOL.I, T.II : 182, 216, 273,
314.
STRAUS (ERWIN), VOL.II, T.III : 72, 73, 140, 144,
164, 197, 223, 371, 372, 604, 760.
STRAUSBERG (G.), VOL.I, T.I : 143.
STRECH (), VOL.I, T.II : 109
STROM OELSEN (), VOL.I, T.II : 122
STROMGREN (E.), VOL.II, T.III : 35, 44, 438,

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- 478, 611, 616.
STRÜMPELL (A.), VOL.I, T.II : 115, 121, 190
STRÜMPELL (A.), VOL.II, T.III : 374, 390.
STUART MILL (J.), VOL.II, T.III : 700.
STUTZ (), VOL.II, T.III : 174.
SUBIRANA (A.), VOL.II, T.III : 559, 619, 651, 652.
SUÉTONE, VOL.I, T.II : 317
SUGAR (C.), VOL.I, T.II : 217, 232
SULLIVAN (), VOL.II, T.III : 605, 608.
SUMMER (J. W.), VOL.II, T.III : 564.
SUSINI (R.), VOL.II, T.III : 304, 424.
SUTTEL (R.), VOL.II, T.III : 383, 401.
SUTTER (J.), VOL.I, T.II : 53
SUTTER (J.), VOL.II, T.III : 304, 424, 566, 572, 651, 652.
SWICK (), VOL.I, T.II : 528
SWICK (A.), VOL.II, T.III : 602.
SWIFT (H. M.), VOL.II, T.III : 442.
SWINEFORD (), VOL.I, T.II : 14
SWOBODA (), VOL.II, T.III : 415.
SYDENHAM (), VOL.I, T.I : 27, 32.
SYLVEIRE (J.), VOL.I, T.I : 212.
SYMONDS (), VOL.I, T.II : 40
SZONDI (), VOL.I, T.II : 266, 349, 516
TAINÉ (H.), VOL.I, T.I : 33, 35, 214.
TAINÉ (H.), VOL.I, T.II : 17
TAINÉ (H.), VOL.II, T.III : 549, 700, 742.
TALAIRACH (J.), VOL.I, T.II : 401, 402, 405, 409
TALAIRACH (J.), VOL.II, T.III : 112, 458, 486.
TALAN (L.), VOL.II, T.III : 616.
TALATIN (), VOL.I, T.II : 85
TALLMAN (), VOL.I, T.II : 51
TALOT (), VOL.I, T.II : 46
TAMALET (J.), VOL.II, T.III : 559.
TAMBURINI (A.), VOL.I, T.I : 56.
TAMBURINI (A.), VOL.I, T.II : 71
TANXOWSKA (), VOL.II, T.III : 506.
TANZI (E.), VOL.II, T.III : 655.
TARDIEU (), VOL.I, T.II : 277, 290, 352
TARDIEU (G.), VOL.II, T.III : 398, 412.
TARGOWLA (R.), VOL.I, T.I : 255.
TARGOWLA (R.), VOL.I, T.II : 402, 426
TARGOWLA (R.), VOL.II, T.III : 41, 137, 138, 196, 206, 222, 363, 364, 411, 465, 482, 501-503, 507, 694.
TARTINI (), VOL.I, T.I : 198.
TAUSER (), VOL.I, T.II : 82
TAUSK (V.), VOL.I, T.II : 86, 153
TAUSK (V.), VOL.II, T.III : 242.
TAYLEUR (G.), VOL.II, T.III : 313.
TAYLOR (), VOL.I, T.I : 211.
TAYLOR (J. H.), VOL.II, T.III : 468.
TEITELBAUM (), VOL.I, T.II : 475
TEITELBAUM (M. H.), VOL.II, T.III : 722.
TELLEZ (A.), VOL.II, T.III : 664, 757.
TEMKIN (O.), VOL.II, T.III : 651.
TENBE (), VOL.I, T.II : 88
TERRAMOISE (), VOL.I, T.II : 252
TEULON (), VOL.I, T.II : 282
THALBITZER (), VOL.II, T.III : 463.
THÉMISON (), VOL.I, T.I : 27.
THÉNATOS (), VOL.I, T.I : 27.
THÉO LANG (), VOL.I, T.II : 302, 303, 311
THEOBAL (), VOL.II, T.III : 490.
THÉOPOMPE, VOL.I, T.I : 27.
THÉVENARD (), VOL.I, T.II : 82, 117, 118, 119
THEVENOT (), VOL.II, T.III : 490.
THIBAUT (), VOL.I, T.II : 29
THIEBAULT (F.), VOL.II, T.III : 554.
THIELE (), VOL.I, T.II : 183, 332
THODE HENRY (), VOL.I, T.II : 295
THOMAS (J.), VOL.II, T.III : 603.
THOMAS (SAINT), VOL.I, T.I : 74.
THOMAS (SAINT), VOL.II, T.III : 12, 701.
THOMAS ANDRÉ, VOL.I, T.II : 474, 482
THOMAS MADELEINE (), VOL.I, T.II : 266
THOMASSON (HELGI), VOL.II, T.III : 479, 483, 506.
THOME (), VOL.II, T.III : 457.
THOMPSON (G.), VOL.II, T.III : 489.
THOMSEN (), VOL.II, T.III : 35.
THORNDIKE (), VOL.I, T.II : 16, 56, 234
THUERLMANN (), VOL.I, T.II : 302
THUILLIER (R.), VOL.II, T.III : 401.
THUREL (R.), VOL.II, T.III : 386.
THURSTONE (L. L.), VOL.I, T.II : 12, 14, 33, 68
THYGENSEN (P.), VOL.II, T.III : 425.
TIBÈRE (), VOL.I, T.II : 295, 317
TIETZE (C.) VOL.II, T.III : 437.
TIGGES (), VOL.I, T.II : 71
TILING (), VOL.I, T.II : 254
TILLING (), VOL.II, T.III : 325, 372.
TILLSON (M. J.), VOL.II, T.III : 723.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- TIMOFEEF-RESSOVSKY (), VOL.I, T.I : 39.
TINBERGER (), VOL.I, T.II : 234
TINEL (J.), VOL.I, T.II : 84, 125, 136, 143
TINEL (J.), VOL.II, T.III : 67, 137, 364, 365, 381, 571.
TISSIE (), VOL.I, T.I : 197.
TISSOT (), VOL.I, T.II : 443, 452
TISSOT (J.), VOL.II, T.III : 650.
TITCHNER (E. B.), VOL.II, T.III : 760.
TITECA (), VOL.I, T.II : 469
TIXIER (), VOL.I, T.II : 392, 426
TIXIER (L.), VOL.II, T.III : 568.
TOBINO (A.), VOL.I, T.II : 434, 452
TOBLER (), VOL.II, T.III : 495.
TOD (H.), VOL.II, T.III : 138, 504.
TOEPEL (), VOL.I, T.II : 283
TOLMAN (), VOL.I, T.I : 43.
TOMARI (), VOL.II, T.III : 124.
TOMESCO (), VOL.I, T.II : 84, 96, 102, 133.
TOOTH (), VOL.I, T.II : 37
TORELLI (L.), VOL.II, T.III : 598.
TOSELLI (), VOL.I, T.II : 175
TOSQUELLES (F.), VOL.I, T.I : 239.
TOSQUELLES (F.), VOL.II, T.III : 101, 462.
TOULOUSE (E.), VOL.I, T.I : 216.
TOULOUSE (E.), VOL.I, T.II : 12, 14, 38, 43, 107
TOULOUSE (E.), VOL.II, T.III : 122, 123, 128, 137, 171, 181, 185, 195, 213, 339, 341, 387, 398, 428, 554, 555.
TOURNAY (), VOL.I, T.I : 191, 193, 195.
TOVATO (), VOL.I, T.II : 175
TRAUBE (), VOL.I, T.I : 32.
TRAUBMANN (), VOL.II, T.III : 384.
TRAUTER (C.), VOL.II, T.III : 312.
TRAVIS (), VOL.I, T.II : 119
TRAVIS (), VOL.II, T.III : 111.
TRÉLAT (U.), VOL.I, T.II : 246, 487, 506
TRELLES (O.), VOL.I, T.II : 332, 503, 505, 513
TRELLES (O.), VOL.II, T.III : 318, 453, 533.
TRENAUNAY (P.), VOL.I, T.I : 226, 242, 244.
TRENAUNAY (P.), VOL.II, T.III : 250, 306, 418.
TRENEL (M.), VOL.I, T.II : 42, 108, 445, 452
TRENEL (M.), VOL.II, T.III : 35, 206, 406.
TREPSTAT (), VOL.I, T.II : 87, 108
TRIANTOPHYLLOS (), VOL.I, T.II : 156
TRIBOULET (), VOL.I, T.II : 503
TRILLOT (), VOL.I, T.II : 53, 124
TRILLOT (J.), VOL.II, T.III : 401, 478, 492.
TROLLE (C), VOL.II, T.III : 503, 507.
TROUSSEAU, VOL.I, T.II : 16, 49, 174
TROUSSEAU, VOL.II, T.III : 541, 555, 556.
TRUBERT (), VOL.I, T.II : 493
TRUCHE (), VOL.I, T.II : 216, 221, 225
TRUELLE (V.), VOL.I, T.II : 42, 99, 140, 177, 182
TRUELLE (V.), VOL.II, T.III : 206.
TSCHISCH (), VOL.I, T.II : 71
TSIMEINAKIS (), VOL.II, T.III : 386.
TURNER (), VOL.II, T.III : 482.
TURSKI (), VOL.II, T.III : 499.
TUSQUES (J.), VOL.I, T.II : 300, 301
TUSQUES (J.), VOL.II, T.III : 112, 401, 408, 459, 488, 489, 490.
TZANCK (), VOL.II, T.III : 411.
TZANK (), VOL.I, T.I : 28.
UDALAMAGA (), VOL.II, T.III : 308.
UEXKULL (VON), VOL.I, T.I : 30.
UEXKULL (VON), VOL.I, T.II : 234, 273
UHLINHUT (), VOL.II, T.III : 457.
ULE (G.), VOL.II, T.III : 395.
ULRICH (A.), VOL.I, T.II : 283, 309
ULRICH (A.), VOL.II, T.III : 652.
UNVERRICHT (), VOL.II, T.III : 524.
URBAN (H.), VOL.II, T.III : 533.
URECHIA (C. I.), VOL.I, T.II : 100, 470
URECHIA (C. I.), VOL.II, T.III : 487, 492, 493.
URIBE CUALLA (), VOL.I, T.II : 464, 482
URSTEIN (A.), VOL.I, T.II : 110, 111, 112
URSTEIN (A.), VOL.II, T.III : 187, 454.
USSE (), VOL.I, T.I : 242.
UTER (), VOL.II, T.III : 124.
VACHÉ (J.), VOL.I, T.II : 240, 241, 374.
VACHER (L'ÉVENTREUR), VOL.I, T.II : 277, 317, 318.
VALDENAIRE (P.), VOL.II, T.III : 478.
VALENCE (), VOL.I, T.I : 238.
VALENCE (R.), VOL.II, T.III : 64, 222.
VALIDIRE (), VOL.II, T.III : 448.
VALLANCIEN (), VOL.I, T.II : 134
VALLEJO NÁGERA (A.), VOL.II, T.III : 664.
VALLON (), VOL.I, T.I : 242.
VALLON (), VOL.I, T.II : 349
VALLON (Ch.), VOL.II, T.III : 12, 34, 572.
VAN BANLIET (), VOL.I, T.II : 55
VAN BOGAERT (L.), VOL.I, T.II : 168, 189, 195,

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- 196, 446, 451, 472, 474, 475
VASCHIDE (), VOL.I, T.I : 195, 211.
VASILESCO (), VOL.I, T.II : 102
VEDRANI (G.), VOL.I, T.II : 75, 88, 513.
VELLUZ (), VOL.I, T.II : 185
VERCIER (), VOL.I, T.II : 183, 184
VERDEAUX (), VOL.I, T.II : 220
VERGER (), VOL.I, T.II : 99
VERIN (MLLE), VOL.II, T.III : 506.
VERJAAL (), VOL.I, T.II : 39, 60
VERLAINE (PAUL) , VOL.I, T.II : 283
VERLAINE E., VOL.I, T.II : 234
VERLAINE L. , VOL.I, T.II : 234
VERMELIN (), VOL.II, T.III : 382.
VERMEYLEN (G.), VOL.I, T.II : 442, 464, 538
VERMEYLEN (G.), VOL.II, T.III : 44.
VERNET (C.), VOL.II, T.III : 104.
VEROGET (), VOL.II, T.III : 325.
VERROL (), VOL.I, T.II : 27
VERSCHUER (VON), VOL.I, T.II : 248
VERSCHUER (VON), VOL.II, T.III : 611, 678.
VERWAECK (P.), VOL.I, T.II : 464, 538.
VERZENI (), VOL.I, T.II : 318
VESILESCU (), VOL.I, T.II : 96
VIDAKOVITCH (), VOL.II, T.III : 416.
VIDART (), VOL.I, T.II : 403
VIDART (L.), VOL.II, T.III : 651.
VIDONI (), VOL.II, T.III : 497.
VIÉ (), VOL.I, T.II : 458
VIÉ (), VOL.II, T.III : 490.
VIGNAUD (), VOL.II, T.III : 442.
VIGNERON (), VOL.I, T.II : 81
VIGOUROUX (), VOL.I, T.I : 225.
VIGOUROUX (), VOL.I, T.II : 45, 354, 469, 536
VIGOUROUX (A.), VOL.II, T.III : 205, 500.
VILLASECA (), VOL.I, T.II : 447
VINCENT (CLOVIS), VOL.II, T.III : 522, 523, 532, 537, 733.
VINCHON (J.), VOL.I, T.I : 52.
VINCHON (J.), VOL.I, T.II : 315
VINES (H. W.), VOL.II, T.III : 497.
VIRCHON (), VOL.I, T.II : 290 [NdE : graphie vérifiée]
VIRCHOW (), VOL.I, T.I : 28, 32.
VISINTINI (FABIO), VOL.I, T.II : 55, 68, 137.
VITO LONGO (), VOL.I, T.II : 131
VIVES (LUIS), VOL.I, T.I : 199
VIZZINI (), VOL.II, T.III : 366.
VLAVIANOF (), VOL.II, T.III : 341.
VOGELIN (), VOL.I, T.II : 138
VOGT (O.), VOL.I, T.II : 105, 115, 157, 190
VOGT (O.), VOL.II, T.III : 738.
VOGT (RAGNAR), VOL.II, T.III : 473.
VOIGTLANDEN (), VOL.I, T.II : 261
VOISIN (F.), VOL.I, T.I : 54.
VOISIN (A.) VOL.I, T.II : 441
VOISIN (J.), VOL.II, T.III : 555, 605, 650.
VOIVENEL (P.), VOL.II, T.III : 433, 440, 448.
VOLLMER (), VOL.II, T.III : 308.
VOLTAIRE, VOL.I, T.II : 349
VORKARTNER (), VOL.II, T.III : 603.
VOS (DE), VOL.II, T.III : 386.
VOSS-SUBKE (), VOL.I, T.II : 301
VULPIAN (), VOL.I, T.I : 33.
VURPAS (C.), VOL.I, T.II : 348, 443, 452
VURPAS (C.), VOL.II, T.III : 192.
WAAGE (), VOL.I, T.II : 55
WACHTER (P.), VOL.II, T.III : 128.
WACKENRODER (), VOL.I, T.II : 126
WAGNER (), VOL.I, T.II : 356
WAGNER (LE CAS), VOL.I, T.II : 532
WAKSMAN (), VOL.I, T.I : 38.
WALCH (R.), VOL.II, T.III : 456.
WALKER (), VOL.II, T.III : 443, 611.
WALL J. H. , VOL.I, T.II : 341
WALLON (H.), VOL.I, T.II : 36, 168, 200, 202, 249, 259, 443
WALLON (H.), VOL.II, T.III : 616, 759, 760.
WALTHER-BÜEL (H.), VOL.II, T.III : 196, 384, 457.
WALTZ (), VOL.I, T.II : 87
WARDENER (DE), VOL.II, T.III : 393.
WARREN (), VOL.II, T.III : 499.
WASSERMAYER (), VOL.I, T.II : 123
WATSON (), VOL.I, T.II : 203
WATT (A. C.), VOL.II, T.III : 533.
WATTS (J. W.), VOL.II, T.III : 723.
WEBER (), VOL.I, T.II : 505
WEBER (A.), VOL.II, T.III : 226, 303.
WEBER (H.), VOL.II, T.III : 426.
WEBER (W. C.), VOL.II, T.III : 529, 530, 533-534, 539, 540-545, 651.
WECHSLER (), VOL.I, T.II : 13, 39, 41, 44
WECHSLER (), VOL.II, T.III : 387.

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- WECHSLER-BELLEVUE (), VOL.I, T.II : 13
WEEKS (), VOL.II, T.III : 611.
WEICHERODT (), VOL.I, T.II : 355
WEIDENHAMER (), VOL.II, T.III : 397.
WEIMANN (), VOL.I, T.II : 318
WEINBERG (), VOL.I, T.II : 195
WEINSCHANK (C.), VOL.II, T.III : 748.
WEIR MITCHELL (), VOL.I, T.II : 18
WEISS (), VOL.I, T.I : 28, 30, 47, 79, 104, 116, 143.
WEISS (), VOL.I, T.II : 400
WEISSMANN (), VOL.I, T.I : 35.
WEITBRECHT (H. J.), VOL.II, T.III : 112, 132, 434, 518.
WEIZSACKER (V. VON), VOL.I, T.I : 30, 43, 47, 143.
WEIZSACKER (V. VON), VOL.I, T.II : 120, 273, 469
WELCH (L.), VOL.II, T.III : 58.
WELCKER (), VOL.I, T.II : 290
WELLS (F. L.), VOL.I, T.II : 13, 34, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 67
WELLS (F. L.), VOL.II, T.III : 387.
WELTI (H.), VOL.II, T.III : 112, 490.
WERKOM (VAN), VOL.I, T.II : 44
WERNER (), VOL.I, T.II : 349
WERNICKE, VOL.I, T.I : 33, 55, 56, 57, 61, 81, 88, 91, 95.
WERNICKE, VOL.I, T.II : 16, 58, 59, 72, 79, 107, 144, 151, 152, 164, 165, 168, 193, 194, 333, 390, 446, 535
WERNICKE, VOL.II, T.III : 34, 41, 42, 60, 102, 145, 227, 244, 304. 309. 322, 331, 353, 393, 394, 414, 421, 660, 740, 748.
WERTHAM (F. M.), VOL.II, T.III : 59, 103, 104.
WERTHEIMER (), VOL.I, T.I : 192.
WERTHER (DE GOETHE), VOL.I, T.II : 373
WESPHAL-STRUMPELL (), VOL.I, T.II : 192
WESSENFELD (F.), VOL.II, T.III : 622.
WESTERMANN (J.), VOL.II, T.III : 176.
WESTON (), VOL.II, T.III : 506.
WESTPHAL (K.), VOL.I, T.I : 55.
WESTPHAL (K.), VOL.I, T.II : 71, 123, 124, 176, 179, 193, 283
WESTPHAL (K.), VOL.II, T.III : 36, 192, 196, 261, 325.
WESTPHAL (K.), VOL.II, T.III : 612.
WETZEL (A.), VOL.I, T.I : 235.
WETZEL (A.), VOL.I, T.II : 90, 436, 522
WETZEL (A.), VOL.II, T.III : 276, 303.
WEXBERG (), VOL.II, T.III : 190.
WEYGAND (), VOL.I, T.II : 156
WEYGANDT (), VOL.I, T.II : 155
WEYRICH (), VOL.I, T.II : 360
WHEATLEY (), VOL.II, T.III : 485.
WHILES (), VOL.II, T.III : 101.
WHITE (W. A.), VOL.II, T.III : 174, 655.
WHITE (W.), VOL.I, T.I : 104, 159.
WIDAL (), VOL.I, T.II : 141
WIDAL (), VOL.II, T.III : 365.
WIENER (), VOL.I, T.I : 42.
WIENER (), VOL.I, T.II : 9
WIENER (), VOL.II, T.III : 749.
WIERSMA (), VOL.II, T.III : 616.
WIES (D.), VOL.II, T.III : 723.
WIESE (), VOL.I, T.II : 360, 376
WIGAN (), VOL.I, T.II : 32
WIGERT (), VOL.II, T.III : 504.
WIKLER (), VOL.II, T.III : 226.
WIKOFF (H.), VOL.II, T.III : 494.
WILDE (OSCAR), VOL.I, T.II : 283
WILLE (), VOL.II, T.III : 331, 366, 452.
WILLIAMS J. H. , VOL.I, T.II : 258
WILLIGE (), VOL.II, T.III : 36.
WILLIS (TH.), VOL.II, T.III : 50, 120, 430.
WILLIS (THOMAS), VOL.I, T.I : 68.
WILLMAN (), VOL.I, T.II : 39
WILLMANS (), VOL.II, T.III : 276, 277, 454.
WILMANS (), VOL.I, T.II : 108, 111, 112, 261
WILSON (), VOL.I, T.II : 25, 189, 192
WILSON (S. A. KINNIER), VOL.II, T.III : 323, 393, 530, 535-538, 541, 650.
WIMMER (A.), VOL.I, T.II : 315, 332
WIMMER (A.), VOL.II, T.III : 52, 175, 475, 477.
WINCKELMANN (), VOL.I, T.II : 283, 295
WINOGRADOFF (), VOL.I, T.II : 124
WINSLOW (FORBES), VOL.I, T.II : 18, 22, 25, 53, 67, 362
WINTE (), VOL.I, T.II : 302
WITHORN (), VOL.II, T.III : 505.
WITTELS (), VOL.I, T.II : 315
WITTELS (F.), VOL.I, T.I : 103, 107.
WITTELS (F.), VOL.II, T.III : 622.
WITTMAN (P.), VOL.I, T.II : 37

INDEX GÉNÉRAL DES DEUX VOLUMES

- WITZEL (), VOL.II, T.III : 97.
WŁADYCKO (), VOL.I, T.II : 141
WOELDER (C.F.R.), VOL.I, T.I : 120.
WOHLFAHRL (), VOL.I, T.II : 202
WOHLFARTH (PAUL), VOL.I, T.II : 514
WOLBERG (), VOL.II, T.III : 138, 505.
WOLBERG (LEWIS R.), VOL.I, T.I : 177.
WOLF (E.), VOL.I, T.II : 300
WOLFENSPERGER (), VOL.II, T.III : 419.
WOLFF (S.C.), VOL.I, T.II : 86, 90, 154
WOLFF (A.), VOL.II, T.III : 487.
WOLFF (R.), VOL.II, T.III : 456.
WOLLERNER (), VOL.II, T.III : 482.
WOLTERG (LEWIS R.), VOL.II, T.III : 756.
WOODROW (), VOL.I, T.II : 16
WOODWORTH-MATHEWS (), VOL.I, T.II : 265
WORCESTER (W. H.), VOL.II, T.III : 331, 482.
WORTIS (B.), VOL.II, T.III : 375.
WUNDT (), VOL.II, T.III : 57, 127, 261, 660.
WUTH (O.), VOL.II, T.III : 138, 487, 501, 502,
503, 505.
WYRSCH (J.), VOL.II, T.III : 106, 175, 187, 195,
454, 604.
WYSS (W. H. VON), VOL.I, T.I : 47, 143.
XANTIPPE, VOL.I, T.II : 294
XENOPHON, VOL.I, T.II : 295
YACORZYNSKI (), VOL.II, T.III : 607.
YAKOVIEV (), VOL.II, T.III : 605.
YASMADJIAN (), VOL.I, T.II : 261
YATE (), VOL.II, T.III : 494.
YDE (), VOL.II, T.III : 397, 603.
YERKES (), VOL.I, T.II : 35, 234
YOUNG (), VOL.II, T.III : 466.
ZACCHIAS (PAUL), VOL.I, T.I : 51, 68.
ZACCHIAS (PAUL), VOL.II, T.III : 12, 13, 50, 111,
120.
ZACKER (), VOL.I, T.II : 57
ZADOR (), VOL.I, T.I : 231.
ZADOR (), VOL.II, T.III : 313, 317, 318.
ZAHLE (V.), VOL.II, T.III : 52, 175, 452.
ZALLA (A.), VOL.II, T.III : 490.
ZAND (), VOL.I, T.II : 143
ZANGWILL (), VOL.I, T.II : 40
ZAVALLERO (), VOL.II, T.III : 598.
ZAZZO (R.), VOL.II, T.III : 609.
ZELIONY (), VOL.I, T.II : 56
ZELLER (), VOL.II, T.III : 28.
ZÉNON, VOL.I, T.I : 27.
ZÉRO (), VOL.I, T.II : 248
ZIEGLER (), VOL.I, T.II : 234
ZIEGLER (L. H.), VOL.II, T.III : 112, 198, 490.
ZIEHEN (I.), VOL.I, T.I : 233.
ZIEHEN (I.), VOL.II, T.III : 136, 326, 442, 477,
628.
ZIEHEN (TH.), VOL.I, T.II : 16, 67, 138, 182,
254, 523
ZIJZERMAN (), VOL.II, T.III : 500.
ZILBOORG (G.), VOL.I, T.I : 52, 79.
ZILBOORG (G.), VOL.I, T.II : 285, 355, 360, 373,
378
ZILBOORG (G.), VOL.II, T.III : 756.
ZILIAN (), VOL.I, T.II : 202
ZILLIG (G.), VOL.II, T.III : 456.
ZIMMERMAN (), VOL.II, T.III : 386.
ZINGERLE (), VOL.I, T.II : 168, 188, 189, 195
ZINGERLE (H.), VOL.I, T.II : 103, 315
ZIPF (G. K.), VOL.II, T.III : 54.
ZISKIND (), VOL.I, T.II : 37
ZISKIND (E.), VOL.II, T.III : 607.
ZISTERMANN (), VOL.II, T.III : 136.
ZOLA, VOL.I, T.II : 32, 228, 283
ZONDEK (), VOL.I, T.II : 301
ZONDEK (H.), VOL.II, T.III : 198, 493-494.
ZUCKER (), VOL.I, T.I : 231.
ZUCKER (), VOL.II, T.III : 313, 318.
ZUCKERMANN (S.), VOL.I, T.II : 234, 235, 279,
292, 294.
ZUNINI (), VOL.I, T.II : 234
ZUTT (J.), VOL.II, T.III : 664, 746.
ZWEIG (), VOL.II, T.III : 331.

BIBLIOTHÈQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE
DE LANGUE FRANÇAISE *

La Bibliothèque Neuro-Psychiatrique de Langue Française, sous la direction du Dr Henri Ey, publie des ouvrages de neuro-psychiatrie au sens le plus large du terme.

- | | |
|--|--|
| AUBIN, Dr H. | L'Homme et la Magie. |
| BINSWANGER, Ludwig | Le cas Suzanne Urban. Etude sur la schizophrénie. |
| BONNAFÉ, L. / EY, H. /
FOLLIN, S. / LACAN, J. / | Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses. |
| ROUART, J. / BRION, A. / EY, H. | Psychiatrie animale. |
| CAIN, Jacques | Le problème des névroses expérimentales. |
| CHERTOK, L. | Féminité et maternité. |
| DALBIEZ, Roland | La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne (2 tomes). |
| EY, Henri | Etudes psychiatriques : |
| | Tome I. Historique - Méthodologie - Psychopathologie générale. |
| | Tome II. Aspects séméiologiques. |
| | Tome III. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. |
| EY, Henri | L'Inconscient. |
| EY, Henri | Histoire de la psychiatrie dans l'histoire de la médecine (en préparation). |
| KUHN, Roland | Phénoménologie du masque à travers le test de Rorschach. |
| MARCHAND, Dr L. /
AJURIAGUERRA, J. de : | Epilepsies. Leurs formes cliniques.
Leurs traitements. |
| MINKOWSKA, F.
formes. | Le Rorschach. A la recherche du monde des |
| MINKOWSKI, E. | La Schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes. |
| VEXLIARD, Alexandre | Le Clochard. Etude de psychologie sociale. |
| VINCHON, Jean | La magie du dessin. Du griffonnage automatique au dessin thérapeutique. |
| WEIZSAECKER, V. von
<i>A paraître :</i> | Le cycle de la Structure. |
| LAIN-ENTRALGO, P. | Histoire de la médecine clinique, traduction française de « La Historia clinica ». |

*. [NdE : Reproduction de la 4^{ème} de couverture du tome IV de 1954].