

Evolution psychiatrique

I . Evolution psychiatrique. 1934.

1/ Les contenus accessibles sur le site Gallica sont pour la plupart des reproductions numériques d'oeuvres tombées dans le domaine public provenant des collections de la BnF. Leur réutilisation s'inscrit dans le cadre de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 :

- La réutilisation non commerciale de ces contenus ou dans le cadre d'une publication académique ou scientifique est libre et gratuite dans le respect de la législation en vigueur et notamment du maintien de la mention de source des contenus telle que précisée ci-après : « Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France » ou « Source gallica.bnf.fr / BnF ».

- La réutilisation commerciale de ces contenus est payante et fait l'objet d'une licence. Est entendue par réutilisation commerciale la revente de contenus sous forme de produits élaborés ou de fourniture de service ou toute autre réutilisation des contenus générant directement des revenus : publication vendue (à l'exception des ouvrages académiques ou scientifiques), une exposition, une production audiovisuelle, un service ou un produit payant, un support à vocation promotionnelle etc.

[CLIQUER ICI POUR ACCÉDER AUX TARIFS ET À LA LICENCE](#)

2/ Les contenus de Gallica sont la propriété de la BnF au sens de l'article L.2112-1 du code général de la propriété des personnes publiques.

3/ Quelques contenus sont soumis à un régime de réutilisation particulier. Il s'agit :

- des reproductions de documents protégés par un droit d'auteur appartenant à un tiers. Ces documents ne peuvent être réutilisés, sauf dans le cadre de la copie privée, sans l'autorisation préalable du titulaire des droits.

- des reproductions de documents conservés dans les bibliothèques ou autres institutions partenaires. Ceux-ci sont signalés par la mention Source gallica.BnF.fr / Bibliothèque municipale de ... (ou autre partenaire). L'utilisateur est invité à s'informer auprès de ces bibliothèques de leurs conditions de réutilisation.

4/ Gallica constitue une base de données, dont la BnF est le producteur, protégée au sens des articles L341-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

5/ Les présentes conditions d'utilisation des contenus de Gallica sont régies par la loi française. En cas de réutilisation prévue dans un autre pays, il appartient à chaque utilisateur de vérifier la conformité de son projet avec le droit de ce pays.

6/ L'utilisateur s'engage à respecter les présentes conditions d'utilisation ainsi que la législation en vigueur, notamment en matière de propriété intellectuelle. En cas de non respect de ces dispositions, il est notamment passible d'une amende prévue par la loi du 17 juillet 1978.

7/ Pour obtenir un document de Gallica en haute définition, contacter utilisation.commerciale@bnf.fr.

ANNÉE 1934

FASCICULE III

L'ÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE

Revue trimestrielle de Psychologie clinique
et de Psychopathologie générale



COMITÉ

- - - MM. R. ALLENDY, A. BOREL, M^{me} H. CODET - - -
MM. H. CODET, A. HESNARD, R. LAFORGUE, M^{me} F. MINKOWSKA,
- - MM. E. MINKOWSKI, E. PICHON, G. ROBIN, P. SCHIFF - -

Rédacteurs en chef délégués

MM. H. CODET ET E. MINKOWSKI



J. L. L. D'ARTREY

Directeur-Administrateur

17, RUE DE LA ROCHEFOUCAULD

PARIS - 9^e



PRIX DE L'ABONNEMENT :

France.....	80 fr.	Etranger.....	100 fr.
Le Numéro.....	25 fr.		

Adresser toutes correspondances, tous abonnements et envois d'argent
M. J. L. L. d'Artrey, administrateur, 17, rue de la Rochefoucauld, Paris (9^e).
Compte Postal : J. L. L. d'Artrey, Paris 652.17. — Téléphone : Trinité 42.60.

Principaux Articles
à paraître
dans les prochains numéros

PICARD. Les parentés cliniques de l'Epilepsie et de la Psychose maniaque-dépressive. — *Discrimination et comparaison des éléments communs dans les cas typiques et atypiques.*

E. MINKOWSKI. Le langage et la structure de la vie. — *Données tirées du langage pour l'étude des phénomènes essentiels de la vie psychique.*

H. CODET. La Syntonie excessive. — *Description de troubles causés par excès de syntonie, en opposition avec les états schizoïdes.*

P. SCHIFF. Sur l'étiologie de la Démence précoce. — *Revue de faits cliniques et expérimentaux.*

F. MINKOWSKA. L'hérédité dans la Schizophrénie et dans l'Epilepsie. — *Critique de la nouvelle loi de stérilisation en Allemagne.*

A. REPOND. L'hygiène mentale.

Position actuelle des problèmes de la Démence précoce et des Etats Schizophréniques

L'étude (1) des états que depuis Kraepelin on range sous le nom de démence précoce se trouve maintenant « embouteillée » par la multiplicité contradictoire des travaux, les déformations notionnelles, l'incohérence des descriptions et des doctrines, si bien qu'à l'heure actuelle toutes les études cliniques ou biologiques sur « la démence précoce » paraissent sapées à leur base par l'inconsistance du groupe de faits qu'elles entreprennent de rattacher à un mécanisme ou à une étiologie. Il y a toujours eu en psychiatrie un *caput mortuum* de faits et de doctrines hétéroclites qui par son ampleur et ses confusions a jeté le plus grand discrédit sur les méthodes et la langue des psychiatres. Un travail d'épuration et de position correcte des problèmes qui se sont posés et se posent ne saurait être envisagé comme un acte de pur « mandarinisme » psychiatrique, mais bien plutôt comme une orientation, dans un sens bien déterminé et concret, des recherches ultérieures. La besogne est, à la fois, urgente et difficile. Je vous propose d'en organiser ensemble les linéaments d'observation et de méthode. C'est d'Allemagne que la grande synthèse nous est venue. C'est d'Allemagne que nous parviennent les échos d'une confusion chaque jour croissante. Peut-être est-il temps de passer au crible d'un cartésianisme sans doute un peu désuet, mais dont la discipline reste nécessaire, les données de fait, les conceptions — souvent profondes et toujours intéressantes — qui ont apporté aux problèmes qui vont nous occuper plus de richesse que de clarté.

(1) Conférence faite au Groupe de l'Evolution Psychiatrique, le 12 juin 1934.

LE PROBLÈME GÉNÉRAL

I. EVOLUTION GÉNÉRALE DES IDÉES. A LA RECHERCHE D'UN CRITÈRE ET D'UN MÉCANISME. — D'où est-on parti ? La synthèse kraepelinienne est partie d'éléments eux-mêmes divers et flous. Elle a englobé tous les états qui étaient, chez nous, connus sous le nom de délires de dégénérés, de délires chroniques, de mélancolie stuporeuse, de stupidité, de démences vésaniques. Depuis longtemps en face des états d'arriération congénitale, des états de dévastation démentielle, de la folie circulaire, des délires bien systématisés, on s'était trouvé dans la nécessité de considérer un groupe de folies bizarres et incohérentes avec troubles de l'idéation, du comportement et une évolution vers un état de décomposition de la personnalité où les facteurs dégénératifs héréditaires jouent un grand rôle.

En France, le groupe de la dégénérescence et des démences vésaniques ; en Allemagne celui de la « Verrücktheit » ou des « Paranoïa » primitives ou secondaires englobant des formes aiguës et chroniques ont longtemps représenté les notions qui devaient être présentées sous un nouveau jour par Kraepelin.

La phase Kraepelinienne. — L'œuvre de Kraepelin a été le point de départ d'une évolution des idées dont la formule générale a été de *fonder un groupe d'états psychopathiques sur un critère clinique immédiatement rattachable à un processus* et par là, sinon de garantir l'autonomie d'une affection bien caractérisée, tout au moins de présenter ce groupe comme l'expression d'une *unité de processus*.

Quels critères successifs a adopté Kraepelin ? Ce fut d'abord la notion d'une *évolution démentielle* et c'est à ce titre qu'il a d'abord constitué sa « démence précoce » avec le groupe des *hébéphrénies* de Kahlbaum-Hecker (1863-1871). Ensuite les études de ce grand psychiatre que fut Kahlbaum arrêtaient son choix sur un deuxième critère : les troubles moteurs. Il hésita cependant avant d'intégrer la *catatonie* dans la D. P. Ce fut chose faite dans la 6^e édition (1899). C'est de cette année que date la constitution du groupe kraepelinien. Il comprend désormais les *hébéphrénies*, les *catatonies* et les délires paranoïdes connus chez nous sous le nom de délires chroniques évoluant vers un état de démence vésanique. Enfin, il fut amené à fonder son groupe de la D. P. sur un troisième critère, l'*inaffectivité*, qu'il considéra comme le trait le plus essentiel de la « maladie ». Si l'on veut bien considérer

l'évolution même du système kraepelinien dans son mouvement le plus intime on en saisit le progrès caractéristique : le critère essentiel s'est déplacé de la démence vers l'inaffectivité. C'est, en définitive, un état d'impuissance instinctivo-affective, d'épuisement des tendances et non plus d'affaiblissement psychique progressif qui impose son unité au groupe tout entier, lequel ne comprend pas moins de neuf formes en 1910. Plus généralement encore, on peut dire que l'aspect clinique immédiatement lié au processus morbide (conçu par Kraepelin comme une auto-intoxication) sous les notions de démence primitive, de troubles moteurs (la Spannungsirresein de Kahlbaum) paraît ensuite moins étroitement générateur des symptômes eux-mêmes, dans la mesure où ceux-ci sont considérés comme le résultat d'un relâchement général des liens affectifs qui maintiennent l'unité et la force de la personnalité. Retenons cette évolution des idées qui, ne l'oublions pas, sont, dans une œuvre clinique aussi magistrale, le reflet plus ou moins direct des faits. Par ses exigences intimes, le système en appelait un autre qui devait le continuer : celui de Bleuler.

La phase bleulérienne. — Nous venons de voir que parti de l'idée première que la D. P. représentait un état fondamental de dévastation profonde de toutes les fonctions psychiques, qu'un processus déclenchait un à un tous les symptômes dont il était à la fois la cause et la condition, Kraepelin s'était détaché peu à peu de cette conception purement mécaniste des états de D. P. La condition générale des tableaux cliniques lui sembla progressivement être moins les inflexions mêmes de ce processus destructeur que l'état, qu'il provoque, de relâchement général des forces affectives, dont le rôle est d'assurer la cohérence, la consistance de l'activité psychique, c'est cette idée d'un double étage dans le déterminisme des symptômes qui est l'idée maîtresse de Bleuler.

Le dément précoce n'est, pour lui, ni un inaffectif, ni un dément. Le processus, s'il entraîne les perturbations psychiques primitives, ne conduit, par lui-même, que jusqu'à un certain point et à une certaine forme d'inaffectivité et de démence. Il y a, plutôt qu'une destruction, une modification de la pensée et de la vie affective du dément précoce ; de cette modification résulte toute une série de troubles qui lui donnent l'apparence de l'inaffectivité et de la démence. Cette apparence, c'est-à-dire le tableau clinique lui-même, est fait de tous les aspects étranges que prend son activité psychique, sous l'influence du processus primitif sans doute, mais selon aussi les lois propres au mode de pensée auquel il est réduit. Ce mode de pensée anormal c'est l'autisme. Le dément précoce n'est ni un inaffectif,

ni un dément, c'est un schizophrène. Telle est la thèse générale que Bleuler a défendue dans son œuvre monumentale de 1911.

Cette œuvre, Messieurs, on la connaît en France beaucoup plus dans ses conclusions que dans son progrès, beaucoup plus dans son point d'arrivée que dans sa structure. Or, l'originalité de Bleuler — et je le penserai contre Bleuler lui-même — n'est pas d'avoir montré que le dément précoce était en rupture de contact avec la réalité, encore moins d'avoir posé cette rupture de contact comme une donnée primitive, mais tout au contraire d'avoir montré de quels troubles, de quelle cascade de troubles elle est la conséquence. Ceci vaut bien que nous nous arrêtions à l'analyse de son ouvrage, de cet ouvrage que j'ai pour ma part toujours considéré comme la Bible des études psychiatriques modernes. Le livre, édité en 1911, est intitulé *Dementia precox* ou *Groupe des schizophrénies*. Dans l'esprit de Bleuler, il ne s'agissait pas d'une affection autonome : la schizophrénie.

Il y a des symptômes (2) qui correspondent directement au processus morbide, d'autres sont secondaires ; ils résultent de la réaction de l'esprit malade aux événements externes ou psychiques (Erlebnis). A peu près toute la symptomatologie décrite jusqu'à présent de la D. P. est une symptomatologie secondaire et en quelque sorte fortuite. Tel est le principe général.

Nous ne connaissons pas exactement les signes vraiment *primitifs*. Il faut ranger vraisemblablement parmi eux une partie des troubles associatifs. Les associations ne suivent plus leur cours habituel. Il y a parfois un tel morcellement de la pensée qu'une idée ne peut plus s'achever. La conduite exprime le même trouble. C'est au cours des phases schizophréniques subaiguës, fréquentes dans l'évolution, que ces troubles se manifestent. Ils s'accompagnent souvent d'un état toxi-infectieux. Les troubles associatifs sont primitifs dans la mesure où il s'agit d'une perturbation des affinités associatives. Les états d'obtusion (Benommenheit) sont également primitifs. Les états d'agitation et de dépression, les états hallucinatoires, les tendances aux stéréotypies constituent aussi des troubles primaires dont font partie d'ailleurs tous les signes physiques, nerveux et somatiques. Pour la catatonie que l'on considère généralement comme primitive, il semble bien que la majeure partie de ces symptômes soit secondaire.

(2) Nous donnons ici les principales propositions qui constituent l'essentiel de la conception de Bleuler, si mal connu chez nous. Il ne s'agit pas d'une traduction littérale pour toutes les citations, mais le texte est serré de très près et « l'esprit » de l'ouvrage est scrupuleusement respecté.

Les signes *secondaires* sont consécutifs au relâchement des associations, ils représentent l'utilisation de simples fragments de pensées à caractère symbolique, inachevé. Leur caractère général est de se présenter dans une étroite subordination à un complexe psychique idéo-affectif. L'état de *dislocation schizophrénique* (Spaltung) doit être lui-même considéré comme secondaire dans la mesure où les condensations psychiques qui la manifestent sont organisées par des facteurs affectifs. La pathogénie des troubles secondaires doit être conçue, dans ses traits généraux, de la façon suivante : il y a un relâchement associatif qui permet des associations inaccoutumées, d'où résultent les ruptures, les condensations, les généralisations, les combinaisons conceptuelles illogiques. De cette faiblesse intellectuelle résulte un nouveau mode de direction et d'organisation de la pensée par les complexes affectifs. Ce qui est agréable est maintenu, ce qui est désagréable est écarté. Le malade écarte la réalité désagréable, et construit les linéaments d'un monde agréable. Cette rupture avec le monde extérieur, avec les valeurs de réalité, représente l'*autisme*. De cette fragmentation, de cette incapacité d'unité et de perfection dans la direction psychique semble résulter également l'*ambivalence*, le maniérisme, les troubles *affectifs*. La dislocation elle-même secondaire est la condition des manifestations les plus complexes. Elle imprime à tous les symptômes sa marque spéciale. « Mais derrière cette *dislocation systématisée*, dit-il page 296, nous avons trouvé un *relâchement primitif des processus associatifs*, relâchement qui peut conduire à une fragmentation irrégulière de concepts pourtant aussi solides que les données mêmes de l'expérience. *Sous le nom de schizophrénie, j'ai voulu désigner ces deux formes de dissociation qui se confondent souvent dans leur action.* Quant aux *troubles affectifs*, ils représentent une tyrannie bien plus grande qu'à l'état normal de la pensée affective. De plus, il y a là aussi un mode d'affectivité troublée comme nous voyions plus haut un mode d'activité intellectuelle troublée. Mais pas plus que la dislocation intellectuelle n'est de la démence, pas plus l'affectivité paradoxale, systématisée, capricieuse du schizophrène n'est de l'indifférence affective foncière. — *L'autisme est une conséquence directe de la dislocation schizophrénique*, sa loi générale d'organisation est de permettre que se substitue la satisfaction des tendances affectives à la conformité aux règles de la logique ou aux données de l'expérience. — L'évolution se fait vers un état de « Blödsinn » (Kraepelin parlait de « Verblödung » qui a peut-être un sens moins fort), c'est-à-dire un état d'« affaiblissement » très particulier. Ce Blödsinn est fait, sans doute, de quelques signes primaires, mais dans sa majeure partie il repré-

sente la forme la plus avancée du type de pensée schizophrénique, de plus en plus fragmentaire, ambivalente, « autistique ». L'affectivité déchaînée, polarisée, règne en maîtresse, les impulsions, le négativisme, la fixation des attitudes, sont les principaux traits de cet état de déchéance. — Les délires et les hallucinations ne se comprennent qu'intégrés dans l'activité autistique avec une forte charge affective selon les lois, dans les faits vérifiées, des mécanismes freudiens. — Les chapitres concernant les symptômes catatoniques (p. 149 à 170, et p. 358 à 371), sont particulièrement intéressants, parce que très caractéristiques de cet effort pour « décoller » (3) les symptômes observés de l'action purement mécanique du processus. Tous les symptômes : négativisme, impulsions, actes automatiques, maniérisme, stéréotypies sont interprétés dans le sens général de la théorie des signes primitifs et secondaires avec une « part de lion » pour ces derniers.

Rassemblant et précisant une fois encore ses idées sur la conception générale « de la maladie » (pages 373 et suivantes), Bleuler admet qu'il existe un processus dont dépendent les signes primaires. Les symptômes secondaires sont ou des fonctions psychiques modifiées, ou des conséquences des troubles primitifs, ou encore des tentatives d'adaptation à ces troubles. La symptomatologie, en tant qu'essentiellement secondaire, se rapproche beaucoup plus des névroses que des grandes psychoses. Il y a cependant à sa base des modifications de l'état cérébral. « L'introversion » ne peut pas tout expliquer. L'évolution même paraît se faire indépendamment des facteurs psychiques, son incurabilité n'est pas celle d'une maladie purement fonctionnelle. Une conception qui admet un trouble (anatomique ou chimique) dans le cerveau, évoluant chroniquement par poussées se trouve sans restriction justifiée par ces faits (p. 374).

Enfin, soulignons que dans son livre, Bleuler repousse à plusieurs reprises et formellement l'origine « constitutionnelle » des schizophrénies. « La maladie, dit-il, ne se développerait pas à partir du caractère comme la conception courante le pense, elle ne serait pas prédéterminée dans ses symptômes par le caractère comme le pense Tilling, mais ce qui détermine la symptomatologie est le complexe affectif, lequel de son côté est souvent indépendant des dispositions innées (p. 319). Et, en conclusion (p. 377) : *« Beaucoup conçoivent la schizophrénie comme une disposition morbide de l'œuf. Les facteurs d'hérédité, la fréquence de la maladie chez les arriérés,*

(3) L'expression et la réflexion sont de nous.

le caractère anormal des individus qui deviendront schizophrènes, font pencher en faveur de cette hypothèse. Mais ce que l'on considère comme une disposition anormale peut être déjà la maladie même, et lorsque nous demandons quels cerveaux inclinent à de telles maladies mentales, nous sommes en présence d'un véritable *tohu-bohu*. On veut distinguer des cerveaux robustes et fragiles, des dégénérés et des non-dégénérés, des psychopathes et des anormaux, mais ce que l'un juge positivement, l'autre le considère négativement. De pareilles conceptions aboutissent à l'incohérence. En fait, cette question de prédisposition reste sans réponse et peut-être est insoluble. »

Phase constitutionnaliste. — Telle est pourtant la voie dans laquelle il s'est lui-même engagé dans la suite. Kraepelin avait déjà amorcé l'évolution des idées dans le sens d'un certain écart entre le processus et les symptômes. Bleuler a résolument engagé les études sur le schizophrène dans cette voie. Il restait une troisième étape à franchir qui devait aboutir comme nous allons le voir à vider entièrement la notion de schizophrène de tout processus. Voir dans les troubles schizophréniques un ensemble de modes de réactions, d'idées, de comportement qui se retrouvent à la base même de la personnalité du malade comme les éléments mêmes de son caractère, telle est la conception kretschmerienne à laquelle Minkowski et Claude se sont rattachés, le premier en l'amputant de ses corollaires somatiques, le second en ne l'acceptant que pour un groupe de faits opposés à la « démence précoce » vraie de Morel. Nous n'insisterons pas beaucoup sur ces travaux connus de tous. Disons que la conception caractérologique et constitutionnelle intégrale (Kretschmer) des schizophrénies prétend reposer sur deux données de faits : l'hérédité des malades et la structure de leur corps. Il suffit à mon sens de lire attentivement les statistiques de Hofman, Rüdin, Zoller, Luxembürger, etc., telles qu'elles sont exposées par exemple par Beringer dans le *Traité de Bumke*, ou encore celles de Sturzman (1928) pour avoir l'opinion de Bumke, qui reste très sceptique sur leur valeur démonstrative, si l'on ne veut pas aller jusqu'à dire avec Berze qu'il ne s'agit là que d'« eine zwecklose Spiellerei », ce que Boven traduit irrévérencieusement par « fariboles » ! Toutes ces recherches généalogiques tentent de faire accepter sous le couvert d'un *fait incontestable* (4), l'importance

(4) Je dis qu'il s'agit d'un fait incontestable car il suffit de jeter un coup d'œil sur les antécédents des « schizophrènes » ou des « déments précoces », comme on voudra, pour trouver dans leur généalogie toutes sortes de formes psychopathiques jusqu'à

des tares dégénératives de ces malades, la notion d'une hérédité similaire obéissant même aux lois mendéliennes. Or, la démonstration est d'autant plus facile — et vaine — que les traits schizophréniques sont pour ainsi dire indéfiniment élastiques. J'ai formulé (5) ces critiques et celles analogues qui visent les travaux de Kretschmer ici même dans ma conférence sur la « Notion de constitution ». Ce qui nous importe en tous cas aujourd'hui est de retrouver cet effort jusqu'à son maximum dans les conceptions de Claude et d'Adolf Meyer, effort dont le sens général est, je le répète, d'éloigner le tableau clinique du processus jusqu'à le supprimer. C'est bien en effet à quelque chose de semblable que les travaux de Claude, Borel et Robin ont paru tendre. Nous les examinerons à leur place plus loin à propos du *problème de fait* qui les a centrés.

Phase actuelle (notions de réactions). — Une réaction inévitable devait se produire contre une manière de voir qui représente le terme extrême de l'évolution des idées dans ce sens. Cette réaction, par un de ces mécanismes de l'esprit humain qui donne tant de confiance dans sa juste mesure, elle a été très vive dans l'esprit même de ces derniers auteurs qui, ayant accordé le plus, ont pour ainsi dire « renversé la vapeur » et finalement n'ont accepté la conception « constitutionnaliste » caractérologique et psychogénétique que pour une portion — toujours de plus en plus étroite — des états groupés par Kraepelin sous le nom de démence précoce.

Cette réaction n'a pas pris en Allemagne de caractère quantitatif : elle s'est présentée sous une autre forme. Le Traité de Bumke consacre un énorme volume aux schizophrénies où la thèse constitutionnaliste est réduite dans des proportions notables. Le travail tout récent d'Engelson (1934) se basant sur les conceptions de Berze, est également très démonstratif de ce point de vue. Ce point de vue, quel est-il ?

Il faudrait, pour exposer cet aspect du problème dans son ensemble, que je vous expose tous les méandres des discussions sybillines (Bumke les

et y compris des faits cyclothymiques. A ce point de vue, la généalogie si intéressante publiée par M. Tinel paraît être un type fréquent de transmission héréditaire (*Séance de la Société Médico-psychologique du 8 mars 1934*). Dans la discussion de cette communication j'avais cru, étant donné la position que j'ai prise dans ce problème des constitutions, qu'autant les faits et la théorie de la dégénérescence me paraissaient acceptables, autant la théorie proprement constitutionnaliste qui enferme le devenir de l'individu dans un cadre rigide et fatal me paraissait peu conforme aux faits. Les paroles que j'avais cru devoir prononcer à cette occasion ont été déformées par une erreur matérielle que je tenais à redresser.

(5) « La notion de constitution », *Evolution psychiatrique*, 1932.

compare à la Tour de Babel) qui noircissent et encombrent des centaines de volumes et d'articles allemands sur les notions de réaction, d'endogène, d'exogène, etc... Je m'en garderai bien, et le voudrais-je que je ne le pourrais pas, car j'avoue n'avoir pas très bien compris le sens des distinctions, confusions et chassés-croisés des travaux compliqués et abscons de Bonhoeffer, Birnbaum, Lange, Kurt-Schneider, etc. Je vais vous dire ce que j'ai compris ou cru comprendre. C'est sous cette forme que se présente en Allemagne la « batrachomyomachie » organo-psychique (6). S'agit-il de troubles créés par un processus ? S'agit-il de troubles constitutionnels, s'agit-il de troubles psychogénétiques ? Dans le premier cas on parle de réactions exogènes. Dans le deuxième, de réactions endogènes, et dans le troisième de réactions psychiques. Ne croyez pas, j'y insiste, que ce soit si simple ni si clair, ni surtout que les désignations soient les mêmes pour tous les auteurs. C'est ici que je dois vous dire un mot du mouvement phénoménologique dont M. Minkowski s'est fait en France le représentant le plus autorisé et dont bien des échos se retrouvent dans la thèse de notre ami Lacan. Le principe de la phénoménologie est double : négatif, il consiste à rejeter toute interprétation rationaliste, et positif il prescrit de pénétrer dans le psychisme du malade avec lui. Il s'agit de faire, avec le témoignage vivant du malade, une reconstruction — on ose à peine employer ce mot pour parler de la phénoménologie qui a horreur de la « construction » — de l'ensemble de ce qu'il éprouve (des « Erlebnisse », des « expériences vécues », des « contenus de conscience »). Par là — et Jaspers a mis lumineusement en évidence ce point fondamental — on fait une expérience psychologique de la plus grande valeur, on se rend compte si les états de conscience, les affects, les idées, les croyances du malade sont pénétrables, compréhensibles pour l'observateur, ou s'ils restent réfractaires à toute déduction analytique de la motivation psychologique commune d'abord ou même absolument étrangers, imperméables, irréductibles, incommensurables, inadéquats à la conscience normale. Or c'est le propre des *réactions psychiques* d'être dans de tels rapports de compréhension avec la personnalité qu'ils sont compréhensibles, analysables, transmissibles à l'observateur. Les *réactions exogènes* ou de processus sont au contraire d'autant plus irréductibles à la compréhension de celui-ci qu'elles

(6) Chez nous, les discussions entre organogénèse et psychogénèse sont restées dans l'esprit du dualisme cartésien. En Allemagne, l'opposition a toujours été moins rigoureuse, irréductible à ces deux termes extrêmes et par conséquent, pour nous, sous cette forme, assez profitable à condition de ne pas tomber dans la confusion.

sont plus immédiatement liées au processus. Mais la question la plus débattue est celle des *réactions endogènes ou constitutionnelles*. Tout dépend alors de l'idée que l'on se fait de la constitution. Je dois revenir ici sur le sens général de la critique que j'ai faite de cette notion. Ou bien la constitution est réduite à une pure virtualité, à une pure abstraction, et il reste toujours à montrer son « existence », ou bien on montre qu'elle se manifeste par des éléments concrets et alors elle représente une maladie sous la forme la plus légère, mais déjà un processus. Le vrai, à mon sens, est qu'il y a des processus acquis et des processus héréditaires que nous appelons, faute de les préciser, des *tares dégénératives*. Leur existence ne me paraît pas niable.

Arrêtons-nous un instant sur ce point, il est fondamental. Qu'il me soit permis ici de souligner l'unité de conception qui m'anime et contre les théories mécanistes et contre les théories constitutionnalistes dans la mesure où précisément elles lient trop étroitement les symptômes, le tableau clinique à leurs conditions lésionnelles ou biologiques. La notion de *réaction exogène* rejoint celle des signes *secondaires* de Bleuler. Elle a le mérite à mon sens de nous présenter la symptomatologie d'un processus comme faite en grande partie de la réaction de la personnalité à ce processus. Or quelque chose de semblable tend à se produire vis-à-vis de la notion de constitution. On ne peut pas la considérer comme déterminant purement et simplement la forme psychopathique (tout au moins en dehors des groupes nosographiques bien délimités où la notion d'hérédité similaire a un sens). Généralement tout se passe (et notamment pour les cas de « démence précoce ») comme s'il existait une *tare* (nous dirions volontiers « un *processus congénital* ») vis-à-vis duquel réagit la personnalité au fur et à mesure qu'elle « se constitue ». Dès lors, il paraît clair que, comme pour la réaction exogène, la *réaction endogène* c'est-à-dire aux facteurs dégénératifs constitutionnels, paraît également faire intervenir la *personnalité*, qui ne se confond pas, qui ne saurait se confondre, avec le pur congénital.

Ayant ainsi saisi la profonde unité qui unit le mécanisme de processus acquis et celui de mécanisme de la tare héréditaire (ou processus congénital) nous pouvons comprendre que la question tant débattue reste subsidiaire. Que le processus schizophrénique soit endogène ou exogène, il n'est pas profondément différent. Or, si nous ne nous trompons pas, c'est parmi la confusion dont nous parlions plus haut, ce qui paraît se dégager des études les plus minutieuses des phénoménologues (C. Schneider, Mayer-Gross, etc.) de l'école allemande : l'essentiel du problème général de la D. P. et des états

schizophréniques n'est pas de savoir s'il s'agit d'un processus ou d'une constitution, mais de se faire une idée de l'importance de la réaction psychique dans le mécanisme schizophrénique. A ce point de vue tout le monde paraît à peu près d'accord, et les psychanalystes eux-mêmes : le mécanisme schizophrénique admet une réaction psychique mais il reste essentiellement lié à un processus acquis ou congénital. *C'est donc d'un processus schizophrénique qu'il faut parler avec ce qu'il comporte précisément d'« organicité » à sa base et de « psychogenèse » dans le déterminisme de ses symptômes.*

C'est ainsi que nous pourrions dire avec Engelson qui s'est inspiré des idées de Berze (qui on le sait a substitué à la dissociation intellectuelle basale de Bleuler l'idée d'une chute de l'élan vital, ce qui ne change pas radicalement le problème) (7) : « Il existe une certaine entité clinique du nom de « schizophrénie. Une entité dans le sens large du mot, comprenant les « diverses formes individuelles, un lien unissant tous les cas particuliers « dont le déroulement évolutif se produit entre ces deux pôles : dépersonna- « lisation d'une part, démence (?) ou autisme de l'autre. Dans cette concep- « tion le terme de schizophrénie prend son entière signification, la déperson- « nalisation tout comme l'autisme n'étant que le reflet de la scission entre le « Moi ou l'Esprit et les autres systèmes de la personnalité..... A la période « d'activité du processus organique, *acquis ou congénital*, correspond un « état de déséquilibre et de transformation intenses — une sorte de « trem- « blement de terre » psychique, — tandis qu'à la période d'inactivité on « trouve au contraire les décombres et le désert, la disparition de toute vie, « derniers vestiges du cataclysme schizophrénique, stade de « la régression « de la personnalité. »

II. LA DISCORDANCE, NOYAU SCHIZOPHRÉNIQUE. — « Si le terme de Chaslin (8) « folie discordante » avait déjà existé à ce moment-là — disait Bleuler au Congrès de 1926 — j'aurais tout aussi bien pu le choisir. » Peut-être que bien des interprétations erronées auraient été évitées en France où l'on s'est représenté et on se représente encore la schizophrénie comme *un état* psychopathique *dû* à une rupture de contact avec l'ambiance, tandis que

(7) Berlucchi fait cette remarque très pertinente dans son travail récent sur la psychologie des schizophrènes et des délires chroniques.

(8) Nous n'insistons pas beaucoup sur les travaux de Chaslin, si remarquables, pas plus que sur ceux des autres français (Christian, Séglas, Sérieux, Masselon, M^{lle} Pascal, Claude, Guiraud, Minkowski, etc.) car ils sont bien connus.

dans l'esprit de Bleuler il s'agissait d'un *groupe* d'états de discordance psychique *rompant* le contact avec le réel. S'il ne s'agissait que d'une mauvaise interprétation de la théorie de Bleuler, pour si préjudiciable qu'elle fût à une œuvre aussi magistrale, le mal n'aurait pas été très grand et aurait été facilement réparable. Mais les raisons de cette méconnaissance sont plus profondes. Elles expriment le désir d'en rester à l'opinion primitive de Kraepelin, malgré Kraepelin et malgré tous les travaux les plus sérieux faits par Chaslin, Stransky, Bleuler, Claude, Minkowski et l'école allemande (9).

Dès lors, plus on se représente la schizophrénie comme une théorie psychogène, plus on la repousse avec des arguments faciles. Nous avons vu comment les théories constitutionnalistes, en creusant un abîme entre le processus et le caractère original, prêtaient le flanc à une telle interprétation malveillante. Mais en fait, et je crois que l'unanimité pourrait se faire sur ce point, ce qui caractérise le noyau schizophrénique, noyau lui-même du groupe de faits appelés D. P., c'est L'ÉTAT DE DISCORDANCE, D'ATAXIE INTRA-PSYCHIQUE IRRÉDUCTIBLE DANS SON FOND A UN MÉCANISME PUREMENT PSYCHO-GÉNÉTIQUE.

Ainsi rendues vaines les craintes de ceux qui refusent d'adhérer à une telle conception parce qu'elle ne serait pas organique (alors qu'elle l'est sous son double aspect de processus acquis toxi-infectieux ou de processus dégénératif) rien n'empêche plus de considérer les faits simplement et d'examiner les problèmes qu'ils posent.

Ainsi le critère essentiel paraît dégagé : c'est la *discordance ou dislocation schizophrénique de l'activité psychique*. Il reste à préciser en termes concrets, afin qu'elle nous serve dans la suite de fil conducteur, cette notion fondamentale.

La discordance se manifeste *dans l'ordre de l'activité intellectuelle* par le contraste entre les capacités sous-jacentes qui se manifestent dans de certaines conditions et sous des formes paradoxales et l'apparence habituelle ; par les productions verbales ou graphiques bizarres et symboliques ; l'incohérence idéo-verbale, qui n'exclut pas la compréhension et les fonctions idéo-verbales correctes ; plus généralement par l'impossibilité d'accéder à l'activité proprement synthétique de l'esprit par quoi l'effort mental parvient

(9) On trouvera par exemple une attitude caractéristique de cette manière de voir dans le travail d'Heuyer et Le Guillant qui pensent avoir démontré que parce qu'un schizophrène est incapable de résoudre certains tests, la *démence*, ou tout au moins l'affaiblissement intellectuel, est l'essentiel de la D. P. Le même raisonnement pourrait les conduire probablement à une interprétation analogue de la manie ou de la mélancolie.

à maîtriser l'ensemble des automatismes qui tendent constamment à dissoudre la personnalité, à la réduire à une pluralité de système de tendances autonomes.

Dans l'ordre de l'affectivité, c'est-à-dire dans l'ensemble des tendances affectives dont le « montage » polarise l'activité, régularise les réactions émotionnelles, on rencontre le même trouble. Certains affects deviennent tyranniques, la subordination des tendances inconscientes au contrôle des instances intellectuelles n'est plus assurée, d'où l'organisation essentiellement affective de l'ensemble de la vie psychique qui, dissociée à sa base et dérégulée par les pulsions plus ou moins conscientes, réalise l'activité autistique.

Enfin, dans l'ordre du comportement c'est le désordre des actes, l'inadéquation de la conduite, la fixation des attitudes, des gestes, les brusques décharges impulsives.

Tel est le noyau essentiel de la D. P. ou groupe des schizophrénies que nous préférons nommer *les psychoses discordantes* (10). Il est bien connu. Il est classique. Il l'est même tellement qu'on a quelque pudeur à devoir le rappeler.

On remarquera seulement que forts de l'enseignement tiré de l'embarras dans lequel les diverses doctrines se sont acculées, nous ne parlons pas ici de certains éléments réputés fondamentaux, de l'indifférence ni de la démen- ce, ni des troubles « moteurs » car ce sont les points les moins acquis, les plus discutés.

Tel est le groupement central des troubles qui peuvent réaliser, nous semble-t-il, en dehors de toute idée préconçue, l'accord de tous les cliniciens. Les questions que nous aurons à nous poser maintenant seront précisément de savoir quels sont dès lors les états qui doivent entrer dans ce groupe. Cet état de discordance nous paraît être en tout état de cause un critère hypothétique suffisamment bien dégagé par l'observation pour que nous puissions, avec quelque chance de succès, en faire le pivot de nos études et lui faire affronter le contact des faits.

Enfin de cette tentative d'« élucidation » du problème général, nous pouvons conclure avec assez de chances de ne pas trop nous tromper que le mécanisme des troubles des psychoses discordantes est essentiellement du

(10) Dont le mécanisme est le *processus schizophrénique*. Précisons ce point de terminologie : les *psychoses discordantes* sont l'aspect clinique des processus qui provoquent la *dislocation schizophrénique*.

type bleulérien, c'est-à-dire que *la plus grande partie des symptômes représente une réaction psychique de la personnalité du malade, soit à l'égard d'un processus toxi-infectieux acquis, soit à l'égard d'un processus dégénératif.*

Tels sont les deux traits caractéristiques des psychoses discordantes envisagées dans leur généralité. Reste à considérer — et c'est peut-être le plus difficile — quels problèmes particuliers pose une telle conception d'ensemble.

II

LES LIMITES ET LES FORMES CLINIQUES DU GROUPE DES PSYCHOSES DISCORDANTES

Sans aller jusqu'au détail des faits, nous nous sommes jusqu'ici inspirés des renseignements généraux de la clinique commune qui nous fait admettre un groupe de faits très étendus caractérisés par la présence d'un syndrome de discordance paraissant ressortir d'un mécanisme schizophrénique tel que nous l'avons défini en l'expurgeant de la psychogenèse que certains lui attribuent. C'est encore et plus précisément aux données quotidiennes de la clinique que nous allons nous référer maintenant. Ce ne sera pas pour *trancher* les questions épineuses mais pour les *poser* correctement. La méthode que je me propose de suivre consistera à diviser les difficultés en autant de parties (c'est-à-dire de groupes de faits et de relations) qu'une première observation grossière l'exigera, à sérier les questions et à envisager à titre d'hypothèses heuristiques quelles solutions ils paraissent, dès ce premier examen, comporter. Ainsi ouvrirons-nous peut-être plus clairement la voie aux recherches cliniques et biologiques *qui seules apporteront les réponses définitives.*

1° **Les problèmes des formes cliniques.** — Les questions qui se posent quant à *l'extension du groupe des psychoses discordantes* se présentent sous cette formule générale: quels sont, parmi les états rangés dans le cadre de la démence précoce ou des schizophrénies, ceux qui paraissent contenir le noyau de discordance fondamental? Ces états sont très nombreux et hétéroclites puisque pour Bleuler ils vont de la catatonie à tous les délires chroniques et à la majeure partie des états aigus. Pour poser clairement les questions qui doivent s'offrir à notre examen nous allons dégager par une première approximation quatre types cliniques dont la réalité me paraît incontestable, quelle que soit l'interprétation que l'on en propose. Nous nous expliquerons plus loin sur ce point; pour l'éclairer déjà disons que ces quatre

sous-groupes *probables* ou si l'on veut même simplement *possibles* de psychoses discordantes sont : 1° le groupe hébéphréno-catatonique ; 2° le groupe schizomaniacal et schizopraxique ; 3° le groupe schizophrénique délirant (démence paranoïde) et 4° le groupe des paraphrénies. Ne vous effrayez pas trop de ces distinctions et de ces vocables barbares que nous essaierons de justifier plus loin :

Mais auparavant une question préliminaire s'impose. C'est de l'ensemble des démences vésaniques que le cadre des démences précoces et schizophrénies s'est rempli. Or, parmi les démences vésaniques, on a pris peu à peu l'habitude de placer les états plus ou moins démentiels qui terminent l'évolution de certains accès maniaco-dépressifs. Il y a donc lieu de se demander si et dans quelle mesure les états maniaco-dépressifs doivent être intégrés aux psychoses discordantes ? Question qui peut être étrange quand on sait quel abîme Kraepelin a creusé entre ce qu'il considérait comme deux affections autonomes. Elle le paraîtra moins à ceux qui voudront bien se rappeler d'une part que les formes proprement périodiques sont rares et que les descriptions initiales de J.-P. Falret (folies circulaires) et de Baillarger (folies à double forme) excluaient de ces cas l'évolution dans l'incohérence « démentielle » et les altérations notables de la personnalité. On peut dès lors se demander — et ce sera, je crois, le sens du travail de Rouart, — dans quelle mesure certaines formes atypiques rangées par une extension abusive de la notion de cyclothymie, dans le cadre de la maniaque-dépressive ne doivent pas être apparentées au groupe des psychoses discordantes pour autant qu'elles représentent des formes démentiels vésaniques. La question doit à mon sens se poser notamment pour ces formes tardives, étudiées il y a longtemps par Urstein, qui par leur évolution, leur délire absurde, les troubles du comportement et l'incohérence paraissent constituer des états différents de l'évolution maniaque-dépressive pure qui n'altère ni les capacités intellectuelles ni la personnalité. *Y a-t-il lieu dans l'ensemble des psychoses qui évoluent par succession d'états de type maniaque ou mélancolique, de faire deux parts, l'une évoluant avec intégrité du fond mental et de la personnalité, et troubles fondamentaux du ton affectif, et l'autre aboutissant plus ou moins rapidement à un état de discordance, d'anarchie psychique avec dépersonnalisation, autisme, troubles du comportement et incohérence ?*

Telle est la première question.

Examinons maintenant un point qui a été et sera encore débattu : il s'agit du rapport des états hébéphréno-catatoniques avec le groupe des

psychoses discordantes. Nous avons dit que quatre groupes de faits paraissaient représenter les types les plus caractéristiques des formes cliniques décrites sous le nom de D. P. ou de schizophrénies. Envisageons les deux premiers, ce sont ceux qui posent précisément le problème que nous envisagerons.

Certains malades se présentent avec des troubles moteurs et une réduction notable de leur activité psychique. Les états de stupeur, les crises d'agitation aboutissant assez rapidement à un état de vie purement végétative. On trouve chez de tels sujets des contractures, des stéréotypies, de la catalepsie, un grand nombre de troubles physiques. La fixation habituelle en flexion, l'inertie totale, le gâtisme et la cachexie sont les traits terminaux les plus caractéristiques : tel est le tableau de l'hébéphrénocatatonie.

D'autres malades sont négativistes, violents, coléreux, impulsifs. Ils sont bizarres, maniérés. Les gestes stéréotypés, les impulsions, l'oppositionnisme, le refus d'aliments, le mutisme, les extravagances, les espiègleries, les colères, sont les principaux signes qu'ils présentent. Par instants, ils manifestent par leurs actes ou leurs paroles des sentiments paradoxaux et des idées délirantes. Telle est la forme clinique (spécialement étudiée dans ses poussées aiguës sous le nom d'états schizomaniacques par Claude, Borel, Robin) que l'on pourrait peut-être désigner pour la clarté de notre exposé comme la forme *schizopraxique* des psychoses discordantes.

Le problème a été très bien posé par Claude et son école et il le demeure dans la mesure où n'interviennent pas les conceptions générales dont nous avons parlé plus haut. Pour ces auteurs, il y a entre ces deux ordres de faits une différence profonde, celle qui justement sépare, à leurs yeux, la démence précoce proprement dite de la schizophrénie.

Arrêtons-nous un instant sur ce point délicat. La notion de démence précoce malgré l'évolution des idées, malgré les études de Kraepelin lui-même, de Bleuler, de Claude, etc., est restée attachée à celle d'hébéphrénocatatonie, c'est-à-dire au premier critère initial du groupe. Voilà pourquoi, comme il paraît bien difficile d'effacer cette liaison intrinsèque des deux concepts il me paraît indispensable de se débarrasser de cette désignation. Elle risque de trop peser sur la conception même de la maladie. Cette question d'ordre purement verbal tranchée, le problème apparaît plus clair. Tandis qu'en désignant l'hébéphrénocatatonie sous le nom de *démence précoce* on se trouve dans l'obligation d'en distinguer plus ou moins radicalement le groupe des psychoses discordantes ou schizophréniques — ce

qui tranche le problème dès son énoncé — dès l'instant où l'on envisagé qu'il y a un groupe de psychoses discordantes à noyau schizophrénique, la question se pose et reste entière, jusqu'à l'épreuve des faits, de savoir si le groupe hébéphréno-catatonique contient ce noyau de discordance. Ainsi, le problème correctement posé, on pourra utiliser pour sa solution les études déjà anciennes qui ont mis l'accent sur l'aspect discordant, d'ataxie intrapsychique de l'hébéphréno-catatonie pour le rapprocher du groupe central. Mais précisons aussi qu'une parenté reconnue entre les folies discordantes et l'hébéphréno-catatonie ne voudra pas dire qu'il s'agit d'assigner à cette forme clinique une origine psychogénétique, que tout au plus cela indiquera simplement qu'il y a là aussi, mais peut-être à un degré moindre, un certain écart entre le processus et son expression clinique. Il n'en reste pas moins — et quelle que soit la solution que les observations et recherches ultérieures feront adopter — que sous leur aspect clinique il y a une différence de symptômes et d'évolution entre les formes — probablement voisines — que nous opposons tout à l'heure l'hébéphréno-catatonie et la forme schizopraxique des psychoses discordantes et qu'à ce titre il y a bien lieu de se demander si *l'hébéphréno-catatonie doit ou ne doit pas s'intégrer dans le groupe des psychoses discordantes ?* (11).

Telle est la deuxième question.

A propos des deux premiers sous-groupes, nous venons d'envisager la question de leur autonomie réciproque. La même hésitation doit se marquer à propos des deux autres. *La démence paranoïde ou schizophrénie délirante représente l'axe du groupe des psychoses discordantes* : tel est le sens général de l'évolution des idées telle que nous l'avons précédemment envisagée. Son tableau clinique est bien connu : délire paranoïde à forme d'influence avec idées hypocondriaques et de transformation corporelle, hallucinations psychiques et psychomotrices évoluant vers les soliloques et l'incohérence verbale avec néologismes, salade de mots, schizophasie, tels en sont les principaux traits séméiologiques. — Différent de ce sous-groupe est celui des *paraphrénies*. On sait à quelles hésitations il a livré le grand clinicien que fut Kraepelin qui le fit sortir, rentrer, ressortir du cadre de sa démence précoce. Je pense que l'école française est trop fidèle au groupe de

(11) Tout le problème de la catatonie gravite autour de cette question (cf. les études de Claude avec Borel et Robin d'une part, avec Baruk d'autre part). Pour moi, je me demanderais s'il y a lieu de faire, dans les faits réputés catatoniques, deux parts : la *catatonie cataleptique* proprement motrice et la *catatonie négativiste* ou troubles du comportement.

la paranoïa (c'est-à-dire de ces délires systématisés de persécution, d'influence, d'ambition ou passionnels qui se développent en laissant intacte l'intégrité du fond mental et dont l'épanouissement progressif est en relation de compréhension très étroite avec l'ensemble des tendances de la personnalité) pour qu'il y ait à craindre qu'elle tombe, avec Bleuler et l'école allemande, dans l'erreur d'une confusion avec le groupe des paraphrénies. Celles-ci me paraissent trouver leur place entre les psychoses paranoïaques et les états de démence paranoïde. Elles correspondent à ce qu'on appelle souvent les « psychoses paranoïdes » dont les cliniciens sentent le besoin en faisant « leurs certificats » lorsqu'ils se trouvent en présence de ces délires luxuriants, prolixes, absurdes, paralogiques, de type vraiment archaïque avec une intégrité du fond mental et de la personnalité, contraste qui en constitue le trait le plus remarquable. *Ainsi défini, le groupe des paraphrénies soutient-il des rapports avec le groupe des psychoses discordantes ?*

Telle est la troisième question.

Je me permettrai, pour avoir depuis longtemps essayé d'y répondre, de dire quelle orientation me paraît comporter ce problème qui je le répète a tant fait hésiter — et combien on le comprend — le grand clinicien que fut Kraepelin. Le groupe des paraphrénies, caractérisé par ce double caractère d'activité délirante archaïque, paralogique, véritable dérèglement imaginaire d'une part, et intégrité du fond mental et de la structure de la personnalité, d'autre part, me paraît devoir être rattaché à un mécanisme spécial, un mécanisme abortif si l'on peut dire. Il semble qu'il existe à un moment donné un remaniement des valeurs de réalité chez le malade, un changement pour ainsi dire onirique de sa mentalité qui laisse après lui une réorganisation de croyances et de l'idéologie mystico-métaphysique. Les choses se jouent à mon sens comme lorsque après un cataclysme anxieux jaillit dans le calme et la lucidité le vertigineux délire de Cotard. Ce dernier exemple précisera encore ma pensée. Les paraphrénies, considérées sous cet aspect, ne me paraissent pas toutes rattachables aux psychoses discordantes. Seules celles où l'on observe nettement au cours de l'évolution les marques d'une évolution schizophrénique, où l'on retrouve des néologismes, des éléments de schizophasie, des traces d'incohérence me paraissent rattachables au groupe des psychoses discordantes. D'autres me paraissent graviter dans la sphère de la folie périodique (ce sont les formes expansive et mélancolique).

Enfin, une question se pose encore à propos des faits du deuxième et du troisième groupe. Nous avons décrit comme type clinique fréquent, et à mon sens incontestable, entre l'hébéphréno-catatonie et la démence para-

noïde une forme de troubles du comportement, avec impulsions, mutisme, négativisme, vagues idées délirantes, explosions motrices contrastant avec l'inactivité habituelle, bizarrerie des gestes, de la mimique et de la conduite. Ce type, pour nous reconnaître dans l'ensemble de ces formes cliniques, nous proposerions volontiers de l'appeler la *forme schizopraxique* des psychoses discordantes. C'est peut-être dans cette forme que les états schizomaniacques de Claude et ses élèves s'observent le plus, et peut-être aussi est-ce à cette forme que devrait être rattachée une partie des états maniaco-dépressifs à réintégrer dans le groupe des psychoses discordantes. Or ce groupe présente bien des affinités et des analogies avec le groupe de la démence paranoïde ou schizophrénie délirante. *Quels rapports existent entre la forme schizopraxique et la schizophrénie délirante, toutes deux formes des psychoses discordantes ?*

Telle est la quatrième question.

*
**

Sans doute avons-nous été amené à formuler une hypothèse et des questions précises que l'observation peut et doit trancher, et n'avons-nous fait que cela. Rien ne nous empêche cependant, dans le cadre même de cette hypothèse, de la présenter sous sa forme la plus systématique et la plus claire en résumant les principaux points de vue auxquels nous nous sommes placés. Par là nous préparerons la question nosographique que nous allons aborder dans la troisième partie.

Tout se passe, pouvons-nous dire, comme si le groupe des *psychoses discordantes*, caractérisé par un état d'anarchie psychique irréductible dans ses éléments à un mécanisme psychogénétique, déployait dans la clinique une série de formes dont les plus typiques sont la *schizophrénie délirante* ou démence paranoïde et la *schizopraxie*. A l'aile droite (si l'on veut et il ne sera pas déplaisant de retomber sur un schéma spatial pour quelqu'un qui essaye de mettre de l'ordre dans un tel chaos) un groupe de *paraphrénies*. A l'aile gauche un groupe d'*états hébéphréno-catatoniques*. Ces ailes périphériques méritent-elles d'entrer dans le groupe des psychoses discordantes, telles sont les questions qu'il importe de résoudre.

Devançant l'épreuve des faits pour laquelle je me permets de vous demander votre collaboration, nous pourrions peut-être nous permettre un petit plaisir, celui d'émettre à titre encore d'hypothèse mais d'hypothèse « naturelle » s'imposant par une première approximation des faits, quelques idées sur la nature et l'évolution de ces psychoses discordantes. Nous pour-

rions aussi avancer que peut-être il faut envisager le groupe des *psychoses discordantes* comme une série de formes de réactions à un processus qui se manifeste sous la forme d'états d'autant plus voisins de l'hébéphréno-catatonie qu'il est lui-même plus intense, rapide, et s'installe précocement chez un individu donné et qui au contraire détermine des formes cliniques voisines des paraphrénies dans la mesure où il est moins brutal, moins cataclysmique et plus tardif.

2° **Les problèmes nosographiques.** — Nous pouvons être très brefs sur ce point. L'essentiel de la question qui se pose maintenant est de savoir *s'il y a une psychose discordante ou des psychoses discordantes*. Telle est notre cinquième question.

A celle-là, dans sa généralité, nous pouvons répondre avec l'approbation de tous les cliniciens et de tous les chercheurs : *il ne s'agit pas d'une maladie, d'une affection*. On parle couramment entre soi de la D. P. mais qui oserait actuellement écrire dans une étude visant précisément ce point, qu'il s'agit d'une maladie ? Le groupe des psychoses discordantes représente une série d'états, de syndromes dont l'étiologie peut être multiple et dont le mécanisme même admet des degrés et des variations. Il a sa place auprès des autres grands groupes d'états psychopathiques (démences, confusions, délires systématisés, etc...).

Enfin, *sixième et dernière question* corollaire de la précédente : *Les psychoses discordantes peuvent-elles être « symptomatiques » ?*

C'est reprendre sur le plan nosographique une question dont nous avons parlé dans l'examen de la conception générale des psychoses discordantes. Un des bénéfices que nous avons tiré de cet examen a été précisément de montrer qu'il ne pouvait pas, qu'il ne saurait y avoir de division naturelle et justifiable comme le voulait Régis entre les processus dégénératifs et toxi-infectieux (12). Si bien que l'on ne peut et ne doit éprouver aucune gêne à considérer qu'il y a des psychoses discordantes au cours des syphilis cérébrales, de l'encéphalite, de l'hérédo-syphilis, de la tuberculose, de l'alcoolisme et *l'involution sénile*. En dehors de ces états (appelés « paranoïdes », schizophrénies tardives, syndromes de discordance divers) il est

(12) Le critère anatomo-pathologique lui-même s'il était définitivement mis au point, dans la mesure même où précisément l'anatomo-pathologie a son mot à dire — et elle l'a — ne saurait que confirmer l'égalité d'un processus différent seulement dans sa modalité. Aussi la distinction de Régis, si juste par certains côtés pathogéniques, ne saurait en tous cas aboutir à une scission complète en deux groupes dont l'unité clinique, si elle ne paraît pas acquise, paraît discutable et même probable.

bien clair que la plus grande masse des faits reste pour nous encore sans étiologie connue. Mais ce n'est pas une raison parce que nous connaissons dans certains cas le processus pour s'acharner alors à méconnaître le tableau clinique et à l'appeler d'un autre nom.

III

ORIENTATION DES PROBLÈMES

Ce n'est pas une conclusion que nous donnerons ici au terme d'une étude qui n'est et ne veut être qu'un avant-propos. En posant correctement le problème, quelques questions se sont éliminées d'elles-mêmes. Pour faire la part généreuse à l'inconnu nous pouvons dire que les problèmes des psychoses discordantes se posent sous la forme des questions suivantes telles que nous les avons précisées dans le cours de l'exposé.

Etant donné qu'il est admis par hypothèse et par une première approximation des faits que le noyau des psychoses discordantes est le noyau de la discordance schizophrénique, irréductible à une pure psychogenèse, paraissant représenter un mode de réaction psychique à un processus toxi-infectieux acquis ou dégénératif :

1° Y a-t-il lieu de faire entrer dans ce groupe de psychoses discordantes certains états *maniaco-dépressifs* ?

2° Y a-t-il lieu de séparer du groupe des psychoses discordantes les formes *hébéphrénico-catatoniques* proprement dites ?

3° Y a-t-il lieu d'intégrer au groupe des psychoses discordantes les formes *paraphréniques* ?

4° Peut-on considérer, à propos des deux formes les plus typiques, qu'il y ait lieu d'établir une distinction entre la *schizophrénie délirante* (ou « démente » paranoïde) et la forme à troubles du comportement que nous proposons d'appeler *schizopraxique* ?

5° Les psychoses discordantes constituent-elles une seule maladie ?

6° Y a-t-il lieu de considérer qu'il y ait à séparer des formes dégénératives pures des formes symptomatiques ?

Le but de notre travail était de poser ces questions.

*
**

Peut-être l'avons-nous légèrement dépassé en formulant quelques propositions ou hypothèses qu'on nous permettra de résumer dans un « appendice » plutôt que dans une « conclusion ».

Il y a lieu d'abandonner la dénomination de démence précoce (ou de lui donner le sens exact de psychose discordante, ce qui me paraît difficile).

Sous le nom de psychoses discordantes on doit ranger les deux formes typiques : *schizophrénie délirante* (démence paranoïde) et *schizopraxie*, et très probablement les deux formes voisines l'une de la schizopraxie : c'est l'hébéphrénocatatonie — l'autre de la schizophrénie délirante : c'est une partie du groupe des paraphrénies.

Le tableau clinique des psychoses discordantes est d'autant *plus près* des formes hébéphrénocatatoniques et *plus loin* des formes paraphréniques que la symptomatologie est plus directement liée au processus, qu'il y a plus de signes primaires (13), que le processus est plus intense et frappe plus précocement l'individu.

Les psychoses discordantes en tant que tableaux cliniques réactionnels, diffèrent de la démence, des états confusionnels, des états purement thymiques (troubles de l'humeur, du ton affectif). Elles se rencontrent au cours de processus connus (syphilis, tuberculose, sénilité, encéphalite, etc.). Elles peuvent être réactionnelles à des processus dégénératifs. Il n'y a pas place dans une telle conception pour ce que l'on appelle les théories constitutionnalistes dans le sens le plus général du mot, car la constitution n'est rien ou est un processus, c'est-à-dire un ensemble de bouleversements organiques qui se manifestent par des troubles. Il n'y a pas de place non plus pour des théories psychogénétiques qui se heurtent toujours à l'irréductibilité, du double point de vue analyse psychologique et thérapeutique des signes primaires.

*
**

Peut-être, et c'est notre désir, avons-nous ainsi répondu à l'appel si peu entendu chez nous (où l'on s'est montré hostile à la conception de la schizophrénie parce qu'on ne la connaît pas) que nous adressait au Congrès de Genève le Professeur Bleuler, quand il terminait son rapport par ces mots : « J'ai essayé de vous montrer que le concept de schizophrénie n'est pas un « simple produit de l'imagination mais qu'il s'applique à toute une série « de faits et contient des problèmes qui peuvent contribuer au progrès de « notre science. Je ne doute pas que la psychiatrie française, dès qu'elle « mettra ce concept à l'examen, n'arrive, avec l'esprit de clarté et de précision qui la caractérise, à le développer et à le rendre alors vraiment « fertile. » De ce vœu, laissez-moi en terminant me faire le faible écho.

Henri Ey.

(13) C'est dans ce sens qu'en 1926, avec Guiraud, nous avons reproché à Bleuler d'étendre ses signes secondaires trop loin dans la série catatonique (*Ann. Méd. Psycho.*, 1926. Remarques critiques sur la schizophrénie de Bleuler).