



HAL
open science

L'automatisme mental de G. Gatian de Clérambault : exposé d'un cas clinique et considérations historiques, cliniques, doctrinales et nosographiques du syndrome

Thibault Roux

► To cite this version:

Thibault Roux. L'automatisme mental de G. Gatian de Clérambault : exposé d'un cas clinique et considérations historiques, cliniques, doctrinales et nosographiques du syndrome. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. <dumas-03894162>

HAL Id: dumas-03894162

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03894162v1>

Submitted on 12 Dec 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License



THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2022

Thèse présentée par :

Monsieur Thibault Roux

Né le 13 décembre 1994 à Romans-sur-Isère

Thèse soutenue publiquement le 19 octobre 2022

Titre de la thèse :

L'automatisme mental de G. GATIAN de CLÉRAMBAULT :

exposé d'un cas clinique et considérations historiques, cliniques, doctrinales et nosographiques du syndrome

Président Mr le Professeur Michel WALTER

Membres du jury Mr le Professeur Guillaume BRONSARD

Mr le Docteur Jean-Yves COZIC (directeur de thèse)

MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUEYMES Maryvonne	Immunologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DIDIER Romain	Cardiologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
GUILLOU Morgane	Addictologie
IANOTTO Jean-Christophe	Hématologie
LE BERRE Rozenn	Thérapeutique
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire

LE VEN Florent	Cardiologie
LIPPERT Éric	Hématologie
LODDÉ Brice	Médecine et santé au travail
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
ROUÉ Jean-Michel	Pédiatrie
SCHICK Ulrike	Cancérologie - Radiothérapie
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique
TROMEUR Cécile	Pneumologie
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
JAMIN Christophe	Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
HILLION Sophie	Immunologie
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

BEAURUELLE Clémence	Bactériologie virologie
LE MAO Raphaël	Thérapeutique
LETISSIER Hoël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PONS-BECMEUR Christelle	Médecine physique et réadaptation
POUGNET Richard	Médecine et Santé au travail
QUÉNÉHERVÉ Lucille	Gastroentérologie
ROPARS Juliette	Pédiatrie
THUILLIER Philippe	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard
LE RESTE Jean-Yves

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

BARAIS Marie
NABBE Patrice

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BAGACEAN Cristina	Hématologie
DISSAUX Brieg	Anatomie
UGUEN Kévin	Génétique

Professeurs des Universités Associés

LE MOIGNE Emmanuelle	Médecine interne
METGES Jean-Philippe	Cancérologie
QUERELLOU Emgan	Médecine d'urgence
SUPLY Benoît	Médecine légale

Maîtres de Conférences des Universités Associés

GURIEC Nathalie	Nutrition
LAVENNE-COLLOT Nathalie	Pédopsychiatrie

Professeurs des Universités Associés de Médecine Générale

BARRAINE Pierre
CHIRON Benoît

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

BEURTON-COURAUD Lucas
DERRIENNIC Jérémy
FONSECA Jérôme
PUSZKAREK Thibault
VIALA Jeanlin

Professeur des Universités

BORDRON Anne	Biologie cellulaire
---------------------	---------------------

Maîtres de Conférences des Universités

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
BRAVERMAN Louis	Sociologie
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

Maîtres de Conférences des Universités Contractuels LRU

(Recrutement en cours)

MESQUITA Mirka	Traitement image et signal en imagerie médicale et radiothérapie Psychologie
-----------------------	---

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche

KÉRUZORÉ Marc	Biochimie et biologie moléculaire
----------------------	-----------------------------------

Professeur du 2nd degré Contractuels LRU

PELLEN Nadine	Sociologie
----------------------	------------

Professeurs Certifiés / Agrégés du second degré

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

Professeurs Agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

COLAS Marie Dominique	Psychiatrie
------------------------------	-------------

Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)

AUGUSTE Béatrice	Médecine Générale
BOUVAREL Sophie	Médecine Générale
DA SILVA MOINET Virginie	Médecine Générale/Urgences
LE COAT Anne	Médecine Générale / Urgences

REMERCIEMENTS

A notre président de jury, Monsieur le professeur WALTER,

notre parcours en psychiatrie a été très positivement marqué tant par la qualité de vos enseignements que par le caractère particulièrement formateur des stages que nous avons pu effectuer dans vos services.

Nous vous sommes vivement reconnaissants pour tout cela ainsi que pour l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury de thèse.

A notre directeur de thèse, Monsieur le docteur COZIC,

nous vous sommes profondément reconnaissants pour avoir nourri notre intérêt pour la clinique des psychoses ainsi que pour les aspects historiques et spéculatifs de notre spécialité.

Votre disponibilité et votre aide nous ont été de surcroît extrêmement précieuses dans l'élaboration de ce travail de thèse que vous nous faites l'honneur de diriger.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de nos sentiments les plus chaleureux et de notre gratitude la plus sincère.

A Monsieur le professeur BRONSARD,

vos séminaires de pédopsychiatrie ont permis de susciter notre intérêt pour la clinique de l'enfant et de l'adolescent, que nous avons hâte d'approfondir par le passage dans votre service.

Nous vous sommes en outre reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en siégeant parmi ce jury.

A mon père, à ma mère,

A ma sœur et mes frères ainsi qu'au reste de ma famille,

A mes amis et mes proches,

A tous les collègues qui m'ont accompagné durant ma formation,

Et à ma fiancée

PLAN

INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE - CAS CLINIQUE.....	3
I-Présentation clinique.....	4
1-Entretien.....	4
2-Examens complémentaires.....	7
3-Antécédents.....	8
4-Biographie.....	9
5-Evolution.....	11
II-Analyse séméiologique.....	13
1-Idées délirantes.....	13
2-Mécanisme du délire.....	15
1. <i>Hallucinations</i>	15
2. <i>Interprétations</i>	15
3. <i>Imagination</i>	16
3-Adhésion aux symptômes psychotiques.....	16
4-Retentissement du délire et autres anomalies cliniques.....	17
5-Syndrome d'automatisme mental.....	18
III-Discussion diagnostique.....	19

DEUXIÈME PARTIE - L'AUTOMATISME MENTAL DE G. GATIAN de CLÉRAMBAULT..23

I-Introduction.....24

II-Biographie de Gaëtan GATIAN de CLÉRAMBAULT.....26

III-Histoire du développement de l'automatisme mental.....33

1-Naissance du concept.....33

2-Première approche (1920-1924) : petit automatisme mental et syndrome basal.....35

1. *Neutralité de la symptomatologie*.....35

2. *Rôle initial dans le décours de la psychose*.....35

3. *Autonomie et discontinuité vis-à-vis de l'idéation délirante*.....36

4. *Séméiologie du syndrome basal*.....38

3-Deuxième approche (1925-1926) : le syndrome de passivité et le syndrome nucléaire...42

4-Troisième approche (1927) : le syndrome S.....44

IV-Aspects doctrinaux de l'automatisme mental.....47

1-Introduction.....47

2-Etiologie de l'automatisme mental.....48

3-Naissance du processus dérivatif.....49

4-Règles anatomocliniques de la dérivation.....51

1. *Tropisme pour les voies présensibilisées*.....51

2. *Solidarité structurale*.....51

3. *Capacité de frayer de nouvelles voies*.....52

4. *Tendance descendante*.....52

5. *Lois de l'âge, de la massivité et de la latence*.....53

5-Sensations physiologiques et pathologiques.....53

6-Extension de l'automatisme mental : les deux personnalités.....54

7-La personnalité seconde.....55

8-Réaction de la personnalité prime.....56

9-Evolution.....57

10-Conclusion.....	58
TROISIÈME PARTIE - LES DÉLIRES HALLUCINATOIRES DANS LA TRADITION PSYCHIATRIQUE FRANCAISE.....	59
I-Introduction.....	60
II-PINEL et le paradigme de l'aliénation mentale.....	61
III-Les <i>monomanies</i> d'ESQUIROL ou la <i>folie partielle</i>.....	64
IV-Le <i>délire chronique</i> de MAGNAN et les <i>délires des dégénérés</i>.....	67
1-Le délire chronique à évolution systématique.....	67
- <i>1^{ère} phase : période d'incubation (ou période d'inquiétude)</i>	68
- <i>2^{nde} phase : période de persécution</i>	69
- <i>3^{ème} phase : délire de grandeur</i>	72
- <i>4^{ème} phase : période de démence</i>	72
2-Les délires systématisés des dégénérés.....	73
V-Des <i>hallucinations psychiques</i> de BAILLARGER à la <i>psychose hallucinatoire chronique</i>.....	78
1-BAILLARGER et les hallucinations psychiques.....	78
2-SÉGLAS et les hallucinations motrices verbales.....	80
3-La psychose hallucinatoire chronique.....	84
VI-La <i>dementia praecox</i> de KRAEPELIN et sa réception par l'école française.....	87
QUATRIÈME PARTIE - LA POSTÉRITÉ DE L'AUTOMATISME MENTAL.....	90
I-De la <i>spaltung</i> bleulérienne à la <i>monopsychose</i> schizophrénique.....	91

II-L'automatisme mental dans les classifications actuelles.....	96
1-Dans la classification américaine (DSM-5).....	96
2-Dans la classification de l'OMS (CIM-10).....	97
III-Les hallucinations dans la théorie organo-dynamique d'Henri EY.....	100
1-les expériences hallucinatoires délirantes.....	101
2-Les hallucinations noético-affectives.....	103
IV-Un cas de psychose dans les théories analytiques : le président SCHREBER..	105
1-Introduction à la lecture psychanalytique structuraliste de la psychose.....	105
2-Application des théories freudiennes et lacaniennes au cas de SCHREBER.....	107
1. <i>Condition prédisposante : fixation libidinale et forclusion du Nom-du-père.....</i>	<i>107</i>
2. <i>Déclenchement de la psychose.....</i>	<i>110</i>
3. <i>Désinvestissement libidinal du monde extérieur.....</i>	<i>112</i>
4. <i>La construction délirante : une tentative de guérison.....</i>	<i>113</i>
5. <i>Aboutissement du processus.....</i>	<i>115</i>
CINQUIÈME PARTIE - COMMENTAIRES DU CAS CLINIQUE.....	117
I-Introduction.....	118
II-Analyse chronologique du cas clinique.....	119
1-Antécédents familiaux et vie pré-morbide.....	119
2-Apparition de l'automatisme mental (<i>établissement de la connexion</i>).....	119
3-Période d'anxiété et de déréalisation (<i>crise existentielle</i>).....	121
4-Apparition des idées d'influence (<i>épisode du lac</i>).....	124
5-Aggravation cotardienne (<i>perte de contrôle de la connexion</i>).....	127
6-Amélioration clinique et enkystement de l'automatisme mental (<i>persistance du signal télépathique</i>).....	130

CONCLUSION.....132

BIBLIOGRAPHIE.....134

INTRODUCTION

Dans les observations des cliniciens confrontés aux délires hallucinatoires, nous voyons parfois figurer l'expression « automatisme mental » pour désigner chez le malade la présence d'hallucinations prenant la forme d'un écho de la pensée ou d'impulsions motrices ressenties comme émanant d'une force extérieure.

Dans les manuels de psychiatrie, le « syndrome d'automatisme mental » est généralement cité à titre d'exemple pour illustrer l'expression clinique de la psychose hallucinatoire, en particulier sous sa forme xénopathique de délire d'influence.

Sans qu'une définition bien précise de ce syndrome ne soit généralement proposée, il est le plus souvent uniquement précisé que nous en devons la description à un certain Gaëtan GATIAN de CLÉRAMBAULT, il y a environ un siècle de cela.

Un rapide coup d'œil dans les écrits de ce dernier suffit alors à constater que les descriptions de l'automatisme mental sont systématiquement assorties de considérations doctrinales, qui révèlent bien vite une conception mécaniciste de la psychose hallucinatoire.

Cependant, ces aspects théoriques sont le plus souvent absents des descriptions actuelles de l'automatisme mental.

Mais quelles sont donc les limites précises de ce syndrome d'automatisme mental ?

S'applique-t-il uniquement au versant hallucinatoire des délires d'influence ?

Et d'ailleurs, est-il vraiment possible dans la conception de GATIAN de CLÉRAMBAULT de dissocier les phénomènes d'automatisme mental de leurs préjugés atomistes ?

Comment s'insèrent-ils alors dans le système théorique clérambaldien de la psychose hallucinatoire ?

Et comment cette conception quelque peu singulière d'un développement mécanique du délire en est-elle venue à germer dans l'esprit de cet élève de MAGNAN et de CHASLIN ?

Une telle doctrine revêtait-elle un aspect insolite à cette époque de la fin du courant aliéniste français ?

C'est donc portés par notre double intérêt pour les aspects cliniques et historiques de la psychiatrie que nous avons décidé d'investiguer ces questions, auxquelles ce travail tentera de fournir des réponses.

Notre étude s'articulera en cinq parties.

Nous commencerons d'abord par présenter un cas clinique d'automatisme mental rencontré au cours de notre pratique.

Puis nous expliciterons dans un second temps les aspects cliniques et doctrinaux de l'automatisme mental après avoir retracé la vie de son théoricien Gaëtan GATIAN de CLÉRAMBAULT.

La suite de notre travail sera alors consacrée à des considérations historiques et nosographiques sur les délires chroniques afin d'identifier les racines de l'automatisme mental dans la tradition psychiatrique française (3^{ème} partie) avant de chercher à en déterminer la postérité (4^{ème} partie).

Enfin, nous reviendrons sur notre présentation clinique afin de l'enrichir des apports de notre étude.

- PREMIÈRE PARTIE -
CAS CLINIQUE

I-Présentation clinique

Monsieur D. est un homme âgé de 37 ans. Il est hospitalisé pour la première fois en psychiatrie en juin 2021 pour une « première décompensation délirante », sous le régime de Soins à la Demande d'un Tiers en urgence (SDTu).

Il est adressé aux urgences par les pompiers suite à un appel de sa mère pour des comportements incohérents et inhabituels chez son fils.

La compagne de monsieur D rapporte que son ami, qui ne dort plus depuis une semaine, vient de lui expliquer qu'il était rentré dans le cerveau d'une femme et y avait laissé une partie de sien.

1-Entretien

Monsieur D. est un homme de corpulence plutôt forte. Il est de biotype pycnique selon la terminologie de KRETSCHMER.

Le visage, arrondi, est encadré par de courts cheveux bruns, coiffés sur le côté par une sorte de mèche faite à la hâte.

Le front se démarque par la présence d'une grande cicatrice, consécutive à un accident de la voie publique survenu dans l'adolescence.

Le mariage d'une discrète barbe naissante à de bonnes joues roses confère au faciès un aspect juvénile.

Le regard fixe, avec de grands yeux bruns dont l'ouverture exagérée semble être la seule marque d'expressivité, évoque par son association à une mimique guère plus chaleureuse ce que l'on nomme classiquement en psychiatrie le « contact d'allure psychotique ».

Aux urgences, Monsieur D. s'était agité et avait montré une certaine hostilité devant la perspective d'une admission en psychiatrie. Cependant, peu de temps après son arrivée dans le service et grâce à l'initiation d'un traitement anxiolytique, la réticence disparaît et dévoile un caractère sympathique et sociable.

Lorsque nous le rencontrons au cours de la deuxième journée d'hospitalisation, la première impression que nous laisse Monsieur D. est celle d'un homme tracassé par quelque chose.

D'attitude fébrile, il ne tient pas en place et ne cesse de se lever nerveusement de son lit d'hôpital pour faire quelques pas, prendre sa cigarette électronique pour vapoter, puis se rassoier ou s'allonger.

Il s'exprime d'une voix forte, monocorde, bredouillante, presque dysarthrique.

Les réponses du patient, qui ne font pas preuve d'une grande richesse lexicale, sont volontiers précédées d'une phase de latence, d'hésitation dans laquelle il semble peiner à comprendre l'énoncé.

Après s'être plaint d'une sensation de chaleur qu'il relie alors à ce qu'il appelle « la connexion », il nous fait part de ses vicissitudes. « C'est une histoire de fou ! » répète-t-il volontiers, n'hésitant pas à plusieurs reprises à pointer du doigt nos notes écrites en affirmant que s'il se trouvait à notre place, il traiterait son interlocuteur de « fou ».

Il raconte donc que tout a commencé il y a un mois, un dimanche soir. « J'étais dans mon lit, je ne sais plus si je dormais ou pas... ». « J'ai pensé très fort à Jade, j'ai crié son nom, et tous les souvenirs sont remontés ».

Jade, c'est une femme qu'il avait rencontrée il y a quatre ans, alors qu'il venait de se séparer de sa compagne, la mère de ses enfants. En amenant son fils à l'école, il avait remarqué cette mère qui avait un enfant du même âge que son fils. Il avait alors tenté de séduire cette femme mariée alors séparée de son mari.

Mais les choses ne se passèrent pas comme le souhaitait monsieur D. Une maladie grave et incurable se déclara peu de temps après chez le mari de Jade. Apprenant la nouvelle, Jade décida de rester près de lui pour l'accompagner jusqu'à son décès. Elle devint rapidement veuve.

« Elle me tournait autour, mais comme son mari venait juste de mourir, je voulais pas, c'était trop tôt, ça se fait pas... » nous confie Monsieur D, poursuivant: « finalement elle a rencontré un autre homme et je me suis remis avec ma femme ».

Monsieur D avait alors repris le cours de sa vie habituelle. « J'avais tourné la page, je n'y pensais plus du tout » affirme-t-il, tout en avouant à d'autres moments qu'il « pensait beaucoup à elle ».

Ce sont les souvenirs de ces événements qui ont émergé lors de ce fameux dimanche soir.

Depuis ce jour-là est alors apparu un bruit singulier dans son oreille droite, une sorte de bourdonnement continu couvrant une voix indistincte, similaire au son qu'émet un poste de télévision lorsque l'on tente de regarder une chaîne cryptée : « c'est comme un Crrr... crrr... à la télé ».

Peu gêné initialement par cet étrange son, Monsieur D., s'il réagit par la perplexité dans un premier temps, s'évertuera rapidement à chercher la cause de ce curieux phénomène qui prend de plus en plus d'ampleur dans sa vie.

Il a tout de suite l'intuition, presque la conviction que ce son brouillé a quelque chose à voir avec Jade. Le rôle de cette dernière demeure toutefois encore flou pour lui.

Afin d'obtenir des explications sur ce mystère qui l'angoisse de plus en plus, Monsieur D. tente à plusieurs reprises de convoquer Jade par télépathie en lui donnant un lieu et une date de rencontre bien précis: « je lui ai donné plein de fois rendez-vous au lac... ».

L'énigme se déverrouille enfin lorsque, après plusieurs tentatives infructueuses, il aperçoit la belle-sœur de l'intéressée au lieu et au jour souhaités : « c'était lundi dernier, à 9h, au bord d'un lac ».

La rencontre ne pouvait pas être fortuite : avec cet événement qui vient confirmer la responsabilité de Jade dans cette affaire, tout s'éclaire pour Monsieur D. qui comprend alors qu'une liaison s'était établie entre eux lorsqu'ils ont pensé l'un à l'autre le soir où les souvenirs sont remontés: « on est connecté, nos âmes sont liées... », « on est comme des âmes sœurs ». Ce lien de nature animique qu'il appelle « la connexion » leur permet de communiquer par télépathie, d'entendre les paroles prononcées par l'un et l'autre et de ressentir simultanément les mêmes émotions.

La « connexion » n'est cependant pas égale car Jade peut entendre nettement la voix et la pensée de Monsieur D qui n'a accès, de son côté, qu'à ce son brouillé et flou qui évoque une chaîne cryptée.

Notons d'ailleurs que le patient rapporte n'avoir jamais perçu clairement la voix de Jade mais avoir simplement compris que c'était elle qui tentait de communiquer via le signal brouillé.

D'autres événements semblent également avoir joué un rôle explicatif dans l'élucidation du mystère mais ne pourront pas être nommés par Monsieur D. qui se contentera de rapporter que « il s'est passé plein de choses ».

D'autres perturbations apparaissent alors chez le patient de manière transitoire, comme la répétition de la pensée: « je pense « Dieu » et ça fait « Dieu... dieu... dieu... » ».

Soulagé d'avoir obtenu la réponse à ses interrogations qui semblaient avoir pris une tournure existentielle, Monsieur D. fait cependant rapidement face à une nouvelle difficulté : le brouillage s'intensifie progressivement, ce qui indique que la connexion est de plus en plus faible et se retire du côté de Jade.

Inquiet de la perte progressive de la connexion, Monsieur D. ne sait que faire pour la rétablir. « J'étais obsédé par ça... ». Désespéré et angoissé, il n'en dort plus, n'a plus goût à rien et a d'ailleurs abandonné son activité professionnelle depuis le début du mois.

C'est également à cette période que la compagne de Monsieur D. remarque qu'il ne dort plus et paraît sans cesse préoccupé par quelque chose qui ne lui fait plus prêter attention au monde extérieur : « il me parlait toute la nuit... », « il était complètement à l'ouest. »

Monsieur D décide alors quelques jours plus tard de prendre les choses en main : « on a décidé de se resynchroniser : on a pensé très fort tous les deux ». « J'ai ressenti une chaleur au niveau du cœur, puis je me suis couché ».

Mais au réveil le lendemain, c'est la catastrophe pour Monsieur D. : « je ne peux plus penser, je n'ai plus de voix intérieure... », « je n'arrive pas à pleurer, je n'ai pas d'émotions ». « Jade a toute la connexion ».

Son âme s'est totalement retirée au profit de Jade, qui jouit désormais du contrôle total de la connexion et exerce une forte influence sur Monsieur D, qui se sent vide et impuissant: « mon corps est comme une coquille vide ». « Je n'arrive plus à contrôler mon corps...c'est elle qui le contrôle », déplore-t-il. Interrogé sur l'avantage que pourrait en tirer Jade, Monsieur D. n'en voit aucun : « elle essaye de m'aider ».

Il se résout donc à en parler à son amie, qui l'incite à en informer sa mère ou un médecin. Après avoir écouté ses propos qu'elle jugera « incohérents », la mère de Monsieur D décide d'appeler les pompiers pour amener son fils à l'hôpital.

Monsieur D. demandera à plusieurs reprises d'interrompre temporairement l'entretien, gêné par des sensations qu'il attribue à Jade : « je suis pas bien, donc elle est pas bien aussi... Je vous dis toute la vérité, et ça lui plaît pas. C'est triste pour elle... ». A un autre moment, il s'interrompt en s'exclamant : « aïe! Ils tirent sur ma tête ! », se tenant l'oreille droite entre les mains. « Ca chauffe... Je me sens pas bien donc elle se sent pas bien », dit-il en se plaignant.

Jade tentera également de le faire taire en le faisant bafouiller : « j'ai un cheveu sur la langue, elle veut pas que je vous parle... Elle entend tout ce que je vous dis » nous dira-t-il tout en gardant toutefois une attitude sympathique et amène.

Monsieur D, qui passe volontiers un temps important à parler de la connexion, ne semble en revanche que peu intéressé lorsque nous tentons aborder d'autres sujets comme sa vie professionnelle ou familiale, nous expliquant que « c'est Jade qui est importante ».

Sur le plan clinique, il convient de noter la présence d'idées noires sans intentionnalité ni velléités suicidaires, associées à une crainte sans objet bien identifié : « j'ai peur pour moi, pour elle ». On note d'ailleurs une contradiction frappante entre les angoisses massives que présente le patient et l'absence alléguée de ressenti émotionnel.

De plus, si Monsieur D. fait preuve d'une remarquable précision concernant les dates-clefs de son histoire dramatique, il présente cependant de nombreuses difficultés à se situer sur le plan de la temporalité, en ce qui concerne par exemple son histoire de vie.

Il existe dans le discours de Monsieur D. de nombreux éléments flous, imprécis voire franchement contradictoires, avec certains mots qui semblent d'ailleurs revêtir une signification différente pour le patient. Les éléments abstraits du discours semblent en outre particulièrement difficiles à manier par Monsieur D.

2-Examens complémentaires

L'examen somatique n'objective rien d'anormal hormis une perte pondérale récente estimée à environ quatre kilogrammes depuis la dernière pesée (qui remonte probablement à plusieurs mois).

Une tomodensitométrie cérébrale non injectée ainsi qu'un électro-encéphalogramme sont réalisés et ne retrouvent aucune anomalie.

Une IRM cérébrale avec injection est faite et met en évidence de multiples hypersignaux T2 flair sus et sous-tentoriels, qui ne permettent toutefois pas de conclure à la présence d'une maladie cérébrale au vu de la symptomatologie.

Le bilan biologique revient également sans irrégularité en dehors d'une hyperprolactinémie.

3-Antécédents

L'anamnèse et l'étude du dossier du patient retrouvent dans les antécédents :

Antécédents médico-chirurgicaux :

- Une scoliose dans l'enfance avec inégalité de longueurs des membres inférieurs et port de semelles orthopédiques.
- Des lombalgies chroniques.
- Un suivi en otorhinolaryngologie en 2018 et 2019 pour acouphènes droits et hypoacousie bilatérale d'origine incertaine (génétique ou traumatique).
- Un accident de la voie publique en 2001 avec cicatrice frontale séquellaire.
- Des antécédents dermatologiques : psoriasis, dermite séborrhéique du visage (2016), corynébactériose plantaire (2016).
- Un épisode d'amaigrissement et d'asthénie en avril 2015.
- Un passage aux urgences en 2015 pour conjonctivite traumatique suite à la projection accidentelle d'un produit chimique dans l'œil.

Antécédents psychiatriques et addictologiques :

- Pas d'antécédent personnel psychiatrique connu.
- Consommation de tabac estimée à 15 cigarettes par jour depuis l'âge de 13 ans, jusqu'au relai par cigarette électronique. En 2009, il avait bénéficié d'un suivi addictologique pour aide au sevrage tabagique.
- Ethylisme chronique de 16 à 22 ans. A l'âge de 22 ans, sevrage de l'alcool mais début des consommations d'héroïne. Par la suite, sevrage de l'héroïne avec mise en place d'un traitement substitutif par Subutex et Buprénorphine en 2008. Suivi addictologique jusqu'en 2011.

Antécédents familiaux psychiatriques :

- Chez le père : psychose chronique schizophrénique avec plusieurs hospitalisations en psychiatrie pour des épisodes délirants et hallucinatoires, dissociatifs, épisodes de manie délirante et agitée, épisodes dépressifs. Ethylisme chronique. Suicide par précipitation (1992).
- Un demi-frère (côté maternel) : schizophrénie.
- Grand-père maternel : décès par suicide suite à la séparation avec sa femme (2002).
- Grand-père paternel: éthylisme chronique. Décès en 1978.
- Grand-mère paternelle : psychose chronique.
- Mère : bénéficiaire d'un traitement anxiolytique (Seresta).
- Neveu de 12 ans : antécédent de prise en charge en pédopsychiatrie pour troubles du comportement. Selon Monsieur D. , il souffrirait de schizophrénie.

4-Biographie

Monsieur D est né à Morlaix en 1985.

Il est issu d'une famille recomposée : un père breton, ayant deux fils d'un précédent mariage et une mère originaire du Luxembourg.

L'enfance de Monsieur D. est marquée par de nombreux voyages à travers la France et la Belgique. Sa famille tenait une petite confiserie dans une foire, ce que le patient n'évoque pas sans nostalgie.

La scolarité s'effectue dans un premier temps par correspondance. Lors de la sédentarisation de la famille dans le Finistère alors qu'il est âgé de 10 ans, Monsieur D. va à l'école mais en change régulièrement.

Les résultats ne sont pas bons: « j'étais un bon à rien à l'école », commente-t-il avec un léger amusement mêlé de regrets. Il arrêtera sa scolarité en troisième, sans diplôme.

Les relations conjugales au domicile sont tendues. Le père de Monsieur D. s'alcoolise régulièrement et bat sa femme et ses enfants.

Alors que Monsieur D. n'a qu'un an, son père est hospitalisé en psychiatrie pour « état délirant ».

Le dossier stipule que ce dernier n'a pas supporté l'évocation d'un divorce de la part de sa femme qui aurait en outre un amant.

Il explique d'ailleurs au médecin psychiatre que « tout s'est écroulé dans le monde » le jour du décès de son propre père survenu 7 ans plus tôt, car ce dernier « était Dieu ».

De multiples autres hospitalisations succéderont pour « épisode mélancolique », « manie délirante », ou encore « décompensation délirante ». Un diagnostic de psychose chronique schizophrénique est posé.

Ne supportant plus les violences intra-familiales, la mère part avec les enfants lorsque Monsieur D. a environ 4 ou 5 ans. Elle rencontrera un homme d'origine bretonne quelques années plus tard. Ce dernier a déjà 8 enfants et c'est parmi eux que Monsieur D. choisira sa future compagne, de 4 ans sa cadette.

Ils commenceront à flirter à l'adolescence, mais devront vite mettre un terme à leur relation sous la pression de la famille qui n'accepte pas cette relation considérée comme incestuelle.

Quelques années plus tard, ils décideront malgré tout de faire leur vie ensemble et auront en concubinage des enfants : deux garçons.

Quant au père de Monsieur D. (qui voit son fils le weekend), il multiplie les hospitalisations en psychiatrie jusqu'au jour où, profitant d'un relâchement de surveillance de la part de l'équipe infirmière, il disparaît du service.

L'équipe médicale sera contactée quelques heures plus tard par la gendarmerie pour leur apprendre la découverte du corps d'un homme correspondant au signalement du patient en bas du pont Schumann, ce qui confirme une nouvelle fois son triste surnom brestois de « pont des suicidés ».

Monsieur D. ne gardera que peu de contacts avec sa famille paternelle après le drame, seulement avec ses deux demi-frères. Il n'apprendra d'ailleurs la cause du décès qu'à l'âge de 13 ans.

Vingt ans après le tragique suicide paternel, la famille sera également endeuillée par une nouvelle perte, celle d'un des deux frères de Monsieur D., cette fois de manière accidentelle.

Monsieur D. sera lui aussi victime d'un accident de la route durant son adolescence. Ne s'étant pas attaché il se cogne contre le pare-brise à l'occasion d'une collision avec un autre véhicule, ce qui lui laissera une cicatrice frontale de presque une trentaine de centimètres.

Sur le plan professionnel, il quitte l'école sans diplôme à 16 ans et fait comme il le dit, « quelques conneries, comme tous les ados ». Monsieur D. travaillera ensuite dans les champs, puis en ferrailleterie avec son frère avant d'enchaîner divers emplois, notamment dans le tertiaire en tant qu'agent de propreté.

C'est d'ailleurs à cette période de travail dans le tertiaire - période à peu près contemporaine à la rencontre avec Jade - qu'une hypoacousie bilatérale avec acouphènes sera détectée chez Monsieur D. par le médecin du travail dans un contexte d'exposition

professionnelle au bruit. Le spécialiste ne saura trancher entre une origine traumatique et une cause génétique de son otopathie.

L'histoire professionnelle est émaillée de successifs changements d'emploi avec des périodes d'embauche plus ou moins longues, correspondant souvent à des Contrats à Durée Déterminée (CDD), se soldant parfois par un abandon de poste.

Monsieur D. livre une explication curieuse de son instabilité professionnelle : « je préfère les contrats courts pour la prime... pour les cadeaux de Noël pour ma famille ».

Malgré le fait qu'il n'ait jamais vécu au Grand-Duché, monsieur D. revendiquera toujours ses origines luxembourgeoises. Pour son entourage qui a eu toujours tendance à le protéger un peu plus que les autres membres de la famille, Monsieur D. est un « bon gars, gentil ».

Lorsque nous lui demandons de se décrire, Monsieur D. répond non sans fierté : « je suis quelqu'un de droit, honnête, croyant ». Il est par ailleurs protestant évangéliste, mais ne se rend pas au culte dominical.

5-Evolution

Lors de son admission à l'hôpital, Monsieur D. est rapidement apaisé par la mise en place d'un traitement sédatif et il ne sera pas nécessaire de recourir à une mesure d'isolement en chambre ni de contention.

Cependant, s'il n'y aura pas de récurrence d'agitation chez le patient qui se montre sympathique et coopérant, le retentissement du délire sur la vie psychique reste très important, avec de constantes ruminations autour de la thématique d'influence et une grande difficulté à focaliser ou maintenir son attention sur un domaine autre que sa construction délirante.

Un premier traitement antipsychotique par Abilify sera mis en place, mais devra être substitué par du Risperdal devant la constatation d'une hyperprolactinémie sur le bilan biologique.

L'initiation du traitement pharmacologique permettra une amélioration de la symptomatologie : les angoisses de morcellement et l'état dissociatif diminuent rapidement, et on observe un amincissement de la symptomatologie hallucinatoire : Monsieur D. entend moins « le signal », qui prend une importance moindre pour lui. Il commence à émettre des doutes vis-à-vis de la véracité du récit délirant, ce qui correspond à une ébauche de critique de ses symptômes psychotiques.

En parallèle, l'insomnie et les idées de mort disparaissent, Monsieur D. retrouve l'appétit et investit de nouveau le domaine social.

Cette amélioration clinique satisfaisante permet alors le retour du patient à son domicile.

Lorsque nous revoyons Monsieur D. un mois après la sortie d'hospitalisation, il se sent beaucoup mieux : il n'est plus insomniaque ni angoissé, et les préoccupations corporelles ont disparu : « mon corps a changé », dit-il avec soulagement.

la symptomatologie délirante reste cependant présente à bas bruit : le signal persiste mais « d'intensité diminuée » nous dit-il. Il nous confie être toujours incapable de pleurer. Il a partiellement retrouvé le contrôle de sa pensée : « ça vient, ça part... ».

Cependant, la présence d'un apragmatisme est remarquée par l'entourage du patient. Son amie, qui explique ne pas l'avoir « totalement retrouvé comme avant », se plaint d'un retrait social et d'une tendance à la clinophilie chez son conjoint : « avant, on allait se promener avec les enfants. Maintenant, il ne fait plus rien... Il reste au lit toute la matinée ». Monsieur D. relie cela à une « baisse de motivation ».

Une baisse de la libido avec difficultés à l'érection est également constatée, motivant l'arrêt du Loxapac.

Malheureusement, après cet entretien Monsieur D. ne se rendra plus à ses consultations psychiatriques ni à ses rendez-vous pour l'administration intra-musculaire de son traitement mensuel.

Il se trouve donc en situation de rupture de suivi et de traitement psychiatriques.

II-Analyse séméiologique

Les phénomènes dont souffre le patient apparaissent d'emblée et sans équivoque comme étant de nature psychotique.

Dans cette analyse séméiologique nous tâcherons donc de caractériser cet état psychotique, de rechercher les autres anomalies cliniques et d'en tirer une conclusion nous permettant de nous orienter dans la discussion diagnostique qui constituera la suite de notre travail.

1-Idées délirantes

Essayons d'abord, tant que cela soit possible, d'extraire le thème principal du délire en synthétisant le récit délirant de Monsieur D.

Les propos, la pensée, les émotions du patient sont écoutés, ressentis et analysés à distance par une entité extérieure correspondant à une personne bien individualisée (la jeune femme nommée Jade) dont l'identité et les éléments biographiques rapportés par Monsieur D. sont par ailleurs vérifiés et biens réels.

Cette dernière, si elle ne présente pas d'intention précise si ce n'est celle d'aider Monsieur D., lui fait cependant part de son mécontentement lorsque ce dernier raconte « toute la vérité », ce qu'il comprend, soit indirectement à travers la sensation subjective de mal-être qu'elle partage avec lui et qui se traduit aussi par l'apparition d'une douleur auriculaire (« elle est pas bien donc je suis pas bien »), soit directement par la provocation d'un bégaiement afin de stopper son élocution.

Si au vu de ces éléments la thématique d'influence ne fait pas l'ombre d'un doute, l'entretien révèle également l'existence d'un sentiment d'impuissance majeur chez le patient : il ne se croit en effet plus maître de son corps ni capable d'une activité noétique (« je ne peux plus penser ») ou émotionnelle (« je n'arrive plus à pleurer ») au profit de Jade (« elle a pris toute la connexion »), ce qui entraîne un important sentiment d'aliénation (« elle contrôle mon corps »).

Ainsi se dessine dans le délire du patient une dimension « privative » que nous pourrions qualifier d'hypocondriaque et qui, ajoutée à la thématique d'influence, nous permet de conclure à un délire de dépossession.

Notons que la dimension « négative », celle de la perte de maîtrise de son corps, paraît bien plus anxiogène pour le patient (qui doit se résoudre à se rendre aux urgences devant les angoisses insupportables liées à la disparition de sa pensée) que la dimension « positive », celle de la possession externe par la personne de Jade qui se contente de nourrir le signal et de provoquer à certains moments un bégaiement chez Monsieur D., ce qui ne semble le déranger que modérément.

Notons également qu'en portant un regard diachronique sur le développement puis l'affaissement de la construction délirante il convient de noter qu'elle s'articule autour d'une seule et même idée directrice : celle de la connexion télépathique, véritable noyau idéique délirant qui est pour Monsieur D. la clef interprétative de toutes ses vicissitudes.

En effet, s'il existe une durée d'une vingtaine de jours entre l'apparition du premier phénomène hallucinatoire et le début d'une construction idéique délirante, celle-ci ne fait que révéler ce que le patient vivait déjà auparavant mais sans en avoir conscience, à savoir qu'il subissait l'influence de la « connexion ».

Ainsi, par une force centripète tous les phénomènes étranges ou inexplicables – incluant ceux antérieurs à la « prise de conscience » – trouvent leur sens relativement à la connexion : si le patient n'a plus de voix intérieure, cela signifie que sa pensée a été happée par la connexion. Si la température est élevée dans la pièce, cela ne peut que traduire l'un des effets du signal. Ou encore, si Monsieur D. ressent une chaleur au cœur, alors ce phénomène indique certainement un changement d'intensité du signal.

Nous voyons d'ailleurs que si l'initiation de la chimiothérapie neuroleptique amène rapidement à une nette amélioration clinique en diminuant l'expression des phénomènes psychotiques, la conviction d'être sous le joug de la connexion persiste (bien que fragilisée par une ébauche de critique), générant par conséquent le risque d'un enkystement du délire.

Ainsi donc la dialectique du délire, qui n'est pas modifiée par le traitement (au moins à court et moyen terme), se constitue comme un système clair et cohérent centré autour d'une idée fixe.

Cela nous permet de conclure à la présence d'un délire systématisé.

Intéressons-nous maintenant à ce que l'on appelle « phénomènes élémentaires » ou « mécanisme du délire », c'est-à-dire tous les éléments psychopathologiques participant à cette dialectique délirante que nous venons de mettre en évidence.

La classification traditionnelle de ces phénomènes les divise selon leur caractère hallucinatoire, interprétatif, intuitif et imaginaire. Bien que cette classification ait été considérée comme « artificielle » par de nombreux auteurs, il nous semble toutefois judicieux de l'utiliser dans un souci de rigueur sémiologique et afin de faciliter la clarté de l'exposé clinique.

2-Mécanisme du délire

1. Hallucinations

Monsieur D. présente un ensemble d'hallucinations, que nous différencions classiquement en hallucinations psychosensorielles (aussi appelées « hallucinations vraies »), ces dernières étant subdivisibles selon l'appareil sensible concerné (ouïe, odorat, cénesthésie, vue, etc.), et en hallucinations psychiques, également appelées par certains « pseudo-hallucinations » du fait de leur absence d'objectivité spatiale et sensorielle.

Nous retenons donc chez Monsieur D. la présence des hallucinations psychosensorielles suivantes:

- hallucinations cénesthésiques : la sensation de chaleur dans la poitrine.
- hallucinations tactiles (haptiques) : les sensations de brûlure et de douleur dans l'oreille droite.
- hallucinations auditives : le son que le patient entend sous forme de grésillement localisé dans l'oreille droite et qu'il nomme le « signal ». Notons toutefois que s'il identifie ce son comme une voix féminine, il rapporte n'avoir jamais perçu de mot distinct.

Nous pouvons également suspecter la présence d'hallucinations motrices devant le bégaiement vécu comme une conséquence de la soumission à la volonté d'une personne extérieure. Cependant ce phénomène nous semble explicable (au moins partiellement) par une cause physiologique (du fait du traitement neuroleptique et de l'élocution prolongée).

L'entretien et l'histoire clinique ne retrouvent pas d'autres types d'hallucinations psychosensorielles.

Dans la série des hallucinations psychiques nous retrouvons le vide de la pensée (accompagné d'idées de vol de la pensée) et l'écho de la pensée (« Dieu... Dieu... »).

2. Interprétations

En poursuivant notre investigation des mécanismes du délire, nous retenons également la présence de nombreuses interprétations.

Ces dernières intéressent toutes les perceptions hallucinatoires de notre patient tel le grésillement hallucinatoire interprété comme un signal télépathique ou encore la sensation de chaleur intra-thoracique provenant selon lui d'une « tentative de resynchronisation »,

mais elles dépassent ce cadre des perceptions pathologiques pour concerner également celui des sensations physiologiques comme le bégaiement ou encore la présence vraisemblable d'authentiques otalgies ou acouphènes que nous pouvons supposer du fait des antécédents otologiques de Monsieur D.

Les interprétations délirantes paraissent à vrai dire principalement déterminées par le caractère inexplicable ou étrange de certains événements ou sensations vécus par le malade. Elles permettent ainsi de leur donner une signification, qui se fait comme nous l'avons vu toujours dans le sens d'une organisation en système d'influence.

Remarquons d'après les propos du patient qu'entre ce qui semble être la première manifestation psychopathologique (l'apparition du « signal ») et le début des nombreuses interprétations délirantes (commençant avec la « prise de conscience » au lac) se dessine une période pour laquelle ce dernier peine à rapporter des souvenirs concrets et qui se caractérise par des propos flous, incertains et incohérents contrastant avec la conviction des expériences délirantes et la clarté des interprétations qui leur sont associées : ainsi Monsieur D. ne se souvient pas s'il était en état de veille ou de sommeil lors de l'expérience d'établissement de la connexion – expérience dont il a une conviction absolue.

Il nous semble que cette période marquée par l'étrangeté et l'incertitude comprend dans une certaine mesure des expériences de déréalisation et de dépersonnalisation, c'est-à-dire d'altération modérée de la conscience (moins marquée que celle d'un état confusionnel) avec une altération de l'espace vécu et une confusion entre l'ordre objectif et l'ordre subjectif, ce qui laisse possible l'expression d'éventuels éléments oniroïdes hallucinatoires et délirants.

A travers le brouillard de cette phase pré-délirante qui allait bientôt se dissiper par l'illumination provoquée par la « révélation au lac », Monsieur D. avait semble-t-il dès le début perçu un rayon de la vérité, à savoir le rôle essentiel de Jade dans cette étrange affaire. Cela nous semble relever d'un mécanisme intuitif.

3. Imagination

Nous n'avons pas retenu la présence d'éléments d'ordre imaginaire dans le délire de Monsieur D au vu de la construction délirante qui semble suffisamment étayée par l'ensemble hallucinatoire et interprétatif.

3-Adhésion aux symptômes psychotiques

Le patient a une conviction importante de la réalité de ses hallucinations et de ses idées d'influence, bien qu'il réussisse à en isoler le caractère absurde et grotesque: « si c'était vous

[s'exclame-t-il en nous pointant du doigt] je dirais : il est fou !... Et pourtant c'est vrai, je vous jure ! ».

Cette conviction sera affaiblie par le traitement de fond, même si quelques doutes sont déjà présents lors de l'hospitalisation : « des fois je me demande si c'est vrai... »

4-Retentissement du délire et autres anomalies cliniques

La réaction du patient au délire est d'abord mêlée de neutralité émotionnelle et de perplexité puis se majore progressivement par la présence d'angoisses sans objet bien déterminé, atteignant leur paroxysme après la disparition de la pensée.

A cette période qui précède l'hospitalisation, le retentissement dans la vie du malade est majeur avec la présence d'une insomnie totale, d'une hypoprosexie avec impossibilité à poursuivre son activité professionnelle, de soliloques et d'idées suicidaires non scénarisées ni planifiées.

Si les interprétations délirantes ne semblent pas envahir tous les champs de la vie psychique de Monsieur D., ce dernier ne prête plus grande attention à ce qui est extérieur au système d'influence qu'il s'est bâti.

Cela se vérifie lors de l'entretien lorsque, questionné sur sa vie conjugale, Monsieur D. coupe court aux questions en rétorquant que « c'est Jade qui est importante ».

Il n'existe pas d'effondrement thymique et l'attitude de Monsieur D. est plutôt sympathique vis-à-vis du monde extérieur et en particulier de Jade. Nous ne relevons pas de symptôme maniaque évident hormis peut-être une réduction du besoin de sommeil et une possible tachypsychie.

Monsieur D. présente à vrai dire une certaine anesthésie émotionnelle qui s'inscrit dans une dimension dissociative, cette dernière se manifestant également par quelques incohérences dans les propos du patient ainsi que des anomalies de l'expression faciale (hypomimie et fixité du regard).

Enfin, l'existence d'une certaine lenteur à la compréhension associée à l'emploi d'un vocabulaire relativement pauvre ainsi qu'à des difficultés d'utilisation de la pensée abstraite est à relier à une diminution de l'intellect remontant probablement à l'enfance, si l'on en croit les éléments biographiques (retard scolaire, homme décrit comme « simple »).

5-Syndrome d'automatisme mental

Plusieurs éléments dans la présentation clinique de Monsieur D. nous permettent d'affirmer la présence d'un syndrome d'automatisme mental.

Nous étudierons la signification et l'origine de ce syndrome clinique dans la seconde partie de notre travail. Pour le moment bornons-nous à classer les phénomènes d'automatisme observés chez notre patient selon l'organe ou le sens concerné : nous distinguons ainsi un automatisme psychique, un automatisme moteur et un automatisme sensoriel et sensitif.

Concernant l'automatisme psychique, nous retrouvons chez Monsieur D. des phénomènes d'écho de la pensée, de vide et de vol de la pensée, ainsi qu'un automatisme émotionnel (émotions imposées et étrangères, anesthésie émotionnelle). L'hypoprosexie ainsi que les sentiments d'étrangeté de la pensée et du monde extérieur peuvent également rentrer dans cette catégorie.

Les hallucinations cénesthésiques, auditives et tactiles constituent un automatisme sensitivo-sensoriel.

Enfin, malgré les réserves que nous avons émises plus haut nous pouvons relier les phénomènes de bégaiement, de bafouillement et de mutisme (« elle m'empêche de parler ») à un automatisme verbal moteur.

En résumé, Monsieur D. présente un automatisme mental et un délire systématisé de dépossession de mécanisme essentiellement interprétatif et hallucinatoire avec un retentissement majeur (se résumant en d'invalidantes ruminations anxieuses), ainsi qu'un syndrome dissociatif mineur, le tout survenant sur un terrain intellectuel limité.

III-Discussion diagnostique

L'absence d'anomalie organique, la normalité des examens complémentaires effectués et la typicité du tableau psychiatrique permettent au préalable d'écarter une **cause organique**.

La clinique hallucinatoire, délirante et dissociative ainsi que l'absence de symptômes névrotiformes (obsessions, phobies...) éliminent d'emblée une **névrose** et nous orientent vers une pathologie de nature éminemment **psychotique**.

Bien que le phénomène hallucinatoire semble être apparu initialement de façon brutale, la constitution progressive de l'ensemble des manifestations psychotiques ainsi que leur tendance à la chronicisation écartent l'hypothèse d'une **bouffée délirante aiguë**. MAGNAN disait des bouffées délirantes qu'elles sont « sans conséquence, sinon sans lendemain », ce qui n'est pas le cas chez Monsieur D.

La symptomatologie s'inscrivant dans une polarité mélancolique ou maniaque étant faible et se voyant surtout largement surpassée par l'automatisme mental et la construction délirante, les arguments pour évoquer un épisode aigu d'une **psychose maniaco-dépressive** nous semblent largement insuffisants.

De même, la pauvreté des phénomènes thymiques écarte – au moins pour le moment – l'éventualité d'une **psychose schizo-affective**.

Nous nous situons à vrai dire dans la large catégorie des **psychoses délirantes chroniques**.

Concernant le diagnostic de **schizophrénie**, la présence d'un délire systématisé et le début tardif des troubles (37 ans) ne vont pas dans ce sens. L'association d'interprétations et d'hallucinations est commune chez les schizophrènes, cependant la clarté et la compréhensibilité du délire, sa cohérence et sa limitation à une thématique unique nous empêchent de parler de **délire de structure paranoïde**.

La présence de quelques symptômes dissociatifs et déficitaires mais surtout d'angoisses de morcellement plaide toutefois en faveur de ce diagnostic, du moins dans ses dimensions **hébéphréniques** et **catatoniques**.

Ces éléments schizophréniformes sont d'ailleurs fluctuants : les angoisses s'amplifient grandement avec la disparition de la pensée du patient, puis disparaissent rapidement après l'initiation du traitement (Monsieur D. dira qu'il a « retrouvé son corps »). Les symptômes déficitaires (apragmatisme, clinophilie, baisse du rendement professionnel) sont modérés et ne deviennent gênants que plusieurs semaines après le retour du patient à domicile.

Quant au syndrome dissociatif, il n'est que peu notable et s'améliore après l'initiation du traitement.

Tout en acceptant la présence d'éléments orientant vers cette affection délirante, porter le diagnostic de schizophrénie nous paraîtrait tout à fait téméraire. Poursuivons plutôt nos recherches du côté des **délires chroniques non dissociatifs**.

Ces derniers, si l'on s'en réfère à la terminologie classique de l'école française de psychiatrie, sont regroupés en trois grandes catégories : délires interprétatifs (« paranoïa »), délire d'imagination de DUPRÉ et psychose hallucinatoire chronique.

L'absence de composante imaginative ou fabulatrice du délire du patient nous permet d'écarter sans hésitation le diagnostic de **délire d'imagination de DUPRÉ**. La construction délirante ne se présente de surcroît pas sous un aspect fantastique, cosmique ou mégalomane.

Si la systématisation et l'extension limitée (dite « en secteur ») du délire ont été les principaux obstacles au diagnostic de schizophrénie, sans nul doute devons-nous donc évaluer celui de **paranoïa**¹. Une construction délirante trop intelligible pour être qualifiée de paranoïde n'est-elle pas justement dite *paranoïaque* ?

Un simple rappel de la thématique délirante mise en évidence cliniquement et de sa teneur affective relativement neutre (quoique légèrement mélancolique) nous éloigne des **délires de persécution** et des **psychoses passionnelles**. On ne retrouve en effet aucun élément persécutoire, mégalomane, revendicateur, jaloux ou érotomane dans le discours de Monsieur D. qui n'a en outre pas de velléités quérulentes ou agressives.

De plus, ces délires se développent fréquemment sur une personnalité dite également paranoïaque, qui se caractérise par une certaine rigidité, un orgueil démesuré, une méfiance excessive et une fausseté du jugement.

Dans le cas du **délire de relation des sensitifs de KRETSCHMER**, l'édifice délirant se développe sur un terrain dit « paranoïaque hyposthénique », caractérisé par de la timidité, une introversion anxieuse et des tendances aux scrupules ajoutées aux éléments paranoïaques ; l'ensemble étant appelé par KRETSCHMER la *personnalité sensitive*.

Or, chez Monsieur D. aucun élément clinique ou biographique constaté ou rapporté par l'entourage ne permet d'évoquer la présence pré-morbide d'une constitution paranoïaque ou sensitive.

¹ Nous prenons ici le terme équivoque de « paranoïa » au sens restreint de *délire interprétatif systématisé*, ce qui exclut le *délire d'imagination* et les *délires hallucinatoires*.

Enfin, la présence patente des hallucinations et de l'automatisme mental paraît difficilement compatible avec le diagnostic d'une psychose qui s'exprime essentiellement – sinon exclusivement – sous forme d'interprétations et d'intuitions.

Le diagnostic qui nous semble correctement rendre compte de l'état clinique du patient est à vrai dire celui de **psychose hallucinatoire chronique**.

La particularité de cette pathologie est, comme son nom l'indique, la prédominance et la richesse des hallucinations dans le tableau psychopathologique.

Nous avons vu en effet que les hallucinations chez Monsieur D. intéressent plusieurs sens et constituent chez lui le cœur de son système délirant. Ce dernier se présente en outre sous la forme d'une thématique classiquement mise en évidence chez les patients souffrant de cette pathologie : le système d'influence.

Il faut dire de surcroît – nous démontrerons cela dans la troisième partie de notre travail – que l'automatisme mental est au centre même de la notion de *psychose hallucinatoire chronique*.

L'âge du patient est également en faveur de ce diagnostic, qui concerne toutefois plus souvent des femmes.

Enfin, malgré la prudence nécessaire au vu du faible recul que nous possédons sur l'évolution du patient, nous constatons le début d'un enkystement du délire et d'un affaiblissement des fonctions psychiques, ce qui correspond bien aux caractéristiques évolutives de cette pathologie.

Notons que ce délire hallucinatoire intervient sur un terrain de limitation intellectuelle bien antérieure au début de la maladie et suffisamment modeste pour permettre une bonne intégration professionnelle et sociale, que nous pouvons qualifier de **débilité mentale légère**.

Notre diagnostic de psychose hallucinatoire chronique ne sera sans poser problème à un certain nombre de cliniciens.

Car en effet, si dans le domaine des délires chroniques on établit le plus souvent une distinction entre un délire clair et cohérent dit « systématisé », « partiel », « paranoïaque », se caractérisant par la « conservation complète de la clarté et de l'ordre de la pensée » comme disait KRAEPELIN et un délire flou, hermétique, « autistique », dissociatif, dit « paranoïde » et évoluant vers un état de « démence vésanique », de « désintégration schizophrénique », c'est seulement dans la classification française que l'on trouve ce cadre nosographique d'une psychose basée sur des phénomènes hallucinatoires ou si l'on préfère, sur l'automatisme mental.

Mais si nous amputons l'automatisme mental de cette entité diagnostique de laquelle il est le cœur, que devient-il ? Est-il alors réductible à de simples « critères positifs » de schizophrénie ? Peut-on l'envisager comme constituant une forme hallucinatoire de paranoïa ? Ou peut-être le retrouve-t-on dans les descriptions kraepeliniennes de la paraphrénie ?

Avant de répondre à cette question, il nous semble opportun d'explicitier ce curieux « syndrome d'automatisme mental de Clérambault » et de retracer l'origine de ce concept souvent relégué dans les manuels de psychiatrie contemporains à une simple note de bas de page dans le chapitre « hallucinations ».

- DEUXIÈME PARTIE -
L'AUTOMATISME MENTAL DE G. GATIAN
de CLÉRAMBAULT

I-Introduction

Dans le *Dictionnaire de Psychiatrie et de psychopathologie clinique* de Jacques Postel¹, nous trouvons la définition suivante de l'automatisme mental :

« syndrome décrit par G. G. de Clérambault caractérisé par l'association de phénomènes psychopathologiques entraînant chez le patient le sentiment de la conviction délirante qu'il n'est plus maître de sa volonté et qu'une force étrangère et extérieure à lui agit sur lui et contrôle toute son activité psychique en dirigeant ses actes, ses pensées et ses perceptions.

On distingue un grand et un petit automatisme mental.

Le premier est fait à la fois d'un automatisme idéo-verbal (hallucinations verbales avec commentaires des actes et écho de la pensée, sentiment de vol de la pensée, répétitions de phrases d'allure impersonnelle, qui seraient imposées au sujet), d'un automatisme moteur se traduisant par des impulsions qui entraînent des tics et des stéréotypies gestuelles parasitant la motricité volontaire du patient, et d'un automatisme sensoriel et sensitif avec de multiples hallucinations visuelles, gustatives (goûts bizarres dans la bouche), olfactives (odeurs désagréables), tactiles, génitales (sensations voluptueuses) et cénesthésiques (douleurs viscérales inexplicables, spasmes, décharges électriques) – tous ces troubles psychosensoriels restant anidériques, c'est-à-dire sans accompagnement délirant, au début.

Dans le petit automatisme, les troubles sont plus discrets, plus subtils : simples sentiments d'étrangeté de la pensée, de dévidage de souvenirs non sollicités, d'émancipation des idées abstraites, de réflexions et séries de mots imposées, d'arrêt subit du courant de la pensée, tout cela donnant au sujet l'impression d'un fonctionnement passif de la pensée, comme par contrainte, par action extérieure (xénopathie) ».

C'est au cours du 31^{ème} congrès des Aliénistes et Neurologistes tenu à Blois en septembre 1927² que sera en quelque sorte officialisée la paternité du Dr. G. GATIAN de CLÉRAMBAULT vis-à-vis de l'automatisme mental qui sera alors renommé « syndrome de Clérambault »³.

Il est toutefois notable pour quiconque s'intéresse aux écrits de GATIAN de CLÉRAMBAULT que ce qu'il entend par « automatisme mental » est loin de se réduire à la définition que nous venons de voir.

¹ Postel, Jacques. *Dictionnaire de Psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Larousse-Bordas, 1998.

² Piéron, Henri. «Chronique.» *L'année psychologique* 27 (1926): 885

³ Garrabé, Jean. «Psychoses à base d'automatisme.» *Journal français de psychiatrie* 45, n° 1 (2017): 26-29.

En effet, sans jamais avoir été vraiment défini de manière précise et définitive, le concept est au contraire loin d'être univoque pour GATIAN de CLÉRAMBAULT qui changera maintes fois la dénomination de son syndrome, entraînant des variations dans la signification qui y est associée : ainsi verra-t-on sous la plume du maître de l'Infirmierie du Dépôt fleurir une multitudes de néologisme tels que « petit automatisme », « grand automatisme », « syndrome de passivité », « syndrome basal », « syndrome S », « triple automatisme »...

Mais surtout, loin de se restreindre à une entité syndromique, c'est-à-dire à une association de signes et de symptômes s'inscrivant dans le champ de la psychiatrie, l'automatisme mental chez GATIAN de CLÉRAMBAULT désigne en fait une véritable théorie psychopathologique prétendant rendre compte du développement de la psychose hallucinatoire chronique.

Après des rappels biographiques concernant GATIAN de CLÉRAMBAULT, nous essayerons de mieux cerner l'automatisme mental, d'abord en s'intéressant à ses aspects historiques et cliniques, puis en synthétisant l'apport théorique de ce que l'illustre maître de l'Infirmierie du Dépôt de Paris appelait sa « doctrine »¹.

¹ Masson, Marc. «Texte 12. L'automatisme mental.» Dans *24 textes fondateurs de la psychiatrie. Introduits et commentés par la Société Médico-Psychologique*, 183-203. Paris: Armand Colin, 2013.

II-Biographie de Gaëtan GATIAN de CLÉRAMBAULT

L'ouvrage le plus instructif concernant la vie de G. GATIAN de CLÉRAMBAULT est certainement la thèse du Dr Elizabeth RENARD soutenue en 1942¹, dans laquelle elle fournit – notamment avec l'aide de la famille, des amis et des élèves du célèbre aliéniste – de précieux éléments biographiques.

Gaëtan Henri Alfred Edouard Léon Marie GATIAN de CLÉRAMBAULT naît le 2 juillet 1872 à Bourges, dans le Cher. Il est issu d'une famille catholique de l'aristocratie tourangelle.

Du côté de son père Edouard GATIAN de CLÉRAMBAULT, archéologue, inspecteur de l'Enregistrement et historiographe membre de la société archéologique de la Touraine, on retrouve dans ses ancêtres Jacques GATIAN, conseiller du roi et maire de Tours au XVII^{ème} siècle et un oncle de René DESCARTES par alliance².

Gaëtan GATIAN de CLÉRAMBAULT est également par sa mère le cousin éloigné du poète et dramaturge Alfred de VIGNY³.

Gaëtan est un enfant précoce, s'exprimant parfaitement à l'âge d'un an et demi et apprenant à lire tout seul avant l'âge de six ans⁴, mais souffrant aussi d'une santé fragile. Dans son carnet personnel, sa mère écrit à son propos en 1878 : « sa santé laisse toujours un peu à désirer, ses vilaines douleurs le persécutent toujours sur les yeux, au cœur et à l'estomac. Le médecin est sans cesse consulté⁵».

Il effectue sa scolarité à l'externat Sainte-Marie de Bourges, puis au collège Stanislas où, après avoir obtenu plusieurs premiers prix de classe notamment en mathématiques et en grec, il obtiendra son baccalauréat en 1888.

Hésitant alors sur sa vocation, le jeune homme suit des études de dessin à l'Ecole des Beaux-Arts, puis s'inscrit en faculté de droit où il obtiendra une licence en 1892. Il débutera alors des études de médecine, interrompues par son service militaire l'année suivante qu'il effectuera au 51^{ème} régiment d'infanterie de Beauvais.

Ayant repris son externat qu'il termine en 1898, il est admis au concours de l'internat qu'il décide d'effectuer en pathologie mentale.

¹ Renard, Elizabeth. *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault - sa vie et son oeuvre (1872-1934)*. Paris: Les empêcheurs de tourner en rond, 1992.

² *Anciens maires de Tours*. s.d. <https://www.annuaire-mairie.fr/ancien-maire-tours.html> (accès le 5 Juillet, 2022).

³ Dewambrechies-La Sagna, C. «Clérambault, une anatomie des passions.» *La Cause freudienne*, 2010: 222-242.

⁴ Renard, Elizabeth. *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault - sa vie et son oeuvre (1872-1934)*. op. cit., 35.

⁵ *Ibid.*, 36.

Se retrouvant dans la même promotion que l'illustre Joseph CAPGRAS, il soutiendra sa thèse l'année suivante, qui s'intitulera *Contribution à l'étude de l'othématome*¹.

Il poursuit son internat à la Salpêtrière, dans le quartier des femmes de l'ancien service de Jean-Martin CHARCOT, dirigé alors par Paul DUBUISSON. Tout en suivant les enseignements de neurologues et aliénistes comme Jules VOISIN et Philippe CHASLIN, il se rend également à l'hôpital Sainte-Anne pour assister aux leçons du mercredi et aux conférences dominicales du Dr. Valentin MAGNAN.

En 1902, il quitte son service de la Salpêtrière pour être admis comme interne dans le service de médecine légale de la Préfecture de Police de Paris.

Ce service, fondé en 1872, a pour fonction d'orienter la prise en charge des personnes amenées par les forces de police pour trouble à l'ordre public. Après examen psychiatrique, un certificat est établi pour juger de la nécessité ou non d'un internement en milieu asilaire.

Lors du stage d'internat de Gaëtan GATIAN de CLÉRAMBAULT, le service, dont le médecin-chef est Paul GARNIER, comprend quinze cellules (dont trois capitonnées) : onze pour les hommes et sept pour les femmes.

Le service prendra bien plus tard le nom d' « Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture de Police » (abrégé en IPPP)². Il est situé rue Cabanis, tout près de l'hôpital Sainte-Anne qui en revendique le terrain et a même déposé un projet de construction de maison d'accueil spécialisée (MAS)³ après que le Conseil d'État ait conclu en mars 2002 que « le terrain d'assiette de l'IPPP appartient à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne⁴ ».

Après avoir terminé son internat en 1903, G. GATIAN de CLÉRAMBAULT passe une année sabbatique à Vienne, puis retourne à l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

Au décès de GARNIER en 1905, Arthur LEGRAS prend sa succession tandis que Ernest DUPRÉ et Gaëtan GATIAN de CLÉRAMBAULT sont nommés médecins adjoints.

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan, interne des Asiles d'aliénés de la Seine, ancien externe des Hôpitaux, licencié en droit. *Contribution à l'étude de l'othématome (pathogénie, anatomie pathologique et traitement)*. Thèse soutenue le 25 octobre 1899. Faculté de Paris: Vigot frères, édit.

² Martin, Laure. « Infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris : un lieu unique en France. » 2 mars 2020. <https://www.actusoins.com/325271/infirmerie-psychiatrique-de-la-prefecture-de-police-de-paris-un-lieu-unique-en-france.html> (accès le 5 Juillet, 2022).

³ Prieur, Cécile. « L'infirmerie sans garde-fous de la préfecture de police de Paris. » 28 Décembre 2006. https://www.lemonde.fr/societe/article/2006/12/28/l-infirmerie-sans-garde-fous-de-la-prefecture-de-police-de-paris_850049_3224.html (accès le 5 Juillet, 2022).

⁴ Conseil d'État. « Avis 367355 du Conseil d'État - Demande d'avis sur la situation juridique de l'immeuble domanial sis 3, rue de Cabanis à Paris. » 2002.

En 1913, c'est son collègue DUPRÉ qui prendra la succession de LEGRAS. GATIAN de CLÉRAMBAULT quant à lui est nommé médecin de l'Infirmierie spéciale.

Avec l'assassinat de l'archiduc François-Ferdinand d'Autriche en juin 1914 éclate la Grande Guerre. GATIAN de CLÉRAMBAULT est mobilisé en août 1914 et part pour le front français, où il se fera remarquer en se mettant dans le champ de frappe des minnenwerfen (lanceurs d'obus allemands) pour les photographier¹.

Blessé à l'épaule en 1915 près de Soissons, il sera ensuite affecté au Maroc où il se verra confier la charge de dispensaires, puis retrouvera le milieu psychiatrique à Fès où il sera en charge des services de psychiatrie.

Mais l'intrépide aliéniste qui sera décoré de la croix de guerre (1914-1918) avec palme et croix de chevalier de la Légion d'honneur profitera également de son séjour en Afrique du nord pour s'adonner à d'autres passions : la photographie et tout particulièrement l'étude du drapé.

Véritable passionné des étoffes, le jeune GATIAN de CLÉRAMBAULT avait déjà commencé à travailler sur le sujet en publiant dans les Archives d'Anthropologie Criminelle trois observations cliniques de femmes présentant « une passion morbide, principalement sexuelle, pour certaines étoffes, la soie surtout ² » en juin 1908. En 1910, il publie dans la même revue une quatrième observation sur le sujet ³, et effectue un voyage en Tunisie.

Durant ses séjours en Tunisie et surtout au Maroc qu'il prolongera d'ailleurs d'un an après la guerre, il réalise plusieurs milliers de photographies de jeunes marocains prenant des poses différentes, dans le but de documenter les suites de mouvements nécessaires à l'obtention de certains plis de l'étoffe. GATIAN de CLÉRAMBAULT appelle cette science la « mécanique des plis ».

Une partie de ces photographies se trouve aujourd'hui aux archives du Musée de l'Homme, auquel elles ont été offertes par l'assistance publique après la mort du Dr. GATIAN de CLÉRAMBAULT.

A son retour en France, son supérieur à l'Infirmierie du Dépôt, le célèbre clinicien du délire d'imagination et du syndrome de débilité motrice doit se retirer prématurément de la vie professionnelle pour des raisons de santé. Cela permet à son confrère le Dr. GATIAN de CLÉRAMBAULT d'accéder le premier mars 1920 au poste de médecin-chef du service, poste qu'il conservera jusqu'à sa mort en 1934.

¹ Renard, Elizabeth. *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault - sa vie et son oeuvre (1872-1934)*. op. cit., 43.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan. «Passion érotique des étoffes chez la femme.» *Archives d'Anthropologie Criminelle*, Juin 1908.

³ Gatian de Clérambault, Gaëtan. «Passion érotique des étoffes chez la femme [suite].» *Archives d'Anthropologie Criminelle*, Août 1910.

Tout en rédigeant chaque jour à l'Infirmierie du Dépôt des certificats dans lesquels il n'hésite pas à employer des néologismes afin de transcrire à la fois le plus fidèlement et le plus concisément possible la réalité de la clinique de l'aliénation mentale, le désormais médecin-chef se rend régulièrement devant la Société Clinique de Médecine Mentale dans l'amphithéâtre des admissions de Sainte-Anne afin d'y effectuer des présentations de malades.

Le Dr. Elizabeth Renard commente ses présentations cliniques de la manière suivante : « les leçons cliniques que Clérambault faisait à l'Infirmierie spéciale, étaient fort réputées. Il y développait des sujets ardues et précis comme l'Automatisme Mental, puis il dérivait sur d'autres sujets multiples où il rejoignait souvent l'étude du drapé antique. On l'écoutait avec intérêt, avec passion, sans se lasser, bien que ses cours se prolongeaient pendant 4 à 5 heures. Ses leçons formaient un riche ensemble de connaissances profondes et variées, inépuisables dans leur nombre et captivantes dans leur exposition¹ ».

Au final, ce seront quelques treize milles certificats qu'il produira au cours de sa carrière. Jacques-Alain MILLER dira de ceux-ci qu'ils « frappent par leur effort de concision et leur extraordinaire densité »².

Quant aux publications d'articles, on en compte chez GATIAN de CLÉRAMBAULT plus d'une centaine. Le premier article qu'il publie après sa thèse paraît en octobre 1902 dans les Archives de Neurologie et s'intitule « Contribution à l'étude de la folie communiquée et simultanée³ ».

La majorité de ses publications correspond à des comptes-rendus de présentations de malades auxquels GATIAN de CLÉRAMBAULT adjoint une analyse clinique, bien souvent enrichie par des considérations psychopathologiques. Elles paraissent dans le Bulletin Clinique de la Société de Médecine Mentale et dans les Annales Médico-Psychologiques.

Après s'être intéressé notamment aux psychoses toxiques et aux délires collectifs au début de sa carrière, c'est autour de la question de l'érotomanie et de l'automatisme mental que le Dr. GATIAN de CLÉRAMBAULT sera le plus prolifique.

Ces deux entités psychopathologiques constituent le paradigme des deux grands axes nosographiques que propose GATIAN de CLÉRAMBAULT pour les délires chroniques : les « Psychoses à base de postulat » et les « Psychoses à base d'Automatisme ».

¹ Renard, Elizabeth. *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault - sa vie et son oeuvre (1872-1934)*. op. cit., 46.

² Dewambrechies-La Sagna, C. «Clérambault, une anatomie des passions.» op. cit., 238.

³ Gatian de Clérambault, Gaëtan / Guiard. «Contribution à l'étude de la folie communiquée et simultanée. (Travail du Service de M. P. Garnier).» *Archives de Neurologie*, octobre 1902: 289 ; novembre 1902 : 418.

Dans l'une comme dans l'autre, il y défend une conception mécaniciste de la psychose chronique, en considérant que le délire se constitue comme un agrégat progressif d'éléments psychologiques (sains ou pathologiques) qui se greffent sur un trouble initial, à savoir le postulat passionnel ou le syndrome d'automatisme mental.

A une époque où les théories psychogénétiques commencent lentement à se développer en France, l'organicisme de GATIAN de CLÉRAMBULT - que l'on peut qualifier plus précisément de mécaniciste et d'atomiste - sera loin de faire l'unanimité dans le monde de la psychiatrie et donnera lieu à d'interminables controverses.

Il n'aura de cesse d'y répondre en défendant ce qu'il appelle lui-même sa « doctrine ». Ainsi n'hésitera-t-il pas à écrire que « le dogme idéogéniste repose sur des inductions imprudentes ¹» ou encore que « les Psychoses [hallucinatoires chroniques] rentrent dans la neurologie »².

Malgré les débats - toujours d'actualité aujourd'hui - entre l'origine organique ou psychologique des maladies psychiatriques, personne cependant n'osera contester le génie clinique de GATIAN de CLÉRAMBULT.

Ainsi verra-t-on ses élèves les plus brillants osciller entre d'un côté l'admiration pour les descriptions cliniques hors pair de leur vénérable maître pour lequel ils gardent une certaine piété filiale, et d'un autre côté des assauts impitoyables contre ses théories assimilées le plus souvent à un organicisme grossier et révolu.

Citons comme exemple Henry EY, disant du maître du Dépôt que « son esprit n'a pu que porter jusqu'à ses plus extrêmes conséquences les doctrines mécanicistes et atomistes que son remarquable esprit clinique aurait dû lui faire rejeter ³».

Jacques LACAN, connu pour ses prises de distances précoces avec l'enseignement de celui contre lequel il osera - n'étant encore que son interne - retourner une accusation de plagiat⁴, le considérera plus tard comme son « seul maître en psychiatrie⁵ », disant de lui que « dans l'ordre des psychoses Clérambault reste absolument indispensable⁶ ».

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental au congrès de Blois [1927]. » Dans *Oeuvre psychiatrique*, de Gaëtan Gatian de Clérambault, 587-600, 597. Paris: PUF, 1942.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (Premier article) [1925]. » Dans *Oeuvre psychiatrique*, op. cit., 528-544, 528.

³ Ey, Henri. « Etude n5 - Une théorie mécaniciste: la doctrine de G. de Clérambault. » Dans *Etudes psychiatriques*, 89. Paris: Desclée, de Brouwer et Cie, 1954.

⁴ Introduction de J-A Miller dans Dewambrechies-La Sagna, C. « Clérambault, une anatomie des passions. » op. cit., 222.

⁵ Lacan, Jacques. « De nos antécédents. » Dans *Écrits*, 65. Paris: Seuil, 1966.

⁶ Lacan, Jacques. *Le séminaire III. Les psychoses [1955-1956]*, 14. Paris: Éditions du Seuil, 1981.

En fin de compte, les descriptions inégalées de GATIAN de CLÉRAMBULT de l'érotomanie et de l'automatisme mental feront sa renommée, et cela dans tous les sens du terme: le « syndrome de Clérambault » désignera l'automatisme mental dans les pays francophones, tandis que chez les anglophones le « De Clérambault's syndrome » sera l'autre appellation de l'érotomanie.

Passé à la postérité pour ses descriptions cliniques, ce grand clinicien de la psychose n'oublie pas son intérêt pour les étoffes : il obtient en 1923 l'autorisation de l'Ecole des Beaux-Arts (où il avait d'ailleurs suivi des cours de dessins avant ses études de médecine) de dispenser un enseignement sur le drapé, ce qu'il fera durant deux ans.

A son domicile rue Danicourt, il dispose directement de modèles expérimentaux en parant d'étoffes exotiques des petites poupées articulées¹.

Cet singulier aspect de sa vie sera mis en valeur au cinéma par Yvon Marciano dans le film « Le Cri de la soie »².

L'aspect tragique de la manière dont il mettra fin à ses jours sera à la hauteur de l'excentricité du personnage : on le retrouvera mort le 17 novembre 1934 de deux balles dans la tête, assis en face de son grand miroir, les pieds calés contre le mur. Ayant demandé deux jours plus tôt à sa servante de prévenir un de ses amis médecins si « quelque chose lui arrivait », puis essayé son revolver dans le jardin et enfin rédigé une longue lettre la veille du passage à l'acte, la préméditation du suicide ne fait que peu de doute³.

Ayant légué tous ses biens (dont son impressionnante collection de photos) à l'Assistance Publique, le dernier des grands aliénistes français laissera aussi un ouvrage : « souvenirs d'un médecin opéré de la cataracte⁴ » qui sera publié de manière posthume, dans lequel il raconte ses péripéties opératoires.

L'ensemble de ses travaux sera recueilli par l'un de ses derniers internes, Jean FRETET, dans un ouvrage intitulé « Œuvre psychiatrique » et publié en 1942, « sous les auspices du Comité des Elèves et des Amis de Clérambault »⁵.

¹ Renard, Elizabeth. *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault - sa vie et son oeuvre (1872-1934)*. op. cit., 83.

² *Le Cri de la soie*. Réalisé par Yvon Marciano. Produit par Compagnie Méditerranéenne de Cinéma (CMC), Ingrid Productions, La Sept Cinéma, Les Films du Scarabée, Mimosa Productions, Radio Télévision Suisse Romande (RTSR), T&C Films. 1996.

³ «Le docteur Clérambault médecin chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt s'est donné la mort.» *Le Figaro*, novembre 1934.

⁴ Gatian de Clérambault, Gaëtan. *Souvenir d'un médecin opéré de la cataracte. (Publication posthume)*. Paris: Editions Hippocrate, 1935.

⁵ Gatian de Clérambault, Gaëtan. *Oeuvre psychiatrique*. op. cit.

Les écrits traitant de l'automatisme mental sont réunis dans un chapitre intitulé « L'élaboration du dogme », ce qui selon Jean GARRABÉ a donné « une réputation de dogmatisme aux idées de Clérambault sur l'automatisme mental¹ ».

Prenant comme support les écrits de GATIAN de CLÉRAMBAULT tels qu'ils sont apparaissent dans son « Œuvre », nous allons maintenant nous intéresser plus en détail à l'élaboration de son fameux syndrome en développant dans un premier temps les aspects historiques et séméiologiques de l'automatisme mental avant de nous plonger ensuite dans la dimension doctrinale du « dogme », c'est-à-dire dans l'idéologie organiciste et mécaniciste défendue par le maître de l'Infirmierie du Dépôt.

¹ Garrabé, Jean. « Psychoses à base d'automatisme. » op. cit., 26.

III-Histoire du développement de l'automatisme mental

1-Naissance du concept

Relater la manière dont GATIAN de CLÉRAMBAULT pensait la clinique de l'automatisme mental n'est pas chose facile. D'une part, les limites syndromiques de la notion d'automatisme mental fluctuent au cours de la carrière de GATIAN de CLÉRAMBAULT et d'autre part sa doctrine de l'automatisme mental a d'abord et surtout été exposée dans des cours oraux dès l'année 1909, avant de n'être véritablement mise par écrit qu'à partir de 1920¹.

Nous devons également prendre en compte que les écrits de GATIAN de CLÉRAMBAULT étant pour la plupart des certificats à fin d'internement comportant une présentation du malade suivie de quelques commentaires cliniques, l'automatisme mental n'est évoqué généralement que de manière partielle, seulement en lien avec les aspects cliniques du malade.

On trouve cependant quelques synthèses cliniquement riches mais non exhaustives de l'automatisme mental.

La contribution la plus importante de GATIAN de CLÉRAMBAULT à cet égard est un recueil d'articles publié dans les *Annales Médico-Psychologiques* en 1927 à l'occasion du congrès de Blois, intitulé « Psychoses à base d'Automatisme » et réunissant neuf articles sur l'automatisme mental parus entre 1920 et 1926. En introduction de l'article, GATIAN de CLÉRAMBAULT explique « avoir jugé opportun de rassembler ici les éléments de ce qu'on nous excusera d'appeler notre doctrine ² ».

Nous allons maintenant essayer de retracer l'historique de ce concept et d'en exposer au fur et à mesure les principales caractéristiques.

GATIAN de CLÉRAMBAULT estime lui-même que l'automatisme mental apparaît dans ses certificats à partir de 1905, en étant « couramment présenté comme basal ³ ».

Dans les écrits qui nous sont restés, nous trouvons une première trace de l'automatisme mental dans un article d'avril 1909⁴, où le jeune médecin adjoint de l'Infirmierie du Dépôt estime que « dans nombre de délires de persécution, l'automatisme, loin de constituer uniquement un résultat, joue un rôle causal important », en ajoutant plus loin que « de

¹ Guiraud, Paul. « Préface » Dans *Oeuvre psychiatrique*, de Gaëtan Gatian de Clérambault, op. cit., V-XVI, X.

² Masson, Marc. « Texte 12. L'automatisme mental. » op. cit.

³ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Définition de l'automatisme mental (Intervention) [1924]. » Dans *Oeuvre psychiatrique*, op. cit., 492-494, 494.

⁴ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Première conception d'un Automatisme Mental générateur de délire (Intervention) [1909]. » Dans *Oeuvre psychiatrique*, op. cit., 455-456.

même qu'il existe des délires entièrement interprétatifs, de même à l'autre bout de la série des cas, il doit exister des délires exclusivement conditionnés, du moins dans leur stade initial, par l'automatisme mental ».

Il conclura que si l'existence de ces délires était démontrée, « leur valeur serait considérable pour la doctrine¹ ».

Nous voyons ainsi que dès le départ, la notion d'automatisme mental chez GATIAN de CLÉRAMBULT contient en germe toute sa doctrine mécaniciste des délires hallucinatoires, qu'il s'appliquera à développer après son retour du Maroc.

En 1910, il dit à propos d'une malade délirante et phobique qu'elle présente un automatisme mental peu étendu et remarque que « chez les malades à automatisme prédominant, les associations d'idées sont plus imprévues, plus contingentes, et, pour tout dire, plus saugrenues² » que chez sa patiente, en prenant l'exemple des alcooliques et des hallucinés psycho-moteurs.

Il estime également avoir commencé à formuler (toujours dans ses certificats) la notion de « Triple Automatisme » depuis 1919 au plus tard³.

C'est à partir de l'année suivante que GATIAN de CLÉRAMBULT, par ses présentations de malades et son enseignement qu'il dispensera à l'hôpital Sainte-Anne, pourra véritablement diffuser sa doctrine de l'automatisme mental.

En nous inspirant du travail réalisé par Yohan TRICHET⁴, nous établirons dans l'œuvre clérambaldienne une distinction chronologique en trois périodes, chacune représentée par une appellation différente du syndrome d'automatisme mental : le *syndrome basal* (de 1920 à 1924), le *syndrome de passivité* et le *syndrome nucléaire* (1925, 1926) et le *syndrome S* (1927).

Cette distinction est loin de rendre compte de manière exhaustive du développement de la doctrine de l'automatisme mental et ne concerne d'ailleurs que quelques années de la carrière de son théoricien, mais elle présente un intérêt didactique en permettant de visualiser dans les grandes lignes l'évolution des idées clérambaldiennes sur le sujet.

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Première conception d'un Automatisme Mental générateur de délire (Intervention) [1909]. » op. cit., 456.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Rôle de la mécanique dans la formation d'une phobie chez une persécutée (Présentation de malade) [1910]. » Dans *Oeuvre psychiatrique*, op. cit., 638-647, 646.

³ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Définition de l'automatisme mental (Intervention) [1924]. », op. cit., 494.

⁴ Trichet, Yohan. « Chapitre III. La psychiatrie moderne » Dans *L'entrée dans la psychose - Approches psychopathologiques, clinique et (auto-) traitements*, de Yohan Trichet, 51-59. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2011.

2-Première approche (1920-1924) : petit automatisme mental et syndrome basal

La première conception de l'automatisme mental par GATIAN de CLÉRAMBAULT prend le nom de *syndrome basal*.

Nous pouvons lui attribuer les trois caractéristiques suivantes : la neutralité des manifestations cliniques, le rôle précoce dans le décours de la maladie et l'autonomie vis-à-vis du délire, ce dernier étant considéré comme une construction secondaire réactionnelle à l'automatisme mental.

1. Neutralité de la symptomatologie

La première des caractéristiques principales du syndrome basal est la neutralité, la subtilité, la discrétion pourrions-nous dire, de sa symptomatologie.

Les phénomènes du petit automatisme mental sont « dépourvus d'hostilité », « neutres d'un point de vue affectif », « anidériques » et « athématiques »¹, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas de lien direct avec une quelconque construction idéo-affectif délirante. Ils lui sont indépendants et constituent ainsi un subtil cortège de manifestations psychopathologiques antérieures au délire et aux hallucinations caractérisées, justifiant ainsi le nom également proposé par GATIAN de CLÉRAMBAULT de « petit automatisme mental ».

GATIAN de CLÉRAMBAULT justifie la neutralité des phénomènes du syndrome basal en prenant l'exemple du « dédoublement de la pensée »². Il insiste également sur le caractère « non sensoriel » du syndrome : « la pensée qui devient étrangère le devient dans la forme ordinaire de la pensée, c'est-à-dire dans une forme indifférenciée, et non pas dans une forme sensorielle définie »³.

2. Rôle initial dans le décours de la psychose

Le petit automatisme mental (ou syndrome basal) est pour GATIAN de CLÉRAMBAULT « le trouble initial des Psychoses Hallucinatoires Chroniques à développement tardif, insidieux et lent »⁴.

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Les psychoses hallucinatoires chroniques (Présentation de malade) [1923].» Dans *Oeuvre psychiatrique*, op. cit., 470-491, 490.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Définition de l'automatisme mental (Intervention) [1924].», op. cit., 493.

³ *Idem*.

⁴ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Les psychoses hallucinatoires chroniques (Présentation de malade) [1923].» op. cit., 490.

Il est un « processus primitif susceptible de subsister longtemps ou indéfiniment à l'état pur », « il ne comporte par lui-même aucun délire, et un délire peut ne s'y adjoindre que des années après le début ¹ ». « Les systèmes délirants lui sont superposés et lui sont postérieurs dans le temps ² ».

Il s'agit d'un « Phénomène primordial ³ » sur la base duquel « des Délires Secondaires très variés peuvent s'édifier ⁴ », d'où le choix du terme « basal » pour indiquer le rôle du petit automatisme de support vis-à-vis de la construction délirante secondaire, à la manière comme le propose PLOUMARC'H d'un « socle attendant sa statue ⁵ ».

3. Autonomie et discontinuité vis-à-vis de l'idéation délirante

Pour GATIAN de CLÉRAMBULT, le délire est considéré ou bien comme totalement indépendant du syndrome basal, ou bien comme une réaction intellectuelle à ce dernier : « Le délire proprement dit n'est que la réaction obligatoire d'un intellect raisonnant, et souvent intact, au phénomènes qui sortent de son subconscient, c'est-à-dire à l'automatisme mental ⁶ ».

Si cette réaction n'est pas une conséquence directe de l'automatisme mental, elle est favorisée par le fait que ce dernier provoque une « scission de la personnalité » qui « objective [au patient] son propre « Moi » ⁷ ».

La construction délirante a ainsi pour fonction de fournir une interprétation secondaire de l'état psychopathologique de « scission du moi » provoqué par l'automatisme mental.

« Le mode d'interprétation de cette scission est laissé aux aptitudes imaginatives ou interprétatives du sujet. La nature de la construction explicative qui en résulte dépendra pour une très grande part d'idées préexistantes tenant à l'époque, au milieu, à la culture ⁸ ».

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Définition de l'automatisme mental (Intervention) [1924]. », op. cit., 493.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan . « Automatisme mental et scission du Moi (Présentation de malade) [1920]. » Dans *Oeuvre psychiatrique*, op. cit., 457-466, 466.

³ *Ibid.*, 464.

⁴ *Idem.*

⁵ Ploumarc'h, Christian. « Gaëtan Gatian de Clérambault. Des délires passionnels à l'automatisme mental, une clinique possible des psychoses. » Dans *L'Abord des psychoses après Lacan 1958-1993*, 58. Paris: Point hors-ligne, 1994.

⁶ Gatian de Clérambault, Gaëtan . « Automatisme mental et scission du Moi (Présentation de malade) [1920]. » op. cit., 459.

⁷ *Ibid.*, 458.

⁸ *Ibid.*, 464.

Différentes thématiques délirantes pourront alors se développer en prenant leur origine dans deux sources : le caractère du sujet (tendance à l'érotisme, constitution paranoïaque etc.) et les facteurs inhérents aux phénomènes sensitifs ou moteurs de l'automatisme mental, en prenant également en compte l'action « irritante et vexatoire ¹ » et donc persécutive, de l'automatisme mental : « seule, une activité interprétative en fera un persécuté ; encore cette activité devra-t-elle être soutenue [...] par un caractère paranoïaque. L'orientation du sujet vers l'explication endogène ou exogène dépend aussi de diverses nuances de ses perceptions, des sensations qui s'y associent [...] et de la proportion réciproque des éléments intuitifs, psycho-moteurs et auditifs ² ».

Dans cette perspective, l'entité nosographique constituée par la psychose de Magnan impose: GATIAN de CLÉRAMBAULT la considère comme une « Psychose Mixte ³ », une « symbiose ⁴ » associant un automatisme mental avec au minimum un état constitutionnel paranoïaque ou un délire interprétatif : « si Paranoïa et Délire Interprétatif se trouvent être déjà réunis lorsque surgit l'Automatisme, la Symbiose sera trinitaire. Elle sera plus complexe encore, si de la Perversité et de la Mythomanie renforcent la Paranoïa, et s'il s'y ajoute un Délire Passionnel quelconque, soit Quérulance, soit Jalousie ⁵ ».

GATIAN de CLÉRAMBAULT propose une métaphore chimique de la psychose de MAGNAN, schématisée par DEWAMBRECHIES-LA SAGNA de la manière suivante :

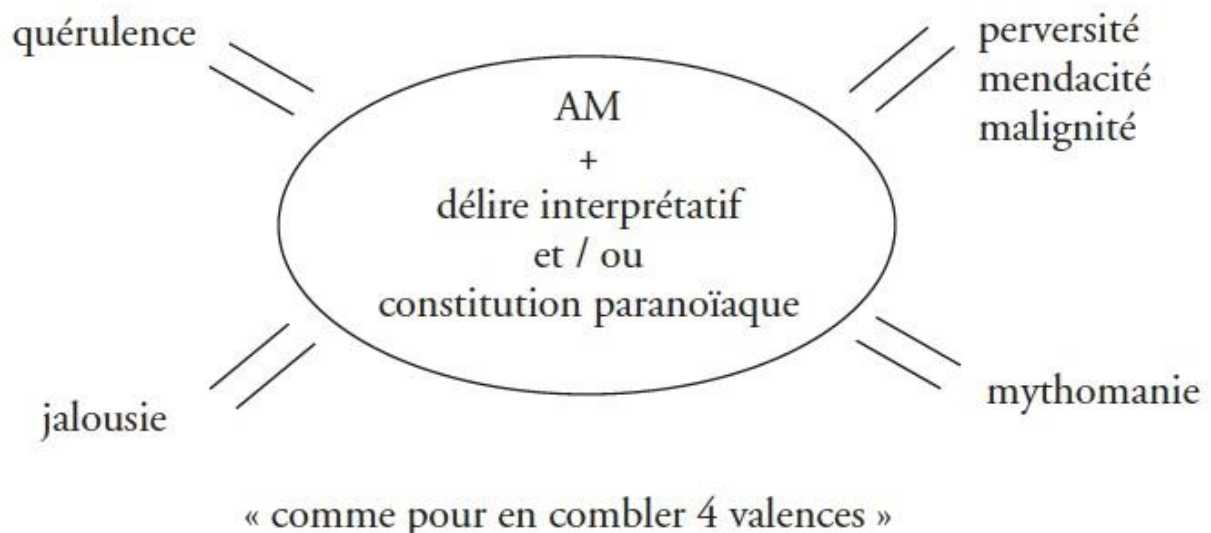


Figure 1. La psychose de MAGNAN selon GATIAN de CLÉRAMBAULT (par C. DEWAMBRECHIES-LA SAGNA)⁶.

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Les psychoses hallucinatoires chroniques (Présentation de malade) [1923]. » op. cit., 486.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Automatisme mental et scission du Moi (Présentation de malade) [1920]. » op. cit., 464.

³ *Idem.*

⁴ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Les psychoses hallucinatoires chroniques (Présentation de malade) [1923]. » op. cit., 484.

⁵ *Idem.*

⁶ Dewambrechies-La Sagna, C. « Clérambault, une anatomie des passions. » op. cit., 236.

Remarquons toutefois qu' en admettant que les caractéristiques sensitivo-sensorielles du petit automatisme mental puissent se retrouver directement dans le récit délirant, GATIAN de CLÉRAMBAULT relativise cette notion de discontinuité entre l'automatisme mental et le délire.

4. Séméiologie du syndrome basal

Les caractéristiques que nous avons mis en évidence permettent ainsi de distinguer plus facilement quels sont les éléments cliniques du syndrome basal ou « petit automatisme mental ».

Il s'agit des phénomènes « classiques ¹» et « initiaux ²» de l'automatisme mental, « signalés par Baillarger et dépeints magistralement par Séglas ³» dit GATIAN de CLÉRAMBAULT, faisant référence aux travaux de ses prédécesseurs sur les hallucinations psychiques et les hallucinations verbales motrices.

Les symptômes les plus caractéristiques sont les suivants: pensée devancée, énonciation des actes, impulsions verbales, tendances aux phénomènes psycho-moteurs, intuitions et non-sens ⁴.

L'accent est mis sur les « phénomènes à la fois idéiques et verbaux : pensée étrangère, pensée devancée, écho de la pensée et de la lecture, énonciation des gestes ⁵».

« D'autres ont été quelque peu laissés dans l'ombre ; ce sont, d'une part, les phénomènes purement psychiques : intuitions abstraites, velléités abstraites, arrêts de la pensée abstraite, dévidage muet des souvenirs. Telles sont, d'ordinaire, les formes initiales de l'A.M ⁶».

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Définition de l'automatisme mental (Intervention) [1924]. », op. cit., 492.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan . « Théorie professée à l'Infirmierie spéciale (Formules courantes de 1919 à 1923) (in Article original) [1929]. » Dans *Oeuvre psychiatrique*, op. cit., 467-468, 467.

³ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Définition de l'automatisme mental (Intervention) [1924]. », op. cit., 492.

⁴ Gatian de Clérambault, Gaëtan . « Théorie professée à l'Infirmierie spéciale (Formules courantes de 1919 à 1923) (in Article original) [1929]. » op. cit., 467 et « Définition de l'automatisme mental (Intervention) [1924]. », op. cit., 492.

⁵ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Les psychoses hallucinatoires chroniques (Présentation de malade) [1923]. » op. cit., 484.

⁶ *Idem*.

Les « commentaires sur les actes et les souvenirs, questions, pensées se répondant, sont en général plus tardifs ¹», mais rentrent toujours selon GATIAN de CLÉRAMBAULT dans le cadre du petit automatisme mental.

GATIAN de CLÉRAMBAULT propose de classer les phénomènes d'automatisme mental selon deux critères:

- La première est fonction de la sensorialité concernée : les phénomènes psychiques sont regroupés dans l'automatisme « verbal » ou « idéo-verbal », encore désigné par le terme d' « automatisme mental [proprement dit] », ce qui crée une véritable ambiguïté vis-à-vis de la notion d' « automatisme mental » dont on ne sait pas très bien si elle désigne uniquement les phénomènes idéo-verbaux ou non. Les phénomènes ayant un caractère sensitivo-sensoriel (hallucinations gustatives, auditives, olfactives, etc.) font partie de l'automatisme « sensitif » ou « sensoriel ». Les phénomènes intéressant les afférences de la sensibilité musculaire sont quant à eux classés comme « automatisme moteur ». Ces derniers comprennent également les hallucinations verbales motrices mises en évidence par SEGLAS. Il convient toutefois de noter que GATIAN de CLÉRAMBAULT ne se restreint pas à cette classification tripartite (automatisme mental/moteur/sensitif) : il évoque également l'existence d'un automatisme « affectif et émotif ²» devant des « bouffées d'anxiété sans motif ³», n'hésite pas à parler d' «Automatisme Intellectuel » pour y catégoriser des pensées répétées et des pensées étrangères ⁴, de qualifier des intentions obsédantes d' «Automatisme volitionnel ⁵» ou encore de faire part d'un « Automatisme Idéique Pur ⁶».
- Le second critère est quantitatif et concerne l'impression d'ajout (« processus positifs ») ou de retrait (« processus négatifs ») dans le vécu psychique du patient. Notons que la notion de négativité ne désigne pas pour GATIAN de CLÉRAMBAULT un déficit ou un appauvrissement que viendraient secondairement combler les symptômes « positif » telle que nous pourrions la comprendre dans une perspective bleulérienne ou organo-dynamique. Ainsi, les symptômes positifs et négatifs peuvent s'additionner mutuellement et former des processus « mixtes ». Notons également que ce critère ne s'applique qu'aux phénomènes d'automatisme psychique, et donc tout particulièrement au petit automatisme mental.

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Les psychoses hallucinatoires chroniques (Présentation de malade) [1923].» op. cit., 484.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Les psychoses hallucinatoires chroniques (Analyse. Pathogénie) (Communication) [1924]. » Dans *Oeuvre psychiatrique*, op. cit., 495-526, 526.

³ *Ibid.*, 523.

⁴ *Idem.*

⁵ *Idem.*

⁶ *Ibid.*, 526.

Voici comment GATIAN de CLÉRAMBAULT classe en 1924 les phénomènes d'automatisme mental observés chez une malade : il s'agit d'un commentaire clinique où, après avoir identifié chez sa patiente un « Automatisme sensitif banal (olfactif, gustatif, génésique) », des « Faits banaux d'A. Verbal Moteur », et des « Faits Idéo-Verbaux banaux : pensées devancées, pensées répétées, pensées adventices (lire dans les interlignes) ; pensées rappelées ; actes énoncés ; allusions, questions », il fournit une liste approfondie d'autres phénomènes « plus rares, ou moins étudiés, ou inédits » de l'automatisme mental.

Afin de mieux rendre compte de la richesse de l'analyse clinique clérambaldienne, nous adjoignons entre crochets certains des commentaires respectifs aux phénomènes décrits qui se trouvent à la page suivante :

« A) Processus Positifs Subcontinus.

1° Émancipations des abstraits [La pensée s'émancipe sous forme soit indifférenciée, soit totalement muette]

2° Dévidage muet des Souvenirs ;

3° Idéorrhée.

B) Processus Positifs Épisodiques, accompagnés de sentiments intellectuels.

Ressemblances ; Fausses Reconnaissances. [On me force à reconnaître les gens.]

Étrangeté des gens et des choses.

C) Processus Négatifs divers (accompagnés de sentiments intellectuels).

Disparition de pensées, oublis. [La malade pense à tel objet ; une pensée connexe se présente et disparaît ; elle va venir et elle disparaît avant d'être claire ; l'objet de la pensée lui-même disparaît subitement, et la malade ne sait plus à quoi elle pensait.]

Arrêts de la pensée. Vides de la Pensée. [La malade ne sait plus à quoi elle pense. [...] un nuage sur son esprit ne lui permet d'entrevoir aucune pensée.]

Perplexité sans objets. Doutes.

Aprosexie.

D) Processus Mixtes (négatifs et positifs).

Substitutions de pensée, oublis et apports. [Perpétuellement, une pensée se substitue à la pensée en cours. Le Sujet n'a dans l'esprit que des commencements de pensée.]

Peut-être idéorrhée.

Passage d'une Pensée Invisible. [Le Sujet croit à l'imminence d'une pensée qu'il reconnaît sans pouvoir encore la définir, cette idée reconnue disparaît sans avoir été définie. Ce phénomène est pour ainsi dire, la perception de l'ombre d'un objet qui vient de passer.]

E) Automatisme affectif, émotif et volitionnel. [Notre malade éprouve, comme phénomènes imposés, des gaîtés (besoin de rire, besoin d'ironie), des tristesses, des anxiétés, des étonnements, des attractions vers des personnes et des colères.]

F) Automatisme Visuel. [Cet automatisme consiste en un dévidage des souvenirs, sorte de mentisme représentatif, probablement avec appoint idéique et affectif ; il consiste aussi en des représentations purement imaginatives. « On me montre tous mes souvenirs. On me montre des images historiques. »]

G) Jeux Verbaux Parcellaires. [Dans le domaine verbal pur, avec ou sans objectivation, notons l'émancipation de phrases articulées mais vides, de fragments de phrases, de mots, de syllabes. Parmi les phénomènes les plus parcellaires, notons les mots explosifs, les mots déformés, les mots biscornus, les kyrielles de mots, les jeux syllabiques variés et les intonations bizarres. Ces jeux syllabiques ou verbaux ont constamment deux caractères, le goût du saugrenu et le sens harmonique.]¹»

Concernant les limites du syndrome basal, elles excluent les phénomènes tardifs et grossiers de l'automatisme mental :

« J'oppose [les phénomènes d'automatisme mental] aux Hallucinations Auditives, c'est-à-dire aux voix à la fois objectivées, individualisées et thématiques ; je les oppose aussi aux Hallucinations Psycho-Motrices caractérisées ; en effet ces deux sortes de voix [...] sont tardives par rapport aux phénomènes susdits²».

La distinction est plus difficile à établir avec les cénesthopathies, que GATIAN de CLÉRAMBULT considère comme établissant « un parallèle avec l'Automatisme Mental³». « Les Cœnesthopathies s'associent fréquemment à l'Automatisme Mental. Les Troubles d'A.M proprement dits (écho de la pensée, énonciation des actes, dialogues intérieurs, hallucinations motrices diverses) sont fréquemment associés chez les chroniques à des troubles purement passifs, nous voulons dire sensitifs⁴».

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Les psychoses hallucinatoires chroniques (Analyse. Pathogénie) (Communication) [1924]. » op. cit., 506-509.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Définition de l'automatisme mental (Intervention) [1924]. », op. cit., 492.

³ Gatian de Clérambault, Gaëtan . « Automatisme mental et scission du Moi (Présentation de malade) [1920]. » op. cit., 465.

⁴ *Idem.*

Bien qu'elles soient aussi admises comme « une sorte d'Automatisme sensitif ¹», l'exclusion des cénestopathies de l' « automatisme mental proprement dit » s'explique par la mise en valeur prédominante dans le syndrome basal des phénomènes idéo-verbaux, que GATIAN de CLÉRAMBAULT s'est appliqué à exposer en fournissant des descriptions cliniques d'une richesse et d'une précision jusque-là jamais atteintes.

3-Seconde approche (1925-1926) : le syndrome de passivité et le syndrome nucléaire

En 1925, GATIAN de CLÉRAMBAULT propose de remplacer la notion de « syndrome basal » par « syndrome de passivité ». Par cette nouvelle appellation (il proposera également les termes suivants : « Petit Automatisme, Syndrome D'Interférence , Syndrome de Parasitisme, Syndrome de Contrainte ²») il souhaite mettre l'accent sur la dimension passive du patient qui au début des troubles subit les phénomènes d'automatisme mental sans y réagir, afin là encore de conforter le lecteur dans la conviction que la construction idéo-affective délirante n'apparaît que secondairement dans l'évolution de la maladie.

L'argument principal de GATIAN de CLÉRAMBAULT est la neutralité des troubles et de l'état initial du patient : « le syndrome de passivité, à son début, surprend le sujet dans un état affectif neutre. Les troubles initiaux, dans un grand nombre de cas, sont eux-mêmes neutres : dans l'ordre psychique paresthésies, dans l'ordre mental écho de la pensée et énonciation des actes. Dans l'ordre mental, la teneur initiale neutre est de règle ³».

Il affirme cette fois de manière univoque l'affiliation des automatismes sensitivo-sensoriels et moteurs à l'automatisme mental, qu'il définit désormais comme « un certain syndrome clinique contenant des phénomènes automatiques de trois ordres : moteur, sensitif et idéo-verbal ⁴».

Cela représente un certain élargissement de la notion d'automatisme mental dont il dit aussi qu'il « englobe tous les types d'hallucinations déjà connus ⁵», tout en rappelant toutefois qu'il est à distinguer « de l'Automatisme Général et les Hallucinations thématiques avec lesquelles, sur les limites, il se confond ⁶». Les ambiguïtés ne sont ainsi pas toutes levées...

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan . « Automatisme mental et scission du Moi (Présentation de malade) [1920]. » op. cit., 465.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » Dans *Oeuvre psychiatrique*, op. cit., 544-576, 573.

³ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (Premier article) [1925]. » op. cit., 543.

⁴ *Ibid.*, 528.

⁵ *Idem.*

⁶ *Idem.*

La nouveauté dans cette approche réside en fait dans l'affirmation progressive d'une continuité entre l'automatisme mental et la construction délirante qui n'est plus vue comme une réaction presque contingente d'un intellect sain aux phénomènes d'automatisme mental : « ce syndrome est, selon nous, l'élément initial, fondamental, générateur des psychoses hallucinatoires chroniques [...] Ainsi [...] ce sont les hallucinations qui créent l'idée de persécution ¹ ».

Ainsi, après avoir fait subtilement remarquer que « le terme de passivité a, en outre, l'avantage de s'appliquer même à l'idéation seconde que nous appelons néoplasique, puisque, par rapport au sujet, elle est subie ² », GATIAN de CLÉRAMBULT décide l'année suivante d'assumer cet apport théorique dans l'appellation même de son syndrome clinique, qu'il dénommera alors « syndrome nucléaire ».

Il justifie ce choix sémantique par « la continuité entre les phénomènes parcellaires du début et les constructions idéiques de la période d'état ; tous résultent d'un même processus, que par métaphore et peut-être aussi avec vérité nous appellerons Dérivation ³ ».

Comme nous pouvons nous y attendre, c'est également dans les écrits datant de cette période que nous trouvons le développement le plus complet de sa doctrine mécaniciste (avec notamment les notions de « Dérivation » et de « Personnalité seconde »).

Ils seront repris dans la synthèse présentée au congrès de Blois deux années plus tard.

Nous exposerons ces éléments dans la prochaine partie de notre travail. Notons seulement que GATIAN de CLÉRAMBULT opère une distinction étiologique en reconnaissant l'existence d'un automatisme mental temporaire qu'il nomme « Syndrome de Passivité Transitoire » dans certaines pathologies aiguës : manie, théisme, caféisme, « Alcoolisme Subaigu », etc.⁴

D'un point de vue nosographique GATIAN de CLÉRAMBULT reprend la même classification que celle du syndrome basal qui divise les phénomènes idéo-verbaux en quatre catégories : « Processus Positifs Subcontinus », « Processus Positifs Épisodiques », « Processus Négatifs avec Sentiments Intellectuels » et « Processus Mixtes (négatifs et positifs) »⁵.

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (Premier article) [1925]. » op. cit., 529.

² *Ibid.*, 543.

³ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 573.

⁴ *Ibid.*, 575.

⁵ *Ibid.*, 548.

4-Troisième approche (1927) : le syndrome S

Hésitant encore sur l'appellation de son syndrome qu'il considère être « sans nom spécial ¹», GATIAN de CLÉRAMBULT délaisse le terme « automatisme » qui selon lui « donne lieu à trop d'équivoques ²», et propose de « désigner le Syndrome en question par une lettre ou un numéro, comme un produit de laboratoire ³», afin de rendre vaine « toute discussion terminologique ou philosophique ⁴».

Son choix se portera ainsi sur le terme de « Syndrome S ».

Si comme le syndrome de passivité duquel il dérive le syndrome S « doit, au point de vue doctrinal, être constamment rapproché de son cortège facultatif, tout spécialement des troubles sensitifs et moteurs ⁵», ce dernier est cependant « essentiellement psychique (verbal, idéique, émotionnel, volitionnel) ⁶». A cet égard, dans le syndrome S c'est l'écho qui prime, au point d'en devenir le phénomène paradigmatique.

En effet, pour GATIAN de CLÉRAMBULT « L'Écho est dans le Syndrome un phénomène central ⁷» duquel découlent la majorité des manifestations du Syndrome S.

Ces dernières sont envisagées, pour une partie d'entre elles, comme des variantes directes de l'écho :

« l'écho semble pouvoir être psychique, auditif ou moteur, tout cela à des degrés divers (écho semi-auditif, pseudo-auditif) et, en outre, simultanément (écho mixte).

L'écho peut être consécutif, simultané ou anticipé. [...]

Il y a lieu de distinguer l'écho de la pensée claire et l'écho de la pensée obscure. [...]

L'écho n'est pas toujours une stricte répétition. La pensée soit claire, soit obscure, peut être modifiée dans son écho. Il y a l'Écho avec Variantes (interpellations, constats), l'Écho avec Auditions (énonciation des actes), l'Écho avec Commentaires (admiration, critiques). Dans toutes ces variétés, l'écho apparaît comme le point de départ d'idéations embryonnaires, leur centre, leur germe. ⁸»

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Réponses à différentes critiques de M. Ceillier relatives aux travaux précédents (Lettre) [1927]. » Dans *Oeuvre psychiatrique*, op. cit., 577-579, 579.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental au congrès de Blois [1927]. » op. cit., 588.

³ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Réponses à différentes critiques de M. Ceillier relatives aux travaux précédents (Lettre) [1927]. » op. cit., 579.

⁴ *Idem.*

⁵ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental au congrès de Blois [1927]. » op. cit., 588.

⁶ *Idem.*

⁷ *Ibid.*, 591.

⁸ *Ibid.*, 590.

Le reste des manifestations du syndrome S découle également de l'écho, par une réaction idéo-affective du sujet à la présence de ce dernier : « L'écho de la pensée et les non-sens peuvent progressivement s'enrichir de complications verbales d'une teneur idéique et d'une charge affective ¹ ». Partant du fait primaire de l'écho, l'évolution se fait progressivement vers le triple automatisme et l'état délirant caractérisé : « une série ininterrompue de formules relie l'écho au foisonnement idéo-hallucinatoire le plus complexe ; en partant de l'écho on peut refaire tout le délire de persécution. ² »

GATIAN de CLÉRAMBULT, qui évoque la « psychologie de l'écho et de ses dérivés ³ », n'hésite d'ailleurs pas à proposer la dénomination même de « Syndrome d'Écho » pour son entité nosographique⁴.

Le syndrome S a également la particularité de comprendre dans le « cortège facultatif » de ses manifestations, au même titre que les automatismes sensitivo-sensoriels et moteurs, l'idéation délirante, considérée comme « l'auréole idéatoire du Syndrome ⁵ ».

Cette dernière, aussi appelée « Personnalité Seconde » ou « Pensée Seconde ⁶ » s'agrège autour du syndrome S, avec lequel elle partage la même origine neurologique que GATIAN de CLÉRAMBULT appelle « la dérivation ⁷ ».

Ainsi, le syndrome S est à la fois « la base du Délire Explicatif », et en même temps « le noyau d'un deuxième délire, celui-là Auto-Constructif ⁸ ».

Cela permet à GATIAN de CLÉRAMBULT de concilier ses notions précédentes de « syndrome basal » et « syndrome nucléaire ».

Inversement à l'importance considérable attribuée à l'écho dans le syndrome S – et certainement en réponse aux diverses critiques émises contre le syndrome de GATIAN de CLÉRAMBULT – l'automatisme mental perd quant à lui définitivement dans cet ultime développement le rôle quasi-pathognomonique que nous pourrions avoir été tenté de lui attribuer vis-à-vis de la psychose hallucinatoire chronique : non seulement GATIAN de CLÉRAMBULT rappelle que son syndrome « n'est pas spécial aux Psychoses Hallucinatoires Chroniques de l'adulte ⁹ », mais il va plus loin en affirmant que le Syndrome S n'est « qu'un type de syndrome d'automatisme morbide entre beaucoup d'autres ¹⁰ », se constituant

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental au congrès de Blois [1927]. » op. cit., 594.

² *Ibid.*, 595.

³ *Ibid.*, 590.

⁴ *Ibid.*, 599.

⁵ *Ibid.*, 598.

⁶ *Idem.*

⁷ *Ibid.*, 599.

⁸ *Idem.*

⁹ *Ibid.*, 589.

¹⁰ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Réponses à différentes critiques de M. Ceillier relatives aux travaux précédents (Lettre) [1927]. » op. cit., 579.

seulement d'éléments puisés dans « les ratés et les déchets de la pensée normale ¹» ou, si l'on veut, dans les phénomènes de « l'Automatisme Psychologique normal ».

Ces éléments sont ensuite intensifiés, exaltés, ce qui leur confère alors un caractère pathologique : « Les phénomènes positifs et négatifs soit diffus, soit précis (mentisme, kyrielles, scies, jeux psittaciques, gymnastiques linguistiques, phrases soudaines, phrases énigmatiques, arrêts et vides, etc.) ont fréquemment ou constamment leurs analogues dans le fonctionnement physiologique. Le Syndrome S les intensifie en substituant à des causes banales passagères une cause profonde et continue ²».

Maintenant que nous avons retracé les principaux développements du syndrome d'automatisme mental au cours de la carrière de GATIAN de CLÉRAMBAULT, intéressons-nous plus en détail aux aspects spéculatifs dudit syndrome.

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental au congrès de Blois [1927].» op. cit., 591.

² *Idem.*

IV-Aspects doctrinaux de l'automatisme mental

1-Introduction

Si quelqu'un cherche à pénétrer la pensée de GATIAN de CLÉRAMBAULT sur l'automatisme mental, il est absolument indispensable qu'il en saisisse pleinement les aspects doctrinaux. G. DAUMEZON et G. LANTERI-LAURA disaient que l'automatisme mental se caractérise plus « par sa valeur dans les psychoses hallucinatoires que par une énumération simple, constante et ferme des signes qui le constituent ¹».

En effet, pour GATIAN de CLÉRAMBAULT l'automatisme mental est la condition préalable et indispensable au développement d'une psychose hallucinatoire chronique. Exposer sa doctrine de l'automatisme mental revient donc à proposer un modèle psychopathologique des psychoses hallucinatoires chroniques, que GATIAN de CLÉRAMBAULT renomme d'ailleurs les « psychoses à base d'automatisme ».

Elles constituent avec les « psychoses passionnelles à base de postulat » les deux axes nosographiques de la classification clérambaldienne des délires chroniques.

Cependant, avant de présenter les aspects théoriques de l'automatisme mental, nous voudrions, afin d'en faciliter la compréhension, exposer les présupposés sous-tendant ce modèle théorique qu'il convient de qualifier de mécaniciste.

Henry EY, dans son *Traité des hallucinations*², identifie trois postulats fondamentaux indissociables de tout modèle mécaniciste des hallucinations et des psychoses hallucinatoires, modèle duquel GATIAN de CLÉRAMBAULT est d'ailleurs considéré par EY comme le « plus intrépide théoricien ³» :

- la thèse de la genèse organique de l'hallucination, qui affirme que la cause efficiente de cette dernière réside en une altération de la matière nerveuse et refuse l'intervention d'un facteur psychologique (et donc de toute théorie dite « psychogénétique » ou « sociogénétique »), tenant ainsi l'hallucination pour « un phénomène qui cesse d'être psychique pour être purement physique ⁴».

¹ Daumezon, Georges, et Lanteri-Laura, Georges. «La signification sémiologique de l'automatisme mental de Clérambault.» *Journal français de psychiatrie* 45 (2017): 16.

² Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. 903-983. Paris: Masson, 1973.

³ *Ibid.*, 909.

⁴ *Idem.*

- la thèse élémentariste de l'hallucination, conception atomiste qui considère l'hallucination comme un phénomène partiel et élémentaire, se suffisant à lui-même et indépendant du Délire mais susceptible d'engendrer ce dernier, de sorte que le « tout » (l'ensemble de l'état psychopathologique délirant que nous qualifions en français de « Délire » avec un D majuscule) est conditionné par ses parties (les hallucinations), ces dernières étant dans une perspective clérambaldienne elles-mêmes conditionnées par les phénomènes primaires d'automatisme mental.
- la thèse de la mécanicité du phénomène hallucinatoire, qui considère l'hallucination comme un phénomène esthésique consécutif à une excitation neuronale.

2-Etiologie de l'automatisme mental

L'automatisme mental et la psychose hallucinatoire qui en découle trouvent leur étiologie dans un agent exogène responsable d'atteintes neurologiques cérébrales à partir desquelles se développeront des « processus mécaniques extra-conscients ¹». « Ces processus eux-mêmes sont séquelles de lésions infectieuses, toxiques, traumatiques ou sclérosantes (...) ; les Psychoses [Hallucinatoires Chroniques dites Systématiques] rentrent ainsi dans la neurologie ²».

En parallèle de cette atteinte neurologique, les troubles cénesthésiques (qui comme nous l'avons vu, sont solidaires de l'automatisme mental voire font partie intégrante de l'automatisme sensitivo-sensoriel) peuvent également connaître pour origine une lésion locale, c'est-à-dire viscérale: « Fréquemment, [les troubles cénesthésiques] sont provoqués par une lésion viscérale vraie, soit localisée, soit diffuse ³».

Ces lésions neurologiques ont dans la majorité des cas une origine infectieuse ou toxique. GATIAN de CLÉRAMBULT admet la possibilité d'autres causes étiologiques, notamment traumatiques. En revanche, toute cause psychogénétique est exclue :

« Ce triple automatisme [idéo-verbal, sensitif, moteur] est une séquelle tardive d'infection ou d'intoxication. Le traumatisme même peut être soupçonné dans certains cas ; mais ne retenons que les deux premières causes ⁴».

« Le Syndrome S est d'origine organique, autrement dit, pour la plupart des cas et dans l'état actuel de nos connaissances, d'origine toxi-infectieuse ; aucune cause de méiopragie, aucun

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (Premier article) [1925].» op. cit., 528.

² *Idem.*

³ *Ibid.*, 534.

⁴ *Ibid.*, 529.

trouble cellulaire subtil inconnu ne peuvent être exclus. L'origine idéo-affective est rendue impossible, selon nous, par plusieurs raisons ¹».

3-Naissance du processus dérivatif

Les séquelles neurologiques, dont GATIAN de CLÉRAMBULT précise qu'elles sont « seulement les plus tardives, les plus subtiles et les plus systématisées de toutes les séquelles neurologiques ²», se présentent sous la forme d'atteintes locales que GATIAN de CLÉRAMBULT appelle des « épines histologiques ». Ces dernières sont de nature variable, pouvant consister en « compression (tumeur, plaques de méningo-encéphalite, hypertension), en une fixation élective de toxique, en une infection voisine (otite), en une congestion locale, etc. ³».

Ces épines histologiques ont une action irritative sur les neurones avoisinants, qui vont constituer une zone de sensibilisation autour de la lésion.

Les épines histologiques fonctionnent « comme des foyers d'irradiation ⁴» et sont responsables, par une « incitation mécanique exactement comparable à une électrisation ⁵» d'une augmentation de l'influx nerveux qui se propagera secondairement au-delà de la zone de sensibilisation.

Les neurones et voies neurologiques atteints par cette augmentation d'influx (comparée à une fuite de courant ⁶), subiront alors un phénomène de « renforcement » neurologique menant alors directement à la production mécanique d'éléments idéo-verbaux, c'est-à-dire des premiers symptômes de l'automatisme mental.

GATIAN de CLÉRAMBULT appelle cette irradiation mécanique qui engendre directement l'automatisme mental la « dérivation ». Elle correspond à un trouble de la chronaxie ⁷.

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental au congrès de Blois [1927]. » op. cit., 592.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (Premier article) [1925]. » op. cit., 528.

³ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 551.

⁴ *Idem*.

⁵ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental au congrès de Blois [1927]. » op. cit., 593.

⁶ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 550.

⁷ *Ibid.*, 571 et 573.

Les symptômes de l'automatisme mental produits seront ou négatifs (oublis, arrêt de la pensée etc.) ou positifs (phénomènes psittaciques, idéorrhée, dévidage des souvenirs etc.) selon que l'effet de la dérivation soit inhibiteur ou intrusif sur le neurone : « [des phénomènes négatifs] peuvent résulter d'inhibitions autrement dit d'interférences. [...] 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».

Le phénomène d'automatisme mental qui semble se prêter le mieux à ce modèle électropathologique est celui de l'écho – rappelons-nous l'importance que lui a accordé GATIAN de CLÉRAMBULT dans ses derniers développements de l'automatisme mental –, qui est défini comme le « résultat de la bifurcation d'un courant qui aboutirait à deux expressions séparées d'une même idée ²». « Il y aurait déviation d'influx dans l'écho, comme dans tous les autres phénomènes d'exaltation des accessoires de la pensée ³».

GATIAN de CLÉRAMBULT ne propose pas de localisation précise des épines histologiques. Il suppose toutefois qu'il doit s'agir de zones « comptant parmi les plus élevées, de celles où siège la représentation du moi et dont l'inhibition engendre les idées de négation corporelle, la perte de la vision mentale ⁴».

Il penche également pour une localisation de manière générale plus proche du centre que de la périphérie, surtout en ce qui concerne les épines donnant des hallucinations complexes⁵, montrant ainsi son accord avec l'idée (très répandue dans le courant mécaniciste⁶) d'un parallélisme entre la complexité des hallucinations et la centralité des lésions neurologiques.

Quoi qu'il en soit, son induction que le facteur déclenchant de l'hallucination est à rechercher dans des lésions nerveuses bien circonscrites se base sur les études de plusieurs auteurs portant sur des cas d'hallucinations engendrées par une lésion neurologique localisée, comme l'observation rapportée par RÉGIS d'une guérison d'otite accompagnée d'un arrêt des hallucinations auditives ou les expériences d'électrifications cérébrales hallucinogènes de JOLLY ⁷.

GATIAN de CLÉRAMBULT rejoint d'ailleurs les expériences de JOLLY en affirmant que l'automatisme mental résulte d'une cause « exactement comparable à une électrification ⁸».

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 550.

² *Ibid.*, 553.

³ *Ibid.*, 553-554.

⁴ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (Premier article) [1925]. » op. cit., 537.

⁵ *Ibid.*, 537 et 539.

⁶ Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. 956. op. cit.

⁷ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 552.

⁸ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental au congrès de Blois [1927]. » op. cit., 593.

4-Règles anatomocliniques de la dérivation

Nous pouvons énoncer cinq règles générales concernant la propagation de la dérivation dans le névraxe. Dans la perspective moniste matérialiste de GATIAN de CLÉRAMBULT, chacune de ces règles neurologiques a une parfaite correspondance dans la clinique des symptômes de l'automatisme mental.

1. Tropisme pour les voies présensibilisées

La première caractéristique de la dérivation est celle de son attirance vers les voies neurologiques déjà sensibilisées, ce qui permet la production immédiate de symptômes éloignés de la lésion initiale (l'épine histologique) s'il existe une sensibilisation cérébrale diffuse :

« l'irritation se propage dans des voies à l'avance sensibilisées. [...] Une sensibilisation diffuse [...] apparaît chaque fois qu'une sollicitation produit des effets éloignés : sollicitation ascendante quand une simple pression sur les globes oculaires provoque des visions compliquées ; sollicitations transverses, quand un bruit continu et faible est transposé en voix parlantes ¹».

2. Solidarité structurale

Les neurones atteints par la dérivation la transmettent préférentiellement aux neurones partageant des caractéristiques structurales commune. Cette loi est susceptible d'expliquer l'association constante des divers automatismes :

« La solidarité du triple automatisme s'explique sans doute par [des] identités structurales constituant des causes d'appel communes ; [...] L'identité de structure plus ou moins complète [...] engendre une réceptivité commune ²».

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 552.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (Premier article) [1925]. » op. cit., 537.

3. Capacité de frayer de nouvelles voies

La dérivation peut s'engager dans des voies neurologiques préexistantes déjà organisées, mais elle a également la possibilité de se frayer un chemin hasardeux dans le cerveau, ce qui cliniquement se manifestera par un certain degré d'incohérence et d'illogisme dans les productions idéo-verbales :

« Les dérivations tantôt s'engageront dans des voies physiologiquement toutes préparées à être unies (de là les cohérences partielles dans les productions idéiques), tantôt forceront des obstacles pour s'engager dans de nouvelles voies, pour des raisons de résistance ou d'attraction toute mécanique ; de là des résultats idéiques saugrenus ¹».

« L'excitation discrète d'une zone organisée ne peut donner que des résultats organisés. [...] Ainsi l'origine mécanique d'un rendement cérébral quelconque n'empêche pas sa complexité ni même sa coordination ²».

4. Tendance descendante

La tendance la plus caractéristique de la dérivation est celle de sa propagation vers le bas, révélant ainsi son tropisme pour les éléments mentaux inférieurs, représentés par les penchants primitifs, égoïstes et vicieux du malade :

« les irritations [...] ne renforcent pas uniformément tous les éléments en présence ; le renforcement en est inégal et sélectif. La sélection elle-même a lieu en raison inverse de la valeur des éléments dans la hiérarchie soit biologique, soit psychologique, soit strictement intellectuelle ³». « Tout influx morbide se diffuse surtout en descendant [...] Les phénomènes de l'esprit les plus élevés sont les moins susceptibles d'être produits par dérivation ; les phénomènes inférieurs sont favorisés chacun au prorata de son infériorité. [...]

La tendance descendante des irradiations favorise, dans le domaine du vocabulaire, le verbiage aux dépens des idées, le concret aux dépens de l'abstrait, les mots parasites aux dépens des essentiels [...] Dans le domaine des sentiments la dérivation favorise l'opposition, l'hostilité et l'ironie. Dans le domaine des volitions elle favorise la brutalité, les tendances au scandale et au sacrilège. Dans le domaine intellectuel la dérivation utilise de préférence les cadres logiques inférieurs. [...]

La même tendance à une diffusion descendante se montre dans les hantises, les tentations, les obsessions : elles portent surtout sur des données coprolaliques ou injurieuses ⁴».

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 552.

² *Ibid.*, 547.

³ *Ibid.*, 550.

⁴ *Ibid.*, 558-559.

5. Lois de l'âge, de la massivité et de la latence

Les impacts neurologiques de la dérivation sont également déterminés par l'âge du sujet et la latence de développement de l'automatisme mental. Chez un sujet jeune la dérivation est plus susceptible d'un envahissement massif se révélant par des phénomènes grossiers et déficitaires tels ceux que nous observons dans la démence précoce, tandis qu'un sujet plus âgé ne présentera généralement que des phénomènes subtils d'automatisme mental, l'évolution se faisant plutôt vers la psychose hallucinatoire chronique¹.

De même, plus le processus de dérivation est lent, plus l'atteinte sera subtile. « Ainsi la période de latence entre l'infection et la psychose est, avec l'âge et indépendamment de l'âge, un facteur de répartition systématique, bref de systématisation au sens neurologique du mot ²».

5-Sensations physiologiques et pathologiques

Les sensations hallucinatoires produites par la dérivation présentent deux caractéristiques les distinguant des sensations physiologiques :

- un caractère de « non-complétude », correspondant à « la traduction d'une mise en jeu non intégrale et non régulièrement sériée d'éléments réceptifs connexes ³ » : « quand par exemple une incitation, au lieu d'aborder un circuit par son début, ou par des stades déterminés de son parcours, porte d'emblée sur une portion intermédiaire, il est possible que la sensation éprouvée n'ait pas les qualités normales d'une perception, d'une représentation ou d'un souvenir ⁴».
« Les sensations hallucinatoires sont généralement moins aiguës, moins précises et moins douloureuses. [...] D'autre part, le retentissement émotif des supplices soi-disant subis est médiocre [...] ; nombreux sont les hallucinés qui accusent le médecin d'asile de les torturer nuitamment et qui, cependant, lui font bon accueil durant le jour ⁵».

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 548.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (Premier article) [1925]. » op. cit., 531.

³ *Ibid.*, 540.

⁴ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 573.

⁵ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (Premier article) [1925]. » op. cit., 539.

- un caractère d'extranéité, ressenti ou bien immédiatement par le caractère étrange inhérent à la sensation hallucinatoire, ou bien par un mécanisme de cœnesthésie intra-cérébrale détectant l'anomalie de stimulation neuronale (cette dernière étant incomplète, prématurée ou isolée) : « il est probable [...] qu'une cœnesthésie intra-cérébrale fonctionnelle nous informe nettement, bien qu'inconsciemment, des points actifs et inactifs d'un même circuit, la sensation d'inactivité de certains points comportant irréalité ¹ ». Ce caractère d'extranéité correspond d'un point de vue psychologique à une « scission entre les néoproductions et le Moi ² ».

Outre ces éléments substantiellement différents de la pensée normale, l'automatisme mental est également constitué de sensations physiologiques qui ne revêtent leur caractère pathologique que par une différence quantitative : « [les phénomènes négatifs, mixtes et positifs] se présentent chez nous tous à l'état naissant ; d'une façon presque continue, mais sont refoulés ou plutôt s'annulent d'eux-mêmes. [...] De ces phénomènes les négatifs sont les ratés, les positifs sont les déchets de la pensée normale. Dans la pensée subnormale ils s'exagèrent. Dans la pensée pathologique ils se multiplient, s'amplifient, s'intensifient jusqu'à prendre le dessus sur la pensée consciente ³ ».

6-Extension de l'automatisme mental : les deux personnalités

Une fois le processus de dérivation enclenché, « l'irritation non seulement élargit ses zones d'influence, mais s'avance elle-même, portée par des lésions histologiques, dans un trajet serpiginieux, projetant des prurits dispersés puis de plus en plus confluents. A l'ensemble des connexions physiologiques constituant un réseau normal, base matérielle de notre personnalité, se juxtapose et se substitue un réseau second, graduellement plus étendu et plus compact ⁴ ».

Les productions de la dérivation n'étant pas annexées au moi, l'ensemble idéo-affectif produit par le « réseau second » va se constituer en entité autonome rebelle au reste du psychisme. GATIAN de CLÉRAMBULT appelle cet entité la « pensée seconde », « personnalité seconde » ou encore « pensée néoplasique », en opposition au psychisme sain appelé « personnalité prime » ou « Primus ».

L'évolution de la personnalité seconde et les rapports entre les deux personnalités expliquent la production des idées délirantes et leur envahissement progressif dans tout le psychisme du patient.

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 573.

² *Ibid.*, 572.

³ *Ibid.*, 549-550.

⁴ *Ibid.*, 560.

7-La personnalité seconde

La personnalité seconde, fruit des néo-productions des réseaux neuronaux envahis par le processus serpiginieux, va se comporter comme une véritable néoplasie délirante (d'où le terme également utilisé par GATIAN de CLÉRAMBAULT de « pensée néoplasique »). Une bonne partie de l'idéation délirante est édifiée de manière automatique et inconsciente par la personnalité seconde¹.

La personnalité seconde puise ses éléments dans le caractère du sujet (paranoïaque, jaloux, interprétatif, etc.) et dans la personnalité prime, mais effectue systématiquement une « Sélection Péjorative avec Amplification ²» de telle sorte qu'elle se révèle « inférieure, intellectuellement et moralement, à la Personnalité prime ³» :

« la Personnalité Seconde est constituée par une sélection à l'envers. Son vocabulaire est grossier, souvent imagé, rarement subtil, son répertoire d'idées est lubrique, scatologique et subversif ; tout cela est puisé dans les rebuts de la Personnalité Première ⁴».

Nous retrouvons ainsi que le caractère descendant de la dérivation que nous avons mis en évidence plus haut : « la face physiologique [des résultats de dérivations constituant la personnalité seconde] présente une descente dans l'axe nerveux ; leur face psychologique peut être définie : majoration péjorative ⁵».

Notons au passage que les apports hallucinatoires de la personnalité seconde fournissent au sujet (c'est-à-dire à la « personnalité prime ») des données dont il n'a pas conscience, des « renseignements sur l'Inconscient viscéral ainsi que sur le Préconscient Intellectuel ou Affectif ⁶».

La systématisation du délire est immédiate, du fait des « forces infimes [de la Personnalité Seconde] [...] qui s'organisent spontanément du fait seul de leur convergence».

« La puissance organisatrice sensible dès le début, réside dans les forces intrinsèques, [...] exactement comme pour tant de plexus naturels, tels que cristaux et polypiers ⁷».

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 560.

² *Ibid.*, 564.

³ *Ibid.*, 565.

⁴ *Ibid.*, 564.

⁵ *Ibid.*, 565.

⁶ *Idem.*

⁷ *Idem.*

8-Réaction de la personnalité prime

Si la personnalité prime peut se montrer initialement indifférente au petit automatisme mental, elle réagira cependant à un moment donné à l'établissement de cet « alter ego » grossier et pathologique en s'engageant dans une lutte dont elle sortira nécessairement perdante.

L'une des premières réactions de la personnalité prime est la tentative de rationalisation débutant dès la production des premiers symptômes de l'automatisme mental. Cette réaction précoce qui a pour but de fournir une explication rationnelle à l'état de « scission du moi » et à l'intrusion du psychisme par des éléments reconnus comme étrangers est celle qui a fait écrire à GATIAN de CLÉRAMBAULT en 1920 que « le délire proprement dit n'est que la réaction obligatoire d'un intellect raisonnant, et souvent intact, aux phénomènes qui sortent de son subconscient, c'est-à-dire à l'automatisme mental ¹».

Nous avons déjà exposé cette réaction lorsque nous évoquions le « syndrome basal ». Rappelons seulement qu'elle se constituera en fonction des caractéristiques sensitivo-sensorielles de l'automatisme mental et des éléments inhérents à la personnalité du sujet.

Si la personnalité prime tente de résister à l'envahissement progressif par la pensée néoplasique, cette dernière répliquera systématiquement et avec une véhémence toujours plus importante : « fréquemment l'émotion pénible est une impatience provoquée par l'A. M. lui-même ; le sujet se plaint et les voix surenchérisent ²». « A mesure que le sujet s'indigne des scies innocentes au début, les voix se font de plus en plus nombreuses et plus acerbes ³».

Un cercle vicieux s'établit alors aux dépens de la personnalité prime qui sera submergée par les attaques de l'infatigable personnalité seconde et devra alors se résoudre à collaborer à la construction du scénario délirant proposé par cette dernière : « livré à ses forces personnelles en face de phénomènes nouveaux et émouvants, le délirant se trouve dans la situation de l'homme primitif en face des forces de la nature ; derrière toute secousse et tout bruit, il tend à voir une pensée force ; et d'autant mieux que ces mouvements et ces bruits sont chargés de sens. Il faudrait à l'halluciné une force géniale pour s'en tenir indéfiniment, parmi tant de fausses réalités qui se corroborent, à l'explication subjective ⁴».

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan . « Automatisme mental et scission du Moi (Présentation de malade) [1920]. » op. cit., 459.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 565.

³ *Ibid.*, 566.

⁴ *Ibid.*, 567.

« Sur les données fournies par la Personnalité Seconde, la Personnalité Prime exerce sa sagacité ; elle continue et perfectionne la systématisation ¹».

En fin de compte, « toute Psychose Hallucinoïde est une sorte de Délire à Deux où les Psychismes sont unis dans un même cerveau et où le psychisme le plus frustré domine l'autre, parce qu'il est plus inventif et plus tenace ²».

9-Evolution

Remarquons à propos de la construction délirante que l'idée de persécution est le thème le plus fréquemment développé. GATIAN de CLÉRAMBULT fournit trois raisons à cela :

- d'un part, le sentiment de violation du moi par la personnalité seconde incite à interpréter ce vécu comme persécutif : « Il y aurait là de quoi vous rendre persécuté », disait un des malades de GATIAN de CLÉRAMBULT³.
- d'autre part, beaucoup de patients présentent un caractère pré-morbide paranoïaque, qui là aussi les amène à adopter cette hypothèse persécutive.
- mais surtout, l'idée de persécution est la conséquence logique du caractère descendant (c'est-à-dire de la tendance péjorative et hostile) inhérent à la dérivation, ce qui fait dire à GATIAN de CLÉRAMBULT que « la forme persécutive, en dernière analyse, serait d'origine neurologique ⁴».

Remarquons également que si l'état délirant révèle chez le malade quelques-unes de ses tendances idéiques ou affectives insoupçonnées, cela ne peut s'expliquer selon GATIAN de CLÉRAMBULT que par une sélection mécanique d'éléments inconscients du patient : « nul ne peut délirer à vide ; nul ne délire qu'avec son trésor de souvenirs, et ce trésor chez chacun de nous est polymorphe. Il n'y a donc aucun intérêt à reconnaître que tel sentiment ou idée sont naturels chez tel délirant ⁵».

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 566.

² *Ibid.*, 567.

³ *Ibid.*, 566.

⁴ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental au congrès de Blois [1927]. » op. cit., 595.

⁵ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 567.

L'évolution se fait vers un envahissement progressif de la personnalité prime qui se voit de plus en plus affaiblie, mais ne disparaît jamais totalement : « la base de la Personnalité Première n'est pas détruite, mais seulement diminuée. La personnalité première survit dans certains rendements intellectuels et certains rapports affectifs ¹».

Après plusieurs années d'évolution, le processus peut aboutir ou non à un état démentiel.

La présence de ce dernier est déterminée par « la nature et la virulence de l'agent causal ²».

GATIAN de CLÉRAMBULT note également la possibilité d'une rémission clinique, ce qui indique une réversibilité du processus et donc la présence d'altérations neurologique ayant un retentissement plus fonctionnel qu'anatomique, « du moins les lésions anatomiques semblent restreintes par rapport à leur retentissement fonctionnel ³».

10-Conclusion

En résumé, l'ensemble du tableau de la psychose hallucinatoire s'installe de manière progressive, dépendant pour une large part d'un processus mécanique et « néoplasique » allant « de l'écho au foisonnement idéo-hallucinatoire le plus complexe ⁴» mais également d'une réaction intellectuelle et affective du « Moi » à cet envahissement parasitaire du psychisme, et enfin d'interactions entre ces deux instances collaborant ainsi à un état d'aliénation mentale s'exprimant comme une *folie à deux*.

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 570.

² *Ibid.*, 571.

³ *Ibid.*, 570.

⁴ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental au congrès de Blois [1927]. » op. cit., 595.

- TROISIÈME PARTIE -
LES DÉLIRES HALLUCINATOIRES DANS LA
TRADITION PSYCHIATRIQUE FRANCAISE

I-Introduction

Nous allons maintenant aborder l'automatisme mental dans une approche diachronique.

Etant donné que nous pouvons rencontrer des manifestations isolées ou aspécifiques de l'automatisme mental (comme le sentiment d'étrangeté de la pensée ou l'aprosopie) dans des situations physiologiques et pathologiques extrêmement variées, nous faisons le choix de centrer nos considérations sur les entités psychopathologiques où le syndrome d'automatisme mental est susceptible de réaliser une partie significative du tableau clinique et de se manifester de manière continue, voire paradigmatique : nous parlons bien entendu des délires hallucinatoires chroniques.

Ce faisant, nous adoptons le même objet d'étude que GATIAN de CLÉRAMBAULT, la grande majorité de ses descriptions cliniques de l'automatisme mental concernant en effet des cas de *psychose hallucinatoire chronique*.

Cela nous permettra également de repérer d'éventuels éléments théoriques préfigurant la doctrine de l'automatisme mental, cette dernière s'appliquant essentiellement aux *psychoses (chroniques) à base d'automatisme*.

Toutefois, l'étude de l'évolution nosographique spécifique aux délires hallucinatoires chroniques ne peut se faire sans prendre en compte celle plus large des délires chroniques, voire de toute forme de folie.

En effet, les délires hallucinatoires chroniques n'ont pas toujours été isolés en tant que tel – à vrai dire, comme nous allons le voir cela ne s'est produit qu'à une époque contemporaine de G. GATIAN de CLÉRAMBAULT, ce qui n'est pas un hasard.

Nous allons donc de cette manière exposer les principales évolutions des idées sur les délires chroniques dans l'école psychiatrique française de PINEL à GATIAN de CLÉRAMBAULT.

II-PINEL et le paradigme de l'aliénation mentale

Philippe PINEL, père de l'aliénisme français, sépare les délires aigus et fébriles – désignés classiquement par le terme de *phrénitis* – des délires sans fièvre, qui deviennent l'objet d'étude de la science aliéniste.

PINEL divise les délires sans fièvre en deux grandes catégories : la *mélancolie*, un délire calme avec connotation morale douloureuse, et la *manie*, un état délirant marqué par l'agitation. Notons d'ailleurs que le terme « manie » désigne alors une affection mentale assez large et est donc souvent employé comme un synonyme de « folie », comme nous le voyons dans le *traité* de 1800¹ de PINEL où la manie prise au sens large désigne l'aliénation mentale.

PINEL, afin de lever toute ambiguïté, supprimera cette acception du mot « manie » lors de la seconde édition de l'ouvrage².

PINEL identifie quatre formes cliniques d'aliénation mentale, se distinguant entre elles par des « lésions fondamentales de l'entendement et de la volonté³ » :

- La *manie* ou *délire général* : il s'agit un état d'exaltation furieuse portant le malade à des actes impulsifs et violents, un « délire plus ou moins marqué sur presque tous les objets s'alliant [...] à un état d'agitation et de fureur ⁴ ». L'état de manie peut se manifester par des hallucinations, comme le montrent les cas rapportés par Pinel : « Je voyois certains aliénés divaguer à leur aise sur une foule d'objets présents à leur imagination, gesticuler, déclamer, vociférer sans cesse, et ne paroître rien voir, rien entendre de ce qui se passoit autour d'eux. D'autres, livrés à une sorte de prestige, voient les objets avec les formes et les couleurs que leur imagination leur prête ; comme cet aliéné qui prenoit pour une légion de démons tout rassemblement de plusieurs personnes, et qui cherchoit à sortir de sa loge pour les aller assommer⁵ ». PINEL décrit également un type de manie « sans délire » où le malade, « sans aucun signe de délire⁶ » mais souffrant de « perversion dans les fonctions affectives⁷ », présente des accès de fureur dans lesquels il est porté à des actes que sa raison condamne.

¹ Pinel, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris: Richard, Caille et Ravier, An IX [1800].

² Pinel, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Seconde édition*. Paris: J. Ant. Brosson, 1809.

³ *Ibid.*, 6.

⁴ *Idem.*

⁵ Pinel, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. op.cit., 157-158.

⁶ Pinel, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Seconde édition*. op. cit., 158.

⁷ Pinel, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. op.cit., 155.

- La *mélancolie* ou *délire exclusif* : PINEL la définit comme un « délire exclusif et borné à une série particulière d'objets, avec une sorte de stupeur et des affections vives et profondes ¹».

Loin de se limiter à l'acceptation actuelle du terme de mélancolie comme phase d'effondrement psychique de la psychose maniaco-dépressive (elle peut d'ailleurs en désigner le versant inverse pour PINEL²), cette affection désigne un bon nombre de ce que l'on appellera plus tard les délires chroniques systématisés :

« les aliénés de cette espèce [de vésanie] sont quelquefois dominés par une idée exclusive qu'ils rappellent sans cesse dans leurs propos, qui semble absorber toutes leurs facultés : d'autres fois ils restent enfermés dans un silence obstiné [...], et semblent doués du jugement le plus sain, lorsqu'une circonstance imprévue fait éclater leur délire », nous dit PINEL en exposant le cas d'un aliéné signant le procès-verbal de son état de guérison mentale sous le titre de Christ³.

- La *démence* ou *abolition de la pensée* : état se caractérisant principalement par une incohérence manifeste dans l'ensemble du comportement et des propos du patient, elle est une « abolition de la faculté d'apercevoir les objets par des impressions faites sur les sens, [...] [une] activité continuelle sans but et sans dessein, [une] sorte d'existence automatique⁴ ».

« Dans la démence, il n'y a point de jugement, ni vrai ni faux, les idées sont comme isolées, et naissent à la suite des autres ; mais elles ne sont nullement associées [...] Jamais une image plus frappante du chaos [d'un aliéné que j'ai souvent sous mes yeux] que ses mouvemens, ses idées, ses propos, les élans confus et momentanés de ses affections morales⁵ ».

- L'*idiotisme* ou *oblitération des facultés intellectuelles et affectives*⁶ : cette affection désigne une « abolition plus ou moins absolue, soit des fonctions de l'entendement, soit des affections du cœur⁷ ».

L'idiotisme doit sa cause dans bien des cas à un facteur toxique ou traumatique : « [l'idiotisme] peut tenir à des causes variées, l'abus des plaisirs énervans, l'usage des boissons narcotiques, des coups violents reçus sur la tête, [...] des tumeurs dans l'intérieur du crâne, l'abus excessif des saignées [...] ⁸».

¹ Pinel, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Seconde édition.* op. cit., 6.

² Pinel, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie.* op.cit., 142-143 : « Rien n'est plus inexplicable, et cependant rien n'est mieux constaté que les deux formes opposées que peut prendre la mélancolie. C'est quelquefois une bouffissure d'orgueil, et l'idée chimérique de posséder des richesses immenses et un pouvoir sans bornes : c'est d'autres fois l'abattement le plus pusillanime, une consternation profonde, ou même le désespoir. »

³ Pinel, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie.* op.cit., 140-141.

⁴ *Ibid.*, 165-166.

⁵ *Ibid.*, 164.

⁶ Pinel, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Seconde édition.* op. cit., 181.

⁷ *Idem.*

⁸ *Idem.*

« La plupart des idiots ne parlent point, ou ils se bornent à marmoter quelques sons inarticulés ; leur figure est inanimée, leurs sens hébétés, leurs mouvements automatiques ; un état habituel de stupeur, une sorte d'inertie invincible forment leur caractère¹ ».

PINEL précise que l'idiotisme (qui comme la démence et les autres formes d'aliénation mentale, n'est pas un état irréversible), peut quelquefois guérir « par un accès de manie² » : « certains reprennent leurs facultés intellectuelles par le rétablissement gradué des forces ; d'autres éprouvent des rechûtes dans la saison des chaleurs ; quelques-uns [...], dans un idiotisme absolu, tombent dans une sorte d'accès de manie qui dure 20, 25 ou 30 jours, et auquel succède le rétablissement de la raison, par une sorte de réaction interne³ ».

Nous pouvons logiquement supposer qu'il range également dans cette affection certains cas d'effondrements mélancoliques caractérisés par l'apragmatisme et le mutisme les plus profonds.

Les hallucinations ne sont pas étudiées de manière isolée par PINEL (il utilise le terme « illusions ») et n'ont pas de valeur diagnostique en elles-mêmes.

Elles peuvent cependant faire partie des quelques signes précurseurs de la manie :

« l'aliéné tient quelquefois sa tête élevée et ses regards fixes vers le ciel; il parle à voix basse, il se promène et s'arrête tour-à-tour avec un air d'admiration raisonnée, ou une sorte de recueillement profond. ⁴»

¹ Pinel, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. op.cit., 167.

² *Ibid.*, 169.

³ *Ibid.*, 169-170.

⁴ *Ibid.*, 17.

III-Les monomanies d'ESQUIROL ou la folie partielle

Reprenant la nosographie de son maître, ESQUIROL scinde le large groupe des « mélancolies ou délires exclusifs sur un objet » en deux grandes entités nosographiques : la *lypémanie* et le groupe des *monomanies*.

Il justifie cette division de la mélancolie par la volonté de revenir à l'usage hippocratique de ce terme qui désigne un « délire caractérisé par la morosité, la crainte et la tristesse prolongées¹ ». Cela lui permet de refuser ce qu'il identifie comme une extension récente au terme de mélancolie, englobant « tout délire *partiel*, chronique et sans fièvre²».

S'inspirant de la classification de RUSH qui oppose la *tristimanie* (mélancolie triste) à l'*aménomanie* (mélancolie gaie), ESQUIROL décrit deux affections s'opposant par leur connotation passionnelle (douloureuse dans la lypémanie ou agréable dans les monomanies) mais partageant la caractéristique commune et fondamentale d'une « lésion partielle de l'intelligence, des affections ou de la volonté³ ».

Ainsi, en consacrant l'existence d'un groupe de pathologies mentales basées sur un seul élément symptomatologique (l'idée délirante), ESQUIROL passe d'un modèle du délire vu comme un désordre général des facultés psychiques à celui du délire caractérisé par son idée fautive prévalente ou, comme le dit Henri EY, il passe de la notion de « délire-état » (Délire avec un D majuscule, appelé *Wahnsinn* en allemand et *Delirium* en anglais) à celle de « délire-idée » (*Wahn* en allemand et *delusion* en anglais)⁴.

Cette distinction, déjà esquissée par P. ZACCHIAS et BOERHAAVE au XVIIIème siècle lorsqu'ils distinguèrent la « folie générale » et la « folie partielle »⁵, correspond également à un glissement doctrinal de l'idée d'une folie intellectuelle succédant à des troubles affectifs à celle de la folie intellectuelle comme existant de manière primitive, idée qui aura un développement important en Allemagne avec la doctrine de la paranoïa primaire⁶.

¹ Esquirol, Etienne. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Vol. I. II vols. Paris: J-B. Baillière, 1838 : 398.

² *Idem*.

³ Esquirol, Etienne. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Vol. I. II vols. Paris: J-B. Baillière, 1838. Rééd. Editions Privat, 1998 : 332.

⁴ Ey, Henri. «Les Délires chroniques [1953. revu et corrigé en 1967].» Dans *Leçons du mercredi sur les délires chroniques et les psychoses paranoïaques*, de Henri Ey, 58-62. Perpignan: CREHEY, 2010.

⁵ Magnan, Valentin / Legrain, Paul. *Les dégénérés : (état mental et syndromes épisodiques)*. Paris: Rueff, 1895 : 6.

⁶ *Ibid.*, 7.

Dans la lypémanie (que Esquirol appelle également *mélancolie proprement dite* ou *monomanie triste*), « les [malades] ont des illusions des sens, des hallucinations ; ils associent des idées les plus disparates, les plus bizarres¹ ».

D'autres, en revanche, semblent particulièrement lucides sur leur état, « ils ont la conscience de la fausseté, de l'absurdité des craintes dont ils sont tourmentés ; ils s'aperçoivent bien qu'il déraisonnent² » : ESQUIROL nomme cette forme clinique la *lypémanie raisonnante*³. La lypémanie désignant tout délire partiel avec une passion oppressive, il est intéressant de constater qu'un délire à tonalité persécutive (même sans effondrement de l'humeur) rentre dans ce cadre nosographique, comme cela apparaîtra dans le traité de DAGONET⁴.

La groupe des monomanies est composé de quatre formes.

La première, la seule vraiment en rapport avec des idées délirantes, est celle de la *monomanie intellectuelle* : « le désordre intellectuel est concentré sur un seul objet ou sur une série d'objets circonscrits ; [...] hors de ce délire partiel ils sentent, raisonnent, agissent comme tout le monde ; des illusions, des hallucinations, des associations vicieuses d'idées, des convictions fausses, erronées, bizarres, sont la base de ce délire⁵ ».

Comme nous le voyons, ESQUIROL admet la présence pêle-mêle de tous les genres de ce que nous appelons aujourd'hui les « phénomènes élémentaires du délire » (intuitions, hallucinations, interprétations, etc.), qui apparaissent comme jouissant d'un faible poids diagnostique au regard de l'idéation délirante. Toutefois, une forme de monomanie basée sur la présence prédominante d'hallucinations sera identifiée quelques années plus tard par CALMEIL⁶, qui lui donnera le nom de *monomanie sensorielle*⁷.

ESQUIROL décrit également la *monomanie affective*, où les malades « ne déraisonnent pas, mais leurs affections, leur caractère sont pervertis ; [...] ils justifient l'état actuel de leurs sentiments et excusent la bizarrerie, l'inconvenance de leur conduite⁸ ». Cette maladie sera également appelée *manie raisonnante* ou *folie raisonnante* ; elle correspond *grosso modo* à la *névrose obsessionnelle* de FREUD.

¹ Esquirol, Etienne. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Vol. I. Rééd. Editions Privat, op. cit., 205.

² *Ibid.*, 207.

³ *Idem*

⁴ Dagonet, Henri. *Nouveau traité des maladies mentales*. Paris: J-B. Baillière, 1876 : 221-223.

⁵ Esquirol, Etienne. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Vol. I. Rééd. op. cit., 332.

⁶ Magnan, Valentin / Legrain, Paul. *Les dégénérés : (état mental et syndromes épisodiques)*. op. cit., 7.

⁷ Dagonet, Henri. *Nouveau traité des maladies mentales*. op. cit., 262.

⁸ Esquirol, Etienne. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Vol. I. Rééd. op. cit., 332.

Enfin, reprenant les descriptions pinelliennes de la *manie sans délire*, ESQUIROL identifie la *monomanie instinctive* (appelée plus tard *folie impulsive* par DAGONET), dont la forme la plus grave, la *monomanie homicide*, donnera lieu à d'importantes controverses sur le plan médico-légal.

Dans le reste de la classification esquirolienne des maladies mentales, nous trouvons :

- la *manie* (égale à la *manie [avec délire]* de PINEL).
- la *démence*, qui par son caractère d' « affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté [avec] défaut de spontanéité intellectuelle et morale¹ » prend une tournure bien plus déficitaire que la démence pinellienne. Elle peut toutefois être transitoire (*démence aiguë*²).
- l'*idiotie*, dont le caractère précoce et irréversible est cette fois-ci affirmé : « l'idiotie n'est pas une maladie, c'est un état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées, ou n'ont pu se développer assez pour que l'idiot ait pu acquérir les connaissances relatives à l'éducation que reçoivent les individus de son âge³ ».
- la *démonomanie*, délire de possession démoniaque pouvant se manifester par des hallucinations de toutes sortes, notamment cénesthésiques : « comme tous les lypémaniques, les démonomaniaques ont des hallucinations et des illusions des sens ; les uns croient être le diable, les autres se persuadent avoir le diable dans le corps, qui les pince, les mord, les déchire, les brûle ; quelques-uns l'entendent parler, sa voix part de l'estomac, du ventre, de l'utérus ; ils conversent avec lui ; le diable leur conseille des crimes, des meurtres, des incendies, le suicide ; ils les provoquent au obscénités les plus ordurières, aux blasphèmes les plus impies ; il les menace, les frappe s'ils n'obéissent à ses ordres⁴ ».

¹ Esquirol, Etienne. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Vol. II. II vols. Paris: J-B. Baillière, 1838. Rééd. Editions Privat, 1998 : 44.

² Ibid., 64-65.

³ Esquirol, Etienne. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Vol. II. Rééd. op. cit., 76.

⁴ Esquirol, Etienne. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Vol. I. Rééd. op. cit., 251.

IV-Le délire chronique de MAGNAN et les délires des dégénérés

1-Le délire chronique à évolution systématique

En réaction à la doctrine des monomanies où le délire est réduit à l'« élément symptôme ¹» va se constituer une entité nosographique caractérisée par des altérations globales du psychisme et de la personnalité qui évoluent de manière progressive et systématique : appelons-la, en reprenant l'expression de Henri EY, « sa majesté le délire chronique ²».

L'innovation majeure réside en une approche diachronique de la maladie, permettant ainsi de regrouper sous la même dénomination de *délire chronique* des formes cliniques variant d'un patient à l'autre, mais également au cours de la vie d'un même malade.

LASÈGUE, qui décrit en 1852 le *délire des persécutions*³, est le pionnier de ce mouvement théorique.

J.P FALRET, l'un des plus ardents contestataires de la doctrine des monomanies⁴, découpe le délire de LASEGUE en quatre phases qui se succèdent dans le temps. Elles sont rapportées ainsi par Henri EY :

« 1°) *Période d'interprétation délirante* si bien étudiée par LASÈGUE (et plus tard par LEGRAND DU SAULLE) : le malade commence par éprouver des sensations malades, peu après il parvient à l'hallucination proprement dite qui se produit spontanément en lui et il rentre ainsi dans la deuxième phase.

2°) *Période d'hallucination de l'ouïe* ou période d'état.

C'est aussi la période de systématisation dans laquelle FALRET [père] distinguait deux modalités : systématisation à l'état vague « on » et systématisation personnelle « il ».

3) *Période des troubles de la sensibilité générale* avec concomitamment la transformation de l'hallucination de l'ouïe en monologues, dialogues, conversations mentales (troubles bien étudiés par BAILLARGER) et des hallucinations génitales.

4) *Période stéréotypée et du délire ambitieux.* ⁵»

¹ Magnan, Valentin / Legrain, Paul. *Les dégénérés : (état mental et syndromes épisodiques)*. op. cit., 6.

² Ey, Henri. «Hallucinations et délires chroniques [1968].» Dans *Leçons du mercredi sur les délires chroniques et les psychoses paranoïaques*, op. cit., 129.

³ Lasègue, Charles. «Du délire de persécutions.» Dans *Archives générales de médecine*, 129-150. Paris, 1852.

⁴ Falret, Jean-Pierre. «De la non-existence de la monomanie.» Dans *Archives générales de médecine*, 148-154. Paris, 1854.

⁵ Ey, Henri. «Les Délires chroniques [1953. revu et corrigé en 1967].», op. cit., 62.

A la fin du siècle, MAGNAN décrit le *délire chronique à évolution systématique*, qui aura un retentissement important en France et à l'étranger.

Cette entité clinique que GATIAN de CLÉRAMBULT considérera comme un « agrégat » de plusieurs manifestations psychopathologiques ayant pour noyau obligatoire l'automatisme mental¹ contient d'importantes similitudes cliniques et doctrinales avec les *psychoses à base d'automatisme* du maître de l'infirmerie du dépôt (qui, rappelons-le, fût l'élève de MAGNAN), raison pour laquelle nous nous permettons de nous arrêter un peu sur sa description.

Le délire chronique de MAGNAN se présente, comme celui de LASÈGUE et J.P FALRET, en plusieurs phases successives, qui sont au nombre de quatre :

1^{ère} phase : période d'incubation (ou période d'inquiétude)

Jusque-là indemne de toute pathologie mentale, le malade comme à éprouver « un malaise général ² » mal défini, avec des troubles du sommeil et de l'alimentation, « il devient de plus en plus nerveux et excitable [...] ; il se montre inquiet, soupçonneux ; chez les femmes surtout se manifeste parfois une jalousie inaccoutumée³ ».

Inquiet par cet état morbide d'allure hypochondriaque, il présente une « tendance à chercher en dehors de lui, dans des influences étrangères, la cause des troubles divers qu'il éprouve », ce qui le mène progressivement à adopter des interprétations délirantes : « peu à peu il lui semble qu'on l'observe, qu'on le regarde de travers, qu'on le dédaigne et qu'on le méprise ; il doute, reste hésitant au milieu d'idées variées, acceptées d'abord, repoussées ensuite, admises peu à peu et donnant lieu enfin à des interprétations délirantes⁴ ».

Pour LASÈGUE et MAGNAN, l'idée délirante de persécution est déjà considérée – pourrions-nous dire en reprenant l'expression clérambaldienne – seulement comme la « réaction obligatoire d'un intellect sain » aux phénomènes morbides de la période d'incubation : « Lasègue, dit MAGNAN, fait très justement remarquer que la croyance à une persécution n'est que secondaire : « Il y a là autre chose que l'exagération d'une tendance naturelle. Les esprits les plus craintifs ne sont pas les plus prédisposés ; c'est un élément pathologique nouveau introduit dans l'organisme moral. Les idées de persécution sont provoquées par le

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Les psychoses hallucinatoires chroniques (Présentation de malade) [1923]. » op. cit., 484.

² Magnan, Valentin / Sérieux, Paul. «Le Délire Chronique à Evolution Systématique.» Dans *Encyclopédie Scientifique des aide-mémoire*. Paris: George Masson; Gauthier-Villars et Fils., s.d. : 42.

³ *Ibid.*, 43.

⁴ *Idem.*

besoin de donner une explication à des impressions morbides probablement communes à tous les malades »¹».

Si MAGNAN ne rapporte pas la présence d'hallucinations dans la phase d'incubation du délire chronique, c'est parce que pour lui (comme pour LASÈGUE), elles sont la conséquence de l'idée de persécution, leur présence signant alors l'entrée dans la seconde phase de la maladie : « un jour vient enfin où, chez ce sujet sans cesse aux écoutes, l'idée constante d'une persécution, la tension incessante de l'esprit, finissent par retentir sur le centre cortical auditif où les illusions de l'ouïe ont déjà révélé l'état d'érythisme. La pensée suffit seule dès lors pour éveiller dans le centre sensoriel son signe représentatif, c'est-à-dire l'image auditive verbale : l'hallucination de l'ouïe apparaît. La barrière est alors franchie, et le malade entre dans la seconde période, celle des hallucinations multiples de nature pénible, des troubles de la sensibilité générale et du délire de persécution² ».

Nous voyons donc que si, entre MAGNAN et GATIAN de CLÉRAMBAULT, l'ordre causal et chronologique est inversé entre hallucinations et idées délirantes de persécution, les deux se situent tout à fait dans une perspective organiciste et mécaniciste qui envisage l'hallucination comme la conséquence automatique d'une stimulation cérébrale, cette dernière se faisant sous l'effet de la noèse (idée persistance de persécution) pour l'un et trouvant une cause électro-chimique (processus de dérivation) pour l'autre.

2nde phase : période de persécution

Dans cette phase, MAGNAN attribue un rôle fondamental à l'hallucination, « ce trouble élémentaire si important dans le délire chronique³». Le malade présente tout d'abord des hallucinations auditives élémentaires, qui se transforment ensuite progressivement en voix caractérisées : « ce sont d'abord des « bourdonnements », des « bruissements », des « cloches » ; puis viennent des « voix basses », des « chuchotements » ; « on parle si bas, dit le patient, que je ne comprends pas ». Enfin, ce sont des mots isolés prononcés à haute voix, quelquefois des mots de langues étrangères si l'halluciné connaît plusieurs langues ; parfois ce sont des syllabes d'une langue inconnue⁴ ».

MAGNAN signale également la présence des phénomènes idéo-verbaux suivants :

- écho de la pensée : « dans quelques cas le sujet remarque et raconte avec étonnement que toutes ses pensées sont répercutées immédiatement partout ainsi que par un écho. C'est le phénomène de l'écho de la pensée. Parfois « les voix »

¹ Magnan, Valentin / Sérieux, Paul. «Le Délire Chronique à Evolution Systématique.» op. cit., 45-46.

² *Ibid.*, 46.

³ *Idem.*

⁴ *Ibid.*, 48.

répondent aux pensées du patient. « Tout ce que je pense, je l'entends aussitôt au loin, disent ces hallucinés : on me vole, on me prend mes pensées. »¹ ».

- énonciation et commentaire des actes : « parfois aussi, chaque acte du patient est énoncé à voix haute, l'idée qui l'accompagne à l'état physiologique suffisant pour éveiller l'image auditive correspondante ; le malade entend dire quand il se déshabille : « tiens, il enlève sa chemise, etc. »² ».

Reprenant la théorie de TAMBURINI qu'il qualifie comme « [celle] qui concorde le mieux avec les données de la physiologie et de la clinique³ », MAGNAN admet que si l'hallucination est bien causée primitivement par « un état d'excitation, une sorte d'automatisme des centres perceptifs corticaux⁴ », dans le délire chronique elle est surtout secondaire à la « pensée tenace⁵ » du sujet puis aux hallucinations elles-mêmes, ce qui engendre ainsi une aggravation automatique des productions hallucinatoires.

Cette « marche progressive des troubles sensoriels ⁶ » s'amplifie de manière inéluctable jusqu'à ce que les centres corticaux atteignent une certaine autonomie qui leur permettra alors de produire sans stimulation préalable des hallucinations qui se feront de plus en plus envahissantes, et auxquelles le malade finira par répondre :

« quand la maladie progresse, le centre cortical s'émancipe : des mots, des phrases, des monologues se produisent en dehors du courant d'idées du sujet; si bien que celui-ci, pensant à autre chose, est interpellé par ses ennemis : il répond, et alors s'établit un dialogue entre le patient, représenté par le lobe frontal, et l'interlocuteur, cantonné dans le centre auditif cortical⁷ ».

L'excitation incessante du centre cortical auditif finira par se propager au centre moteur du langage, engendrant ainsi des hallucinations motrices verbales et psychiques :

« le fonctionnement automatique de ce dernier centre donne lieu à des phénomènes intéressants désignés sous nom d'hallucinations psychiques (Baillarger) ou motrices verbales (Ribot) : « des voix intérieures, disent les malades, parlent silencieusement dans l'estomac, dans la gorge; ils entendent des voix qui ne sont pas des voix, qui ne résonnent pas aux oreilles. » Il s'agit là en réalité d'un phénomène, non point sensoriel, mais psychomoteur, provoqué plus ou moins directement par l'hallucination auditive⁸ ».

¹ Magnan, Valentin / Sérieux, Paul. «Le Délire Chronique à Evolution Systématique.» op. cit., 49-50.

² *Ibid.*, 50.

³ *Ibid.*, 47.

⁴ *Idem.*

⁵ *Idem.*

⁶ *Ibid.*, 182.

⁷ *Ibid.*, 52.

⁸ *Ibid.*, 54.

D'autres hallucinations peuvent également se manifester au cours de la seconde phase du délire :

- des « troubles de la sensibilité générale », correspondant à des hallucinations cénesthésiques et de la sensibilité cutanée : « Les malades disent qu'ils ont des insectes grouillant entre la peau et les muscles, que leurs ennemis les brûlent, les piquent, les magnétisent, quelques-uns les endorment, leur donnent des gaz, que les « rongeurs et les vampires les dévorent en dedans, leur prennent le sang¹ ». MAGNAN note que ce type d'hallucinations peut précéder les hallucinations de l'ouïe et même « faire naître les idées de persécution² ».
- des hallucinations génitales, jouant parfois « un rôle des plus importants dans le délire³ ».
- des hallucinations de l'odorat⁴.
- des hallucinations gustatives⁵.
- et enfin, quelques hallucinations visuelles bien que ces dernières soient rares⁶.

En réaction aux diverses hallucinations qu'il subit, le sujet s'interroge, interprète et construit progressivement son un scénario délirant, qui « se systématise chaque jour davantage⁷ ».

Après une phase stationnaire de plusieurs années, « le délire finit par se stéréotyper : le patient crée des néologismes ne trouvant plus dans le langage ordinaire des mots convenant au monde de sensations nouvelles dans lequel il vit⁸ ».

« L'idée délirante est alors émise toujours de la même manière et d'une façon stéréotypée. Quelquefois les malades adoptent certains gestes, certains mouvements répondant à des idées fixes et ils restent invariables⁹ ».

Tous ces phénomènes ont un retentissement important pour le malade, sa personnalité subissant alors des « altérations plus ou moins profondes qui marchent parallèlement à la généralisation et à l'intensité des troubles sensitifs et sensoriels¹⁰ ».

¹ Magnan, Valentin / Sérieux, Paul. «Le Délire Chronique à Evolution Systématique.» op. cit., 56.

² *Idem.*

³ *Ibid.*, 57.

⁴ *Idem.*

⁵ *Idem.*

⁶ *Idem.*

⁷ *Ibid.*, 61.

⁸ *Ibid.*, 66.

⁹ *Ibid.*, 94.

¹⁰ *Ibid.*, 76.

« Chez ces sujets l'unité du moi finit en effet, le plus souvent, par être tôt ou tard compromise¹ », ce qui résulte en une « dissolution de la personnalité² » : le processus évolutif « tend à réaliser une personnalité nouvelle qui coexiste avec l'ancienne³ », si bien que le sujet, qui « finit par croire à une personnalité double, à deux individualités coexistant en lui-même⁴ », s'engage dans une lutte contre cette entité intrusive et dépossédante.

3^{ème} phase : délire de grandeur

S'inspirant des observations réalisées par d'autres aliénistes (PINEL, MOREL, FOVILLE, GARNIER, etc.) sur l'apparition tardive d'idées de grandeur chez des délirants chroniques, MAGNAN décrit une période se caractérisant par la prééminence d'idées ambitieuses. Ces dernières peuvent survenir par trois mécanismes différents :

- par déduction logique : « les persécutés se disent qu'ils doivent être de grands personnages pour que, pendant de longues années, on se soit donné la peine de les tourmenter ainsi, pour qu'ils aient inspiré tant d'envie, et attiré sur leur tête des haines aussi acharnées⁵ ».
- par suggestion hallucinatoire : « une de nos malades s'entend appeler reine de France ; un persécuté, cité par M. Briand, s'entend, au sortir d'un cabaret, saluer du nom de «Napoléon »⁶».
- de manière spontanée, « presque subitement, sans qu'on puisse saisir comme cause déterminante soit le raisonnement, soit une hallucination⁷ ».

4^{ème} phase : période de démence

Enfin, rejoignant les descriptions de GRIESINGER, BAILLARGER et SCHÜLE sur l'existence d'une phase terminale démentielle dans l'évolution de certaines vésanies chroniques, MAGNAN ajoute une phase de démence au délire de persécution de LASEGUE et J.P FALRET :

¹ Magnan, Valentin / Sérieux, Paul. «Le Délire Chronique à Evolution Systématique.» op. cit., 76.

² *Ibid.*, 77.

³ *Ibid.*, 78-79.

⁴ *Ibid.*, 80.

⁵ *Ibid.*, 90.

⁶ *Ibid.*, 91.

⁷ *Ibid.*, 92.

« le niveau mental [des délirants chroniques] baisse peu à peu, leur mémoire s'affaiblit, le souvenir des diverses périodes de leur délire s'efface, leur activité intellectuelle se borne à ressasser quelques conceptions délirantes stéréotypées, leur conception du monde extérieur devient confuse¹ ».

Les hallucinations et idées délirantes sont moins présentes et ne s'expriment quasiment plus que sous forme stéréotypée :

« De temps à autre leur esprit se réveille sous l'influence d'hallucinations, d'images tonales, qui continuent à s'échapper presque automatiquement du centre cortical. Ils se montrent indifférents à tout ce qui les entoure ; on les voit adoptant parfois des attitudes spéciales, se tenant à l'écart, tantôt immobiles, d'autres fois parlant seuls à voix basse, faisant tout à coup certains gestes, toujours les mêmes, en rapport avec des conceptions délirantes qui ne changent pas non plus. Si on les interroge, ils ne répondent pas tout d'abord, puis, si l'on insiste, ils regardent comme étonnés et ne donnent souvent que des réponses incomplètes, sans précision ; leur langage est semé de néologisme qui le rendent quelquefois difficilement compréhensible² ».

2-Les délires systématisés des dégénérés

Malgré la quantité importante de formes d'aliénation chronique qu'absorbe le délire chronique à évolution systématique (délires maniaques, lypémaniaques, monomaniaques etc.), ses théoriciens ne peuvent y admettre certaines monomanies qui n'en présentent pas les critères symptomatologiques : c'est le cas notamment de certains délires partiels, bien systématisés et sans évolution démentielle, mais également des délires aigus et réversibles, ou encore des folies raisonnantes sans idée délirante ni hallucination (ce qui correspond aux monomanies affectives et instinctives d'ESQUIROL).

Ainsi, tout comme LASEGUE et J-P FALRET³ opposèrent le délire des persécutés-persécuteurs au délire chronique délire de persécution, MAGNAN opposera à son délire chronique des affections envisagées comme des épisodes psychopathologiques secondaires à une tare héréditaire : la *dégénérescence*.

La théorie de la dégénérescence provient de l'aliéniste B.A. MOREL : il la définit comme « la déviation malade d'un type primitif⁴ », la cause de cette déviation étant « la dégradation originelle de la nature humaine [c'est-à-dire le péché originel], agissant seule ou avec le

¹ Magnan, Valentin / Sérieux, Paul. «Le Délire Chronique à Evolution Systématique.» op. cit., 105.

² *Ibid.*, 105-106.

³ *Ibid.*, 17.

⁴ Morel, Bénédicte-Augustin. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles ou morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*. Paris: J.-B Baillière, 1857 : 5.

conours des circonstances extérieures, des institutions sociales et de toutes les influences occasionnelles analogues¹ ».

MAGNAN laïcise la théorie de MOREL et y insère les théories darwiniennes en déplaçant la référence au « type primitif de l'humanité » vers les parents de l'être « dégénéré », ce qui aboutit à la définition suivante :

« la dégénérescence est l'état pathologique de l'être qui, comparativement à ses générateurs les plus immédiats, est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psychologique et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte pour la vie : cet amoindrissement, qui se traduit par des stigmates permanents, est essentiellement progressif, sauf régénération intercurrente ; quand celle-ci fait défaut, il aboutit plus ou moins rapidement à l'anéantissement de l'espèce.² »

Si on peut lui reconnaître le mérite d'avoir mis en lumière l'importance de l'hérédité (ou plus généralement, de l'influence familiale) dans le développement des maladies mentales, la théorie de la dégénérescence donnera cependant lieu à des pratiques eugénistes au début du XXème siècle³.

Après avoir connu une grande popularité, elle tombera rapidement en désuétude après la première guerre mondiale⁴.

La classification de MAGNAN se résume de la manière suivante : admettant que « la plupart des aliénés, tout au moins les vésaniques, sont primitivement des prédisposés⁵ », ces derniers sont divisés en deux grandes classes : les « prédisposés simples » (sans dégénérescence) et les « prédisposés maximum » (les « dégénérés »).

Il existe également un groupe (mineur) d'aliénations mentales sans prédisposition.

Dans le groupe des *prédisposés simples*, les malades sont « jugés normaux d'un point de vue cérébral jusqu'au jour où ils versent dans la folie⁶ » et souffrent donc de *psychoses simples* : elles sont constituées par les *psychonévroses* (manie et mélancolie), le fameux délire chronique à évolution systématique et les folies intermittentes⁷.

MAGNAN admet également certains délires hallucinatoires dans ce groupe⁸.

¹ Morel, Bénédic-Augustin. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles ou morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*. op. cit., 4.

² Postel, Jacques. *Dictionnaire de Psychiatrie et de psychopathologie clinique*. op. cit., 120.

³ *Ibid.*, 121.

⁴ *Ibid.*, 122.

⁵ Magnan, Valentin / Legrain, Paul. *Les dégénérés : (état mental et syndromes épisodiques)*. op. cit., 44.

⁶ *Ibid.*, 58.

⁷ *Ibid.*, 59.

⁸ *Ibid.*, 56.

Dans le groupe des *dégénérés* sont rangés « les malades dont la personnalité intellectuelle et morale est complètement transformée, dès la base, dès la naissance, par le fait de l'aggravation progressive du facteur prédisposition¹ ».

Ces derniers peuvent développer au long de leur vie tout un ensemble de manifestations psychopathologiques « contingentes, épisodiques, secondaires, extrêmement variées, réunies pourtant par ce fait caractéristique qu'elles reposent sur une base dégénérative² ».

Ces manifestations regroupent :

- les états de *folie lucide* : manifestations obsessionnelles ou impulsives sans état délirant (MAGNAN indique leur équivalence avec les *monomanies affectives et instinctives* d'ESQUIROL et le *délire émotif* de MOREL³).
- des états plus sévères : les « délires des actes » (*manie raisonnante*) avec notamment le délire des persécutés-persécuteurs , ainsi que des états de démence précoce (*hébéphrénie*)⁴.
- les états délirants, constitués par les *bouffées délirantes* (caractérisées par un « délire d'emblée, multiple, polymorphe et protéiforme⁵ ») et par les *délires systématisés des dégénérés*, qui peuvent aboutir au terme de leur évolution à l'état démentiel⁶.

Chez les dégénérés, les hallucinations se présentent donc de deux manières possibles : dans le cadre d'une bouffée délirante aiguë, elles « amènent [par leur intensité et leur multiplicité] un état de confusion, une obnubilation de la conscience qui met obstacle à la systématisation du délire⁷ », tandis que dans certains délires systématisés des dégénérés elles peuvent apparaître mais seulement de manière très limitée, leur présence n'étant « qu'un élément surajouté⁸ » dont le rôle « reste toujours accessoire⁹ ».

MAGNAN nous rapporte le cas suivant d'une bouffée hallucinatoire aiguë comportant de nombreux symptômes d'automatisme mental :

¹ Magnan, Valentin / Legrain, Paul. *Les dégénérés : (état mental et syndromes épisodiques)*. op. cit., 59.

² *Ibid.*, 66.

³ *Idem.*

⁴ *Ibid.*, 67.

⁵ *Idem.*

⁶ *Idem.*

⁷ Magnan, Valentin / Sérieux, Paul. «Le Délire Chronique à Evolution Systématique.» op. cit., 144.

⁸ *Ibid.*, 145.

⁹ *Ibid.*, 146.

« Nous avons observé récemment une malade de 23 ans qui, après avoir eu, durant deux jours, des sifflements dans les oreilles, devint très rapidement hallucinée : « on répète tout ce qu'elle fait ; quand elle va se mettre au lit, les voix disent : «Tiens, elle change de chemise», etc. Par moments il y a trois voix, dont l'une prend sa défense ; d'autres lui commandent d'exécuter des actes qui lui répugnent (manger du charbon, voler, etc.) ; on la menace de mort. Elle, ne peut ni agir, ni parler sans la permission de «*Mme la somnambule*» à qui elle s'adresse à chaque question qu'on lui pose : En outre, celle-ci la fait parler « par le cœur », c'est « une voix intérieure » (*hallucinations motrices verbales*). Il existait en outre chez cette jeune fille des hallucinations de la vue assez actives (pas d'alcoolisme), des hallucinations pénibles de l'odorat, du goût, des troubles de la sensibilité générale. Bientôt des voix consolatrices se firent entendre : « on vantait son bon cœur, on la récompenserait ». Moins de trois mois après son entrée, la malade sortait complètement guérie, sans qu'il restât aucun vestige des phénomènes hallucinatoires si accusés qui avaient reproduit pendant un temps le tableau de la deuxième période du délire chronique. ¹»

Et MAGNAN conclut ainsi : « Le jeune âge du sujet (23 ans), le début brusque du délire, son évolution rapide, se terminant par une guérison complète, sont autant de différences justifiant la description isolée de ces délires de persécution fugaces qui, s'ils peuvent un moment simuler de tout point le délire chronique, s'en éloignent en réalité par des caractères cliniques de la plus haute importance.²»

Enfin, MAGNAN admet des *états psychopathiques*³ sans prédisposition, constitués par les *délires névrosiques* (hystérie et épilepsie), les *démences organiques* (saturnisme, paralysie générale, etc.) et les *folies toxiques* (alcoolisme, absinthisme, etc.)⁴.

Cette même distinction entre une folie délirante systématique et évolutive et un délire secondaire et partiel prend part en parallèle dans l'école germano-prussienne (avec notamment GRIESINGER et SCHÜLE) en opposant une forme de délire chronique évolutif appelé « primäre Verrücktheit » (ce qui correspond à l'acception originelle du terme « paranoïa »⁵) à des formes monomaniaques appelées « sekundäre Verrücktheit » ou « Wahnsinn », considérées comme secondaires à des troubles affectifs (manie ou mélancolie)⁶. Des délires hallucinatoires aigus sont également décrits outre-Rhin (« acüte Verrücktheit » de WESTPHALL ; « acüte Wahnsinn » de SCHÜLE), ce qui inspirera MAGNAN dans sa description de la bouffée délirante aiguë⁷.

¹ Magnan, Valentin / Sérieux, Paul. «Le Délire Chronique à Evolution Systématique.» op. cit., 151-152.

² *Ibid.*, 152-153.

³ « Psychopathique » est ici à entendre comme synonyme de « psychopathologique ».

⁴ Magnan, Valentin / Legrain, Paul. *Les dégénérés : (état mental et syndromes épisodiques)*. op. cit., 71.

⁵ Ey, Henri. «Les Délires chroniques [1953. revu et corrigé en 1967].», op. cit., 96.

⁶ Magnan, Valentin / Sérieux, Paul. «Le Délire Chronique à Evolution Systématique.» op. cit., 24-25.

⁷ *Ibid.*, 31.

Nous pouvons conclure que les hallucinations jouent un rôle diagnostique très important pour MAGNAN : leur apparition chez un délirant chronique signe l'entrée dans la seconde phase de la maladie ; un envahissement hallucinatoire brutal permet de diagnostiquer une bouffée délirante aiguë tandis que dans la phase précoce du délire chronique et dans les délires systématisés chroniques (type persécutés-persécuteurs), leur absence (ou quasi-absence) est requise.

Alors que le *délire chronique* de MAGNAN et la théorie de la dégénérescence seront progressivement abandonnés au début du XX^{ème} siècle, les hallucinations, de leur côté, jouiront dans les délires chroniques d'un intérêt toujours plus grand, au point d'être considérées comme « le radical le plus authentique du délire¹ ».

Voyons maintenant comment, à partir des travaux sur « les phénomènes signalés par Baillarger et dépeints magistralement par Séglas² », s'est constituée dans le champ nosographique français cette maladie considérée comme la folie hallucinatoire par excellence : la *psychose hallucinatoire chronique*, traduite en langage clérambaldien par *psychose à base d'automatisme*.

¹ Ey, Henri. «Hallucinations et délires chroniques [1968].» op. cit., 134.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Définition de l'automatisme mental (Intervention) [1924].» op. cit., 492.

V-Des hallucinations psychiques de BAILLARGER à la psychose hallucinatoire chronique

1-BAILLARGER et les hallucinations psychiques

C'est au médecin aliéniste Jules BAILLARGER que nous devons la distinction entre *hallucinations psychosensorielles* et *hallucinations psychiques*.

Rompant avec la conception de son maître ESQUIROL d'une origine psychique des hallucinations (opposées aux illusions qui se caractérisent par l'altération des extrémités nerveuses)¹ – conception défendue également par MOREAU (de Tours) et FALRET père² –, BAILLARGER leur admet une origine périphérique (lésions des organes sensoriels), rejoignant ainsi les théories de LELUT, FOVILLE et LEURET³.

BAILLARGER ne rejette toutefois pas la composante intellectuelle dans le mécanisme des productions hallucinatoires, et distingue ainsi deux sortes d'hallucinations :

« les unes complètes, composées de deux éléments qui sont le résultat de la double action de l'imagination et des organes des sens : ce sont les *hallucinations psycho-sensorielles* ; les autres, dues seulement à l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, sont tout-à-fait étrangères aux organes des sens, elles manquent de l'élément sensoriel, et sont par cela même, incomplètes : ce sont les hallucinations *psychiques*⁴ ».

Afin de démontrer le bien-fondé de cette distinction, il s'appuie pour les hallucinations psycho-sensorielles sur le témoignage des hallucinés considérés comme sains d'esprit (comme l'observation du savant Nicolaï qui selon son propre témoignage ne pouvait pas

¹ Esquirol, Etienne. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Vol. I. Rééd. Editions Privat, op. cit., 101 :

« Dans les hallucinations, tout se passe dans le cerveau [...] L'activité du cerveau est si énergique, que le visionnaire ou l'halluciné donne un corps et de l'actualité aux images, idées, que la mémoire reproduit, sans l'intervention des sens. Dans les illusions, au contraire, la sensibilité des extrémités nerveuses est altérée, elle est exaltée, affaiblie ou pervertie ; les sens sont actifs, les impressions actuelles sollicitent la réaction du cerveau. »

² Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. op. cit., 81.

³ Haustgen, Thierry. « Introduction à "Texte 6. Les hallucinations". » Dans *24 textes fondateurs de la psychiatrie. Introduits et commentés par la Société Médico-Psychologique*, de Marc Masson, 90. Armand Colin, 2013.

⁴ Baillarger, Jules. *De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations*. Paris: J.B Baillière, 1846 : 369.

reproduire les hallucinations dont il souffrait par un pur effort de l'imagination¹, ou encore les cas d'hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques²).

Quant aux hallucinations psychiques, elles correspondent selon BAILLARGER aux dites « odeurs spirituelles³ », aux « voix intellectuelles, [qui] se font dans l'intérieur de l'âme⁴ », se manifestant non pas par le sens de l'ouïe – bien qu'elles soient appelées communément des « voix » – mais plutôt sous forme noétique, par « le langage de la pensée⁵ ».

BAILLARGER fournit dans son *mémoire* à l'académie royale de médecine⁶ une riche description des diverses modalités caractérisant les hallucinations de l'ouïe (et tout particulièrement les hallucinations acoustico-verbales).

On y trouve (entre autres) la description de phénomènes auxquels la doctrine clérambaldienne attribuera une grande importance, tels les phénomènes d'écho : hallucinations « reproduisant ce que les malades lisent⁷ », hallucinations « lisant avant le malade⁸ », hallucinations « reproduisant les paroles des malades⁹ » .

De même y rencontrons-nous les formes motrices des hallucinations verbales : voix « partant de l'intérieur même des organes¹⁰ » ; « Une femme, [...], entendait chanter des cantiques dans son estomac, principalement à l'époque menstruelle, et lorsqu'elle éprouvait à l'épigastre un sentiment de constriction. – Chez une autre aliénée, la voix part de la poitrine ; mais c'est surtout lorsqu'elle a des palpitations. – Une maniaque convalescente continue pendant quinze jours après la cessation complète du délire à entendre une voix qui lui parle à l'épigastre¹¹ ».

En nommant « hallucinations » des phénomènes qui peuvent apparaître en l'absence de lésions des organes sensoriels, BAILLARGER semble contredire sa nouvelle conception théorique des hallucinations.

¹ Baillarger, Jules. *De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations*. op. cit., 373.

² *Ibid.*, 370.

³ *Idem.*

⁴ *Ibid.*, 385.

⁵ *Ibid.*, 384.

⁶ *Ibid.*, 278-311

⁷ *Ibid.*, 282.

⁸ *Idem.*

⁹ *Idem.*

¹⁰ *Ibid.*, 304.

¹¹ *Ibid.*, 306.

Si nous en croyons cependant EY et CLAUDE, le caractère fondamental des hallucinations (fussent-elles psychiques ou psychosensorielles) selon BAILLARGER est celui de se présenter « comme un fait étranger à la personnalité¹.

BAILLARGER orientera de cette manière l'intérêt des recherches des aliénistes et neurologues vers les fameuses *hallucinations psychiques*².

Si dans un premier temps ces dernières se voient – à juste titre sur le plan doctrinal – refuser le titre d' « hallucinations » (on les nommera alors « fausses hallucinations » ou « pseudo-hallucinations »), ce seront bien de ces phénomènes pseudo-hallucinatoires que les auteurs s'attacheront ensuite à en étudier toutes les variétés possibles : ainsi PETIT décrira-t-il les « auto-représentations aperceptives³ », KAHLEBAUM les *hallucinations abstraites*⁴ et SÉGLAS les hallucinations motrices verbales, que nous allons étudier maintenant.

Le point culminant de ces analyses cliniques moléculaires séparant les uns des autres des phénomènes psychiques de plus en plus subtils sera sans surprise atteint avec les descriptions clérambaldiennes des phénomènes de petit automatisme mental, descriptions que certains comme EY qualifieront d' « atomisme psychologique⁵ ».

2-SÉGLAS et les hallucinations motrices verbales

Jules SÉGLAS reprend le travail de ses prédécesseurs sur les hallucinations psychiques en mettant en valeur dans la psychopathologie de ces phénomènes le rôle important sinon indispensable de leur composante motrice, allant jusqu'à dire que « les hallucinations appelées psychiques par Baillarger ne sont que des hallucinations psycho-motrices intéressant le centre du langage articulé⁶ ».

Pour en arriver à une telle conclusion, son raisonnement prend la forme d'un double syllogisme.

¹ Claude, Henri / Ey, Henri. «Évolution des idées sur l'hallucination. Position actuelle du problème.» *L'Encéphale*, mai 1932: 361-377, 363.

² Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. op. cit., 86.

³ Petit, Georges. *Essai sur une variété de pseudo-hallucinations, les autoreprésentations aperceptives*. Thèse, Bordeaux, 1913. Cité par Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. op. cit., 86.

⁴ Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. op. cit., 202.

⁵ Ey, Henri. «Étude n5 - Une théorie mécaniciste: la doctrine de G. de Clérambault.» op. cit., 83.

⁶ Séglas, Jules. *Des troubles du langage chez les aliénés*. Paris: J. Rueff et Cie, 1892 : 132.

Tout d'abord, SÉGLAS se base sur la théorie de TAMBURINI en postulant que toute hallucination est la conséquence d'un éréthisme fonctionnel des centres perceptifs corticaux¹ ; d'autre part, il considère que toute hallucination s'exprimant sous forme verbale (par des mots) est une hallucination de la fonction du langage² : donc toute hallucination verbale est causée par un éréthisme des centres corticaux du langage.

Ces derniers comprenant différentes sortes d'images verbales, celle qui est localisée dans le centre subissant le « trouble fonctionnel qui produit l'hallucination³ » est susceptible de « [devenir] alors suffisamment vive pour s'extérioriser, et [être] perçue dans les mêmes conditions que si elle avait été produite de l'extérieur⁴ », ce qui nous donne ainsi la production de trois types possibles d'hallucinations verbales :

- les hallucinations verbales auditives, conséquence de l'éréthisme siégeant dans le centre des images verbales auditives⁵.
- les hallucinations verbales visuelles, moins fréquentes, correspondant à l'extériorisation de l'image visuelle du mot⁶.
- les hallucinations psycho-motrices, intéressant les images motrices périphériques (les « images sensorielles, tactiles et musculaires⁷ ») et centrales (« le sentiment d'innervation, de décharge nerveuse, d'impulsion centrifuge d'origine centrale⁸ »).

En posant ensuite comme prémisse mineure le fait que les hallucinations psychiques – qui revêtent pour SÉGLAS un caractère hallucinatoire au même titre que les hallucinations psycho-sensorielles⁹ – sont des hallucinations verbales¹⁰ et comme majeure la conclusion

¹Séglas, Jules. *Des troubles du langage chez les aliénés*. op. cit., 112 :

« La théorie attribuant l'hallucination aux centres perceptifs corticaux. Cette dernière [il cite ici le nom de TAMBURINI], qui repose sur les données les plus récentes de l'anatomie, de la physiologie et de sa pathologie cérébrales, est, à notre avis, celle qui donne le mieux la clé du phénomène hallucination en général. »

² *Ibid.*, 112-113 : « Puisque le mot est un complexe d'images différenciées, localisées dans des centres spéciaux, le plus simple, pour mener à bonne fin cette étude, est de considérer successivement les modifications subies par chacune de ces images, à la suite de l'influence exercée sur le centre correspondant par le processus qui constitue l'hallucination. »

³ *Ibid.*, 115.

⁴ *Idem.*

⁵ *Ibid.*, 115-116.

⁶ *Ibid.*, 116.

⁷ *Ibid.*, 137.

⁸ *Idem.*

⁹ *Ibid.*, 118-119.

¹⁰ On pourrait objecter ici, en prenant l'exemple du vide la pensée ou du sentiment d'étrangeté, que toute hallucination psychique n'est pas verbale (bien que cela soit vrai dans la plupart des cas (écho de la pensée, voix intérieures, etc.)), cependant il faut également se souvenir que la description de ces subtils phénomènes psychiques ne se fera que plus tard, avec GATIAN de CLÉRAMBAULT.

du précédent syllogisme, on obtient que les hallucinations psychiques intéressent les centres corticaux du langage.

Cependant, puisqu'elles s'expriment sous la forme de « voix [qui] n'ont aucun son, aucun timbre particulier¹ » (ce qui implique l'absence de participation du centre auditif verbal²) et que le centre visuel n'est pas non plus impliqué dans ces hallucinations, alors SÉGLAS en déduit que « il ne reste donc plus que le centre moteur d'articulation qui peut donner naissance à ce singulier phénomène³ ».

Les *voix intellectuelles* de BAILLARGER deviennent ainsi des hallucinations verbales motrices, elles ne sont « qu'une variété de parole mentale⁴ » dont le siège est volontiers localisé par le malade à la périphérie (dans les organes phonateurs, l'estomac, etc.) du fait d'un phénomène que SÉGLAS nomme « l'excentricité des sensations⁵ ».

Les images motrices s'extériorisant sous l'effet de l'éréthisme cortical peuvent donner lieu, selon l'intensité de ce processus, à des mouvements voire à une véritable émission de paroles.

Cela permet à SÉGLAS de distinguer trois classes d'hallucinations verbales motrices, se différenciant cliniquement par l'objectivation ou non d'un mouvement ou d'un son, et d'un point de vue théorique seulement par la quantité d'excitation neuronale :

« 1° Ce sera d'abord l'hallucination verbale motrice sans mouvements correspondants de l'articulation (hall. verbale kinesthésique proprement dite) ;

2° Ou bien l'hallucination accompagnée d'un commencement de mouvements d'articulation, mais sans que les mots soient prononcés (hall. verbale motrice complète) ;

3° Ou bien, dans les cas les plus intenses, ce sera la prononciation complète des mots, l'hallucination devenant une véritable impulsion verbale⁶ ».

SÉGLAS oppose ensuite aux hallucinations verbales motrices où les mouvements sont « involontaires et conscients⁷ » une forme qu'il appelle « la parole involontaire et inconsciente », où le malade entend des voix tout en ne se rendant pas compte que les mots ouïs se dessinent en même temps sur ses lèvres (mussitations), voire qu'il est le propre émetteur des propos allégués comme exogènes⁸.

¹ Séglas, Jules. *Des troubles du langage chez les aliénés*. op. cit., 120.

² *Ibid.*, 121.

³ *Idem.*

⁴ *Ibid.*, 141.

⁵ *Ibid.*, 140.

⁶ *Ibid.*, 139.

⁷ *Ibid.*, 150.

⁸ *Idem.*

SÉGLAS propose également de distinguer :

- les *hallucinations verbales avec conscience* : elles ont un caractère obsédant et correspondent à l'*onomatomanie*¹ de CHARCOT et MAGNAN, que SÉGLAS divise en cinq variétés cliniques :
 - « Variété 1. La recherche angoissante du mot ;
 - Variété 2. L'obsession du mot et l'impulsion irrésistible à le prononcer ;
 - 3. Signification particulièrement funeste attribuée à certains mots prononcés dans la conversation ;
 - 4. Influence préservatrice de certains mots, poussant à les prononcer ;
 - 5. Impulsion à rejeter par suite d'efforts de crachement un mot devenu un véritable corps étranger chargeant l'estomac² ».

- les *hallucinations verbales avec délire* : il peut selon les cas s'agir d'une « simple coexistence³ » ou bien « d'une seule et même affection⁴ ».

Au-delà de ces diverses modalités d'expression, les hallucinations psycho-motrices de SÉGLAS jouent pour ce dernier un rôle fondamental dans le décours du délire chronique hallucinatoire : leur apparition à la suite d'hallucinations verbales sensorielles marque « un état chronique⁵ » et « un pronostic fâcheux⁶ » car elles signent la présence d'un « dédoublement de la personnalité⁷ », d'une « dissociation psychique qui ne fera que s'accroître par la suite⁸ », pouvant aller jusqu'au « mutisme vésanique⁹ ».

Les hallucinations verbales motrices sont, « par leur essence même, [...] autant de faits d'automatisme psychologique¹⁰ » ; chez les « mélancoliques à idées de possession » elles provoquent une « désagrégation plus ou moins complète de la personnalité, une sorte de dédoublement devenant très évident lorsque arrivent les idées de possession¹¹ » qui mènera directement à la formation d'une « personnalité nouvelle, co-existant à côté de l'ancienne qu'elle a tendance à envahir de plus en plus, jusqu'à l'absorber tout entière¹² ».

¹ Magnan, Valentin / Charcot, Jean-Martin. «De l'onomatomanie.» *Archives de neurologie*, 1885. Cité par Séglas, Jules. *Des troubles du langage chez les aliénés*. op. cit., 162.

² Séglas, Jules. *Des troubles du langage chez les aliénés*. op. cit., 162-163.

³ *Ibid.*, 173.

⁴ *Idem.*

⁵ *Ibid.*, 143.

⁶ *Idem.*

⁷ *Idem.*

⁸ *Idem.*

⁹ *Ibid.*, 141.

¹⁰ *Ibid.*, 143.

¹¹ *Ibid.*, 142-143.

¹² *Ibid.*, 143.

Cette entité clinique où les hallucinations psycho-motrices sont directement responsables, par la dissociation de la personnalité qu'elles engendrent, de la « perte de la notion de subjectivité du symptôme qu'il [le malade] accuse¹ » et ainsi au développement d'idées de possession, SÉGLAS l'appellera le *délire d'influence*.

3-La psychose hallucinatoire chronique

Quelques années plus tard, alors que DUPRÉ proposait de renommer le délire de MAGNAN les *psychoses hallucinatoires chroniques*², Gilbert BALLET met cette appellation au singulier, ce qui donne la *psychose hallucinatoire chronique*³.

Il y reprend le rôle psychopathologique dissociatif des hallucinations que nous venons d'exposer avec SÉGLAS, en l'étendant à toutes les sortes d'hallucinations :

« l'hallucination, dit-il, quelle qu'elle soit, n'est, en effet, que l'expression clinique d'un état de dissociation de la personnalité ; il y a, chez l'halluciné, une sorte de coupure dans le champ de la conscience⁴ ».

Dans la *psychose hallucinatoire chronique*, il existe comme dans le *délire d'influence* de SÉGLAS un état de « désagrégation de la personnalité⁵ », qui peut être « le résultat d'une intoxication ou d'une infection⁶ ».

Chez les malades en souffrant, « l'automatisme du subconscient peut se donner libre cours parce qu'ignoré par la conscience, et qui de ce fait est convaincu de l'origine objective, en dehors du « moi », de ses représentations mentales. C'est ce que le malade atteint de psychose hallucinatoire chronique exprime quand il dit : « On me prend... On devine... On me vole ma pensée... ». ⁷».

¹ Séglas, Jules. *Des troubles du langage chez les aliénés*. op. cit., 184.

² Renard, Elizabeth. *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault - sa vie et son oeuvre (1872-1934)*. op. cit., 109.

³ Ballet, Gilbert. «La psychose hallucinatoire chronique.» *L'encéphale*, 1911: 401-411.

⁴ Ballet, Gilbert / Mallet, Raymond. «Hallucinations et dissociation de la personnalité.» *L'encéphale*, deuxième semestre 1913: 1-5. 1-2.

⁵ *Ibid.*, 2.

⁶ *Idem.*

⁷ *Idem.*

G. BALLET décrit également des hallucinations psychiques et psycho-motrices en acceptant la théorie défendue par SÉGLAS de l'excitation des centres corticaux du langage :

« le malade dit qu'on lui « envoie des pensées étrangères » (c'est « l'idée autochtone » de Wernicke) qu'il « entend mentalement » ; d'autres fois il prétend que la voix « part de l'estomac » ou d'une partie quelconque du corps ; il s'agit là d'hallucinations psychiques qui peuvent devenir psychomotrices quand il s'y ajoute un élément moteur dû à l'excitation concomitante des centres moteurs des images verbales, orales ou graphiques (Séglas)¹ ».

G. BALLET remarque qu'il n'y a dans la *psychose hallucinatoire chronique* que très peu d'hallucinations visuelles, ce qu'il relie à un état de « réduction constante dans l'espace » empêchant l'expression d'un automatisme visuel provenant du subconscient², tandis que « la réduction dans le temps, qui ne se fait au contraire que par intervalles, n'empêche pas [l'automatisme du subconscient] d'extérioriser les idées qui lui apparaissent comme étrangères à sa personnalité et d'avoir ainsi des hallucinations auditives³ ».

Bien qu'il admette comme SÉGLAS que les hallucinations puissent annoncer « une évolution possible de l'affection vers la démence⁴ », G. BALLET n'accepte pas la période démentielle du *délire chronique* de MAGNAN : dans son *traité de pathologie mentale* de 1903⁵, il ampute le *délire chronique* de sa phase de démence vésanique, rejoignant ainsi les conceptions de FALRET père et fils.

G. BALLET décrit d'ailleurs, dans la seconde période de la maladie (période hallucinatoire), des phénomènes d'écho de la pensée ainsi que de « fuite de la pensée⁶ », ce qui correspond à un écho anticipé qu'il relie à une excitation mécanique du centre du langage :

« le malade se plaint que l'on connaisse ses pensées avant lui-même, qu'on lui ait enlevé sur elles tout pouvoir de contrôle et de coordination, et qu'on les lui vole au fur et à mesure de leur production⁷ ».

¹ Ballet, Gilbert / Mallet, Raymond. «Hallucinations et dissociation de la personnalité.» op. cit., 2.

² *Idem.*

³ *Idem.*

⁴ *Ibid.*, 4.

⁵ Ballet, Gilbert. *Traité de pathologie mentale*. 1903. Cité par Renard, Elizabeth. *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault - sa vie et son oeuvre (1872-1934)*. op. cit., 109.

⁶ Renard, Elizabeth. *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault - sa vie et son oeuvre (1872-1934)*. op. cit., 110.

⁷ Ballet, Gilbert. *Traité de pathologie mentale*. 1903 : 517. Cité par Renard, Elizabeth. *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault - sa vie et son oeuvre (1872-1934)*. op. cit., 110.

Et c'est ainsi qu'à partir du délire de MAGNAN et du glissement nosographique entre hallucinations psychiques et hallucinations psycho-motrices, les auteurs décriront finalement cette maladie délirante où des hallucinations s'imposent au sujet de manière autonome et intrusive et qui, en se mouvant, enclenchent une sorte d'engrenage mécanique qui désintègre la personnalité du malade, la divisant en une fraction pathologique qui est le siège des manifestations d'automatisme psychopathologique et une partie encore saine qui, du fait de son vécu xénopathique, développe des idées de possession : cette maladie, c'est le *délire d'influence* de DUPRÉ, la *psychose hallucinatoire chronique* de G. BALLEET, le *délire systématisé chronique hallucinatoire* de SÉRIEUX et CAPGRAS, le *délire de dépossession* de LÉVY-VALENSI, le *syndrome d'action extérieure* de CLAUDE ; mais c'est également le *syndrome d'automatisme mental* de GATIAN de CLÉRAMBAULT, dans lequel nous retrouvons un grand nombre de similitudes cliniques et théoriques : présence d'un automatisme responsable de phénomènes morbides notamment psychiques et psycho-moteurs, prédominance des hallucinations sur le reste de la symptomatologie, dissociation de la personnalité (« scission du Moi ») avec constitution d'une personnalité pathologique (« personnalité seconde »), constitution d'idées délirantes consécutives au processus hallucinatoire et développement fréquent d'une thématique d'influence.

Avant d'étudier la postérité de l'automatisme mental, il nous semble opportun d'étudier brièvement comment s'insérera dans la classification française une nouvelle entité nosographique qui aura un retentissement considérable dans le champ de la psychiatrie : la *dementia praecox* de KRAEPELIN.

VI-La *dementia praecox* de KRAEPELIN et sa réception par l'école française

C'est donc à cette époque contemporaine de GATIAN de CLÉRAMBAULT qu'apparaît la fameuse *dementia praecox* (en français : *démence précoce*).

Le terme est un néologisme proposé par le psychiatre allemand Emil KRAEPELIN dans la quatrième édition de son traité des pathologies mentales¹ : la *dementia praecox*, qui correspond dans son expression clinique la plus sévère à l'affection que l'on avait déjà décrite sous le nom d'*hébéphrénie*², est l'un des trois types de processus psycho-dégénératifs (*psychischen entartungsprozesse*).

Les deux autres formes sont la *catatonie* de KAHLEBAUM et la *dementia paranoïdes*, affection caractérisée par l'association d'idées délirantes et d'une évolution démentielle³.

C'est également dans cette édition qu'à la suite de KALHBAUM, il propose le terme de *paranoïa* pour désigner les délires systématisés appelés aussi *verrücktheit*.

Dans la cinquième édition de son traité⁴ (1896), KRAEPELIN accorde une large place au critère évolutif : les trois formes de processus psycho-dégénératifs deviennent des *processus de « démentisation »* (*verblödungsprozesse*⁵) ; leur diagnostic porte fondamentalement sur le critère pronostique, c'est-à-dire celui d'une évolution (plus ou moins rapide) vers un état d'incohérence hébétée et d'engourdissement général des fonctions psychiques que KRAEPELIN nomme la *verblödung* ; en France cet état rappelle les descriptions de la *démence vésanique*, d'où l'usage du terme de *démence*.

Les délires hallucinatoires sont alors compris dans la *dementia paranoïdes* ou dans les formes fantastiques et hallucinatoires de la *paranoïa* (*phantastische Verrücktheit*⁶) selon leur évolution clinique.

¹ Kraepelin, Emil. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. (4e Auflage)*. Leipzig: Abel, 1893.

² Ey, Henri / Bernard, Paul / Brisset, Charles. *Manuel de psychiatrie (6ème édition)*. Paris: Masson, 2010 : 44.

³ Haustgen, Thierry / Sinzelle, Jérôme. «Emil Kraepelin (1856-1926) - 2. Le Traité.» *Annales Médico-Psychologiques*, 2010 : 3.

⁴ Kraepelin, Emil. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. (5e Auflage)*. Leipzig: JA. Barth, 1896.

⁵ *Ibid.*, 425.

⁶ *Ibid.*, 681-701.

La sixième édition de son traité¹ qui paraît en 1899 est celle qui aura le plus grand succès et le plus d'influence en Allemagne comme à l'étranger, y compris en France.

Dans cette édition, le terme de *dementia praecox* regroupe désormais tous les processus aboutissant au *verblödung*²; il constitue la forme définitive de cette pathologie que l'on nommera en France la *démence précoce*.

La *dementia praecox* est composée de trois formes, assez similaires à celles des précédents traités : la forme *hébéphrénique* (*Hebephrenische Formen*), la forme *catatonique* (*Katatonische Formen*, aussi appelée forme *hébéphréno-catatonique*), et la forme *paranoïde* (*Paranoide Formen*)³.

KRAEPELIN inclut désormais dans la démence paranoïde tous les délires hallucinatoires, ce qui amplifie largement ce groupe et réduit les limites de la *paranoïa*, qui perd définitivement tout caractère hallucinatoire⁴.

En France, la réception des travaux de KRAEPELIN permet d'adopter la *démence précoce* aux dépens du *délire chronique* de MAGNAN.

Si les psychiatres français acceptent sans difficulté la présence dans leur classification d'une entité clinique se définissant par son caractère démentiel (ce qui correspond à la dernière phase du *délire chronique*), ils gardent également une classification des délires systématisés selon le mécanisme délirant : hallucinatoire (*psychose hallucinatoire chronique*), interprétatif (*folies raisonnantes* de SÉRIEUX et CAPGRAS⁵ : *délires passionnels* (érotomanie, jalousie, revendication) et *délires d'interprétation*) et imaginatif (*délire d'imagination* de DUPRÉ⁶).

¹ Kraepelin, Emil. *Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. (6e auflage)*. Leipzig: JA. Barth, 1899.

² *Ibid.*, 137: « Unter dem Namen der Dementia praecox sei es uns gestattet, vorläufig eine Reihe von Krankheitsbildern zusammenzufassen, deren gemeinsame Eigenthümlichkeit der Ausgang in eigenartige Schwächezustände bildet ».

³ *Ibid.*, 137-215.

⁴ *Ibid.*, 426: « Unter dem Namen der Paranoia fasst eine grosse Zahl Deutscher Irrenärzte alle diejenigen functionellen Geisteskrankheiten zusammen, bei denen die Störung sich hauptsächlich oder ausschliesslich auf dem Gebiete der Verstandesthätigkeit abspielt ». Trad. : « Un grand nombre de médecins psychiatres allemands désignent par le nom de Paranoïa toutes les maladies mentales fonctionnelles, pour lesquelles le dysfonctionnement se situe principalement ou entièrement au niveau de l'activité de la raison ».

⁵ Sérieux, Paul / Capgras, Jules. *Les Folies raisonnantes*. Paris: Alcan, 1909.

⁶ Dupré, Ernest / Logre, Benjamin. « Le délire d'imagination. » *L'Encéphale*, mars 1911. – et Dupré, Ernest. *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*. Paris: Payot, 1925.

Dans les éditions ultérieures de son traité¹, KRAEPELIN changera encore la place attribuée aux délires hallucinatoires chroniques dans sa nosographie, en incluant une bonne partie de ces derniers dans la forme *fantastique* de sa nouvelle entité clinique : la *paraphrénie*².

Il décrit aussi la *paraphrénie systématisée* (assez similaire au *délire chronique* de FALRET père et LASEGUE), la *paraphrénie expansive* (une sorte de manie chronique) et la *paraphrénie confabulante*, que l'on peut rapprocher du délire d'imagination décrit par DUPRÉ³. Mais la paraphrénie aura une postérité bien plus limitée que la *démence précoce* qui deviendra, avec BLEULER, la *schizophrénie*.

¹ Kraepelin, Emil. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. (8e Auflage). Bd. I-IV.* Leipzig: JA Barth, 1909-1915.

² Haustgen, Thierry / Sinzelle, Jérôme. «Emil Kraepelin (1856-1926) - 2. Le Traité.» op. cit., 6.

³ Renard, Elizabeth. *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault - sa vie et son oeuvre (1872-1934).* op. cit., 111-112.

- QUATRIÈME PARTIE -
LA POSTÉRITÉ DE L'AUTOMATISME
MENTAL

I-De la *spaltung* bleulérienne à la *monopsychose* schizophrénique

Lorsque E. BLEULER crée dès 1908 son groupe des « schizophrénies¹ », il propose une nouvelle conception de la *dementia praecox* kraepelinienne, caractérisée par la « rupture [en allemand : "die Zerreißung"] ou scission ["die Spaltung"] des fonctions psychiques² ».

Die spaltung représente pour BLEULER un processus psychopathologique responsable d'une rupture de l'unité de la personnalité et d'un relâchement des processus associatifs, ce qui occasionne des manifestations psychopathologiques qui se caractérisent foncièrement par la discordance : associations vicieuses d'idées, raisonnement paralogique, incohérences langagières, barrages et fading mental, expression idéo-affective dysharmonieuse, absurdités comportementales, troubles affectifs, etc.

La dimension *positive* de la schizophrénie, représentée par les hallucinations et les idées délirantes, n'est considérée que comme secondaire à la dislocation psychique (bien que BLEULER reconnaisse qu'elle représente souvent la majeure partie du tableau clinique).

Cela lui permettra de justifier son abandon du terme de *démence précoce* pour le substituer par un néologisme provenant de l'addition des termes grecs σχίζω (*schizein*) (scinder) et φρήν (*phrèn*) (esprit) : *schizophrénie* (« esprit fendu »)³.

Bien que le vocable choisi par BLEULER soit celui de *spaltung* et non *dissoziation*, ce sera la traduction littérale de ce dernier terme (*dissociation*) qui sera adoptée dans notre pays.

Cela s'explique aisément du fait que la *spaltung* bleulérienne provienne en réalité de l'application à la *dementia praecox* du concept plus ancien de *dissociation* (concept théorisé notamment par JANET et BINET).

Pour JANET, l'unification de la personnalité et la perception correcte de la réalité reposent sur une activité synthétique continue des diverses modalités de la vie psychique (idées, émotions, mémoire, etc.)⁴.

¹ Bleuler, Eugen. «Die Prognose der Dementia Praecox-Schizophreniegruppe.» *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 1908: 436-464. Reproduit (trad. Anglaise) in Shepherd, Michael / Cutting, John. *The clinical roots of the schizophrenia concept*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987. 59-74.

² *Ibid.*, 59.

³ Bottéro, Alain. «Une histoire de la dissociation schizophrénique.» *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*, 1999: 7-14. 8.

⁴ *Ibid.*, 10.

Si cette synthèse vient à être perturbée du fait de la dislocation, de la désagrégation des fonctions psychiques, il en résulte alors la libération en quelque sorte mécanique d'éléments psychopathologiques.

Le terme « automatisme » sera employé par JANET et par d'autres auteurs à sa suite, tantôt pour désigner ce processus inconscient responsable des manifestations cliniques, tantôt pour caractériser directement ces-dites manifestations, ce qui fait que nous rencontrons régulièrement dans la littérature de cette époque les termes d'*automatisme cérébral* ou *psychologique*¹, d'*automatismes mentaux*², d'*automatisme psycho-moteur*³, etc.

Les manifestations psychopathologiques expliquées par la théorie de JANET sont celles des *psychonévroses*⁴: psychasthénie⁵, hystérie, obsessions, etc.

FREUD et BREUER resteront dans le même domaine d'étude en appliquant la dissociation janétienne – qu'ils traduiront par *spaltung* – à l'hystérie⁶, tandis que Otto GROSS puis Carl JUNG appliqueront le concept à la démence précoce en s'inspirant également de la *théorie de la séjonction* de WERNICKE (GROSS proposera d'ailleurs d'employer l'expression *dementia sejunctiva* pour désigner l'affection kraepelinienne)⁷.

BLEULER s'inscrira également dans ce courant psychopathologique en s'inspirant des travaux de WERNICKE, GROSS, FREUD et JUNG.

Il préférera toutefois adopter le terme freudien de *spaltung*, afin d'éviter de « donner lieu à une confusion⁸ », renvoyant ainsi de manière univoque à la schizophrénie et non aux psychonévroses.

¹ Janet, Pierre. *L'automatisme psychologique*. Paris: Librairie Félix Alcan, 1899.

² Bottéro, Alain. «Une histoire de la dissociation schizophrénique.» op. cit., 10.

³ Postel, Jacques. *Dictionnaire de Psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Larousse-Bordas, 1998. 66.

⁴ « Psychonévrose » désignait les maladies mentales légères qui étaient volontiers considérées du fait des théories organicistes du XIXème siècle comme la conséquence d'une lésion du cerveau postérieur, en opposition aux « cérébropsychoses » (caractérisées par une lésion du cerveau antérieur). Source : Mangan, Valentin / Legrain, Paul. *Les dégénérés : (état mental et syndromes épisodiques)*. op. cit., 2-3.

⁵ La *psychasthénie* est une affection décrite par P. JANET, qui se caractérise par un état anxio-dépressif chronique avec tendances obsessionnelles.

⁶ Bottéro, Alain. «Une histoire de la dissociation schizophrénique.» op. cit., 11 et Freud, Sigmund / Breuer, Josef. *Studien über Hysterie*. Leipzig, Vienne: Deuticke, 1895.

⁷ Jung, Carl Gustav. *Über die Psychologie der Dementia Praecox*. 1907. Cité par Bottéro, Alain. «Une histoire de la dissociation schizophrénique.» op. cit., 9.

⁸ Bleuler, Eugen. *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig und Wien: Franz Deuticke., 1911. Cité par Bottéro, Alain. «Une histoire de la dissociation schizophrénique.» op. cit., 9.

Avant se fixer définitivement leur choix sur le terme « dissociation », les auteurs français germanophones hésitent initialement sur la manière la plus appropriée de traduire le concept bleulérien de *spaltung* schizophrénique : TRENEL propose « dislocation ¹», MINKOSWKI « désagrégation ²», HESNARD « dissociation ³», etc.

Cela tient certainement au fait que les travaux de BLEULER sur la schizophrénie sont à rapprocher de ceux des auteurs français sur les délires hallucinatoires.

Henri EY, qui fut pendant longtemps le seul traducteur des écrits du directeur du Burghölzli (qu'il proposait sous forme de cours ronéotypés), nous explique que la conception de SÉGLAS du délire d'influence « [correspond] très exactement [au] même travail qui se fit quelques années après dans l'esprit de Bleuler à propos de la Schizophrénie, et particulièrement de ses formes paranoïdes⁴ ».

C'est ce que nous avons mis en évidence dans le précédent chapitre de notre travail où nous avons vu que SÉGLAS décrivait le délire d'influence comme manifestant une « dissociation psychique », un « dédoublement » et une « désagrégation » de la personnalité ; termes qui seront réutilisés par G. BALLEET et MALLEET dans leur description de la psychose hallucinatoire chronique ainsi que par GATIAN de CLÉRAMBULT dans sa théorisation des *psychoses à base d'automatisme* qui recouvre les notions de « scission de la personnalité ⁵» et de « Personnalité Seconde⁶ ».

Cette remarquable affinité doctrinale entre la schizophrénie bleulérienne et la psychose hallucinatoire chronique de l'école française (notamment sous sa forme paradigmatique de *délire d'influence*) nous paraît alors amplement suffisante pour comprendre pourquoi cette deuxième affection a été complètement aspirée par la première ⁷:

¹ Trenal, M. «La démence précoce ou schizophrénie d'après la conception de Bleuler.» *Revue neurologique*, 1912: 372-383.

² Minkowski, Eugeniusz. «Etude psychologique et analyse phénoménologique d'un cas de mélancolie schizophrénique.» *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1923: 543-558.

³ Hesnard, Angelo. « Les théories psychologiques et métapsychiatriques de la démence précoce.» *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1914: 37-70.

⁴ Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. op. cit., 223.

⁵ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Automatisme mental et scission du Moi (Présentation de malade) [1920]. » op. cit., 458.

⁶ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental au congrès de Blois [1927]. » op. cit., 598.

⁷ Nous pourrions objecter qu'un certain nombre de *psychoses hallucinatoires chroniques* se distingue foncièrement de la schizophrénie par le caractère circonscrit et cohérent de l'ensemble hallucino-délirant et l'absence d'une quelconque symptomatologie dissociative ou déficitaire : cette critique a été formulée par Henri EY, qui range cette forme clinique parmi les « délires paraphréniques » tandis qu'il classe les autres dans les « délires paranoïdes (schizophréniques) », ce qui lui permet ainsi de refuser le concept de *psychose hallucinatoire chronique* du fait de son absence d'univocité clinique.

en effet, si la *dementia praecox* de KRAEPELIN et la *psychose hallucinatoire chronique* pouvaient être regardées comme deux affections différant fondamentalement dans leur *substance* (l'une se présentant comme un « processus démentiel » (*verblödungsprocesse*) et l'autre comme une division mécanique de la personnalité), BLEULER, en adoptant une conception centrée sur la désagrégation de la personnalité réduit cet écart à de simples différences *accidentelles*, c'est-à-dire à de pures contingences dans le mode d'expression clinique : richesse des hallucinations et importance de ces dernières vis-à-vis du reste de la symptomatologie, dissociation plus ou moins marquée, âge de début, etc.

Nous remarquons alors que les rapports entre ces deux psychoses sont très précisément ceux que décrit en 1925 GATIAN de CLÉRAMBAULT par ses « lois d'âge, de la massivité et de la latence¹ ».

Car en effet si le maître de l'Infirmerie du Dépôt a largement privilégié des cas de psychoses hallucinatoires systématisées plutôt que de démence précoce pour illustrer sa doctrine de l'automatisme mental (peut-être pour ne pas avoir à expliquer les « phénomènes grossiers » de l'une par les « phénomènes ténus » de l'autre), il est indéniable que dans la conception de GATIAN de CLÉRAMBAULT ces deux psychoses chroniques ne sont deux *espèces* d'un seul et même *genre* : celui des *psychoses à base d'automatisme*.

Aussi pouvons-nous en conclure que la dichotomie clérambaldienne opposant les « psychoses à base d'automatisme » et les « psychoses à base de postulat » préfigure celle que nous connaissons aujourd'hui entre l'imposante schizophrénie et les délires chroniques non schizophréniques (*paranoïa*).

Cette domination de la schizophrénie dans le domaine des délires chroniques évoquant le retour à l'ancien concept de monopsychose avait été pressentie dès les années 1950 par Henri EY.

Il nous propose en 1953 ce schéma que nous reproduisons ici car il a le double mérite d'une part de résumer toutes les évolutions nosographiques dans le domaine des délires chroniques que nous avons exposées au cours de notre étude, d'autre part d'être toujours d'actualité lorsque nous nous référons à la couche la plus externe des cercles concentriques.

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (Premier article) [1925]. » op. cit., 531 et Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 548.



Figure 2. Histoire des classifications des délires chroniques (par Henri EY)¹.

¹ Ey, Henri. «Les Délires chroniques [1953. revu et corrigé en 1967].» op. cit., 97. Le schéma est également reproduit en première de couverture de l'ouvrage.

II-L'automatisme mental dans les classifications actuelles

Maintenant que nous avons exposé les évolutions nosographiques des délires chroniques jusqu'à l'époque de BLEULER et de GATIAN de CLÉRAMBAULT, réalisons un bon d'un siècle afin d'étudier l'inscription de l'automatisme mental dans la nosographie actuelle.

Les classifications les plus utilisées à l'heure actuelle en psychiatrie sont représentées par la *Classification Internationale des Maladies (CIM¹)* de l'Organisation Mondiale de la Santé ainsi que par le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM²)* de l'American Psychiatric Association (APA).

1-Dans la classification américaine (DSM-5)

Dans le DSM-5, la place prépondérante de la schizophrénie est affirmée dans l'appellation même de la catégorie des délires chroniques : « spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques ³».

Le diagnostic de schizophrénie est établi en remplissant (entre autres) le « critère A », qui est le suivant :

« Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes.
2. Hallucinations.
3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle). ⁴»

La *paranoïa* (« trouble délirant ») ne doit quant à elle pas remplir ce « critère A » de la schizophrénie (hormis en ce qui concerne les idées délirantes), ce qui la prive formellement

¹ Organisation Mondiale de la Santé. *CIM-10/ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. 10ème édition.* Paris: Masson, 1993. Mise à jour 01-01-2007.

² American Psychiatric Association. *DSM-5®. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème édition.* (éd. française). Paris: Elsevier Masson, 2015.

³ *Ibid.*, 109.

⁴ *Ibid.*, 122-123.

d'hallucinations, de symptômes déficitaires ainsi que de phénomènes témoignant d'une dissociation (appelée « désorganisation », le terme « dissociation » étant limité au domaine des névroses, retrouvant ainsi son sens originel janétien¹)².

En outre, le terme « paranoïa » perd son acception classique pour ne plus s'appliquer qu'aux troubles de personnalité (« personnalité paranoïaque »)³.

2-Dans la classification de l'OMS (CIM-10)

Dans la CIM-10, le terme de paranoïa apparaît de nombreuses fois, mais cela est surtout dû aux listes de « diagnostics synonymes » établies pour chaque catégorie diagnostique.

Si nous nous référons à la terminologie propre à cette classification (qui a d'ailleurs tendance à reprendre la grotesque habitude du DSM d'ajouter le terme de « trouble » devant quasiment chaque appellation diagnostique), l'adjectif de « paranoïaque » est uniquement appliqué, comme dans le DSM, aux troubles de la personnalité.

Concernant la diagnostic de paranoïa, il est énoncé que « la présence d'hallucinations auditives (voix) manifestes et persistances, de symptômes schizophréniques tels que des idées délirantes d'influence ou un émoussement net des affects [...], sont incompatibles avec [ce] diagnostic ⁴».

Le concept de « psychose hallucinatoire chronique » apparaît dans la CIM-10 comme un synonyme de la catégorie nommée « Autres troubles psychotiques non organiques », dont le diagnostic peut être porté lorsqu'il existe des « troubles délirants ou hallucinatoires ne justifiant pas un diagnostic de schizophrénie [...] ⁵».

Quant à la schizophrénie, La CIM-10 qui rappelle qu'elle constitue la « catégorie la plus importante ⁶ » du groupe des psychoses chroniques, en identifie neuf formes (« F20.0 » à « F20.9 »⁷) dont les trois premières correspondent à la trinité kraepelinienne de la *dementia praecox* : forme *paranoïde*, *hébéphrénique* et *catatonique*⁸.

¹ American Psychiatric Association. *DSM-5®. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème édition.* op. cit., 343-403.

² *Ibid.*, 113, 122-123.

³ *Ibid.*, 846-850.

⁴ Organisation Mondiale de la Santé. *CIM-10/ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. 10ème édition.* op. cit., 347.

⁵ *Ibid.*, 351.

⁶ *Ibid.*, 343.

⁷ *Ibid.*, 344-346.

⁸ *Ibid.*, 344.

Mais ce qui est le plus surprenant, c'est de constater que les « phénomènes psychopathologiques les plus importants ¹ » de la schizophrénie sont les suivants :

« l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs ² ».

Ainsi, en prétendant conserver la *psychose hallucinatoire chronique*, la CIM-10 vide en réalité complètement ce concept de sa substance, c'est-à-dire de l'automatisme mental et du délire d'influence, qui sont alors quasiment érigés en phénomènes paradigmatiques de la schizophrénie.

Cette étonnante présence des symptômes de l'automatisme mental dans les critères diagnostiques de la schizophrénie provient du fait que les différentes éditions de la CIM et du DSM, de même que la majorité des classifications issues des écoles non-françaises de psychiatrie, se sont beaucoup inspirées, pour établir le diagnostic de schizophrénie, des « symptômes de premier rang » proposés par le psychiatre allemand Kurt SCHNEIDER³.

Cette liste établie en 1950 semble provenir tout droit des articles de GATIAN de CLÉRAMBAULT où sont énumérés les symptômes de l'automatisme mental :

« les symptômes de 1er rang sont : publication de la pensée, audition de voix sous forme de propos et de répliques, audition de voix qui accompagnent de remarques les agissements du malade, expériences corporelles d'influence, vol de la pensée et autres influences de la pensée, diffusion de la pensée, perception délirante, ainsi que tout ce qui est fait et influencé par d'autres dans le domaine des sentiments, des tendances (pulsions) et de la volonté. ⁴ »

Ainsi, en voulant se détacher des idées de BLEULER par l'inscription dans une perspective néo-kraepelinienne, K. SCHNEIDER et à sa suite, les diverses éditions du DSM et de la CIM, bien loin de mettre l'accent sur la dimension déficitaire que KRAEPELIN attribuait alors à la *dementia praecox*, décrivent une affection qui se définit cliniquement par la présence d'un syndrome d'automatisme mental associé à des idées d'influence.

¹ Organisation Mondiale de la Santé. *CIM-10/ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. 10ème édition.* op. cit., 343.

² *Idem.*

³ Pull, C.B. / Pull, M.C. / Pichot, P. Dans *La psychose hallucinatoire chronique*, de Henri Grivois, 71. Paris: Masson, 1989.

⁴ Schneider, Kurt. *Psychopathologie clinique.* Louvain: Nauwelaerts, 1950. 139-140.

Cette affection qui n'est autre que la psychose à base d'automatisme que nous retrouvons dans les certificats de GATIAN de CLÉRAMBAULT, constitue certainement le témoignage le plus éclatant de l'héritage psychiatrique du théoricien de l'automatisme mental.

Nous ne pouvons toutefois que déplorer la régression de la connaissance clinique qui s'opère dans ces classifications et qui les place à des années-lumière de la profondeur des descriptions cliniques de GATIAN de CLÉRAMBAULT.

Nous souhaitons terminer cette étude diachronique en évoquant brièvement deux grands courants doctrinaux qui ont marqué l'histoire de la psychiatrie française du XXème siècle, courants dans lesquels se sont illustrés les deux élèves les plus brillants de GATIAN de CLÉRAMBAULT.

Il s'agit de l'organo-dynamisme représenté par Henri EY et du courant psychanalytique initié par Sigmund FREUD et approfondi (entre bien d'autres) par Jacques LACAN.

III-Les hallucinations dans la théorie organo-dynamique d'Henri EY

Le principal promoteur du modèle organo-dynamique est Henri EY, qui s'est beaucoup inspiré des travaux de P. JANET, JACKSON et d'autres représentants des écoles phénoménologiques et structuralistes.

Loin de se situer dans la ligne doctrinale du mécanicisme, les théories organo-dynamiques nous dit EY, « admettent, certes, un processus organique qui constitue le substratum héréditaire, congénital ou acquis des maladies mentales, mais [se] distinguent [des théories organiques mécanistes] parce qu'elles ne font pas dépendre directement et mécaniquement les symptômes des lésions.¹ ».

Quant au versant dynamique, il n'est pas à entendre au sens freudien mais désigne plutôt la possibilité pour le psychisme (qui est organisé comme un « édifice [...] hiérarchisé résultant de l'évolution, de la maturation et de l'intégration des structures stratifiées des fonctions nerveuses, de la conscience et de la personne² ») d'adopter une « structure de conscience » de qualité inférieure sous l'effet d'un processus organique.

L'application du modèle organo-dynamique aux phénomènes hallucinatoires permet à Henri EY de proposer une nouvelle nosographie des hallucinations, « basée non plus sur les aspects plus ou moins contingents ou plus ou moins superficiels de l'apparition hallucinatoire mais sur la désorganisation même du corps psychique³ ».

Après avoir écarté les expériences se situant comme de simples variantes de la perception physiologique (pour lesquelles il propose le nom de « pseudo-hallucinations »⁴), EY décrit deux types d'hallucinations radicalement différentes, qui correspondent à « deux modalités d'halluciner⁵ » :

- Les *éiologies hallucinosiques*, qui traduisent une désorganisation du corps psychique limitée à l'« instrumentalité de ses organes⁶ », c'est-à-dire à la « désintégration des systèmes perceptifs⁷ ».

Il s'agit des « hallucinations compatibles avec la raison » décrites par les auteurs classiques, situation dans laquelle les individus « sont précisément conscients d'un trouble qui n'altère ni n'aliène leur être conscient⁸ ».

¹ Ey, Henri / Bernard, Paul / Brisset, Charles. *Manuel de psychiatrie (6ème édition)*. op. cit., 74.

² *Idem*.

³ Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. op. cit., 1219.

⁴ *Ibid.*, 1220.

⁵ *Ibid.*, 1219.

⁶ *Ibid.*, 1221.

⁷ *Ibid.*, 1220.

⁸ *Ibid.*, 1218.

Henri EY divise cette forme non délirante d'hallucinations en *phantéidolies* (formes complexes issues des « phantasmes virtuels d'un champ perceptif aboli en tout ou partie ¹») et *protéidolies* (formes simples, « en relation avec les résidus ou les franges des signaux venus du monde objectif ²»).

- Les *hallucinations délirantes*, « effets de la désorganisation de l'être conscient³ ». Elles se divisent en deux formes bien distinctes selon la modalité de la conscience qui est altérée :
 - 1. les *expériences hallucinatoires délirantes*, qui sont la conséquence d'une « déstructuration des structures synchroniques du champ de la conscience⁴ ».
 - 2. les *hallucinations noético-affectives*, qui témoignent d'une « aliénation » de la personne, c'est-à-dire d'une déstructuration de la personnalité (qui représente les aspects « diachroniques » de l'être conscient)⁵.

1-Les expériences hallucinatoires délirantes

Les *expériences hallucinatoires délirantes* sont, par définition, toujours des « psychoses aiguës », mais cela ne veut pas dire que nous ne pouvons pas en observer dans les psychoses chroniques (notamment en période féconde).

EY, qui se situe dans une perspective phénoménologique, distingue ces expériences selon une « échelle structurale » en fonction de la profondeur de la déstructuration du champ de la conscience.

Nous pouvons schématiquement distinguer cinq niveaux, allant du simple état auto-hypnotique à la psychose confusionnelle :

- 1. EY ne donne pas de nom à ce premier niveau expérimental qui est représenté par une simple « sectorisation du courant de la Conscience ⁶» qui « se laisse gagner par les images qu'elle « contient » en état de vigilance ⁷».

¹ Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. op. cit., 1222.

² *Idem*.

³ *Ibid.*, 1220.

⁴ *Ibid.*, 1221.

⁵ *Idem*.

⁶ *Ibid.*, 412.

⁷ *Idem*.

Il s'agit des états d'hypnose et de certains états seconds hystériques, décrits par l'école allemande (JASPERS, MAYER-GROSS) sous le nom de « veränderte Bewusstsein » et par JANET par l'expression de « rétrécissement de la conscience »¹.

- 2. Les *états dysthymiques*, où la conscience ne subit qu'une simple déstructuration de son « équilibre temporel-éthique² ».

Il s'agit ici d'un équilibre entre « des mouvements qui ne sont rien d'autres que ceux du plaisir ou de l'angoisse, de l'euphorie ou de la tristesse, de l'espoir ou du désespoir, c'est-à-dire des sentiments « moraux » plus que des sentiments « vitaux », dits encore « thymiques »³».

Cette expérience dysthymique est dite *maniaque* lorsqu'elle est « prise dans ce mouvement propulsif qui est comme un saut, un tourbillon, un élan qui emporte le vécu au-delà d'un impossible présent, vers un avenir à naître et à renaître indéfiniment, un futur gonflé de la toute-puissance d'un désir effréné⁴ » ; la modalité inverse est celle de l'expérience *mélancolique*⁵.

- 3. les *expériences de l'altérité de l'espace vécu* qui expriment une « modification fondamentale de la relation subjectivo-objective⁶ » affectant l'espace du corps (expériences de *dépersonnalisation*) et éventuellement celui de la vie psychique également (expériences de *dédoublement hallucinatoire de la pensée et du langage*)⁷.

- 4. Les *expériences oniroïdes*, qui correspondent aux *états crépusculaires* (ou « hypnoïdes ») de la conscience décrits dans les cas d'hystérie et d'épilepsie. Lors de ces expériences, l'individu est « spectateur d'un monde fantastique qui se superpose à celui de la réalité⁸ », avec un vécu qui se déroule dans « une atmosphère, un environnement d'opacité menaçante, une sorte de paysage existentiel élargi jusqu'à son horizon par l'immensité de la tragédie ou de l'extase dont le Sujet est le centre et le visionnaire⁹ ».

- 5. Le *délire onirique*, qui survient lors de l'état confusionnel. L'état confuso-onirique « constitue comme la forme matricielle, le modèle même de l'état primordial du délire¹⁰ ».

¹ Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. op. cit., 412.

² *Ibid.*, 413.

³ *Idem.*

⁴ *Ibid.*, 413-414.

⁵ *Ibid.*, 415.

⁶ *Ibid.*, 417.

⁷ *Ibid.*, 417-419.

⁸ *Ibid.*, 423.

⁹ *Idem.*

¹⁰ *Ibid.*, 425.

2-Les hallucinations noético-affectives

Les *hallucinations noético-affectives* sont le résultat du « travail idéo-verbal de projection ¹» des délires chroniques, que EY nomme également la « dialectique du délire ».

Elles manifestent une aliénation de la personne dans un plan que EY situe comme diachronique, c'est-à-dire en lien avec « l'être conscient, non pas en tant qu' « il a une expérience » mais en tant qu' « il est quelqu'un » ²».

L'individu affecté par cette désorganisation de ce qui constitue sa personnalité « tient [alors] à lui-même et aux autres le discours de l'autre qu'il est devenu ³».

Dans cette perspective, ce que nous appelons habituellement les « mécanismes du délire » représentent pour H. EY les différentes « modalités de travail » du processus délirant, qui prend des tournures dialectiques distinctes selon la structure du délire.

EY distingue trois structures délirantes :

- La *structure paranoïaque*, où le travail délirant a recours à la « démonstration discursive ⁴», ou bien à la « modalité pseudo-hallucinoïde (Hallucinations psychiques pures ou la thématique de l'influence, de la persécution ou de la possession) ⁵», et parfois même à la « modalité psycho-sensorielle d'une objectivation en quelque sorte absolue des péripéties du délire constitué en histoire (événements persécutifs, [...], machinations et complots [...]) ⁶».
- La *structure fantastique* ou *paraphrénique*, caractérisée par une activité imaginative associée à une activité hallucinoïde qui « ouvre la communication avec l'autre monde, celui des voix, des visions, [...], des révélations [...] ⁷».
- La *structure schizo-phrénique* ou *paranoïde*, par laquelle le processus délirant s'exerce à la création d'un monde fermé (autisme) à l'intérieur duquel se constitue « une communication du Sujet avec lui-même ⁸» où le discours est représenté par « les voix, le syndrome d'influence et les transformations corporelles ⁹».

¹ Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. op. cit., 428.

² *Ibid.*, 432.

³ *Idem.*

⁴ *Ibid.*, 436.

⁵ *Idem.*

⁶ *Idem.*

⁷ *Ibid.*, 437.

⁸ *Idem.*

⁹ *Idem.*

Nous constatons que Henri EY n'admet pas de structure spéciale aux psychoses hallucinatoires chroniques : ainsi, le syndrome d'automatisme mental peut revêtir les trois formes structurales du délire chroniques (même la forme « paranoïaque »).

EY précise enfin que les *expériences hallucinatoires délirantes*, à l'égard des *délires chroniques*, n'en sont ni une condition suffisante (du fait de l'existence de psychoses aiguës extérieures à tout délire chronique), ni une condition nécessaire (le processus idéo-verbal pouvant exister lui aussi isolément), mais elles « n'en constituent pas moins une possibilité précisément spécifique du processus schizophrénique où s'articulent ces expériences dites alors primaires et ce travail dit secondaire, pour engendrer la métamorphose autistique de la personne qui constitue son aliénation la plus totale ¹».

En définitive, EY nous propose de redéfinir l'hallucination de cette manière :

« l'hallucination c'est l'acte inconscient par lequel le sujet désorganisé dans son corps psychique est dupe d'une perception sans objet à percevoir² ».

Pour terminer ce chapitre, nous allons maintenant aborder la psychose telle qu'elle a été théorisée par FREUD et LACAN en relation au cas le plus célèbre de délire hallucinatoire : le président SCHREBER.

¹ Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. op. cit., 442.

² *Ibid.*, 1221.

IV-Un cas de psychose dans les théories analytiques : le président SCHREBER

1-Introduction à la lecture psychanalytique structuraliste de la psychose

La psychanalyse est un courant initié par S. FREUD qui a rapidement donné lieu à de multiples ramifications (A. FREUD, C. G. JUNG, M. KLEIN, WINNICOTT, etc.), plus ou moins proches des théories formulées par le médecin viennois.

En France, son plus éminent représentant et théoricien est Jacques LACAN, qui définit son approche comme un « retour à FREUD ».

Le diagnostic psychanalytique dépend bien plus du sens attribué aux symptômes (qui sont considérés le plus souvent comme des *fantasmes inconscients* s'exprimant de manière symbolique) que des distinctions cliniques issues de la nosographie classique, ces dernières pouvant être parfois considérées comme artificielles : ainsi en est-il de la division entre un petit et un grand automatisme mental, de la distinction entre ce qui relève de l'interprétation ou de l'intuition ou encore du débat entre les « pseudo-hallucinations » et les « hallucinations vraies ».

L'approche analytique de la psychose que nous allons amorcer est celle d'une conception dite structuraliste : la *structure psychique* désigne la forme qu'adopte le psychisme d'un individu au cours de son processus de maturation psycho-sexuelle. Il en existe trois : la névrose, la psychose et la perversion.

La forme structurale adoptée est définitive et constitue en quelque sorte l'*essence* de l'ensemble des phénomènes psychologiques et psychopathologiques qui portent ainsi en eux cette signature inconsciente que le psychanalyste doit s'attacher à déterminer avant de poser un diagnostic.

Cette approche peut être considérée comme une réaction au courant organiciste, dans lequel le clinicien (nous en exposons volontiers une caricature mécaniciste et atomiste), considère la maladie comme la superposition d'entités basales mono-symptomatologiques qu'il cherche à distinguer les unes des autres en opérant un véritable travail de pulvérisation des phénomènes psychiques, opération dont le caractère artificiel, il faut l'admettre, est bien souvent proportionnel à la richesse des descriptions cliniques.

Ainsi LACAN nous explique-t-il, à propos des phénomènes élémentaires décrits par GATIAN de CLÉRAMBAULT :

« les phénomènes élémentaires ne sont pas plus élémentaires que ce qui est sous-jacent à l'ensemble de la construction du délire. Ils sont élémentaires comme l'est, par rapport à une

plante, la feuille où se verra un certain détail de la façon dont s'imbriquent et s'insèrent les nervures – il y a quelque chose de commun à toute la plante qui se reproduit dans certaines des formes qui composent sa totalité. De même, des structures analogues se retrouvent au niveau de la composition, de la motivation, de la thématization du délire, et au niveau du phénomène élémentaire. Autrement dit, c'est toujours la même force structurante, si l'on peut s'exprimer ainsi, qui est à l'œuvre dans le délire, qu'on le considère dans une de ses parties ou dans sa totalité. ¹»

En bref, les phénomènes d'automatisme mental considérés dans une perspective analytique sont noyés dans l'ensemble des manifestations du processus qu'ils ne font que refléter : celui de la psychose.

Nous allons donc exposer un exemple de théorisation générale de la psychose telle qu'elle a été formulée par FREUD et LACAN à propos du cas le plus célèbre de délire hallucinatoire chronique : celui de Daniel Paul SCHREBER.

Le cas de SCHREBER a été rendu célèbre par l'analyse qu'en a réalisé Sigmund FREUD dans un article de 1911². A vrai dire, S. FREUD n'a jamais rencontré SHREBER, et se base exclusivement sur l'autobiographie que ce dernier venait de publier quelques années auparavant. Il s'agit d'ailleurs du premier essai freudien de théorisation de la paranoïa.

LACAN développera plus tard ses propres conceptions sur la psychose, que l'on peut retrouver notamment dans le *Séminaire III*³ ainsi que dans ses *Écrits*⁴, en les appliquant au délire de SCHREBER.

Deux avertissements préalables viennent cependant s'imposer au lecteur, du fait que nous n'aurons pas la possibilité d'aborder de manière exhaustive l'analyse psychanalytique de SCHREBER.

Nous incitons tout d'abord le lecteur à prendre connaissance de l'autobiographie de cet homme, traduite en français sous le nom de « mémoires d'un névropathe ⁵».

¹ Lacan, Jacques. *Le séminaire III. Les psychoses [1955-1956]*. op. cit., 28.

² Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» Dans *Cinq psychanalyses*, de Sigmund Freud, 263-324. Paris: Presses Universitaires de France, 1954.

³ Lacan, Jacques. *Le séminaire III. Les psychoses [1955-1956]*. op. cit.

⁴ Lacan, Jacques. «D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose.» Dans *Écrits*, op. cit., 531-583.

⁵ Schreber, Daniel Paul. *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*. Leipzig: Oswald Mutze, 1903. trad. française : Schreber, Daniel Paul. *Mémoires d'un névropathe*. Paris: Editions du Seuil, 1975.

Ensuite, au vu de la complexité des concepts lacaniens que nous aborderons de manière extrêmement partielle, nous prions le lecteur qui souhaite en obtenir une exposition plus approfondie de s'en référer à l'excellent travail de notre maître Jean-Yves COZIC sur ce sujet¹, ainsi qu'aux références bibliographiques que nous mentionnerons.

2-Application des théories freudiennes et lacaniennes au cas de SCHREBER

Nous pouvons schématiquement identifier dans le processus de la psychose une condition nécessaire et définitive ainsi que deux étapes accessoires et réversibles :

- 1. La condition prédisposante (structure psychotique)
- 2. Le désinvestissement libidinal
- 3. La tentative de guérison (la reconstruction délirante)

1. Condition prédisposante : fixation libidinale et forclusion du Nom-du-père

Il nous faut tout d'abord envisager chez tout patient présentant un délire chronique (psychose hallucinatoire, paranoïa, paraphrénie, schizophrénie etc.), cette condition pré-morbide nécessaire que constitue la structure psychotique du psychisme, l'éclosion de la pathologie indiquant la décompensation de cette forme structurale.

En d'autres termes, la structure psychotique prédispose à la psychose « caractérisée », ce qui fait que certains ont vu dans cette notion de « prédisposition » les relents de la théorie de la dégénérescence de MOREL.

Bien qu'en 1911 FREUD considère encore la paranoïa comme une « psychonévrose de défense », il commence par lui attribuer une prédisposition analogue à celle de la démence précoce, qui se présente comme une fixation libidinale à l'un des stades précoces du développement psycho-sexuel, « quelque part aux stades de l'autoérotisme, du narcissisme et de l'homosexualité² ».

¹ Cozic, Jean-Yves. *Les hallucinations verbales. Approche historique, épistémologique et clinique*. Thèse soutenue le 13 juin 1985 à Brest. Université de Bretagne Occidentale. Faculté de médecine de Brest, 1985.

² Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 307.

Il détermine ensuite plus précisément où se situe cette fixation :

- dans la paranoïa, elle concerne la période du narcissisme, défini comme un « stade intermédiaire entre l'autoérotisme et l'amour objectal » dans lequel l'individu « prend son propre corps pour objet d'amour avant de passer au choix objectal d'une autre personne¹ ».
Ce choix ultérieur sera d'abord celui d'un « objet doué d'organes génitaux pareils aux siens propres, c'est-à-dire [du] choix homosexuel de l'objet puis, de là, [de] l'hétérosexualité² ».
Le courant libidinal fixé au stade du narcissisme étant par la suite « sublimé » (cela signifie qu'il s'exprime dans des activités – notamment sociales et artistiques – en rapport symbolique avec la pulsion sexuelle détournée), il s'ensuit que « la somme de *régression* [nous allons voir ce qu'implique ce terme] qui caractérise la paranoïa est mesurée par le chemin que la libido doit parcourir pour revenir de *l'homosexualité sublimée au narcissisme*.³»
- dans la démence précoce (*schizophrénie*), la fixation concerne un stade antérieur à celui du narcissisme ; par conséquent il s'agit une période précédant l'unification des pulsions sexuelles, période dans laquelle les pulsions agissent de manière indépendante.
Il s'agit du stade de « l'autoérotisme infantile⁴ » : une régression à ce stade implique donc un « abandon total de l'objet d'amour⁵ ».

Dans une perspective lacanienne, la structure psychotique est déterminée par l'occurrence d'un évènement fondamental dans l'évolution psycho-sexuelle de l'individu : il s'agit de la *forclusion du Nom-du-Père*.

Pour LACAN, « l'inconscient est, dans son fond, structuré, tramé, chaîné, tissé de langage⁶ ».

Les « chaînes » qu'ils évoquent, ce sont celles qui soutiennent et déterminent tout le fonctionnement du système de l'inconscient : ce sont les ensembles de *signifiants* et de *signifiés*.

¹ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 306.

² *Idem*.

³ *Ibid.*, 306.

⁴ Freud, Sigmund. «Du mécanisme paranoïaque.» Dans *Névrose et psychose*, de Sigmund Freud, 62-93. Paris: Payot, 1974 : 89.

⁵ *Idem*.

⁶ Lacan, Jacques. *Le séminaire III. Les psychoses [1955-1956]*. op. cit., 135.

Cette dualité signifiant/signifié provient du linguiste Ferdinand de SAUSSURE qui, dans son approche structurale de la langue, distingue ce qui désigne l'image acoustique ou la représentation psychique d'un mot (le signifiant), du concept auquel ce mot renvoie (le signifié).

LACAN modifie la conception saussurienne en l'enrichissant de notions provenant des travaux de JAKOBSON et en mettant notamment l'accent sur la suprématie du signifiant : « non seulement le signifiant, dit-il, joue [dans l'inconscient] un aussi grand rôle que le signifié, mais il y joue un rôle fondamental. Ce qui en effet caractérise le langage c'est le système du signifiant comme tel¹ ».

Le système du signifiant est en rapport avec le registre du Symbolique, ce dernier étant uni de manière inséparable (LACAN prendra l'image du nœud borroméen) à deux autres registres : celui de l'Imaginaire, renvoyant au stade du miroir où l'enfant acquiert par le renvoi spéculaire d'autrui (notamment de sa mère) la perception de l'unicité de son corps et l'unification de ses pulsions qui lui permettent ainsi de constituer le « je », et celui du Réel, qui désigne « une réalité phénoménale, immanente à la représentation et impossible à symboliser² ».

Dans la psychose, les phénomènes vécus comme une réalité par le patient (le délire, l'automatisme mental, les hallucinations, etc.) correspondent à des signifiants surgissant dans le Réel du fait de leur rejet du Symbolique.

En d'autres termes, le sujet de structure psychotique n'a pas accès au registre du Symbolique. Comment cela arrive-t-il ?

Le passage de l'Imaginaire au Symbolique advient selon LACAN au cours de l'Œdipe, par la réalisation de la « métaphore paternelle » : l'enfant, qui s'imagine jusque-là être le « Phallus » de la mère (ce qui correspond au *pénis imaginaire*, c'est-à-dire ce qui est manquant chez la mère, ce que la mère désire mais ne possède pas)³, va devoir renoncer à cette ambition en se soumettant à la Loi, c'est-à-dire au père (qui possède le Phallus).

Ce dernier (il s'agit ici d'un « père symbolique ») étant représenté par le signifiant que LACAN désigne comme le « Nom-du-Père », la soumission à la puissance paternelle est capitale car elle permet à l'enfant de franchir dans le langage la barre du rapport Signifiant/signifié afin d'y opérer une opération métaphorique de substitution du Nom-du-Père au Phallus : si celle-ci se fait avec succès, l'enfant possède alors le Phallus, ce qui lui ouvre l'accès au registre du Symbolique⁴.

¹ Lacan, Jacques. *Le séminaire III. Les psychoses [1955-1956]*. op. cit., 135.

² Roudinesco, Elisabeth / Plon, Michel. *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris: La Pochotèque, 2017 : 1328.

³ *Ibid.*, 113.

⁴ *Ibid.*, 113-114.

Cet accès à la fonction signifiante permet ainsi à l'individu de se structurer dans le langage et par conséquent d'acquérir sa propre identité.

Mais dans la psychose, la métaphore paternelle échoue : le signifiant du Nom-du-père est rejeté, il est forclos (LACAN traduit par « forclusion » le terme freudien de *verwerfung*)¹, ce qui a pour conséquence un rapport au langage défectueux chez le sujet qui a subi la forclusion.

L'individu de structure psychotique est ainsi repérable même en l'absence de décompensation délirante lorsque, à l'instar de la patiente de LACAN dont l'usage – après une heure et demi d'entretien infructueux – du néologisme « galopiner » donne à ce grand clinicien la « signature de tout ce qui [...] était dit jusque-là », c'est-à-dire celle de la psychose², il emploie certains mots caractérisés par ce « caractère franchement néologique si frappant dans les productions de la paranoïa³ », trahissant son incapacité à l'usage métaphorique du langage qui révèle ainsi la forclusion du Nom-du-Père opérée lors du stade de l'Œdipe.

Nous voyons ainsi que la conception lacanienne de la prédisposition psychotique ne contredit pas celle énoncée par Sigmund FREUD mais vient plutôt la compléter, en mettant en évidence la même anomalie de maturation libidinale survenant à un stade précœdipien précoce.

Voyons maintenant sous quelles conditions nous allons assister à la décompensation de la structure psychotique, c'est-à-dire d'un point de vue clinique à l'émergence des phénomènes hallucinatoires et délirants, en d'autres termes au déclenchement de l'épisode psychotique caractérisé.

2. Déclenchement de la psychose

FREUD identifie (de manière analogue aux mécanismes névrotiques) comme facteur déclenchant de la décompensation psychotique l'expérience d'une frustration libidinale.

Chez le paranoïaque (qui possède une fixation au stade du narcissisme), la maladie apparaît lorsque survient une importante augmentation libidinale homosexuelle (par exemple si il est « déçu par la femme⁴ ») ou bien lorsqu'il fait l'expérience d'une frustration de ses moyens de sublimations (par exemple, celle d'un échec dans les rapports sociaux).

¹ Lacan, Jacques. *Le séminaire III. Les psychoses [1955-1956]*. op. cit., 21.

² *Ibid.*, 42.

³ *Idem.*

⁴ Freud, Sigmund. « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber). » op. cit., 307.

Si l'une de ces deux conditions (ou l'association des deux) résulte en une intensification libidinale trop importante pour permettre à la libido de « s'écouler par les voies déjà ouvertes¹ » (c'est-à-dire, l'ensemble des voies homosexuelles sublimées et des autres voies utilisées par la libido du patient), cela amène alors la libido à « rompre les digues au point faible de l'édifice² », situé au stade du narcissisme.

Lorsque FREUD énoncera quelques années plus tard les bases de sa seconde topique divisant le psychisme en trois instances (ça, moi, surmoi), il définira la psychose comme l'issue d'un conflit entre le moi (ce dernier étant soumis aux exigences du ça, c'est-à-dire des pulsions libidinales insatisfaites) et le monde extérieur³.

Dans une perspective lacanienne, le délire se déclenche lorsque le psychotique est confronté à une position symbolique paternelle : cette circonstance se traduit par l'apparition du signifiant paternel (que LACAN appelle le « Un-père ») qui du fait de la forclusion, fait face à une place vacante en vue de son insertion dans le Symbolique, ordre duquel il est alors systématiquement expulsé vers le Réel où il prend la forme d'une manifestation hallucinatoire ou délirante⁴.

Dans le cas de SCHREBER, le premier épisode psychopathologique survient alors que ce dernier vient d'être battu aux élections de 1884, ce qui renvoie à une tentative infructueuse d'accès à la paternité symbolique (s'exprimant dans le domaine socio-politique). Nous y retrouvons bien la confrontation à une situation paternelle (représentée par l'apparition du signifiant Un-père), dont le résultat négatif provoque une frustration de la libido homosexuelle sublimée dans les relations sociales.

De même, la seconde hospitalisation de SCHREBER fait suite à deux évènements : sa prise de l'éminente fonction de Président de la Cour d'Appel de DRESDE⁵ (*mise en position symbolique*), ainsi que l'absence prolongée de sa femme, partie en voyage pour BERLIN (*frustration libidinale*).

Notons que SCHREBER identifie aussi, dans la période précédant la seconde hospitalisation, la « déception plusieurs fois renouvelée⁶ » de son espoir d'avoir des enfants, ce qui renvoie également à un échec d'accès à la *position paternelle* ainsi qu'à l'impossibilité d'avoir un fils « vers lequel eût pu s'épancher sa tendresse homosexuelle insatisfaite⁷ ».

¹ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 307.

² *Idem*.

³ Freud, Sigmund. «Névrose et psychose». Dans *Névrose et psychose*, op. cit., 29.

⁴ Cozic, Jean-Yves. *Les hallucinations verbales. Approche historique, épistémologique et clinique*. op. cit., 120.

⁵ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 266.

⁶ Schreber, Daniel Paul. *Mémoires d'un névropathe*. op. cit., 63.

⁷ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 303.

FREUD en conclut que la cause de la maladie de SCHREBER est une « poussée de libido homosexuelle¹ », portant « sans doute, dès l'origine, [sur] le médecin Flechsig² », ce qui lui permet d'interpréter les rêves « prémonitoires » du retour de la « vieille maladie nerveuse³ » de SCHREBER comme l'expression d'un fantasme érotique vis-à-vis du Pr. FLECHSIG, ce dernier étant considéré par LACAN comme le « Un-père » responsable des manifestations délirantes.

3. Désinvestissement libidinal du monde extérieur

La régression de la libido du psychotique au stade auquel elle s'était jadis fixée implique son « détachement [...] à l'égard des personnes – et des choses – aimées jusque-là⁴ » : il s'agit d'un désinvestissement libidinal du monde extérieur qui permet au moi, comme le dira FREUD en 1924, de « se [retirer] d'un fragment de la réalité en se mettant au service du ça⁵ ».

Ce détachement libidinal peut être partiel (il ne concerne alors qu'un seul objet investi) ou général : dans le deuxième cas, il se traduit cliniquement par des symptômes manifestant (de manière plus ou moins symbolique) ce désintérêt et cette négation du monde extérieur : athymhormie hébéphrénique, mutisme autistique, idées de négations d'organes, convictions apocalyptiques, sentiment de vide intérieur...

Ces manifestations se retrouvent chez le président SCHREBER qui se plaint de « ramollissement du cerveau⁶ », d'une substitution de son estomac par un « estomac de juif » de valeur très inférieure⁷ » et de phénomènes de « paralysies des doigts⁸ » ; il est convaincu d'une catastrophe universelle faisant de lui « l'unique humain réel encore présent⁹ », etc.

FREUD commente ces phénomènes ainsi : « la fin du monde est la projection de cette catastrophe interne, car l'univers subjectif du malade a pris fin depuis qu'il lui a retiré son amour¹⁰ ».

¹ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 291.

² *Idem.*

³ *Ibid.*, 290

⁴ Freud, Sigmund. «Du mécanisme paranoïaque.» op. cit., 77.

⁵ *Ibid.*, 39.

⁶ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 266.

⁷ Schreber, Daniel Paul. *Mémoires d'un névropathe.* op. cit., 182.

⁸ *Ibid.*, 201.

⁹ Freud, Sigmund. «Du mécanisme paranoïaque.» op. cit., 72.

¹⁰ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 314.

4. La construction délirante : une tentative de guérison

La dernière étape du processus psychotique a pour but de s'opposer à la précédente, en tentant d'extirper la libido de son investissement moïque (dans la paranoïa) ou de son mode auto-érotique partiel (dans la démence précoce) afin de la ramener au monde extérieur et plus précisément aux « personnes mêmes qu'elles avait délaissées¹ » : de cette manière, « le paranoïaque rebâtit l'univers, non pas à la vérité plus splendide, mais du moins tel qu'il puisse de nouveau y vivre. Il le rebâtit au moyen de son travail délirant² », qui résulte de la *projection* des fantasmes libidinaux immatures dans le monde extérieur.

Si FREUD nomme d'abord cette étape le « retour du refoulé », il infléchit ensuite ses vues vis-à-vis du mécanisme de projection dans la psychose : « il n'était pas correct de dire que la sensation réprimée à l'intérieur est projetée vers l'extérieur ; nous constatons au contraire que ce qui a été supprimé à l'intérieur revient de l'extérieur³ ».

LACAN lèvera toute ambiguïté en proposant d'employer de terme de forclusion (traduction de *Verwerfung*) pour désigner le mécanisme de projection psychotique, faisant ainsi référence à la *forclusion du Nom-du-Père* : « la projection dans la psychose [...], c'est le mécanisme qui fait revenir du dehors ce qui est pris dans la *Verwerfung*, soit ce qui a été mis hors de la symbolisation générale structurant le sujet⁴ ».

FREUD explique que cette étape représente en fait un véritable « processus de guérison⁵ » : « ce que nous prenons pour une production morbide, la formation du délire, est en réalité une tentative de guérison, une reconstruction⁶ ».

Le délire est en rapport symbolique avec les fantasmes libidinaux forclos, ainsi :

- dans la paranoïa, les fantasmes homosexuels provenant du narcissisme subissent des altérations grammaticales, modifiant ainsi la formule « je l'aime (lui, un homme) » de telle sorte qu'elle devienne acceptable au moi, ce qui peut résulter en une formule persécutive (« je ne l'aime pas, je le *hais*... » ; « c'est *lui* qui me hait »), un délire érotomaniaque (« je ne l'aime pas *lui*, c'est *elle* que j'aime » ; « *elle* m'aime, je le sais »), un délire de jalousie (« *je* n'aime pas l'homme... c'est *elle* qui aime l'homme »)

¹ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 315.

² *Idem.*

³ *Idem.*

⁴ Lacan, Jacques. *Le séminaire III. Les psychoses [1955-1956]*. op. cit., 58.

⁵ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 315.

⁶ *Ibid.*, 315.

ou encore un délire des grandeurs (« je ne l'aime pas... je n'aime *personne* ; je n'aime que *moi* »)¹.

Le délire homosexuel de SCHREBER envers le Pr FLECHSIG adopte d'abord la formule persécutive vis-à-vis de ce dernier (qu'il traite d' « assassin d'âmes » et de « petit Flechsig » en accentuant le mot *petit* ²), puis, par la tournure fantastique que prend la transformation de FLECHSIG en Dieu, le délire est assumé comme fantasme d'éviration car « l'émasculatation n'est plus une honte, elle devient « conforme à l'ordre de l'univers »³ ».

SCHREBER n'ayant pu accéder lors de l'Œdipe à la castration symbolique, le délire vient fournir la solution à son angoisse de castration préœdipienne, en prenant la forme d'un fantasme d'émasculatation, donc d'une castration *réelle*⁴.

Nous retrouvons d'ailleurs dans la relation de SCHREBER à son Dieu plusieurs caractéristiques renvoyant aux rapports entre le malade et son père, tel ce « mélange de respectueuse soumission et d'insubordination révoltée⁵ » que présentent les petits garçons envers leur père.

- dans la démence précoce où le désinvestissement libidinal du monde extérieur est particulièrement marqué, la phase de guérison utilise plus volontiers le mécanisme hallucinatoire⁶.

Les formations délirantes et hallucinatoires ainsi que les phénomènes catatoniques du schizophrène se caractérisent par l'incohérence, l'ambivalence et la discordance, manifestant ainsi la régression du malade à un stade libidinal anté-spéculaire⁷, à une période de la toute première enfance, celle du vécu « morcelé » du corps ainsi que des pulsions agissent sur un mode partiel et auto-érotique ; FREUD qui se base sur les travaux de JUNG et ABRAHAM⁸, reconnaît dans « les stéréotypies motrices de ces malades les résidus des investissements objectaux d'autrefois auxquels ils se cramponnent convulsivement⁹ » ; ainsi pouvons-nous y rencontrer toutes les

¹ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 308-310.

² *Ibid.*, 267.

³ *Ibid.*, 295.

⁴ *Ibid.*, 302 et Lacan, Jacques. *Le séminaire III. Les psychoses [1955-1956]*. op. cit., 351.

⁵ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 299.

⁶ *Ibid.*, 320. Nous constatons d'ailleurs que FREUD s'aligne sur la conception kraepelinienne en ce qui concerne la place des hallucinations dans la paranoïa.

⁷ Lacan, Jacques. « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique [1949] ». Dans *Écrits*, op. cit.

⁸ Abraham, Karl. «Les différences psycho-sexuelles entre l'hystérie et la démence précoce.» Dans *Oeuvres complètes, I : 1907-1914*, de Karl Abraham. Paris: Payot, 2000 et Jung, Carl Gustav. *Über die Psychologie der Dementia Praecox*. op. cit.

⁹ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 319.

manifestations cliniques témoignant de ce vécu de morcellement, telles lesdites *angoisses dissociatives* (aussi appelées *angoisses de morcellement*).

5. Aboutissement du processus

L'issue du conflit entre le processus de détachement libidinal et celui de la reconstruction délirante détermine l'évolution clinique du malade. Trois situations peuvent alors se présenter :

- le cas de la *paranoïa* « pure » où le processus de guérison réussit son objectif de ramener la libido aux objets du monde extérieur, ce qui met totalement en échec le « refoulement ».

Cette issue est grandement favorisée si le détachement libidinal n'est que partiel, mais elle est également possible dans le cas d'un détachement général de la libido, situation dans laquelle le processus de guérison doit alors s'attacher à créer tout un nouveau monde délirant, au moyen d'une rationalisation secondaire.

Nous en trouvons un exemple dans le récit de SCHREBER lorsque ce dernier, après qu'il ait acquis la conviction catastrophiste d'être « le dernier homme sur terre ¹ », explique alors la présence d'autres êtres humains par la conservation miraculeuse d'« images d'âmes bâclées à la six-quatre-deux ² ».

- le triomphe du « refoulement », qui constitue le cas de la *dementia praecox* : le détachement libidinal est général et se redirige entièrement vers le stade de l'*autoérotisme* infantile : il s'agit là de l'*autisme* (ce terme inventé par BLEULER provient de la contraction d'*auto* et *érotisme*³) qui se caractérise cliniquement par une perte d'intérêt vis-à-vis du monde extérieur de plus en plus marquée, évoluant progressivement vers ce que les auteurs classiques décrivaient sous le terme de « démence vésanique ».
- Le cas le plus fréquent est finalement celui témoignant d'une bataille toujours en cours entre le détachement libidinal et la tentative de guérison, situation dans laquelle les « phénomènes paranoïaques et schizophréniques peuvent se combiner dans toutes les proportions possibles⁴ ».

¹ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 313.

² Schreber, Daniel Paul. *Mémoires d'un névropathe*. op. cit., 182.

³ Jung, Carl Gustav. *Correspondance I (1906-1909)*. Paris: Gallimard, 1975.

⁴ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 320.

Cette situation « impure » est celle qui caractérise la psychose de SCHREBER, et à cet égard, le « miracle » qu'il désigne sous le nom de « pourriture-du-bas-ventre » nous fournit une belle illustration de cette tendance destructrice/reconstructrice appliquée à une partie de son enveloppe corporelle :

« Ce miracle était le fait régulier de l'âme von W. en l'un de ses avatars les plus impurs – par opposition à d'autres parties de l'âme de von W. – sous cette forme, elle reçut, pour cette raison, la dénomination de « von W.-de-la-pourriture-du-bas-ventre ». Elle jetait dans mon ventre, avec la brutalité la plus consommée, les matières putrides qui engendrent la pourriture intestinale, de sorte que plus d'une fois je crus devoir pourrir à corps vif, et que l'odeur cadavéreuse la plus nauséabonde s'exhalait par ma bouche. L'âme von W. escomptait que viendraient bientôt des rayons de Dieu qui élimineraient la pourriture du bas-ventre, ce qui ne manquait pas de se produire par le truchement de rayons d'une espèce tout à fait particulière spécialement préposés à cet effet, qui s'inséraient dans mes intestins à la façon d'une cheville puis en aspiraient le contenu putréfié ¹».

Nous concluons avec FREUD que le tableau clinique de Daniel Paul SCHREBER, somme toute, « mérite le nom de démence paranoïaque ²».

¹ Schreber, Daniel Paul. *Mémoires d'un névropathe*. op. cit., 184-185

² Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 320.

- CINQUIÈME PARTIE -
COMMENTAIRES DU CAS CLINIQUE

I-Introduction

Enrichis de nos considérations historiques, doctrinales et cliniques sur les délires hallucinatoires et l'automatisme mental, nous allons maintenant proposer quelques commentaires en relation au cas clinique présenté au début de cette étude, que nous reprendrons de manière chronologique.

Nous diviserons ainsi la psychose de Monsieur D. en plusieurs phases, présentant chacune une corrélation entre les manifestations symptomatologiques et le récit délirant du malade :

1. Vie pré-morbide
2. Apparition de l'automatisme mental (*établissement de la connexion*)
3. Période d'anxiété et de déréalisation (*crise existentielle*)
4. Apparition des idées d'influence (*épisode du lac*)
5. Aggravation cotardienne (*perte de contrôle de la connexion*)
6. Amélioration clinique et enkystement de l'automatisme mental (*persistance du signal télépathique*)

II-Analyse chronologique du cas clinique

1-Antécédents familiaux et vie pré-morbide

Nous ne disposons que de peu d'éléments concernant l'enfance et la vie du patient avant l'apparition de son délire hallucinatoire, si ce n'est la présence d'un retard mental léger.

Les antécédents familiaux laissent apparaître de manière flagrante une hérédité très chargée en matière de psychose, ce qui est classique chez les délirants chroniques.

Cette hérédité familiale ainsi que la constatation d'une débilité mentale chez Monsieur D. l'auraient très certainement fait qualifier jadis de *dégénéré*, état dans lequel sa maladie aurait alors été nécessairement envisagée comme l'expression d'un *syndrome épisodique* si nous nous référons à la nosographie de MAGNAN.

L'âge tardif de la première décompensation délirante du patient (37 ans) est assez caractéristique de la psychose hallucinatoire chronique, contrairement à la schizophrénie qui se déclenche usuellement à un âge plus précoce (vers l'adolescence et le début de l'âge adulte), d'où les anciennes dénominations de *démence précoce* et surtout d'*hébéphrénie*, terme proposé par E. HECKER en 1871 qui s'inspira du nom de la déesse grecque de la jeunesse (Hébé) pour qualifier cette affection qu'il liait à la période de l'adolescence¹.

Dans les pays anglo-saxons qui méconnaissent le concept de psychose hallucinatoire chronique, on aurait certainement évoqué pour Monsieur D. celui de *schizophrénie à début tardif*, diagnostic du DSM-IV² qui sera toutefois supprimé dans l'édition suivante³.

2-Apparition de l'automatisme mental (*établissement de la connexion*)

Le récit de cet évènement que Monsieur D. identifie comme le point de départ de toutes ses péripéties est marqué par un important contraste entre d'une part, l'intensité du vécu en relation aux phénomènes qui sont apparus lors de cette soirée (les souvenirs qui refont brutalement surface, ce qui lui fait crier le nom de Jade) – phénomènes qu'il rapporte par ailleurs avec une certitude absolue – et d'autre part, les doutes qu'il exprime vis-à-vis de son état de vigilance d'alors (« je ne sais pas si je dormais ou pas... »), ce qui ne semble au fond que peu lui importer.

¹ Camps, François-David. «L'Hébéphrénie : nouvelles approches psychanalytiques et projectives.» *L'Évolution Psychiatrique*, Octobre-Décembre 2017: 791-803.

² American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé.* Paris: Elsevier Masson, 2004.

³ American Psychiatric Association. *DSM-5®. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème édition.* op. cit.

Si nous admettons que cet évènement a eu lieu au cours d'un état hypnagogique, nous pouvons, en nous souvenant également que l'hallucination de l'ouïe a débuté à ce moment-là, le qualifier d'*expérience délirante primaire*, expérience caractérisée comme le dit Henri EY par une « déstructuration des structures synchroniques du champ de la conscience¹ ».

Ce caractère onirique sinon oniroïde des manifestations annonçant l'imminence d'un accès délirant avait déjà été remarqué par PINEL : « C'est par des visions extatiques durant la nuit, que préludent souvent les accès de dévotion maniaque ; c'est aussi quelquefois par des rêves enchanteurs et par une prétendue apparition de l'objet aimé sous les traits d'une beauté ravissante, que la manie par amour éclate quelquefois avec fureur, après des intervalles plus ou moins longs de raison ou de calme. ²»

Si nous nous situons dans une perspective lacanienne, nous devons voir dans cet évènement hallucinogène les effets du rejet du signifiant « Un-père » dans le Réel.

Mais existe-t-il des circonstances dans la vie de notre homme ayant trait à la paternité symbolique ?

D'après le peu d'informations dont nous disposons, rien dans les semaines ou mois précédant le délire ne paraît susceptible de modifier l'équilibre psychique du malade : ce dernier vit depuis plusieurs années avec sa compagne et ses enfants, son père est décédé il y a plus de vingt ans, l'équilibre professionnel a toujours été précaire mais sans que nous puissions observer de changement majeur (comme l'existence de difficultés financières, d'une période de chômage prolongé ou inversement d'une promotion professionnelle comme cela arrive pour Daniel-Paul SCHREBER).

A vrai dire, il s'avère que ce qui précède immédiatement l'apparition du phénomène hallucinatoire est la conviction du malade que la pensée de Jade vient de lui traverser l'esprit, faisant alors *réapparaître les souvenirs* enfouis de leur jeu de séduction qui s'était terminé, souvenons-nous, par le décès du mari de cette femme. Nous pouvons peut-être alors supposer que le souvenir du décès de son « rival » est en lien avec la symbolique paternelle.

Les propos de Monsieur D. sont susceptibles de nous éclairer sur ce point lorsqu'il nous confie la chose suivante : « elle et moi, on a une histoire en commun... »

Nous. – Quoi donc ?

Monsieur D. – Mon père est mort...

Sachant que le malade ne fait pas ici référence au décès du père de Jade (qui est toujours en vie), il s'agit donc bien du décès du compagnon de cette femme que Monsieur D. relie directement à la *mort de son propre père*, ce qui à vrai dire correspond au désir précœdipien le plus profond du petit garçon : ainsi l'évocation de Jade ce soir-là réveille-t-elle le fantasme

¹ Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. op. cit., 1221.

² Pinel, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. op.cit., 18.

patricide d'un homme qui par ailleurs, n'a pas pu passer le stade de l'Œdipe (et donc, subir la castration symbolique) du fait de la forclusion du Nom-du-Père.

Le signifiant correspondant à cette évocation paternelle (c'est-à-dire le « Un-père ») est alors rejeté dans le Réel, ce qui engendre l'hallucination ainsi que toutes les manifestations psychotiques ultérieures.

Il est d'ailleurs notable que Monsieur D., au moment de notre entrevue, n'ait pas été capable de situer la date approximative du décès du mari de Jade (qui, nous dira-t-il plus tard, remonte à cinq ans), trahissant ainsi le caractère très *actuel* que cet événement prenait dans son esprit.

3-Période d'anxiété et de déréalisation (*crise existentielle*)

Entre la première expérience hallucinatoire (« l'établissement de la connexion ») et l'apparition des idées d'influence s'écoule chez notre patient une période d'environ trois semaines.

Cet intervalle de temps se caractérise par l'occurrence d'un certain nombre de phénomènes psychopathologiques mais qui se déroulent de manière suffisamment discrète pour n'impacter que de façon modérée le fonctionnement du patient dans les différents domaines de sa vie (famille, milieu professionnel, etc.), sans donner de véritable signe d'alerte à son entourage, comme en témoigne son amie qui rapporte à cette période des tendances insomniaques et hypoprosexiques chez son compagnon, mais sans aucun propos ou acte véritablement inquiétant.

L'intensité des manifestations cliniques se situent ainsi encore au-deçà de la bouffée délirante aiguë.

Ce qui caractérise surtout cette période, c'est à la fois ce besoin impératif chez Monsieur D. d'obtenir une *explication* aux phénomènes qui s'imposent à lui (notamment l'hallucination auditive) et qui le laissent dans un état de subagitation anxieuse permanente, et à la fois ce caractère flou, *étrange*, indéterminé, ineffable de son vécu en relation à son corps mais également à l'égard de tout ce qui l'entoure. Ce caractère ressort clairement des propos du patient lorsqu'il évoque la survenue d'évènements qu'il est par ailleurs parfaitement incapable de relater : « Il est arrivé plein de choses à ce moment-là ! »

Nous. – Comment cela?

Monsieur D. – Je ne sais pas vous dire.

Cette période qui échappe à l'observateur peu attentif et précède ainsi le plus souvent l'hospitalisation est celle que les auteurs classiques appelaient la *période d'incubation*.

PINEL décrit ainsi des « agitations, des inquiétudes vagues, des terreurs paniques, des insomnies ¹ » dans les signes précurseurs des accès de *manie*.

ESQUIROL écrit que « souvent [...], on découvre que le premier acte de folie qui [a effrayé les parents], avait été précédé de plusieurs symptômes qui avaient échappé à toute observation² », au cours d'une période qu'il qualifie de « lutte intérieure qui précède l'explosion de folie ³ ».

MAGNAN écrit, concernant la période d'incubation du *délire chronique à évolution systématique* : « les malades éprouvent un malaise, un mécontentement qu'ils ne peuvent s'expliquer : ils sont soucieux, inquiets, soupçonneux, ils croient remarquer certains changements dans la manière d'être de leur entourage ou même des étrangers. Ils dorment mal, ils ont moins d'appétit, moins d'aptitude pour leurs travaux et leurs affaires ⁴ ».

Il ajoute aussi que le malade, qui est « parfois excité tout entier aux conceptions pénibles qui commencent à l'assaillir⁵ », a « tendance à chercher en dehors de lui, dans des influences étrangères, la cause des troubles divers qu'il éprouve⁶ » et reste « indifférent à tout ce qui ne paraît pas se rattacher à son délire ⁷ ».

Ce caractère d'indifférence avait été en effet déjà remarqué par la compagne de Monsieur D. (« il était dans son monde » dira-t-elle), et prendra une ampleur tout à fait palpable par la suite, lorsque ce dernier tentera d'éluder les questions qui ne réfèrent pas à son système délirant.

Cette *indifférence* est le résultat du processus silencieux de détachement libidinal, par lequel le psychotique « [retire] aux personnes de son entourage et au monde extérieur en général tout l'investissement libidinal orienté vers eux jusque-là ; aussi tout lui [devient] indifférent et comme sans relation avec lui-même⁸ ». Le *sentiment d'étrangeté* du monde extérieur chez Monsieur D. constitue le prélude, les prémisses de ce détachement général de la libido que FREUD qualifiait de « catastrophe interne⁹ » du paranoïaque.

¹ Pinel, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. op.cit., 17.

² Esquirol, Etienne. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Vol. I. II vols. Paris: J-B. Baillière, 1838. Rééd. Editions Privat, 1998 : 39.

³ *Idem*.

⁴ Magnan, Valentin. *Le délire chronique à évolution systématique*. E. Lecrosnier et Babé, 1890. Rééd. L'Harmattan, 1998 : 29.

⁵ *Ibid.*, 30.

⁶ Magnan, Valentin / Sérieux, Paul. «Le Délire Chronique à Evolution Systématique.» op. cit., 43.

⁷ Magnan, Valentin. *Le délire chronique à évolution systématique*. op. cit., 30.

⁸ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 314.

⁹ *Idem*.

Mais ce *sentiment d'étrangeté* nous oriente également vers une autre interprétation de l'état psychopathologique de Monsieur D. : si nous en réalisons une lecture phénoménologique et plus précisément eyienne, nous pouvons alors déduire qu'à cette période se sont probablement manifestées des expériences caractérisées par une déstructuration de la conscience d'un degré certes plus léger que celui de l'état oniroïde, mais toutefois suffisant pour instaurer une confusion des ordres objectifs et subjectifs¹ chez le sujet qui a alors le sentiment d'être le spectateur impuissant de phénomènes revêtant un caractère d'*étrangeté* et d'*irréalité* et pour lesquels il ne sait plus très bien s'ils prennent leur origine dans le monde extérieur ou dans son esprit, s'ils relèvent de la perception sensorielle ou de l'imagination, s'ils sont réels ou rêvés.

Ces expériences dont EY nous dit qu'elle se caractérisent par l'« altérité de l'espace vécu », peuvent en outre se manifester de manière très caractéristique par un « dédoublement hallucinatoire de la pensée et du langage ² » : il s'agit du phénomène de l'écho, que nous retrouvons chez Monsieur D. (« je pense « Dieu » et ça fait « Dieu...dieu...dieu... » »).

Mais si cet *écho de de la pensée* n'est pas compatible avec la phase d'incubation du *délire chronique* des anciens (il en signe en effet l'entrée dans la seconde phase), il réalise le phénomène paradigmatique du tableau clinique que GATIAN de CLÉRAMBULT s'attachait à décrire dans l'entrée dans la psychose, c'est-à-dire celui du *petit automatisme mental* ou *syndrome basal* (qu'il appelait aussi le « syndrome d'écho ³ »).

Il est également intéressant de constater qu'outre ces phénomènes idéo-verbaux « neutres », « anhidéiques » et « athématiques » (représentés chez Monsieur D. par l'écho de la pensée et les sensations hallucinatoires auditives et cénesthésiques), nous retrouvons dans la liste des phénomènes du *syndrome basal* la présence des symptômes suivants⁴ : « étrangeté des gens et des choses », « aprosexie », « doutes » et encore « perplexité sans objets », ce qui donne un aperçu assez fidèle du tableau clinique que nous avons dépeint chez Monsieur D.

L'automatisme mental est dans l'esprit de GATIAN de CLÉRAMBULT comme le « socle qui attend sa statue⁵ », cette dernière étant représentée par le délire qui vient parachever

¹ Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. op. cit., 417.

² *Ibid.*, 417-419.

³ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental au congrès de Blois [1927]. » op. cit., 599.

⁴ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Les psychoses hallucinatoires chroniques (Analyse. Pathogénie) (Communication) [1924]. » op. cit., 506-507

⁵ Ploumarc'h, Christian. « Gaëtan Gatian de Clérambault. Des délires passionnels à l'automatisme mental, une clinique possible des psychoses. » op. cit., 58.

l'édifice symptomatologique bâti par les automatismes en lui apportant les aspects « idéiques » et « thématiques » qui lui manquaient.

C'est ce qui arrive chez Monsieur D. grâce à cet évènement que nous nommerons par commodité l' « épisode du lac ».

4-Apparition des idées d'influence (épisode du lac)

Dans la masse de propos flous et parfois contradictoires que nous livre Monsieur D. lorsqu'il nous fait le récit de ses mésaventures, il est des faits qui dans son esprit troublé ne laissent pas subsister le moindre doute, ni vis-à-vis de la véracité de leur manifestation, ni quant à leur situation chronologique.

Tel est le cas de cette journée (« lundi dernier, à 9h ») où après avoir eu de multiples reprises convié Jade par voie télépathique à se rendre au lac, Monsieur D. aperçoit la belle-sœur de l'intéressée au lieu et à l'heure du rendez-vous.

Cet évènement constitue pour notre malade, au terme de ruminations envahissantes et d'intenses recherches, la résolution tant espérée de l'énigme qui l'entoure depuis plusieurs semaines.

Elle se résume ainsi : *leurs âmes sont liées par une connexion télépathique qui leur permet de communiquer entre elles.*

Remarquons qu'il existe une certaine continuité entre le caractère des phénomènes morbides ressentis jusqu'alors (anomalies de la pensée, son d'allure crypté, sentiment de perte de contrôle de son corps, intuition d'une implication de Jade dans ces phénomènes, etc.) et la thématique délirante adoptée pour rendre compte de ces manifestations (pouvoir dépossédant de cette femme qui lui fait résonner sa pensée en écho, lui envoie des sons cryptés et d'autres phénomènes somatiques, etc.).

Cette continuité ne correspond pour l'école organiciste française qu'à une simple tentative de rationalisation sur les phénomènes d'automatisme mental : « Le délire proprement dit, écrit GATIAN de CLÉRAMBAULT, n'est que la réaction obligatoire d'un intellect raisonnant, et souvent intact, aux phénomènes qui sortent de son subconscient, c'est-à-dire à l'automatisme mental ¹».

¹ Gatian de Clérambault, Gaëtan . « Automatisme mental et scission du Moi (Présentation de malade) [1920]. » op. cit., 459.

GUIRAUD propose le nom de « xénopathie » pour mettre en avant le caractère impersonnel de ces « phénomènes mentaux parasites¹ », « désagréables par leur nature et aussi par le mystère de leur apparition² », qui sont alors fréquemment attribués à une puissance externe.

C'est également ce que décrit CLAUDE sous le nom de « syndrome d'action extérieure³ », dans lequel le malade est porté à « invoquer une cause extérieure⁴ » devant les manifestations hallucinatoires qui pour CLAUDE résultent d'un « trouble de la cénesthésie ou [de] modifications profondes de la personnalité⁵ ».

GATIAN de CLÉRAMBULT poussera l'interprétation mécaniciste et atomiste jusqu'à l'extrême en prétendant expliquer toutes les manifestations délirantes par le caractère des automatismes qui, telle une tumeur maligne (il emploie volontiers l'expression de « pensée néoplasique⁶ »), sont capables de s'auto-assembler et de croître dans le subconscient jusqu'à accoucher de cet « embryon délirant qui naît *ex nihilo* du mécanisme automatique sensitif ou sensoriel⁷ » comme le dit Henri EY, véritable parasite idéo-affectif qui, porté par le processus mécanique de la « dérivation⁸ », progresse dans un « trajet serpigneux⁹ » en infiltrant peu à peu les réseaux neuronaux du malade.

D'un point de vue freudien, l'adoption de l'idée délirante est bien l'effet d'une rationalisation, mais qui a pour but de s'opposer au détachement libidinal en ramenant la libido aux « personnes mêmes qu'elle avait délaissés¹⁰ » : il s'agit d'une véritable « tentative de guérison¹¹ », qui par l'intermédiaire des manifestations délirantes et hallucinatoires se propose de bâtir un monde conforme au moi, ce qui peut permettre au malade de jouir d'un certain apaisement, comme nous le constatons chez Monsieur D. qui rapporte une relative (bien qu'éphémère) tranquillité suite à l'adoption des idées d'influence.

¹ Guiraud, Paul. «Les délires chroniques.» *L'Encéphale*, 1925: 663-673, 664.

² *Idem.*

³ Claude, Henri. «Mécanisme des hallucinations. Syndrome d'action extérieure.» *L'Encéphale*, 1930: 345-359.

⁴ *Idem.*

⁵ *Idem.*

⁶ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (Premier article) [1925]. » op. cit., 543.

⁷ Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. op. cit., 965.

⁸ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 573.

⁹ Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 560.

¹⁰ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 315.

¹¹ *Idem.*

Quelles que soient les spéculations que nous pourrions émettre vis-à-vis du mécanisme expliquant l'apparition de l'idée délirante, nous pouvons sans aucun doute constater un fait qui s'impose cliniquement à nous : chez certains délirants comme celui de notre observation clinique, le délire peut se résumer en une formule unique, une idée claire et concise, souvent assez cohérente, que le malade – dont les facultés psychiques semblent par ailleurs tout à fait conservées en dehors du délire – n'a aucune difficulté à expliciter, bien souvent même en usant de tous les arguments possibles pour convaincre son interlocuteur, arguments dont la fausse allure de rationalité est parfois tellement élaborée qu'elle peut entraîner à son tour certaines âmes fragiles à partager la croyance délirante et réaliser ainsi un tableau de ce qu'on appelle la « folie à deux ».

On a d'abord dit de ces malades qu'ils présentaient une « folie partielle » (ZACCHIAS, BOERHAAVE, RUSH¹) ; puis, ESQUIROL a bien insisté sur l'aspect obsessionnel et unique de l'idée délirante en créant sa catégories des « monomanies² », finalement ceux d'entre eux qui semblaient ne pas avoir recours à l'hallucination ou à l'imagination dans la construction de leur délire seront rangés en France dans la catégorie des « délires d'interprétation » ou « folies raisonnantes » (SÉRIEUX et CAPGRAS³) et en Allemagne dans celle de la « *paranoïa* » (KRAEPELIN).

Actuellement, le terme *paranoïa* semble toujours faire consensus dans la pratique psychiatrique bien qu'il s'amenuise. On parle plus volontiers de « délire systématisé ».

Mais si cet arrachement par ESQUIROL de la folie partielle au délire général (représenté par la *manie* de PINEL⁴) a eu pour heureux effet de susciter une connaissance clinique bien plus approfondie de ces délirants monomaniaques, cela ne doit pas nous faire oublier le contexte psychique général dans lequel est plongée l'idée délirante, auquel cas nous prendrions l'idée délirante sans le Délire pourrions-nous dire, ce qui est absurde.

Car en effet l'idée délirante du psychotique, bien loin de se présenter comme une simple erreur venue infiltrer l'intelligence de l'individu – ce qui rendrait alors bien difficile le fait d'établir une limite nette avec les idées erronées qui peuvent se présenter à l'esprit humain (du fait de croyances culturelles, d'une déficience intellectuelle, d'un endoctrinement idéologique etc.) –, est ancrée bien profondément dans l'âme du malade dans laquelle elle révèle un trouble fondamental consubstantiel à elle-même duquel elle n'est qu'un rejeton, une extension symptomatologique secondaire, comme une mauvaise herbe susceptible de repousser autre part si elle n'est pas arrachée à sa racine.

¹ Magnan, Valentin / Sérieux, Paul. «Le Délire Chronique à Evolution Systématique.» op. cit., 9.

² Esquirol, Etienne. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Vol. I. Rééd. Editions Privat, op. cit., 332.

³ Sérieux, Paul / Capgras, Jules. *Les Folies raisonnantes*. op. cit.

⁴ Pinel, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Seconde édition*. op. cit., 6.

Et ce qui permet à ce parasite idéo-affectif de repousser à l'identique ou sous un autre aspect, c'est le « processus idéo-verbal délirant ¹» (EY), portant la « force structurante ²» (LACAN) de la psychose de laquelle il émane.

Aussi serait-il illusoire (comme cela était tenté avec le *traitement moral* de PINEL) de prétendre guérir ces malades en les détournant de leur idée délirante, car il ne s'agirait là que d'un traitement symptomatique.

D'ailleurs, cela s'avérerait particulièrement ardu chez Monsieur D. : en effet, pour ce dernier tous les événements du monde extérieur ainsi que les sensations et perceptions physiologiques perdent leur coloration neutre et leur aspect contingent afin de venir s'inscrire dans la trame du scénario délirant : il s'agit ici du mécanisme de l'*interprétation*, cette « inférence d'un percept exact à un concept erroné³ » comme la définit G. DROMARD.

Mais nous observons très vite qu'il est quelque peu superflu de séparer les « sensations physiologiques » des « sensations hallucinatoires » chez Monsieur D., car ces dernières prêchent exactement de la même manière pour son délire de dépossession : le vide de la pensée provient du vol par Jade , l'hallucination auditive révèle une tentative de communication télépathique, etc.

A vrai dire, les deux « phénomènes élémentaires » sont parfois indifférenciables chez notre patient, comme lorsqu'apparaît le bégaiement (interprété comme une tentative de le faire taire) : est-ce une hallucination psycho-motrice, ou bien un phénomène physiologique interprété dans le sens de son délire ?

Quoi qu'il en soit, les manifestations cliniques de Monsieur D. vont très vite prendre une autre tournure : la connexion vient en effet à faiblir, au point que notre malade en arrive à la tentative aussi pathétique que désespérée de se « resynchroniser » et finalement, doit être admis à l'hôpital psychiatrique.

5-Aggravation cotardienne (perte de contrôle de la connexion)

Le drame de l'histoire délirante de Monsieur D. est constitué par l'affaiblissement progressif du signal (« c'est plus que comme un chuchotement », explique-t-il) dont il perd à peu le

¹ Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. op. cit., 428.

² Lacan, Jacques. *Le séminaire III. Les psychoses [1955-1956]*. op. cit., 28.

³ Dromard, Gabriel-René. « L'interprétation délirante. Essai de psychologie. » *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1910: 332-366. Cité par Brémaud, Nicolas. « Contribution à l'histoire du délire d'interprétation. » *L'information psychiatrique*, Septembre 2018: 766-776, 771.

contrôle au profit de Jade, ce qui suscite de profondes angoisses associées à la crainte d'une catastrophe imminente (« j'ai peur pour elle, pour moi »).

Cette évolution tragique atteint son paroxysme après la veine tentative de resynchronisation, à l'issue de laquelle Monsieur D. se réveille en ayant *perdu sa pensée*, ce qui précipite l'hospitalisation par le retentissement clinique que cela engendre (angoisses envahissantes, insomnie totale, incohérences comportementales, etc.)

La situation catastrophique de Monsieur D. se résume de la manière suivante : il ne se sent plus maître de lui-même (« elle contrôle mon corps »), est même devenu totalement inapte à maîtriser certaines fonctions corporelles (« je n'ai plus de pensée », « je ne peux plus pleurer ») et il semble même que son corps soit en train de se désagréger car certaines zones sont déjà totalement aspirées par la connexion et ne font plus partie de son être : « mon cerveau est resté bloqué dans cette femme », « *mon corps est comme une coquille vide* ».

Ce caractère *impotent*, *morcelé* et *aliéné* de sa personne traduit dans une perspective psychanalytique une régression à l'auto-érotisme du *stade oral primaire* (décrit par FREUD puis précisé par K. ABRAHAM¹) dans lequel les pulsions libidinales agissent sur un mode partiel, anobjectal et de manière indépendante².

L'étape d'unification des pulsions libidinales qui prendront le moi pour objet d'amour (stade du *narcissisme primaire*) est décrite par LACAN en 1949 sous le nom de « stade du miroir », dans lequel l'enfant, par le renvoi de son image spéculaire, acquiert les sentiments (fussent-ils illusoire) d'autonomie de sa personne et d'unité de son corps qu'il se croit en outre en mesure de diriger à sa guise. Cette étape essentielle dans le développement psychique traduit la formation du « je ».³

De cette régression aux modalités désunies et asynchrones du fonctionnement auto-érotique découlent alors des manifestations cliniques se caractérisant foncièrement par la *discordance* : l'observation de ce phénomène chez les malades souffrant de *démence précoce* amènera BLEULER à décrire une affection basée sur la *dissociation (spaltung)* des fonctions psychiques à laquelle il donnera le nom de *schizophrénie* (provenant des termes grecs *σχίζω (schizein) (scission)* et *φρήν (phrèn) (esprit)* ⁴), afin d'y ranger ces malades

¹ Abraham, Karl. «Les différences psycho-sexuelles entre l'hystérie et la démence précoce.» op. cit.

² Lacan, Jacques. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Paris: Éditions du Seuil, 1932 : 258.

³ Lacan, Jacques. « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique [1949] ». op. cit.

⁴ Bottéro, Alain. «Une histoire de la dissociation schizophrénique.» op. cit., 8.

caractérisés par un retour à l'auto-érotisme (BLEULER contractera « auto » et « érotisme » pour former « autisme »¹).

A la même époque, P. CHASLIN opère en France la même mutation de la *dementia praecox* de KRAEPELIN en créant le groupe des « folies discordantes ²», dans lequel il range les entités cliniques présentant « un symptôme général commun, la *discordance* ³».

Remarquons d'ailleurs que le parfum de la psychose dissociative se fait sentir dès lors que nous initions l'échange avec Monsieur D., car nous pouvons alors remarquer d'emblée les signes suivants : fixité du regard, hypomimie et monocordie de la voix, qui réalisent ainsi le trépied clinique du *contact dissociatif* (anomalies du *regard*, de la *mimique* et de la *voix*).

C'est le plus souvent ce *contact psychotique* qui suscite par les voies intuitives de l'âme humaine le ressenti suivant : « il y a quelque chose de *bizarre* chez lui, je le sens ».

En bref, Monsieur D. est en proie à une *lutte* avec la connexion, qui se traduit par une double crainte : crainte à l'idée que le signal (auquel il se raccroche désespérément) disparaisse, et crainte que la connexion ne le dépossède de son être, ne l'*ampute* d'une partie de son corps (ce qui est, à vrai dire, déjà en train d'arriver).

Dans une optique freudienne, cette lutte correspond notamment au combat entre le processus de détachement de la libido (le « refoulement » tel que ce concept est employé par FREUD pour la psychose de SCHREBER⁴) et celui qui tente de la ramener aux « personnes mêmes qu'elles avait délaissées⁵ ». La relation de Monsieur D. à Jade est comparable à cet égard à celle entre SCHREBER et son Dieu⁶.

Pour l'école organiciste, cette lutte prend un sens matériel et traduit l'état de division de la personnalité observé dans la *psychose hallucinatoire chronique*, « une sorte de dédoublement devenant très évident lorsque arrivent les idées de possession⁷ » nous dit SÉGLAS.

GATIAN de CLÉRAMBAULT, certainement inspiré par l'enseignement de son maître MAGNAN qui décrivait dans la période hallucinatoire du *délire chronique* un « dédoublement de la personnalité⁸ » se traduisant par un « dialogue entre le patient, représenté par le lobe

¹ Jung, Carl Gustav. *Correspondance I (1906-1909)*. op. cit.

² Chaslin, Philippe. *Éléments de sémiologie et clinique mentales*. Paris: Asselin et Houzeau, 1912 : 772.

³ *Ibid.*, 773.

⁴ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 320.

⁵ Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» op. cit., 315.

⁶ *Ibid.*, 321.

⁷ Séglas, Jules. *Des troubles du langage chez les aliénés*. op. cit., 142-143.

⁸ Magnan, Valentin. *Le délire chronique à évolution systématique*. op. cit., 35.

frontal, et l'interlocuteur, cantonné dans le centre auditif cortical ¹», rapporte dans l'évolution des délires hallucinatoires une confrontation entre la « personnalité prime » (restée saine) et la « personnalité seconde » (représentant les réseaux neuronaux envahis par le processus de « dérivation »), de telle sorte que « toute Psychose Hallucinoire est une sorte de Délire à Deux où les Psychismes sont unis dans un même cerveau ²».

6-Amélioration clinique et enkystement de l'automatisme mental (*persistance du signal télépathique*)

Malgré la nette amélioration symptomatologique faisant suite à l'instauration du traitement antipsychotique, deux faits cliniques s'imposent à nous avant que notre malade disparaisse des radars de la psychiatrie : d'une part, l'ensemble idéo-hallucinoire délirant persiste sous une forme restreinte ; d'autre part, le patient développe des signes déficitaires (apragmatisme, ralentissement psycho-moteur, avolition etc.).

En ce qui concerne les symptômes déficitaires, il est difficile de savoir dans quelle mesure ils relèvent de l'évolution naturelle de la psychose du patient ou d'effets imputables au traitement pharmacologique, d'autant plus que nous ne disposons que d'un faible recul à cause de l'interruption du suivi médical.

Quoi qu'il en soit, il est bien connu que les neuroleptiques, s'ils font preuve d'une réelle efficacité sur les hallucinations, peuvent précipiter les malades vers cet état de perte de l'élan vital, d'hébétude émotionnelle, d'appauvrissement généralisé des fonctions psychiques et de torpeur volitionnelle que les aliénistes appelaient la *démence vésanique*, que KRAEPELIN a mis en évidence sous l'appellation de *verblödung* et que GUIRAUD a décrit sous le nom d'*athymhormie*.

Nous constatons également que la diminution de la symptomatologie productive chez Monsieur D. se fait dans le sens d'un *enkystement du délire*, comme cela est décrit classiquement dans les cas de psychose hallucinoire chronique.

Notons que la dénomination clérambaldienne de « syndrome nucléaire » nous semble bien traduire le fait que la « connexion » se présente du début à la fin comme l'*épice* des manifestations délirantes et hallucinatoires.

¹ Magnan, Valentin. *Le délire chronique à évolution systématique*. op. cit., 35.

² Gatian de Clérambault, Gaëtan. « Psychoses à base d'automatisme (*suite*) (Second article) [1926]. » op. cit., 567.

Ajoutons enfin pour terminer notre analyse que l'automatisme mental de Monsieur D. revêt tout à fait le caractère *néoplasique* que GATIAN de CLÉRAMBAULT admettait à son syndrome : en effet, malgré l'hospitalisation et la chimiothérapie antipsychotique, la *connexion* persiste sous forme de centre germinatif néoplasique, susceptible d'une potentielle rechute métastatique dans le psychisme de cet homme.

CONCLUSION

Avant de nous essayer à une conclusion, il nous semble important de signaler l'aspect extrêmement partiel de notre étude, qui est notamment dû au fait que le sujet traité était très vaste et nécessitait donc une sélection, mais qui s'explique aussi par les limites que connaissent nos propres connaissances.

Pour cette raison notre travail ne peut aucunement prétendre à l'exhaustivité du vastissime et passionnant sujet des délires hallucinatoires.

Aussi prions-nous le lecteur de n'y voir que l'exposé de modestes et faillibles considérations, susceptibles toutefois d'apporter quelques maigres pistes de réflexion au clinicien qui souhaite améliorer sa *science* – à condition de prendre ce terme dans sa plus noble acception – de la psychose.

Nous avons donc débuté notre travail en exposant un cas clinique de *syndrome d'influence*, expression paradigmatique de l'entité nosographique si chère à l'école française de *psychose hallucinatoire chronique*.

Nous avons vu ensuite que l'automatisme mental, bien loin de se réduire à une entité syndromique, constitue un véritable modèle psychopathologique de la psychose hallucinatoire.

Les phénomènes cliniques mis en évidence par GATIAN de CLÉRAMBAULT ne sont dans ce modèle que la traduction clinique d'un processus mécanique relevant de la neurologie : la « dérivation ». L'écho de la pensée, qui traduit dans cette perspective une bifurcation du courant électrochimique cérébral, en est le phénomène le plus caractéristique.

La théorie clérambaldienne prétend en outre rendre compte de l'ensemble du développement de la psychose hallucinatoire, allant des discrets phénomènes de *petit automatisme* jusqu'aux hallucinations stéréotypées en passant par l'état de « division de la personnalité » : en ce sens, il s'agit donc d'un modèle *dynamique* de la psychose.

De surcroît, ce modèle ne s'applique pas exclusivement aux délires d'influence mais à toute psychose à teneur hallucinatoire ou dissociative, d'où la dichotomie nosographique de GATIAN de CLÉRAMBAULT distinguant les *psychoses à base d'automatisme* et les *psychoses passionnelles à base de postulat*.

Nous retenons cependant que cet aspect *dynamique* de la doctrine du maître de l'Infirmierie du Dépôt prend également son sens par les diverses modifications apportées par ce dernier tout au long de sa carrière à son « dogme » et à son « syndrome » dont il n'hésitera d'ailleurs pas à changer maintes fois l'appellation.

Nous nous sommes ensuite plongés dans une analyse historique qui nous a permis de nous rendre compte que la pensée de GATIAN de CLÉRAMBULT était profondément ancrée dans la tradition psychiatrique française, partageant avec elle de nombreuses affinités, d'ordre philosophique (*monisme matérialiste*), doctrinal (*organicisme mécaniciste*), nosologique (entité clinique définie par des *phénomènes élémentaires*), clinique (primat des caractères verbaux et moteurs des hallucinations), théorique (modèle psychopathologique d'une *scission de la personnalité*), épistémologique et didactique (théories étayées et transmises par l'intermédiaire de présentations de malades)...

Mais malgré toutes ces similitudes persiste dans l'œuvre et la vie de Gaëtan GATIAN de CLÉRAMBULT un caractère foncièrement *singulier*, qui si il s'exprime dans l'excentricité de son personnage pris de passion pour l'étude du drapé et par l'extrémisme de sa théorie atomiste, se traduit également par des descriptions cliniques d'une étonnante richesse et qui nous permettent de parler incontestablement de *génie clinique*.

C'est la transmission de ce *génie* que nous avons pointée du doigt dans la quatrième partie de notre travail lorsque, après avoir mis en évidence les analogies entre les conceptions bleulériennes et post-kraepeliniennes (ou plutôt pseudo-kraepeliniennes, oserions-nous dire) de la schizophrénie et les psychoses à base d'automatisme, nous avons évoqué les théories – certes à l'opposé du mécanisme clérambaldien – des deux piliers de la psychiatrie française du XXème siècle, qui sont aussi deux élèves de Gaëtan GATIAN de CLÉRAMBULT : Henri EY et Jacques LACAN.

Laissons à ce dernier le mot de la fin :

« En un mot, dans l'ordre des psychoses Clérambault reste absolument indispensable¹ ».

¹ Lacan, Jacques. *Le séminaire III. Les psychoses [1955-1956]*, op. cit., 14.

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, Karl. «Les différences psycho-sexuelles entre l'hystérie et la démence précoce.» Dans *Oeuvres complètes, I : 1907-1914*, de Karl Abraham. Paris: Payot, 2000.
- American Psychiatric Association. *DSM-5®. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème édition.* (éd. française). Paris: Elsevier Masson, 2015.
- . *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé.* Paris: Elsevier Masson, 2004.
- Anciens maires de Tours.* s.d. <https://www.annuaire-mairie.fr/ancien-maire-tours.html> (accès le 5 Juillet, 2022).
- Baillarger, Jules. *De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations.* Paris: J.B Baillière, 1846.
- Ballet, Gilbert / Mallet, Raymond. «Hallucinations et dissociation de la personnalité.» *L'encéphale*, deuxième semestre 1913: 1-5.
- Ballet, Gilbert. «La psychose hallucinatoire chronique.» *L'encéphale*, 1911: 401-411.
- . *Traité de pathologie mentale.* 1903.
- Bleuler, Eugen. «Die Prognose der Dementia Praecox-Schizophreniegruppe.» *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 1908: 436-464.
- . *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien.* Leipzig und Wien: Franz Deuticke., 1911.
- Bottéro, Alain. «Une histoire de la dissociation schizophrénique.» *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*, 1999: 7-14.
- Brémaud, Nicolas. «Contribution à l'histoire du délire d'interprétation.» *L'information psychiatrique*, Septembre 2018: 766-776.
- Camps, François-David. «L'Hébéphrénie : nouvelles approches psychanalytiques et projectives.» *L'Évolution Psychiatrique*, Octobre-Décembre 2017: 791-803.
- Chaslin, Philippe. *Éléments de sémiologie et clinique mentales.* Paris: Asselin et Houzeau, 1912.
- Claude, Henri / Ey, Henri. «Évolution des idées sur l'hallucination. Position actuelle du problème.» *L'Encéphale*, mai 1932: 361-377.
- Claude, Henri. «Mécanisme des hallucinations. Syndrome d'action extérieure.» *L'Encéphale*, 1930: 345-359.

- Conseil d'État. «Avis 367355 du Conseil d'État - Demande d'avis sur la situation juridique de l'immeuble domanial sis 3, rue de Cabanis à Paris.» 2002.
- Cozic, Jean-Yves. *Les hallucinations verbales. Approche historique, épistémologique et clinique*. Thèse soutenue le 13 juin 1985 à Brest. Université de Bretagne Occidentale. Faculté de médecine de Brest, 1985.
- Dagonet, Henri. *Nouveau traité des maladies mentales*. Paris: J-B. Baillière, 1876.
- Dewambrechies-La Sagna, C. «Clérambault, une anatomie des passions.» *La Cause freudienne*, 2010: 222-242.
- Dromard, Gabriel-René. « L'interprétation délirante. Essai de psychologie.» *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1910: 332-366.
- Dupré, Ernest / Logre, Benjamin. «le délire d'imagination.» *L'Encéphale*, mars 1911.
- Dupré, Ernest. *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*. Paris: Payot, 1925.
- Esquirol, Etienne. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Vol. I. II vols. Paris: J-B. Baillière, 1838.
- . *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Vol. I. II vols. Paris: J-B. Baillière, 1838. Rééd. Editions Privat, 1998.
- . *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Vol. II. II vols. Paris: J-B. Baillière, 1838. Rééd. Editions Privat, 1998.
- Ey, Henri / Bernard, Paul / Brisset, Charles. *Manuel de psychiatrie (6ème édition)*. Paris: Masson, 2010.
- Ey, Henri. «Etude n5 - Une théorie mécaniciste: la doctrine de G. de Clérambault.» Dans *Etudes psychiatriques*, 89. Paris: Desclée, de Brouwer et Cie, 1954.
- Ey, Henri. «Les Délires chroniques [1953. revu et corrigé en 1967].» Dans *Leçons du mercredi sur les délires chroniques et les psychoses paranoïaques*, de Henri Ey, 58-62. Perpignan: CREHEY, 2010.
- Ey, Henry. *Traité des hallucinations*. Paris: Masson, 1973.
- Falret, Jean-Pierre. «De la non-existence de la monomanie.» *Archives générales de médecine*, 1854: 148-164.
- Freud, Sigmund / Breuer, Josef. *Studien über Hysterie*. Leipzig, Vienne: Deuticke, 1895.
- Freud, Sigmund. «Du mécanisme paranoïaque.» Dans *Névrose et psychose*, de Sigmund Freud, 62-93. Paris: Payot, 1974.
- Freud, Sigmund. «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de Paranoïa [1911]. (Dementia paranoïdes). (Le Président Schreber).» Dans *Cinq psychanalyses*, de Sigmund Freud, 263-324. Paris: Presses Unviersitaire de France, 1954.

- G. DE CLERAMBAULT, interne des Asiles d'aliénés de la Seine, ancien externe des Hôpitaux, licencié en droit. *Contribution à l'étude de l'othématome (pathogénie, anatomie pathologique et traitement)*. Faculté de Paris: Vigot frères, édit, 1899.
- Gaetan (Henri Alfred Edouard Léon Marie) GATIAN de CLÉRAMBAULT. s.d.
<https://archive.wikiwix.com/cache/index2.php?url=http%3A%2F%2Fpsychiatrie.histoire.free.fr%2Fpers%2Fbio%2Fcleram.htm#federation=archive.wikiwix.com> (accès le 5 Juillet, 2022).
- Garrabé, Jean. «Psychoses à base d'automatisme.» *Journal français de psychiatrie* 45, n° 1 (2017): 26-29.
- Gatian de Clérambault, Gaëtan / Guiard. «Contribution à l'étude de la folie communiquée et simultanée. (Travail du Service de M. P. Garnier).» *Archives de Neurologie*, octobre 1902: 289.
- Gatian de Clérambault, Gaëtan. «Passion érotique des étoffes chez la femme.» *Archives d'Anthropologie Criminelle*, Juin 1908.
- . «Passion érotique des étoffes chez la femme.» *Archives d'Anthropologie Criminelle*, Août 1910.
- . *Oeuvre psychiatrique*. Paris: Presses Universitaires de France, 1942.
- . *Souvenir d'un médecin opéré de la cataracte. (Publication posthume)*. Paris: Editions Hippocrate, 1935.
- Guiraud, Paul. «Les délires chroniques.» *L'Encéphale*, 1925: 663-673.
- Hautsngen, Thierry / Sinzelle, Jérôme. «Emil Kraepelin (1856-1926) - 2. Le Traité.» *Annales Médico-Psychologiques*, 2010.
- Hautsngen, Thierry. «Introduction à "Texte 6. Les hallucinations".» Dans *24 textes fondateurs de la psychiatrie. Introduits et commentés par la Société Médico-Psychologique*, de Marc Masson, 90. Armand Colin, 2013.
- Hesnard, Angelo. « Les théories psychologiques et métapsychiatriques de la démence précoce.» *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1914: 37-70.
- Janet, Pierre. *L'automatisme psychologique*. Paris: Librairie Félix Alcan, 1899.
- Jung, Carl Gustav. *Correspondance I (1906-1909)*. Paris: Gallimard, 1975.
- . *Über die Psychologie der Dementia Praecox*. 1907.
- Kraepelin, Emil. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. (4e auflage)*. Leipzig: Abel, 1893.
- . *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. (5e auflage)*. Leipzig: JA. Barth, 1896.
- . *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. (6e auflage)*. Leipzig: JA. Barth, 1899.
- . *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. (8e Auflage). Bd. I-IV*. Leipzig: JA Barth, 1909-1915.

- Lacan, Jacques. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Paris: Éditions du Seuil, 1932.
- . *Écrits*. Paris: Seuil, 1966.
- . *Le séminaire III. Les psychoses [1955-1956]*. Paris: Éditions du Seuil, 1981.
- Lantéri-Laura, Georges / Daumezon, Georges. «La signification sémiologique de l'automatisme mental de Clérambault.» *Journal français de psychiatrie* 45 (2017): 11-25.
- Lasègue, Charles. «Du délire de persécutions.» Dans *Archives générales de médecine*, 129-150. Paris, 1852.
- «Le docteur Clérambault médecin chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt s'est donné la mort.» *Le Figaro*, novembre 1934.
- Magnan, Valentin / Charcot, Jean-Martin. «De l'onomatomanie.» *Archives de neurologie*, 1885.
- Magnan, Valentin / Legrain, Paul. *Les dégénérés : (état mental et syndromes épisodiques)*. Paris: Rueff, 1895.
- Magnan, Valentin / Sérieux, Paul. «Le Délire Chronique à Evolution Systématique.» Dans *Encyclopédie Scientifique des aide-mémoire*. Paris: George Masson; Gauthier-Villars et Fils., s.d.
- Magnan, Valentin. *Le délire chronique à évolution systématique*. E. Lecrosnier et Babé, 1890. Rééd. L'Harmattan, 1998.
- Le Cri de la soie*. Réalisé par Yvon Marciano. Produit par Compagnie Méditerranéenne de Cinéma (CMC), Ingrid Productions, La Sept Cinéma, Les Films du Scarabée, Mimosa Productions, Radio Télévision Suisse Romande (RTSR), T&C Films. 1996.
- Martin, Laure. «Infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris : un lieu unique en France.» 2 mars 2020. <https://www.actusoins.com/325271/infirmerie-psychiatrique-de-la-prefecture-de-police-de-paris-un-lieu-unique-en-france.html> (accès le 5 Juillet, 2022).
- Masson, Marc. «Texte 12. L'automatisme mental.» Dans *24 textes fondateurs de la psychiatrie. Introduits et commentés par la Société Médico-Psychologique*, 183-203. Paris: Armand Colin, 2013.
- Minkowski, Eugeniusz. «Etude psychologique et analyse phénoménologique d'un cas de mélancolie schizophrénique.» *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1923: 543-558.
- Morel, Bénédic-Augustin. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles ou morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*. Paris: J.-B Baillière, 1857.

- Organisation Mondiale de la Santé. *CIM-10/ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. 10ème édition.* Paris: Masson, 1993. Mise à jour 01–01–2007.
- Petit, Georges. *Essai sur une variété de pseudo-hallucinations, les autoreprésentations aperceptives.* Bordeaux, 1913.
- Pinel, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie.* Paris: Richard, Caille et Ravier, An IX [1800].
- . *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Seconde édition.* Paris: J. Ant. Brosson, 1809.
- Ploumarc'h, Christian. «Gaëtan Gatian de Clérambault. Des délires passionnels à l'automatisme mental, une clinique possible des psychoses.» Dans *L'Abord des psychoses après Lacan 1958-1993*, 51-71. Paris: Point hors-ligne, 1994.
- Postel, Jacques. *Dictionnaire de Psychiatrie et de psychopathologie clinique* . Larousse-Bordas, 1998.
- Prieur, Cécile. «L'infirmier sans garde-fous de la préfecture de police de Paris.» 28 Décembre 2006. https://www.lemonde.fr/societe/article/2006/12/28/l-infirmier-sans-garde-fous-de-la-prefecture-de-police-de-paris_850049_3224.html (accès le 5 Juillet, 2022).
- Pull, C.B. / Pull, M.C. / Pichot, P. Dans *La psychose hallucinatoire chronique*, de Henri Grivois, 71. Paris: Masson, 1989.
- Renard, Elizabeth. *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault - sa vie et son oeuvre (1872-1934).* Paris: Les empêcheurs de tourner en rond, 1992.
- Roudinesco, Elisabeth / Plon, Michel. *Dictionnaire de la psychanalyse.* Paris: La Pochotèque, 2017.
- Schneider, Kurt. *Psychopathologie clinique.* Louvain: Nauwelaerts, 1950.
- Schreber, Daniel Paul. *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken.* Leipzig: Oswald Mutze, 1903.
- . *Mémoires d'un névropathe.* Paris: Editions du Seuil, 1975.
- Séglas, Jules. *Des troubles du langage chez les aliénés.* Paris: J. Rueff et Cie, 1892.
- Sérieux, Paul / Capgras, Jules. *Les Folies raisonnantes.* Paris: Alcan, 1909.
- Shepherd, Michael / Cutting, John. *The clinical roots of the schizophrenia concept.* Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- Trenel, M. «La démence précoce ou schizophrénie d'après la conception de Bleuler.» *Revue neurologique*, 1912: 372-383.
- Trichet, Yohan. «Chapitre III. La psychiatrie moderne.» Dans *L'entrée dans la psychose - Approches psychopathologiques, clinique et (auto-) traitements*, de Yohan Trichet, 51-59. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2011.

ROUX (Thibault) – L'automatisme mental de G. GATIAN de CLÉRAMBAULT :

exposé d'un cas clinique et considérations historiques, cliniques, doctrinales et nosographiques du syndrome - 138 f. , ill ., tabl., schémas.

Th. : Méd. : Brest 2022

RESUME : Dans ce travail, l'auteur cherche à dégager les aspects cliniques et doctrinaux de l'automatisme mental en se basant sur les écrits de son théoricien Gaëtan GATIAN de CLÉRAMBAULT.

Il s'applique ensuite à en rechercher les racines dans la tradition psychiatrique française avant d'en étudier la postérité.

Ses considérations sont illustrées par un cas clinique présenté au début de son étude et qui sera enrichi de commentaires tout à la fin.

MOTS CLES :

AUTOMATISME MENTAL

GATIAN DE CLERAMBAULT

PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE

DISSOCIATION

SCHIZOPHRENIE

PARANOIA

HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

JURY :

Président : M. WALTER

Membres : M. BRONSARD

M. COZIC

DATE DE SOUTENANCE :

19 octobre 2022