

Les paraphrénies : nosographie

F. Hulak

La notion de paraphrénie apparaît dans le vocabulaire médical en 1863 sous la plume de Kahlbaum avant d'être, en 1912, explicitée et décrite par Kraepelin, qui en fait une forme intermédiaire des délires chroniques. Contestée par l'École de H. Claude, la notion reprise et affinée est particulièrement développée dans les travaux de Ey et de Nodet. Elle fait l'objet de nombreux écrits en Allemagne et en France, et c'est en fait l'une des dernières grandes inventions de la psychiatrie classique. La paraphrénie rappelle la démence précoce mais s'en différencie par le développement plus limité des troubles et l'apparente adaptation du sujet à la réalité. La classification des maladies mentales faite par l'INSERM retient cette notion de paraphrénie, qui sera pourtant progressivement oubliée avant de disparaître avec le DSM IV. En 1996, J.-C. Maleval réhabilite la notion de paraphrénie en proposant une échelle des délires inspirée par les travaux de Lacan. Il s'appuie en particulier sur les travaux de Régis et de Clérambault. Il souligne la rupture entre les approches psychiatrique et psychanalytique du délire mais pense que de leur rapprochement surgit une logique nouvelle. Le concept de paraphrénie n'apparaît plus comme une forme intermédiaire mais vient se placer au terme d'une logique évolutive du délire chronique.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Paraphrénie ; Psychose ; Délire ; Hallucination ; Imagination ; Fantastique ; Confabulation

Plan

■ Introduction	1
■ La paraphrénie, un concept intermédiaire	2
■ Kraepelin, l'invention de la paraphrénie	2
Invention d'un concept	2
Quatre formes de paraphrénie	3
■ La réception et la diffusion du concept de paraphrénie	4
En Allemagne et dans les pays de langue germanique	4
En France	4
■ Charles-Henri Nodet, la structure paraphrénique	5
■ Henri Ey, la diplopie du moi	8
■ Jean-Claude Maleval, la paraphrénisation ou l'autothérapie du délire	10
■ Synthèse de l'évolution nosographique	10
Conclusion	12
■ Éléments de sémiologie et nosographie	12
Pensée paralogique	12
Mégalomanie	13
Fabulation	13
Intégrité paradoxale de l'unité de la synthèse psychique	13
■ Évolution	13
■ Diagnostic différentiel	13
■ Traitement	14

■ Introduction

Le concept de paraphrénie a pratiquement disparu des classifications officielles pour être quasiment relégué au chapitre

de l'histoire de la psychiatrie. On peut se demander s'il est encore possible d'observer cette très riche et déjà rare clinique à l'heure de la généralisation des traitements neuroleptiques et des thérapies les plus diverses.

Il semble que le terme de paraphrénie soit apparu pour la première fois sous la plume de Kahlbaum en 1863 [1], mais c'est Kraepelin qui en fait la description en 1912 [2]. Toutefois, ce concept n'a cessé d'être décrit sous des acceptions diverses (paranoïa hallucinatoire de Séglas [3], délire d'imagination de Dupré [4], psychose hallucinatoire chronique de Ballet [5], psychose fantastique de Ey [6], etc.) pour venir s'intercaler entre les deux entités que sont la schizophrénie et la paranoïa. Il en résulte que les paraphrénies sont parfois intégrées à l'un ou l'autre groupe, mais il arrive qu'elles soient bien individualisées en tant que groupement autonome et elles sont alors le symbole de formes de passage, de continuum, entre les deux entités.

La paraphrénie est aussi le nom que propose Freud pour la démence précoce, que Bleuler [7] dénomme d'ailleurs schizophrénie. Elle est à l'époque au cœur d'importants débats et d'enjeux théoriques sur la psychose. C'est en 1911 [8] que Freud porte le diagnostic de paraphrénie sur Schreber lors de sa phase d'agitation hallucinatoire.

C'est à propos de ce cas exceptionnel, qui aboutit à une construction délirante achevée, autour d'une érotomanie divine, que Freud forge l'hypothèse du délire comme tentative de guérison, quand « le paranoïaque rebâtit l'univers, non pas à la vérité plus splendide, mais du moins tel qu'il puisse de nouveau y vivre », et qu'il « le rebâtit au moyen de son travail délirant. Ce que nous prenons pour une production morbide, la formation du délire, est en réalité une tentative de guérison, une reconstruction. Le succès, après la catastrophe, est plus ou moins grand, il n'est jamais total ; pour parler comme Schreber, l'univers a subi "une profonde modification interne" » [8].

Le concept de paraphrénie est ici utilisé pour établir une relation entre cette phase délirante, qui aurait pu faire partie d'un diagnostic de démence précoce (schizophrénie) et la paranoïa.

■ La paraphrénie, un concept intermédiaire

Un rapide tour d'horizon de la psychiatrie européenne est nécessaire pour situer l'origine de ce concept de paraphrénie utilisé pendant plus d'un siècle de psychiatrie. Les aliénistes français et allemands, héritiers de la démarche anatomoclinique de Bayle [9, 10], avaient pour projet d'individualiser de nouvelles entités cliniques. Kahlbaum [1] et Kraepelin suivent donc cette voie en Allemagne où le second élabore les définitions princeps de la paranoïa (1899) [11], puis celle de la démence précoce qui vont toutes deux avoir une très grande influence, jusqu'à nos jours, sur la constitution de la sémiologie psychiatrique.

En France, Magnan [12, 13] étaye sa conception dichotomique du délire chronique par une théorie étiopathogénique reposant sur l'idée de dégénérescence.

Toutefois, une bipartition bien tranchée des délires chroniques s'impose aussi bien à Magnan (délire chronique à évolution systématique ou délire polymorphe des dégénérés) qu'à Kraepelin (démence précoce ou paranoïa). Au début du ^{xx} siècle, d'autres cliniciens vont cependant nuancer ce tableau et décrire des formes délirantes intermédiaires. L'École française va ainsi mettre en évidence les « délires systématisés chroniques » : délire d'imagination de E. Dupré et J. Logre (1910) [14], psychose hallucinatoire chronique de G. Ballet (1911) [5], etc.

Probablement influencé par les critiques des auteurs français, Kraepelin, vers 1912 [2], va d'ailleurs à son tour identifier des formes intermédiaires qu'il qualifie de paraphrénies, et dont il décrit quatre variétés : systématique, confabulante, expansive et fantastique.

Les autres auteurs de langue allemande seront peu enclins à faire ces mêmes concessions à l'École française et à suivre Kraepelin. E. Bleuler (1911) [7] fait connaître et impose son concept nouveau de schizophrénie, qui n'est plus une entité anatomoclinique à part entière mais un cadre pour un groupe de syndromes dont l'unité repose sur l'existence, postulée, d'un processus générateur commun dû au relâchement des associations.

Si les paraphrénies ne connaissent que peu ou pas de développement en Allemagne, en France la situation est plus complexe. La classification de Magnan, peu claire, sera oubliée au profit de conceptions qui englobent à la fois la démence précoce de Kraepelin sous ses trois formes, hétérophrénique, catatonique et paranoïde, et les délires systématisés chroniques. G. Denys, P. Sérieux et J. Capgras seront les représentants les plus marquants des conceptions françaises [15].

Les classifications française et allemande se rejoignent pourtant, car la démence précoce leur est commune et la paranoïa de Kraepelin est également reconnue dans le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras (1909) [16]. Pour les formes intermédiaires cependant, délire d'imagination, psychose hallucinatoire chronique, paraphrénies, les correspondances seront plus difficiles à établir. L'École de Strasbourg (C. Pfersdorff [17], E. Gelma [18], B. Frey [19]), de par son enracinement au point de rencontre des deux courants de la psychiatrie, va plus particulièrement se pencher sur ce problème de correspondances entre nosographies.

Entre les deux guerres, l'École de H. Claude [20] critique les conceptions concernant les délires chroniques et les paraphrénies. Elle distingue psychoses paranoïdes et psychoses paranoïques, en leur donnant une acception nouvelle, et reprend la notion intermédiaire de paraphrénie.

H. Ey [21, 22] voudra, lui, clarifier la langue psychiatrique, tout en continuant de situer l'ensemble de la psychopathologie des troubles mentaux dans une perspective organodynamiste dérivée des conceptions de Jackson. Il s'intéresse tout particulièrement aux paraphrénies et ses articles, tout comme son

Traité des hallucinations [6], seront les dernières grandes descriptions cliniques consacrées à ce concept de paraphrénie. Il inspirera à Nodet une thèse (1937) [23] qui vise justement à démanteler le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques au profit de la paraphrénie.

Après bien des hésitations, au Congrès mondial de psychiatrie en 1950, la classification des maladies mentales de l'INSERM [24] introduit le diagnostic de paraphrénie. Il regroupe dans une même catégorie paraphrénies fantastiques, paraphrénies confabulantes et délires d'imagination. Depuis lors, le diagnostic a été progressivement oublié des classifications internationales : si la paraphrénie est encore un peu présente dans la CIM-10 [25], elle disparaît complètement du DSM IV [26, 27].

Ainsi, dans la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10, publiée en 1992) par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « à la rubrique schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-F29), note J. Desmarquet, on retrouve un sous-groupe de troubles appelé troubles délirants persistants (F22). Les descriptions cliniques et les directives pour le diagnostic sont centrées sur l'énumération des caractéristiques des idées délirantes persistantes qui surviennent dans ce type de trouble. Le praticien dispose dans ce cas d'une sémiologie présentée "en vrac" et qui est commune aux délires d'interprétation, aux délires passionnels et de revendication, à la paraphrénie tardive et au délire de relation des sensitifs. Il n'est pas mentionné la possibilité d'y rattacher la psychose hallucinatoire chronique (PHC), la prépondérance des mécanismes hallucinatoires semblant exclure cette entité du cadre des troubles délirants persistants, ainsi que l'entend la CIM-10. De même, la PHC ne semble pas pouvoir être rattachée au cadre de la schizophrénie (au sens de la CIM-10). Alors que dans le DSM-IV on ne retrouve pas la présence explicite de la psychose hallucinatoire chronique et de la paraphrénie. « Si l'on veut cependant tenter de rattacher ces deux entités au cadre du DSM-IV, il faut alors les considérer, soit comme une forme de schizophrénie paranoïde, soit comme une forme de "psychose atypique" caractérisée par des hallucinations persistantes isolées. (...) Seule l'individualisation des troubles délirants paranoïaques est acceptée par les Anglo-Saxons, et ce groupe de psychoses chroniques est regroupé, dans le DSM-IV, sous le terme de *Delusional (paranoid) disorders* » [28].

Ce premier grand tour d'horizon a permis de constater, avec P. Bercherie [29], que « l'introduction de la notion de paraphrénie en 1912-1913, représente dans l'histoire de la psychiatrie clinique un événement extrêmement significatif », et qu'il s'agit d'une des dernières manifestations d'un phénomène capital dans l'évolution des conceptions cliniques et nosologiques de la deuxième moitié du ^{xix} et des premières années du ^{xx} siècle, celui du dialogue et de l'échange de concepts entre les deux grandes écoles française et allemande à l'origine de la clinique psychiatrique. Cela dit, dans la classification française, le concept de paraphrénie va très rapidement entrer en concurrence avec celui de psychose hallucinatoire chronique.

■ Kraepelin, l'invention de la paraphrénie

Invention d'un concept

Dans l'une des premières éditions de son *Traité de psychiatrie* [30], résultant de ses recherches sur les formes cliniques des maladies mentales, Kraepelin ne distingue pas l'existence des paraphrénies, et c'est seulement après avoir longuement hésité qu'il finira par décrire un groupe se situant entre la démence précoce et la paranoïa. Son opinion sur la question connaît cependant bien des vicissitudes. Ce n'est que dans l'édition de 1912 que les paraphrénies sont étudiées sous le terme général de « *paranoïde Verblödung* » que Nayrac [31] traduit dans sa thèse par « para-démence paranoïde ».

Lors du Congrès des Aliénistes de Bavière de 1912 [32], qui prélude à la publication de la volumineuse 8^e édition de son *Traité*, Kraepelin modifie sa classification des délires chroniques en introduisant le terme nouveau de paraphrénie, qu'il intercale

entre paranoïa et schizophrénie. Prudent, il fait cependant part des difficultés rencontrées au cours de son étude, de ses hésitations, et prend soin d'indiquer que ce nouveau groupe n'a qu'une valeur relative, et que son existence n'est peut-être que provisoire : « le regroupement de ces affections paranoïdes, ainsi que leurs délimitations d'avec d'autres états similaires, [présentant] les plus grandes difficultés » [32]. Il souligne la nécessité d'avoir recours à l'expérience pour confirmer que la paraphrénie mérite bien sa place ou reconnaître qu'elle n'est composée que de cas disparates.

Les cas de paraphrénie rappellent « par certaines manifestations la démence précoce, (...) s'en différenciant par un développement beaucoup plus limité des troubles de l'affectivité et de la volonté, avec perturbation beaucoup moins importante de la structure interne de la vie psychique ou dissociation limitée à certains troubles du jugement. Toutes les variétés cliniques ne sont pas toujours facilement séparables entre elles mais ont en commun la prédominance marquée des constructions délirantes et la coloration paranoïde du tableau pathologique. On y trouve également des modifications de l'humeur, mais jusqu'à la période terminale de l'évolution il manque cette obtusion et cette indifférence qui constituent souvent les premiers signes de la démence précoce. Enfin le comportement est également perturbé mais essentiellement sous l'influence des troubles de la pensée et de l'humeur. Quant aux troubles autonomes de la volonté, indépendants des facteurs précédents, comme on en rencontre au cours de la démence précoce, ils ne s'observent ici que de façon occasionnelle » [32].

Cette classe des paraphrénies est donc proposée par Kraepelin à titre provisoire : sa définition est moins claire que celle qu'il avait su donner de la paranoïa et sa délimitation est problématique. Elle est très discutée, car elle ne concerne qu'un faible nombre de cas. Dès le début de son travail, Kraepelin fait référence à Magnan en soulignant que « la paraphrénie systématique se caractérise par le développement extrêmement insidieux d'un délire de persécution, dont l'évolution est continue » et « auquel s'ajoutent par la suite des idées de grandeur, sans désintégration de la personnalité... ». C'est ce que Magnan [12] décrit sous le nom de « délire chronique à évolution systématique », mais Kraepelin à sa différence ne retrouve pas une dernière phase de démence.

Dans la paraphrénie, les thèmes délirants sont bien souvent combinés comme dans le délire chronique de Magnan, que Kraepelin ne considère pas comme une entité en tant que telle car il pense que le délire chronique vrai est rare et qu'« un certain nombre de cas ressemblant à cette psychose doivent rentrer dans le cadre de la démence précoce (symptômes psychologiques schizophréniques) ». Mais, tout comme Magnan, il admet dans leur succession inéluçable quatre phases du délire.

Kraepelin se refuse à classer dans les paraphrénies, du fait de la présence de certains signes, comme le maniérisme, de nombreux cas qu'il considère comme démence précoce et à côté desquels il décrit donc des paraphrénies systématiques, des paraphrénies expansives, confabulantes, fantastiques. « Dans la paraphrénie, il y a développement d'un processus, dans la paranoïa, au contraire, développement d'une personnalité morbide. » Si Kraepelin donne une définition très claire de la paranoïa, la polémique soulevée par Séglas [33] avec la paranoïa hallucinatoire continuera de poser problème. C'est toujours la question des limites qui fera évoluer, voire éclater la nosographie.

Quatre formes de paraphrénie

Paraphrénie systématique

Elle serait liée à un développement plutôt lent, insidieux et progressif d'un délire de persécution, sans rémission ni fluctuation, avec des idées mégalomaniaques, sans signes de désagrégation psychique. Dans une première phase, pendant laquelle domine l'inquiétude, la méfiance, le sujet se sent entouré d'une atmosphère hostile. Il fait de nombreuses interprétations

péjoratives avant que ne surviennent hallucinations auditives et psychiques (« voix mentales »), inspirations, commentaire des actes, vol et écho de la pensée, alors que le délire se systématisé.

La paraphrénie systématique peut être accompagnée par d'autres phénomènes psychosensoriels, hallucinations visuelles ou hallucinations cénesthésiques et, confronté à ces troubles, le malade évoque alors l'action du magnétisme, de l'hypnotisme ou de la suggestion avant que n'apparaissent idées de grandeur et de richesse, thèmes mystiques ou érotomaniaques. Malgré ces symptômes massifs, les capacités intellectuelles sont conservées presque intégralement et longtemps, les capacités pragmatiques restant également bonnes malgré l'apparition de faux souvenirs qui se font jour dans une apparente bonne mémoire en même temps que se développent des moyens de défense.

Dans la dernière phase de la maladie, le syndrome est plus nettement constitué par des idées délirantes fixées et des phénomènes psychosensoriels sans notable participation de l'affectivité et de la volonté. Au terme d'une longue évolution la maladie n'aboutit cependant pas à une dislocation véritable (*Wirkliche Zerfall*).

La paraphrénie est une affection de l'âge mûr qui « pourrait faire penser à l'existence de modes réactionnels pleinement constitués de la personnalité qui se défendrait mieux qu'à un âge moins avancé. Les caractéristiques du syndrome (dépendent) alors davantage des réactions du sujet que des qualités propres du processus morbide lui-même », notent en 1958 V.-J. Durand, G. Ledoux et Y. Benoist [34], qui soulignent qu'il est souvent difficile de différencier la démence paranoïde et la paraphrénie systématique.

La description clinique de la paraphrénie systématique de Kraepelin est très proche du délire chronique à évolution systématique de Magnan, car elle n'admet pas la phase dite de démence. Contrairement à Magnan, Kraepelin insiste cependant sur le fait que l'adaptation à la réalité est longtemps conservée et la perception jamais perturbée, car en dehors des interprétations causées par le délire, les malades perçoivent clairement leur environnement et leur situation : « beaucoup de patients peuvent continuer à vivre des années dans leur cadre habituel, sans troubles particulièrement graves, mais en même temps, tout leur comportement montre très vite le changement morbide profond qui s'est opéré en eux » [34]. Leur capacité de travail peut être conservée pendant longtemps de manière satisfaisante, mais au cours du temps et à cause de leur comportement extravagant ou dangereux, ils sont placés dans un asile, une privation de liberté qui apporte d'ailleurs un regain de force à leur délire.

Paraphrénie expansive

Cette paraphrénie, plus rare que la paraphrénie systématique, se caractérise par une légère excitation intellectuelle (loquacité, hyperthymie...), et ne s'observe que chez les femmes. Elle s'accompagne d'un délire de grandeur, riche, foisonnant, avec accessoirement la présence d'idées de persécution et de troubles sensoriels, qui se portent essentiellement sur la vue. Elle est également la cause d'une exaltation de l'humeur, d'une irritabilité et d'une subexcitation psychique. Si parfois son début est progressif, il peut aussi être rapide et subaigu, avec des épisodes d'anxiété et de dépression. Les thèmes érotiques prédominent avec leurs pendants, les thèmes religieux et mystiques associés à des bouffées oniriques. Le malade est plus ou moins convaincu de ces phénomènes, qu'il peut tout aussi bien considérer comme de pures fantaisies. Les idées de persécution peuvent se développer et les manifestations psychosensorielles s'étendre alors que les capacités intellectuelles demeurent intactes, le tout faisant contraste avec de fréquentes paramnésies et de fausses reconnaissances. Le langage des sujets atteints par ce type de paraphrénie est souvent obscur et leur humeur changeante. Le début des troubles se situe le plus souvent entre 30 et 50 ans, leur évolution est lente, et les idées délirantes fixées. Le diagnostic se différencie de celui de la démence paranoïde par la longue évolution et la prédominance des hallucinations visuelles et des paramnésies.

Longtemps, Kraepelin a considéré ces malades comme des maniaques, mais leur manie était particulière, évoluant sur une période de douze à dix-huit ans, et se terminant par un léger affaiblissement psychique correspondant à la *Manischer Wahnsinn*, mais sans rapport avec une démence vraie.

Paraphrénie confabulante

Caractérisée par l'incohérence du délire et l'abondance de faux souvenirs, par des récits d'événements étranges et des idées enrichies de souvenirs délirants, elle est assez rare, et les troubles intellectuels qui en découlent modérés. Son évolution est progressive, graduelle, et les constructions délirantes peuvent parfois s'atténuer, « pâlir », quand le malade ne veut plus en parler, alors qu'à d'autres moments, au contraire, elles vont prendre un caractère de plus en plus étrange et insensé. Cette forme rare, observée par Kraepelin sur une douzaine de cas, concerne aussi bien les deux sexes, et débute généralement à un âge se situant entre 20 et 30 ans. L'absence d'hallucinations la rapproche de la paranoïa, mais elle aurait aussi des points communs avec la forme expansive, comme par exemple une légère surexcitation ou une hyperthymie. Dans ce cas comme dans l'autre, la psychose n'aboutirait pas davantage à la démence. Cette paraphrénie fabulatrice rappelle d'ailleurs certains des états psychopathiques isolés par Dupré et Logre sous le nom de délire d'imagination (Dupré et Logre, 1911) [4, 14].

Paraphrénie fantastique

Elle correspond quant à elle, par l'ensemble de ses caractéristiques, à la démence paranoïde décrite par Kraepelin dans les premières éditions de son *Traité* [30, 32], quand le délire est riche, extrêmement varié, les représentations délirantes, multiples, changeantes et mobiles. L'affection, dans un premier stade, est caractérisée par des signes d'inquiétude avec interprétations péjoratives. Le malade est d'humeur plutôt triste et, peu à peu apparaissent idées de persécution, impressions de moqueries et de tracasseries. Les hallucinations auditives avec vol et écho de la pensée, énonciation et commentaire des actes, interviennent plus tardivement. Au final, le sujet a l'impression d'être appelé, critiqué, insulté et on va jusqu'à lui téléphoner quand ce n'est pas lui-même qui téléphone à Dieu ! Des manifestations psychosensorielles apparaissent alors rapidement, nombreuses et très actives, « les malades se plaignent d'avoir les intestins, l'estomac, arrachés, déchirés, les vertèbres rompues, la tête broyée. D'autres êtres, des animaux, ont pénétré dans leur corps » et « parfois apparaissent des idées de grossesses multiples. Les thèmes de grandeur et de persécution s'amplifient à l'infini, par le jeu sans mesure d'une imagination débridée : familles anéanties, incendies monstrueux, appareils titanesques, catastrophes cosmiques, escroqueries gigantesques, odyssée aux péripéties innombrables » [34] (p. 19-20). Ces phénomènes sont accompagnés de récits d'aventures dont le malade est informé par simple intuition ou par hallucination.

En contraste avec l'ampleur et l'étrangeté du délire, voire son incohérence, les malades atteints de paraphrénies fantastiques ont une conduite relativement bien adaptée. Malgré de brusques et éventuels accès de violente colère, ils peuvent tout aussi bien donner des réponses précises et justes, dans des domaines étrangers à leur délire. Leur humeur est indifférente ou légèrement subexcitée, et leur discours présente parfois des calembours ou des jeux de mots. Un affaiblissement intellectuel peut apparaître dans certains cas, mais Kraepelin note qu'il ne se produit pas toujours malgré l'extrême foisonnement du délire fantastique.

Ces sujets auraient pu être auparavant taxés de démence précoce, et Kraepelin se demande d'ailleurs s'il ne s'agit pas en réalité de formes atypiques caractérisées par des idées délirantes absurdes et un défaut de coordination dans le jugement. Mais il n'y a ni stéréotypie, ni maniérisme, ni négativisme, ni suggestibilité, ni impulsivité.

Certains auteurs allemands et français auront une importance tout à fait significative dans la diffusion et le développement du concept de paraphrénie.

■ La réception et la diffusion du concept de paraphrénie

En Allemagne et dans les pays de langue germanique

En Allemagne et dans les pays de culture germanique, sa réception est peu favorable. La tendance générale est à intégrer les tableaux cliniques, isolés et décrits comme paraphréniques, dans la schizophrénie. Pfersdorf (1914, Congrès de Strasbourg) [17], puis Krambach [35] seront partisans de cette réintégration de la paraphrénie au sein de la schizophrénie.

Après plusieurs années, W. Mayer [36] reprend l'étude des 78 cas observés dans la clinique psychiatrique de Munich et utilisés par Kraepelin pour établir sa description de la paraphrénie. Dans trois quarts de ces cas, il remet en cause le diagnostic pour souligner les liens étroits existants entre paraphrénie et démence précoce. Kraepelin refuse cette contestation.

Mayer Gross [37] s'oppose à l'autonomie des paraphrénies, mais certains auteurs comme Fischer et Jaschke, en 1931 [38], accepteront pourtant cette nouvelle entité clinique au nom d'arguments biologiques discutables, tel le métabolisme des albumines.

La paraphrénie ayant été présentée par Kraepelin comme une forme intermédiaire entre schizophrénie et paranoïa, il s'ensuit également des interrogations sur le rapport entre paranoïa et paraphrénies. Certains, comme E. Stransky [39], C. Hösslin [40] (1913), Moravcsik [41], Krueger [42], voient des relations très importantes entre les deux groupes et d'autres comme Kehrer [43] soulignent l'absence de séparation nette. D'autres encore se pencheront sur l'étude des formes de transition (Eisath [44], K. Kolle [45], J. Lange [46]).

Karl Kleist [47, 48], à l'opposé de cette tendance la plus répandue dans les pays germaniques, qui consiste à faire absorber toutes les formes de délires chroniques par la schizophrénie, propose avec ses élèves de Francfort, et en particulier Karl Leonhard [49, 50], un morcellement très poussé de ce groupe morbide. Ses nombreuses subdivisions de la classification ne cesseront de se modifier au cours des années.

Kleist cherche à isoler les plus simples, les plus précis des symptômes morbides qui peuvent si possible s'observer dès le début de l'affection psychique. Ses critères d'observation sont fondés sur des considérations de physiologie et sur l'anatomie du système nerveux en rapport avec l'étude des maladies neurologiques systématisées, alors que Kraepelin donne, lui, la plus grande importance à la gravité et à l'étendue des troubles.

En fait, pour Kleist les paraphrénies de Kraepelin ne peuvent être distinguées les unes des autres et pas davantage isolées des formes paranoïdes. Pourtant certaines des formes cliniques qu'il décrit, comme la fantasiophrénie (ou phantasiophrénie), la confabulose progressive, l'hallucinose progressive, la somatopsychose progressive, l'autopsychose progressive, ressemblent beaucoup à des formes de paraphrénie.

En France

Engel Gelma et Bernard Frey à Strasbourg

Dès 1922, E. Gelma, à Strasbourg [18], essaie de faire entrer les paraphrénies dans la classification nosographique française pour lutter contre l'habitude établie de regrouper tous les délires hallucinatoires plus ou moins cohérents dans la démence précoce.

À Strasbourg lui-aussi, B. Frey, dans sa thèse de 1923, *Conceptions de Kraepelin et conceptions françaises concernant des délires systématisés chroniques* [19], étudie successivement les points de vue allemands et français, établissant des correspondances entre paraphrénie systématique et délire chronique de Magnan, paraphrénie expansive et manie chronique, paraphrénie fabulatrice ou confabulante et délire d'imagination, puis paraphrénie fantastique et délire hallucinatoire chronique avec formes fantastiques. Il constate que l'introduction de la paraphrénie dans la psychiatrie n'a pas permis de rapprocher les points de vue allemand et français.

Paul Nayrac, la démence paranoïde

Nayrac [31] fait connaître l'œuvre de Bleuler, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* [7], et le *Traité* de Kraepelin (8^e édition), dont il traduit d'ailleurs les chapitres sur les formes paranoïdes et les paraphrénies. Dans sa thèse, *Essai sur la démence paranoïde* [31] (Lille, 1923), il montre l'évolution du concept de démence paranoïde dans l'œuvre de Kraepelin et propose une classification pour contrer ses dires et critiquer l'introduction de la paraphrénie en tant que forme intermédiaire entre démence précoce et paranoïa. Cela sous-entend l'identité des processus morbides dans les deux maladies, alors que les thèses étiopathogéniques, auxquelles il souscrit pourtant, considèrent que la démence précoce est une maladie acquise et lésionnelle, et les délires chroniques des affections nées d'une constitution dégénérative. Son essai de classification est toutefois peu commode, car sur le plan clinique, la distinction entre démences paranoïdes acquises ou démences constitutionnelles est difficilement réalisable.

Pierre Clerc, le délire fantastique

Dans sa thèse consacrée aux délires fantastiques et dirigée par Capgras (Lyon, 1925), Clerc [51] préfigure une conception moderne de la paraphrénie baptisée ensuite psychose fantastique par H. Ey. Dans ce travail, avant tout clinique, il s'appuie sur la nosographie classique établie par Sérieux et Capgras [16] (tome VII, p. 235-270) dans laquelle les délires systématisés chroniques se divisent en formes hallucinatoires et non hallucinatoires (délires d'interprétation, de revendication, d'imagination). Il fait un parallèle entre les formes fantastiques de la psychose hallucinatoire chronique et les paraphrénies fantastiques de Kraepelin, et souligne dans les deux cas l'intrication des mécanismes hallucinatoires et imaginatifs, car « la paraphrénie est une psychose hallucinatoire ; elle en a le début et les principaux symptômes. Mais très rapidement, on constate une prolifération imaginative d'une extraordinaire exubérance, et qui se met au premier plan, sans toutefois faire disparaître les processus hallucinatoires ». Les fabulations sont très importantes et les idées de grandeur prédominent sur les idées de persécution, alors même que l'absence de systématisation aboutit à un délire incohérent. Tous ces symptômes se manifestent dans un état de grande excitation psychique, une non moins grande suggestibilité et des troubles de l'attention sans vrai déficit intellectuel.

À l'inverse Clerc, affirme que dans la paranoïa et les délires d'interprétation les idées fantastiques sont « rares et épisodiques ».

Henri Claude ; critique des paraphrénies de Kraepelin et promotion d'une nouvelle paraphrénie

Claude [52], tout comme Halberstadt [53], qui avait fait connaître le travail de Kraepelin, souhaite faire entrer la paraphrénie dans la nosographie psychiatrique française. Avec ses élèves, il considère que les conceptions nosographiques classiques doivent être abandonnées, notamment celles qui concernent les délires chroniques. Cette classification aurait en effet pour défaut de reposer sur le mécanisme générateur du délire. Claude et ses élèves veulent promouvoir une classification plus simple, essentiellement fondée sur l'opposition entre deux grands groupes nosographiques, psychose paranoïaque et psychose paranoïde. Claude reconnaît la nécessité d'un groupe intermédiaire entre démence précoce et délire chronique de type paranoïaque, mais ses descriptions ne correspondent pas tout à fait avec celles de Kraepelin.

La paraphrénie, qui doit être différenciée de la démence paranoïde et de la psychose paranoïde, constitue pour Claude un délire cohérent, très actif, emprunt de nombreux éléments imaginatifs et mythomaniacs, dont l'évolution se ferait sur un fond schizomaniac. Il intègre dans la psychose paranoïaque diverses formes morbides, délire chronique de Magnan, délire d'interprétation, délire d'influence, délire des persécutés/persécuteurs, délires érotomaniacs, érotiques, mystiques,

ambitieux et politiques, et oppose point par point le groupe des psychoses paranoïaques au groupe des psychoses paranoïdes.

Il fera de nombreuses publications sur le thème des paraphrénies : *Les Psychoses paranoïdes* [54] (1925), *Sur les divers types de psychoses hallucinatoires chroniques* [55] (1924), *Délimitation de la paranoïa légitime* [56] (Claude et Montassut, 1926), *Les variétés du syndrome dit hallucinatoire* [57] (1933), *Paraphrénie et psychose paranoïde* [58] (1933), *Psychose paranoïaque à type paraphrénique d'allure mystique avec démonopathie et zoopathie* [59] (1934), *Délire d'imagination et paraphrénie* [52] (1936).

Claude [57] sépare les psychoses paranoïdes en deux groupes. Dans les démences paranoïdes hétérophréniques ou hétérophrénies délirantes, l'affaiblissement intellectuel serait au premier plan alors que dans les psychoses paranoïdes schizophréniques, la dissociation de la personnalité est profonde mais le déficit intellectuel minimum.

Il n'en critique pas moins le terme de paranoïde (*paranoïden Verblödung Paraphrenien*) habituellement employé pour les schizophrénies, qui peut tout aussi bien l'être pour des états de conservation durable de la personnalité. Malgré toutes ses critiques, Claude pense qu'il convient quand même de décrire à côté de la paranoïa vraie des « maladies paranoïdes qui empruntent certains de leurs éléments à la paranoïa et d'autres à la démence précoce ».

En ce qui concerne les psychoses paranoïaques, l'exagération de la personnalité (constitution) peut comporter des formes hallucinatoires, et des idées délirantes peuvent se développer selon une certaine logique qui donne au système son aspect cohérent et systématisé (développement logique sur la base de prémisses fausses). Les signes de discordance sont cependant exclus, ce qui permet une bonne adaptation relative du sujet à la réalité extérieure.

Claude constate dans sa description des paraphrénies que « les tendances constitutionnelles ne sont plus exagérées, mais déformées, la personnalité n'est plus amplifiée, mais désagrégée », que « le délire se développe de façon illogique, incohérente, et expansive », que « l'apport imaginatif et fabulatoire est notable », et que « l'ensemble est mal systématisé ». Les signes de discordance sont nombreux et l'adaptation à la vie extérieure mauvaise, alors que le malade perd le contact avec la réalité [60].

Cependant, en désaccord avec Kraepelin, Claude estime qu'on ne saurait différencier paraphrénies systématiques et paranoïas, puisque dans aucun des deux cas on ne note d'évolution démentielle et que l'affectivité est longtemps conservée (Claude, 1925, [54]).

Paraphrénie, démence précoce et paranoïa ayant à son avis cependant des limites, trop subtiles et trop incertaines, il propose d'intégrer les trois autres formes de paraphrénies décrites par Kraepelin dans les psychoses paranoïdes.

En fait, Claude ajoute donc bien à sa classification, entre psychose paranoïde et psychose paranoïaque, une forme paraphrénique dans laquelle le délire est actif, conservant une apparente systématisation, sans incohérence paranoïde. Cette paraphrénie évolue « sur un fond schizomaniac et non démentiel (...) se teinte d'éléments particuliers : imaginatifs, idéalistes, mythomaniacs, et ces éléments d'ordre schizoïde la distinguent de la paranoïa », avec laquelle il y a de nombreux points communs, comme l'adaptation au milieu extérieur et la conservation des facultés intellectuelles. Cette conservation des facultés ne corrigerait pas, malgré tout, les excès de l'imagination ou de la passion. Claude qualifie de « paralogique » l'activité délirante du paraphrène [58].

■ Charles-Henri Nodet, la structure paraphrénique

Écrite dans le sillage de l'enseignement du Professeur Claude et sur les conseils du Dr Henri Ey, la thèse de Nodet, *Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. Essai nosographique* [23] (1937), marque un autre moment important de l'histoire de la paraphrénie. Le but de Nodet, tout comme celui de Claude, est de démembrer le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques et de changer les conceptions nosographiques en vigueur,

afin de leur substituer une classification fondée sur la notion de structure délirante. Ses conceptions sont fortement inspirées par les théories organo-dynamiques et néo-jacksoniennes de Ey. Il met d'abord en évidence, dans un même service d'asile, l'absence d'unité dans un groupe formé par 37 cas de psychoses hallucinatoires chroniques, dont l'écllosion est antérieure à 1930, puisque c'est à cette date que l'on situe l'abandon des méthodes descriptives chères à la psychiatrie classique, dont la dernière grande invention concerne justement cette paraphrénie qui remettait en question les limites mêmes de la nosographie.

Un mécanisme hallucinatoire supposé apparaît en effet à Nodet comme un phénomène morbide peu précis, l'opposition classique entre hallucinations sensorielles, motrices ou psychiques résistant souvent difficilement à un examen approfondi. Si, en effet, fréquemment, lors des premiers examens cliniques, les patients témoignent de phénomènes d'une très grande sensorialité (ils ont vu, entendu, etc.), il n'est cependant pas rare, qu'en poussant plus loin l'entretien, ils reconnaissent que « cela se passe seulement dans leurs têtes ou leurs pensées ». C'est pourquoi Nodet fait part de la difficulté intrinsèque qu'il y a à déterminer la part d'imagination, d'interprétation, d'intuition affective ou d'illusion contenue dans un discours relatant une expérience hallucinatoire. Il déclare de ce fait que « vouloir baser une classification des délires uniquement sur la présence ou l'absence exclusive de tels mécanismes serait chose ardue, et par là même peu convaincante ». L'étude de ces 37 cas « montre des structures délirantes impossibles à superposer ».

L'originalité de ce travail repose sur la promotion de la notion de structure qu'il emprunte à Ey et à Rouart, qui la tiennent eux-mêmes de Jackson. Cette structure est « un ensemble typique des troubles vécus par le malade comme des événements proportionnels à ses capacités, et observés par le médecin comme un état psychopathique caractéristique » [23] (*Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie*, 1936, p. 116). Elle se caractérise par « le niveau minimum dans l'échelle des dissolutions psychiques auquel s'arrête de façon durable ou rythmique l'évolution des troubles » [21, 22] (p. 160).

Cette définition de la structure, donnée par Ey et Rouart, est liée aux divers « niveaux de dissolution », et permet d'inférer un classement des différents états psychopathologiques pour proposer un premier essai de hiérarchisation promis à des révisions ultérieures : « le fond psychopathique d'un malade, la structure profonde et l'organisation de son délire sont beaucoup plus essentiels et primitifs que les fonctions psychologiques qu'ils mettent en jeu (...) Psychologiquement, l'hallucination n'apparaît pas comme un mode efficace de connaissance, elle est stérile comme un rêve ou le tracé d'un écrit ; elle n'est que l'expression d'une croyance fondamentale. Cliniquement les hallucinés n'ont entre eux qu'une ressemblance limitée, car l'essentiel d'un délire, ce n'est pas sa projection hallucinatoire, mais la structure même de sa croyance, ses ressorts, ses conflits, ses paradoxes ».

Nodet fait quand même de la certitude délirante un élément psychopathologique essentiel, commun à l'ensemble des délirants, un élément reposant sur la subjectivité et le rapport du sujet à la vérité.

La notion de structure, qui serait fonction d'une théorie dynamique des troubles mentaux, lui paraît primordiale pour la compréhension des délires, et l'engage à adopter une théorie néo-jacksonienne pour aborder les problèmes des structures « psychopathiques ». Trois grands principes de cette théorie lui paraissent fondamentaux :

- l'évolution hiérarchisée des fonctions ;
- la dissolution (pathologique) des fonctions ;
- la distinction des signes positifs et négatifs.

Le symptôme est conçu comme une manifestation clinique globale qui résulte à la fois « de l'action de la lésion, du fonctionnement persistant de la dissolution capacitaire (symptôme négatif) et de l'involution de la personnalité (symptôme positif) ».

Ces propos entérinent la conception de Ey et Rouart, qui affirment la variabilité du symptôme, voire celle de la structure, puisqu'ils notent avec prudence que « cette échelle proposée est

essentiellement mouvante et [que] ses degrés admettent entre eux une infinité de nuances et de variations. Nous sommes loin d'un éventail bien architecturé d'entités cliniques contiguës, mais nous croyons être plus près de l'incessante diversité des faits pour rester en contact avec eux, il faut renoncer *totale*ment à la conception statique qui se représente les symptômes comme des signes isolés directement, créés par la maladie qui est alors la somme même de ces symptômes et rien que cela » [21, 22].

Cette théorie implique de suivre « le développement, le mouvement constructif et destructif qui se fait jour par jour chez un malade donné » et « l'ensemble des stades de dissolution et de révolution d'une psychose qui ne s'impose pas d'un bloc, et dont il faut considérer la structure, dans son déploiement perspectif historique. » [21, 22].

À partir de ce premier essai de hiérarchisation des états psychopathologiques, Nodet va s'attacher à décrire des délires de structure paranoïaques, paranoïdes ou paraphréniques.

Pour ce qui est des délires de structure paranoïaque, il se réfère, là encore, au travail de Ey (*Conférences de psychiatrie*) mais aussi à celui de Lacan (*De la psychose paranoïaque dans ses rapports à la personnalité* [61], 1932), qui remet à l'honneur la définition kraepelinienne de la paranoïa, et qui s'insurge « contre une conception trop étroite de la paranoïa réduite à une tendance agressive, quérulante ou persécutrice ».

La notion de structure permet, à l'opposé des théories constitutionnalistes, de mettre en valeur les éléments dynamiques, car « on ne peut négliger, dans l'étude du développement d'une personnalité, ni les événements de son histoire, ni les progrès de sa conception, ni sa réaction aux tensions sociales » [62]. Nodet reconnaît pourtant avec Lacan « que les psychoses paranoïaques n'apparaissent pas toujours totalement comme une réaction de la personnalité compréhensible psychogénétiquement », et qu'« il n'est pas exceptionnel de rencontrer des ruptures entre l'état morbide et l'état antérieur », en particulier quand des « moments de l'évolution où se crée le délire, les points féconds de la psychose, (...) se manifestent par des troubles cliniquement identiques à ceux des psychoses organiques, bien qu'ils soient plus frustes et plus passagers » [23, 61] (p. 97).

Nodet souligne que cette notion de moments féconds, d'expériences délirantes, d'expériences vécues (*Erlebnisse*) est aussi d'une importance majeure pour des délires de structures paranoïdes, pour lesquels sa description ressemble à celle de Claude. Il s'agit de délires incohérents et impénétrables qui se divisent en démences paranoïdes (formes délirantes de la démence précoce et psychoses hallucinatoires chroniques) et en psychoses paranoïdes (formes morbides particulières, en marge d'un délire incohérent, qui permettent cependant de conserver une activité intellectuelle et une bonne adaptation au réel). Les délires de structure paranoïde se distinguent des démences du même nom par l'absence des troubles primaires du processus et l'absence ou l'apparition tardive de l'affaiblissement intellectuel.

À propos, enfin, des délires de structure paraphrénique, et après avoir rappelé les quatre formes de la paraphrénie kraepelinienne, Nodet intègre les paraphrénies systématiques ainsi qu'une partie des paraphrénies confabulantes au groupe des délires de structure paranoïaque (Tableau 1).

Dans ces délires de structures paranoïaques, il repère et reprend comme noyau essentiel le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras, auquel il adjoint le délire d'imagination de Dupré (avec son thème de filiation), les délires passionnels de Clérambault [63] (délires érotomaniaques, délires de jalousie, délire de revendication, délires hallucinatoires issus du démantèlement des PHC), et délires hyposthéniques ou *sensitive Beziehungswahn* de Krestchmer, les deux autres formes de paraphrénie dites expansive et fantastique étant rattachées au groupe des psychoses paranoïdes.

Très proches de Ey, les conceptions de Nodet sur la structure paraphrénique ont des points communs avec les siennes, comme la fabulation fantastique et le caractère hallucinatoire du délire qui tend à s'estomper au profit de la seule fabulation réduite à de simples formules verbales. La superposition du monde délirant et du monde réel est une caractéristique spécifique de ce type de délire paraphrénique, dans lequel les malades « vont et viennent avec une étourdissante désinvolture

Tableau 1.

Synthèse des différentes structures. D'après Ey (in : Ch. Nodet, *Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. Essai nosographique*, Thèse de Paris, p. 153-154).

<p>Délires paranoïaques</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cohérence du thème 2. Progression systématique 3. Pénétrabilité et communicabilité 4. Continuité avec les tendances de la personnalité (reflet au 1^{er} degré de la personnalité) 5. Mécanismes normaux ou subnormaux (interprétations ou intuitions, projection hallucinatoire des croyances fondamentales) 6. Signification délirante introduite dans les choses un monde et le Moi 7. Inconscience du délire 8. Agressivité essentielle 9. Structure affective fondamentale <p>État schizophrénique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Troubles primaires de la pensée 2. Évolution vers l'incohérence 3. Dissociation de la personnalité (autisme d'impuissance) 4. Expériences délirantes dysesthésiques et oniroïdes permanentes ou avec prépondérance nocturne 5. Monde autistique unique 6. Déficit capacitaire de l'intelligence <p>État maniaque</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agitation 2. Fabulation réduite 3. Fuite des idées 4. Jeu superficiel et variable 5. Stérilité de l'activité <p>État mélancolique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stupeur, inhibition 2. Anxiété, dystonie affective, hyperesthésie 3. Comportement mélancolique (refus d'aliments, suicide, mutisme) 4. Réduction de l'activité 5. Obscurcissement de la conscience 6. Coloration mélancolique de la conscience 	<p>Paraphrénies</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Constructions fantastiques juxtaposées 2. Blocs délirants agglutinés 3. Impénétrabilité 4. Idéologie néoformée (reflet au 2^e degré de la personnalité) 5. Mode paralogique de pensée 6. Recouvrement du réel par un délirant juxtaposé 7. Conscience partielle du délire (fantaisie-ironie) 8. Agressivité contingente 9. Structure intellectuelle fondamentale <p>Paraphrénie fantastique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Troubles paralogiques dans la construction délirante sans troubles primaires importants 2. Évolution vers la fabulation délirante 3. Déformation délirante et absurde de la personnalité (autisme idéologique) 4. Expériences délirantes dysesthésiques ou oniroïdes nocturnes 5. Juxtaposition du monde délirant au réel 6. Intégrité intellectuelle <p>Paraphrénie expansive</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exaltation sans grand désordre des actes 2. Richesse du délire 3. Circonscription et approfondissement des thèmes 4. Attitudes créatrices et durables 5. Productions esthétiques et idéologiques consistantes <p>Paraphrénie mélancolique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pas de troubles de l'activité psychique 2. Pas d'émotion douloureuse, hyperesthésie 3. Pas de comportement mélancolique 4. Activité et adaptation normales 5. Clarté de la conscience 6. Juxtaposition du délire à la réalité ambiante clairement conçue
---	---

entre leur monde magique et le monde réel » [23] (p. 151). Nodet se réfère aussi à Berze, qui, le premier, avait insisté sur la notion de psychose *post-processuelle* (la schizophrénie *post-processuelle* ou paraphrénie) qui s'oppose à la schizophrénie *active, processuelle*, (hébéphrénie délirante, démence paranoïde).

Dans la théorie de Nodet, « le trouble générateur a libéré, au niveau de dissolution envisagé, une certaine organisation psychique, tressée sur un ensemble de croyances délirantes. Le processus éteint, l'organisation délirante *cicatricielle* lui survit, et s'enrichit par une sorte d'autodidactisme très actif. Ces prolifiques constructions intellectuelles ne font qu'exprimer et développer ces expériences affectives antérieures, largement dépassées. Si *détachés* que soient ces délires des troubles directement engendrés par le processus, ce serait cependant forcer les choses que d'affirmer ces troubles complètement absents. C'est justement la coloration qui en reste, qui semble permettre, dans l'hypothèse que nous présentons, de rattacher les structures paraphréniques soit à la schizophrénie, soit à la manie, soit à la mélancolie » [23] (p. 151-152). C'est ainsi, que dans la paraphrénie schizophrénique, Nodet explique l'existence des bizarreries de langage, des stéréotypies, des néologismes, alors que n'apparaissent ni les troubles profonds du cours de la pensée, ni l'ambivalence, ni ce négativisme si spécifique de la démence paranoïde, ni cette évolution vers l'incohérence verbale. Il classe aussi dans les formes post-processuelles les paraphrénies fantastiques (ou post-schizophréniques), expansives (ou post-maniaques) et mélancoliques (ou post-mélancoliques, semblables au délire de négation de Cotard), qui, malgré certaines similitudes cliniques, résultent de conceptions fort différentes de celles de Kraepelin.

Ce travail original de Nodet ne parviendra pas à imposer le démembrement souhaité de la PHC et pas davantage sa nouvelle conception des paraphrénies.

Ey critiquera toujours le concept de psychose hallucinatoire qui constituait encore en 1973 [64] un enjeu théorique de première importance, auquel l'École française tenait beaucoup, « sans que jamais il n'ait été sérieusement validé ». Il souligne que, malgré la qualité de son travail, Nodet « n'a pas réussi à ébranler le mythe en raison du caractère trop rudimentaire et surtout de l'absence de perspective longitudinale des observations qu'il avait réunies ».

Malgré tout, les théories de Nodet, aussi bien que celles de Ey, marquent une rupture entre la psychiatrie classique et la psychiatrie moderne (voir **Tableau 1**). Sa position se révèle tout à fait inédite lorsqu'à propos du troisième principe, qui concerne la distinction entre symptômes positifs et négatifs, il critique la position de Jackson, pour lequel « une lésion cérébrale ne peut rien produire de positif », et sa réflexion le porte bien au-delà du débat purement nosographique, quand il écrit, comme en aparté, dans une note en bas de page, que « cette répugnance de Jackson à admettre qu'une lésion produise directement, ou totalement un symptôme psychique, crée une forme quelconque de pensée, si dégradée soit-elle, est du même ordre que la faveur avec laquelle Clérambault admet qu'une fine lésion histologique engendre directement une hallucination élémentaire (écho de la pensée, ritournelle...), indépendamment du psychisme du sujet. Il faut bien affirmer qu'il ne s'agit nullement là de postulats scientifiques mais de *positions métaphysiques* » [23].

« Étudiant les troubles psychiques (...), le psychiatre est amené à prendre (...) une position sur les rapports entre la matière et l'esprit. *Quelle que soit la solution qu'il adopte, il fait œuvre de métaphysicien.* Il est bon qu'il s'en rende compte », d'une part car « il est toujours préférable pour lui de connaître le plan où il est pour ne pas s'y servir d'arguments d'un autre ordre », et d'autre part parce qu'« il est souhaitable que sa position soit cohérente avec une autre position – également métaphysique – qu'il prendra nécessairement lorsqu'il parlera de responsabilité, donc de liberté » [23].

Nodet cerne bien la difficulté liée à l'abord de certains phénomènes qui font perdre sa position scientifique, scientifique, au neuropsychiatre. On saisit déjà, ici, la possibilité de futurs enjeux théoriques entre Ey et Lacan à propos de la causalité psychique de la psychose (cf. Colloque de Bonneval, « Le Problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses » [65], 1946).

■ Henri Ey, la diplopie du moi

Ey porte un intérêt tout particulier aux paraphrénies qui constituent, selon lui, les « délires les plus esthétiques ». Il est convaincu de l'utilité du découpage sémiologique qui isole ce groupe de « délires intermédiaires » situés entre paranoïas et schizophrénies. Le groupe des paraphrénies que Kraepelin « a rangé d'abord dans la démence précoce, puis l'en a banni » lui paraît également correspondre à une entité clinique incontestable. Il pense qu'« il se confond avec le groupe des psychoses paranoïdes de Claude (...) ». Au contraire, le groupe généralement appelé psychoses hallucinatoires ne lui « paraît avoir de valeur et d'existence que dans la mesure où l'on croit que l'hallucination est un phénomène simple, primitif, positif, qui déclenche le délire » [64]. Sa position, qui évoluera quelque peu au cours du temps, se situe dans la lignée de l'organodynamisme.

Dans *Hallucination et délire* [62] (1934), son premier ouvrage, préfacé par J. Séglas, il s'attache déjà à l'étude des délires chroniques et principalement des paraphrénies. Après avoir fait l'analyse des différents types d'hallucinations et constaté l'impossibilité de reconnaître le mécanisme générateur du délire, il critique la thèse mécaniste qui consiste « à se représenter le symptôme comme déterminé par une excitation mécanique à effets positifs capables d'engendrer tout le tableau clinique (...) la forme du symptôme viendrait de cette excitation », sans qu'il y ait un quelconque contenu, les conséquences étant qu'il peut alors « défendre une théorie "organique" non mécanique », et qu'« inversement une interprétation psychogénétique des symptômes peut être donnée sans que l'on soit obligé d'en déduire l'origine psychogénétique de l'affection » [62] (p. 19).

Ey défend donc une théorie organique non mécaniste, que l'on retrouve dans les conceptions de Jackson, Janet ou Bleuler. Il rejette ainsi Clérambault et son *automatisme mental*, avec comme dessein d'y substituer « une conception plus dynamique de ces troubles, celle des *dissolutions fonctionnelles*, qui s'oppose précisément aux notions d'*irritation* et d'*éréthisme* des centres... ». C'est en fait une théorie mixte qui consiste à défendre une « *psychogenèse relative des symptômes* (relation de compréhension avec l'ensemble de la personnalité) et même une *psychogenèse de la maladie dans certains cas* », qui prendrait le relais d'une conception fondée sur l'effet direct de la lésion. Ce faisant, H. Ey opère un déplacement non négligeable dans ce débat épistémologique, qui concerne une causalité toujours difficile à cerner.

En 1934 encore, lors d'une conférence faite au groupe de L'Évolution psychiatrique [66, 67], Ey introduit ses conceptions personnelles de la paraphrénie, qui trouveront leur prolongement dans la thèse de Nodet (1937) qui suggère une redistribution des quatre paraphrénies de Kraepelin. H. Ey postule que « le groupe des paraphrénies, caractérisé par ce double caractère d'activité délirante archaïque, paralogique, véritable dérèglement imaginaire d'une part, et intégrité du fonds mental et de la structure de la personnalité, d'autre part », lui paraît « devoir être rattaché à un mécanisme spécial, un mécanisme abortif ». Il lui semble « qu'il existe à un moment donné un remaniement

des valeurs de réalité chez le malade, un changement pour ainsi dire onirique de sa mentalité qui laisse après lui une réorganisation des croyances et de l'idéologie mystico-métaphysique. (...) Comme lorsque après un cataclysme anxieux jaillit dans le calme et la lucidité, le vertigineux délire de Cotard » [68] (p. 3-24).

Dans ses *Études psychiatriques* [69] n° 8 (t. 1), 16 (t. 2), 17 (t. 2), 19 (t. 2), 21 (t. 3), 23 (t. 3), 25 (t. 3) publiées à partir de 1948, il aborde à de nombreuses reprises des questions et des cas liés à la paraphrénie.

Dans l'Étude n° 8 (t. 1), « Le rêve fait primordial de la psychopathologie », il affirme que la fantasmagorie des délires paraphréniques obéit aux mêmes lois que le rêve.

L'Étude n° 16 (t. 2), consacrée au « Délire des négations », met en évidence l'existence du délire de négation post-mélancolique, qui comprend deux formes principales, l'une paraphrénique et l'autre systématique ou paranoïaque. Dans la forme paraphrénique, le syndrome de Cotard [68] (cf. le travail remarquable de J. Cacho sur le délire des négations) surgit quand « l'élargissement à l'infini de la négation, le caractère fantastique du délire, réalisent une véritable paraphrénie ». Il est alors « un mode de reconstruction délirante fantastique, qui survit au bouleversement des expériences délirantes primaires ».

Dans l'Étude n° 17, l'« Hypocondrie », la paraphrénie est encore présente dans des descriptions de délires hypocondriaques paranoïdes, et elle peut y prendre les proportions grandioses et les caractères fantastiques qui, justement, la caractérisent.

L'Étude n° 19 (t. 2) est consacrée à la « Mégélanomanie » (1950), que Ey considère comme la caractéristique structurale des délires paraphréniques, comme une dimension fondamentale qui « submerge la totalité du monde et, trait également caractéristique, superpose sa grandeur au monde réel, de telle sorte que le sujet dans une manière de diplopie voit et vit deux mondes ». L'expansion égotiste « allant jusqu'à atteindre et dépasser les limites et les lois de l'univers, s'exprime dans les thèmes d'infinité, de toute-puissance, de magie qui caractérisent, nous l'avons vu, les aspects de la pensée schizophrénique : en quoi précisément ces délires paranoïdes touchent sans toutefois se confondre avec elle à la désagrégation schizophrénique ».

Cette forme de délire paranoïde qui constituent les paraphrénies représente pour Ey « un flot puissant de lyrisme qui déferle sur toute la conception du monde » et concerne ces « malades les plus esthétiques, les plus fantastiques, les plus merveilleux » [64] (t. II, p. 535).

L'Étude n° 21 (t. 3) est consacrée aux formes délirantes chroniques de la « Manie », dans ses relations entre paraphrénies expansives et manies chroniques. Elles sont assez mal précisées malgré l'importance du problème.

L'Étude n° 22 (t. 3) intitulée « Mélancolie », est consacrée aux nombreuses sortes de délires organisés en systèmes interprétatifs ou en fantasmagories fantastiques, telles qu'on les trouve dans certains délires de négation et qui peuvent se former d'emblée ou se constituer au cours de crises mélancoliques successives.

Dans l'Étude n° 23 (t. 3) « Bouffées délirantes et psychoses hallucinatoires aiguës », Ey constate que les paraphrénies ne sont que les cicatrices d'expériences délirantes primaires.

Enfin, dans l'Étude n° 25 (t. 3), « Les psychoses périodiques maniaco-dépressives », il évoque le problème des relations entre les crises de type maniaco-dépressif et les organisations délirantes chroniques de type paraphrénique. Il souligne que la définition du groupe maniaco-dépressif jette « un pont naturel, une fois de plus, entre les crises et les formes d'organisation chroniques psychotiques et névrotiques ».

En 1955, dans leur article « Délires chroniques », écrit pour l'*Encyclopédie Médico-chirurgicale*, Ey et Pujol [70-72] rejettent les classifications établies par leurs prédécesseurs et, renoncent ainsi à la terminologie de Claude qui marquait l'opposition entre formes paranoïdes et paranoïaques qui avait pour inconvénient d'effacer les différences entre schizophrénie et paraphrénie, entre délire systématisé et schizophrénie ou paraphrénie paranoïde. Ils rejettent tout également l'opinion de Kleist et de l'école de Francfort et leur conception des sept types de délires paranoïdes qui élargissent trop le concept de schizophrénie.

Ey simplifie la classification des délires chroniques et la scinde en deux groupes : les délires fantastiques (paraphréniques), qui rassemblent la plupart des cas rangés par Kraepelin dans ses quatre formes de paraphrénies, et les délires systématiques (paranoïaques). L'analyse structurale qu'il fait des délires se situe toujours dans le cadre de l'organo-dynamisme qui regroupe les symptômes de dissolution psychique en signes négatifs et positifs. La structure négative (dissolution des fonctions) représente les conditions du fantastique et les séquelles du processus fondamental. Ey affirme que le délire a une toile de fond sur laquelle le processus initial l'a imprimé, et c'est avec l'extinction de ce processus primordial que l'activité hallucinatoire se dégraderait pour être submergée par son contenu, qui devient purement fabulatoire en se réduisant à de simples formules verbales de plus en plus vides. Du fait de la dissociation, le discours se fragmente et la syntaxe supportant la logique s'en trouve bouleversée. Les délires paraphréniques sont pour Ey « non point des délires vécus, pensés, médités, rêvés, mais des délires parlés qui ne peuvent être tus » [64] (t. 2, p. 838-839).

À côté des séquelles du processus fondamental, la pensée des paraphrénies se caractérise donc par la *bipolarisation* ou *diplopie du moi* qui permet aux malades de mener une existence bien adaptée à la réalité tout en exprimant un délire fantastique. Cette « *diplopie paraphrénique du réel et de l'imaginaire* » qui « partage le monde du délirant en deux mondes (inégalement partagés d'ailleurs) », dont le monde magique de l'au-delà révélé et créé constitue la majeure et toujours plus envahissante partie. C'est la principale caractéristique de la structure paraphrénique qui fait éclater le cadre spatiotemporel avec un élargissement cosmique au niveau du vécu (dimension structurale mégalomaniacque), et déclenche l'automatisme idéoverbal et la structure paralogique du délire.

Dans le *Traité des hallucinations* [64] (1973), contrairement à ses prédécesseurs de l'École française qui, dans le même espace nosographique, incluaient délires d'imagination et psychoses hallucinatoires chroniques, Ey cherche à promouvoir ces délires fantastiques et à en faire l'espace intermédiaire entre paranoïa et schizophrénie.

La position de Dupré et de Logre [4], qui postulent dans leur théorie de l'hallucination (phénomène sensoriel) l'existence d'un mécanisme imaginatif, est contestée par H. Ey, tout comme le fait que l'interprétation soit un raisonnement. Sa critique des psychoses hallucinatoires chroniques de l'École française sera encore plus sévère, car dit-il, ce ne serait selon lui qu'« une illusion nosographique ». Il introduit en lieu et place les psychoses délirantes chroniques fantastiques qu'il préfère au terme de paraphrénie.

Les psychoses hallucinatoires chroniques seront décidément, tout au long de l'œuvre de Ey, un cheval de bataille lui offrant l'occasion de s'opposer aux thèses de G. Ballet [5] et de Clérambault [63]. Il les considère comme par trop hétéroclites et leur description, faite par Ballet en 1911, comme trop sommaire. L'enjeu de Ballet était d'ériger en « entité » la PHC face à la démence précoce et à l'ensemble des délires chroniques et des délires des dégénérés qui se construisent par la systématisation des hallucinations, des idées de persécution et des idées de grandeur. Les trois critères fondamentaux que Ballet retient dans son article princeps de l'*Encéphale* [5] sont que le délire est fondamentalement hallucinatoire, que les hallucinations constituent par elles-mêmes un élément de pronostic de chronicité, et que la psychose hallucinatoire chronique aboutit bien à la démence.

Ey, qui conteste tous les arguments de Ballet, rouvre en 1973 [64] un vieux débat pour défendre Claude contre les thèses d'un Clérambault qu'il avait pourtant défendues dans ses *Études psychiatriques* (1950). En effet, il souligne toute l'importance de la thèse du « délire autoconstructif » de Clérambault (1934), qui avait su pousser jusqu'à son extrême limite le discours mécaniste pour en arriver (au bord de ce que nous appellerions, aujourd'hui, la reconnaissance du sujet) à affirmer que « les hallucinations pensent » et qu'il existe un délire autoconstructif,

qui peut être suivi depuis l'écho jusqu'à la période des stéréotypes démentiels, « et dont une activité idéo-hallucinatoire fait tout le travail » [69] (t.1, p. 83-102 ; cf. [62], p. 612).

Ainsi Ey déclare-t-il qu'« il faut donc réintégrer l'hallucination dans le délire, à sa place, non pas à la base mais dans sa masse. Disons plutôt dans son architecture ou sa structure, et dès lors (...) l'hallucination apparaît pour ce qu'elle est, un effet et non une cause du délire ».

Après toutes ces observations, il donne sa définition des *Psychoses délirantes chroniques fantastiques* caractérisées par : « l'énorme production délirante à thèmes multiples principalement mégalomaniacques et cosmiques, une pensée archaïque, magique ou paralogique indifférente dans l'élaboration de ses conceptions aux valeurs logiques d'une intelligence par ailleurs intacte, la conservation d'un bon rapport avec le monde réel malgré l'absurdité de la fiction qui s'y juxtapose ou s'y superpose et l'absence de détérioration psychique notable, même à la fin de l'évolution ». Il souligne l'importance du passage « d'une éruption hallucinatoire généralement acousticoverbale et somatique à une fabulation qui, effaçant les limites du réel et de l'imaginaire, transforme le dialogue hallucinatoire en énoncé soliloque ». Mais il arrive parfois que ce « mouvement créateur, cette production infinie d'imaginaire s'arrête, et (que) le délire fantastique se fige (*encapsuled*) en se concentrant sur certains thèmes privilégiés (mystiques, mégalomaniacques, de persécution, de métamorphoses sexuelles, etc.). Ces "enkystements" en quelque sorte cicatriciels cachent parfois au clinicien les phases matricielles et le long itinéraire délirant dont ils sont les séquelles » [64] (p. 839-840).

« La structure même de cette espèce de Délire c'est bien son caractère essentiellement idéologique. Et par idéologie, il faut entendre une conception du monde empruntée par le Délire, non pas à la communauté sociale ou religieuse mais à la singularité de la production pathologique du délirant. (...) ». Cette forme d'aliénation « se présente dans la clinique comme un discours (...), comme un jeu de signifiants qui, produit par le Sujet, (...) ignore d'un côté ce qu'il pense de l'autre. (...) » et « pour si fantastique que soit le Délire, le délirant se contente de le "dire", de l'écrire (de le croire...) » [64] (p. 837-838). Parfois ce délire fantastique peut en revenir à sa forme hallucinatoire primitive, à un pur automatisme mental. Dans cette éventualité, en se résorbant, il se perpétue et il ne subsiste que « l'écoute furtive ou les échanges d'une communication avec un "au-delà" », une hallucination réduite à une simple routine rituelle.

Sur le plan nosographique, Ey, dans ses derniers travaux, semble abandonner la promotion des formes post-mélancoliques (syndrome de Cotard) et post-maniacques (paraphrénies expansives) à la conception psychiatrique française traditionnelle qui y voyait avant tout des troubles de l'humeur.

Lors du Colloque de Bonneval de 1946 sur « Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses » [65], Lacan critique la référence organiciste de Henri Ey (cf. « Propos sur la causalité psychique », 1946). Pour Lacan, l'organicisme de la psychiatrie classique est « une doctrine du trouble mental ... incomplète et fautive » [73] (p. 152). Il considère que l'organo-dynamisme de Ey s'inclut complètement dans cet organicisme « par le seul fait qu'il ne peut rapporter la genèse du trouble mental en tant que tel, qu'il soit fonctionnel ou lésionnel dans sa nature, global ou partiel dans sa manifestation, et aussi dynamique qu'on le suppose dans son ressort, à rien d'autre qu'au jeu des appareils constitués dans l'étendue intérieure au tégument du corps » [73] (p. 152).

Lacan reproche notamment à H. Ey cette formule : « l'atteinte du Moi se confond en dernière analyse avec la notion de dissolution fonctionnelle ». H. Ey répond à cette critique que son organicisme « n'a plus rien de mécaniste » [65] (p. 56).

C'est l'« organicisme naturel » de Moreau (de Tours) et de Jackson qu'H. Ey dit avoir voulu retrouver. « Mais que Lacan (ni personne) ne s'y trompe pas : ce n'est pas pour reprendre à mon compte les thèses mécanistes que j'ai toujours combattues plutôt et, je pense, mieux que lui-même. En admettant que la folie est conditionnée par un accident survenu à "l'intérieur du tégument" de l'organisme, je ne veux pas devenir un "fabricant d'automate" non plus que l'hallucination ne m'apparaît comme

une mécanique, un “réveil-matin” qui mettrait en mouvement la folie ! Je me rends seulement à l'évidence qui m'est offerte, savoir que toute défaillance de l'organisation fonctionnelle entraîne une diminution de l'être, de la forme suprême de l'être qui est ce que nous appelons son “psychisme” de telle sorte qu'en lui ne se créent pas certes les “objets” de son délire comme le croyait G. de Clérambault mais que se constitue, comme un rêve, son délire » [65] (p. 57).

Soulignons que dans son *Traité des hallucinations* [64] (1973, t. 2) Ey se réfère aux thèses de Husserl et de Merleau-Ponty en produisant le concept de corps psychique. Ainsi dit-il que « le problème de l'Hallucination est celui de l'articulation du système de la réalité avec l'ontogenèse et l'organisation du corps psychique » [64] (p. 1 074). Il semble donc prendre ses distances avec cet organicisme, critiqué par Lacan, à partir de la phénoménologie.

À l'époque du colloque de Bonneval, pour Lacan, le Moi ne relève pas de la synthèse des fonctions de relation à l'organisme, d'une intégration fonctionnelle mais d'une aliénation du sujet à son image spéculaire : l'imaginaire. C'est donc à partir de la théorie du narcissisme et du sacrifice de l'imaginaire dans la répétition symbolique qui préside à l'*Au-delà du principe de plaisir* freudien qu'il fonde les polarités du délire entre narcissisme et masochisme primordial.

« Au départ de ce développement (psychique), voici donc liés le Moi primordial comme essentiellement aliéné et le sacrifice primitif comme essentiellement suicidaire : c'est-à-dire la structure fondamentale de la folie » [73] (p. 187).

Réfutant avec fermeté la théorie organo-dynamique, il pense que la causalité du symptôme psychotique ne peut être que psychique.

Dans son texte de 1958, « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » [73] (p. 531-583), Lacan reprend la question de cette causalité psychique d'un point de vue structural. Il relève les propriétés du signifiant et introduit le concept de forclusion du-Nom-du-Père à partir de celui de la *Verwerfung* freudienne.

■ Jean-Claude Maleval, la paraphrénisation ou l'autothérapie du délire

J.-C. Maleval [74], à partir de l'enseignement de Lacan, réhabilite le concept de paraphrénie en lui donnant un sens nouveau. Son travail sur la psychose se situe dans une approche structurale, les problèmes nosographiques ne se posent plus en tant que tels mais s'envisagent comme positions du sujet dans la structure. Il propose une échelle des délires, inspirée de Lacan [73] pour en faire les paliers d'une dynamique structurale corrélative de « l'inconscient à ciel ouvert » (Freud) structuré comme un langage (Lacan [75]).

En 1996, dans *Logique du délire* [74], Maleval montre qu'il y a dans la psychiatrie classique un courant de pensée, qui trouve son origine au milieu du XIX^e siècle, auquel participent la plupart des auteurs majeurs de la psychiatrie classique (W.Griesinger [76], J.-P. Falret [77], E.C. Lasègue [78], V. Magnan [12], E. Kraepelin [2], Régis [79], P. Sérieux et J. Capgras [16], G. de Clérambault [63], J. Lévy-Valensi [80]), et qui admet l'existence d'une « spécificité du délire irréductible à toute autre formation psychique » et même d'une logique évolutive du délire.

Selon Maleval, W. Griesinger, dans son *Traité des maladies mentales* [76] (1845), serait le premier à présenter une nosologie qui, construite sur l'évolution des formes cliniques, lui permet d'isoler les délires chroniques. P. Bercherie note que cette idée empruntée à Zeller est très en faveur en Allemagne à l'époque de la *monopsychose*. En fonction de cette thèse « toutes les formes de la folie ne seraient que les phases successives d'une même maladie » [29] (p. 66).

Les formes que décrit Griesinger [76] correspondent aux différentes phases d'une même évolution qui irait de la phrénalgie initiale, obscur sentiment d'angoisse, de douleur morale,

à la démence complète terminale, étant entendu qu'à chaque étape cette évolution peut se fixer ou régresser [29].

J.-P. Falret [77] inaugure une nouvelle clinique qui tente de décrire de « vraies espèces morbides » avec des symptômes spécifiques « et un mode de développement prévu à l'avance » (*Des Maladies mentales et des asiles d'aliénés* [77], 1864). Il décrit trois étapes du processus d'envahissement du sujet par le délire :

- une période d'incubation, dominée par l'angoisse, la douleur morale, la prostration et caractérisée par l'apparition de « l'aptitude à délirer » ;
- une période de systématisation quand « le trouble vague et général des facultés intellectuelles et affectives » s'incarne dans « quelques séries d'idées déterminées » et dans une « élaboration continue et persévérante » ;
- une période de chronicisation marquée par la stéréotypie du délire qui devient immuable et alors incurable.

C. Lasègue autonomise le délire de persécution en tant qu'entité autonome [78] (1852). Il affirme que « dans tous les cas, le procédé est le même » [74] (p. 21) et ne connaît que deux phases :

- une phase de « malaise indéfinissable », portant sur des éléments jugés de prime abord insignifiants, pouvant être accompagnés de phénomènes interprétatifs et d'hallucinations verbales, toute hallucination visuelle étant cependant exclue ;
- une seconde phase, quand l'aliéné cherche la cause de ses souffrances.

V. Magnan [12] reprend cette description du délire de persécution en la systématisant sous le nom de « délire chronique à évolution systématique » et montre qu'il y a « une marche régulière, méthodique, offrant dans son évolution successive quatre étapes bien tranchées » :

- une première période dite d'incubation et d'inquiétude quand apparaissent méfiance, interprétation, signification personnelle attribuée aux faits et hallucination de l'ouïe ;
- une deuxième période, dite de persécution et de systématisation, caractérisée par des hallucinations, illusions auditives, écho de la pensée, stéréotypie du délire et apparition de néologismes.
- une troisième période dite de grandeur, quand justement les idées de grandeur apparaissent soit par déduction logique ou hallucination, soit spontanément. On note alors une atténuation du délire de persécution tandis que la mégalomanie s'accroît.
- une quatrième période, dite de démence, quand l'activité intellectuelle s'affaiblit notablement, que le malade devient indifférent alors que son discours, incohérent, est semé de néologismes. Cette quatrième période ne constitue pourtant pas la règle et paraît être fortement corrélée avec la vie asilaire de l'époque.

Selon Maleval, l'apport de Lasègue, repris par V. Magnan [12], à cette étude de la logique évolutive du délire paranoïaque, « consiste à souligner que le thème de persécution constitue une construction postérieure à un moment initial de “malaise indéfinissable” » [74].

■ Synthèse de l'évolution nosographique

La grande synthèse nosographique qu'E. Kraepelin effectue au fil des différentes éditions successives de son *Traité* (neuf éditions, 1883-1913), repose essentiellement sur l'idée d'évolution, et c'est la notion d'*état terminal* qui lui semble caractériser la maladie. La démence précoce s'achève dans un état dementiel, alors que la psychose maniacodépressive se caractérise par des accès circulaires, entrecoupés de rémissions, n'entraînant pas d'affaiblissement intellectuel, et que la paranoïa se caractérise par un système délirant « durable et impossible à ébranler » sans évolution vers la démence.

Dans son *Précis de psychiatrie* (1906) E. Régis [79] propose une *Synthèse clinique des délires systématisés essentiels*. Il y décrit lui aussi quatre phases.

Une première phase d'inquiétude correspond à « la période hypocondriaque de Morel [81], à la période d'incubation de Falret père, à la période d'inquiétude de Magnan, que l'on pourrait aussi appeler période de concentration analytique ou d'analyse subjective, en raison de cette tendance à l'analyse inductive qui prédomine à ce moment chez le malade ».

Dans la seconde période, le malade imagine une explication rationnelle de ses souffrances, et trouve « la formule de son délire ». Il s'agit du délire de persécution, décrit par Charles Lasègue [78], une période d'explication délirante.

Dans un troisième et dernier stade, *stade de transformation de la personnalité*, « une modification importante a lieu dans l'état du sujet qui de persécuté devient ambitieux ». La personnalité tout entière de l'aliéné se trouve transformée : il est prince, roi, prophète, Dieu. Dès lors, le malade reste incrusté dans cet état. De nombreux malades n'arrivent pas à la quatrième période décrite par Magnan [12].

J.-C. Maleval [74] considère que l'ensemble des données recueillies par Régis [79], constitue l'un des joyaux, peu exploités, du trésor clinique de la psychiatrie classique.

P. Sérieux et J. Capgras, dans *Les Folies raisonnantes* [16] (1909), donnent une description du « délire d'interprétation » en essayant de saisir non pas « la seule couleur des idées délirantes » mais « le groupement spécial des symptômes et l'évolution tout entière des troubles morbides ». Leur description est très proche de celles des délires chroniques faites par Falret [77], Magnan [12] et Régis [79] : période d'incubation ou d'élaboration, période de systématisation ou période d'état quand l'interprétation délirante y abonde et que survient une révélation mettant le sujet dans la certitude absolue. La systématisation progresse alors de façon plus ou moins rigoureuse en fonction d'une cristallisation d'interprétations fondées sur une conception ou d'une tendance prédominante : idée de grandeur, de persécution parfois mystique, érotique ou de jalousie.

J.-C. Maleval [74] note bien les différences plus ou moins grandes d'interprétation selon les auteurs, mais ne juge pas inutile de rapprocher les théories pour cerner l'évolution indéfinie du délire d'interprétation, les troubles n'allant pas vers un affaiblissement intellectuel.

Dans les années 1920, G.-G. de Clérambault [63] produit sa théorie de l'automatisme mental. Il isole et décrit les psychoses passionnelles. Pour lui, l'automatisme à son début est un syndrome non sensoriel primitif et neutre. Il élabore son vaste syndrome « S » incluant les délires, certains états observés tout aussi bien au cours de l'épilepsie, de l'alcoolisme chronique, de la démence précoce, et dans certaines formes d'affaiblissement sénile. Il considère que « l'automatisme est au début un syndrome non sensoriel : pensée devancée, énonciation des actes, impulsions verbales, dévidage muet de souvenirs, disparition de la pensée, jeux verbaux parcellaires, le tout étant éprouvé comme d'origine étrangère ». Il distingue le petit automatisme mental ou syndrome de passivité. Les hallucinations verbales thématiques arriveront ultérieurement, des automatismes moteurs et sensitifs pouvant s'y ajouter et constituer ce qu'il appelle le triple automatisme (mental, moteur, sensitif).

J.-C. Maleval note que Clérambault montre que l'évolution générale « se fait du neutre et de l'abstrait vers le concret et le thématique. Le syndrome S cesse progressivement d'être neutre et tend à nourrir des thèmes de persécution. » [74] (p. 27-28).

Ce syndrome d'automatisme mental, observé par Clérambault au début de la plupart des psychoses délirantes chroniques, constitue « un trouble pour ainsi dire moléculaire de la pensée élémentaire ». Lacan y verra une description du « déchaînement du signifiant » qui se rencontre au début de la psychose.

Le délire est pour Clérambault [63] une « superstructure » par rapport à l'automatisme mental initial, qui ne serait qu'une « décoration cachant une architecture », en fait « une construction intellectuelle secondaire ». Sa description soulève des questions en ce qui concerne la période d'incubation. Contrairement à d'autres auteurs, c'est l'indifférence anidéique qui prédominerait car c'est lorsque les hallucinations surgissent que le malaise apparaît. Pour J.-C. Maleval [74], la clinique est

suffisamment diverse pour donner raison aux deux conceptions, bien que la période initiale soit très souvent vécue dans l'angoisse.

Dans son *Précis de psychiatrie* [80] (1926), Lévy-Valensi donne l'une des descriptions les plus achevées du « délire chronique de Magnan ». Cette forme assez peu fréquente, voire « exceptionnelle » du délire, a valeur de « schéma ». Lévy-Valensi y distingue quatre phases :

- une période d'incubation, d'analyse subjective, de malaise, et d'hypocondrie ;
- une période d'état ou hallucinatoire ou de systématisation ;
- une période mégalomaniaque ;
- une période de démence.

J.-C. Maleval [74] souligne que l'une des originalités de cette description est la subdivision introduite dans la deuxième période dite d'état, scindée en un stade d'organisation et un stade de systématisation avec présence d'hallucinations. Pour Lévy-Valensi [80], « c'est sur ce fonds hallucinatoire, associé aux interprétations que le malade va organiser, puis systématiser son thème délirant ». Cette articulation est le plus souvent implicite dans les travaux de ses prédécesseurs. Ainsi, dans sa description formelle la plus achevée, « la logique évolutive du délire chronique apparaît ainsi pouvoir être schématisée en cinq phases ».

Il résulte de toutes ces théories que, selon J.-C. Maleval [74], l'évolution du délire ne peut être appréhendée que si l'on prend un certain recul à l'égard de la phénoménologie immédiate de la psychose. Une construction de la part de l'observateur s'avère nécessaire pour mettre en évidence, au-delà des contenus imaginaires, l'existence d'une structure. Avant l'introduction du terme de structure en psychopathologie, certains cliniciens avaient une approche structurale avant la lettre et distinguaient déjà une logique évolutive du délire, quand d'autres prénaient l'analogie du rêve et du délire qui les menait nécessairement vers un abord astructural.

Pour les partisans de l'approche structurale, le délire ferait partie d'un mode de défense spécifique, auquel seuls toutefois certains sujets pourraient recourir. Le fait de situer la paraphrénie à l'apogée du délire n'est pas une thèse défendue par la psychiatrie traditionnelle qui en fait, comme nous l'avons vu, une forme intermédiaire entre délires paranoïdes et paranoïaques. Elle considère les délires paranoïdes comme une désagrégation, alors que les délires paranoïaques, seraient, eux, structurés selon une rationalité dont les présupposés, certes erronés, n'en constitueraient pas moins une approche relativement cohérente de la réalité. Dans ce cadre, la paraphrénie se situe donc entre deux polarités, quand, tout à la fois, le délire est incohérent, qu'il se structure à partir du vidage de son contenu et que, pourtant, le sujet maintient un rapport apparent avec la réalité.

J.-C. Maleval [74] emprunte à la psychiatrie classique la notion d'une logique évolutive du délire qui, selon une tripartition périodique, va de la perplexité initiale à la structure mégalomaniaque, en passant par un temps d'élaboration inquiète. Il remarque toutefois que la succession de ces périodes a pu être imputée à une déduction raisonnée qui ne s'expliquerait que par une psychologisation de la conscience que Freud réfute totalement [8] (p. 296).

Tout en soulignant une rupture entre les approches psychiatriques et psychanalytiques du délire, il pense qu'il est « possible de montrer que de leur rapprochement surgit une logique nouvelle » qui « préside à la succession réglée, non pas de trois phases, mais de quatre » [74] (p. 91), une logique quaternaire du délire esquissée par Lacan quand il montre que dans le cas Schreber, l'évolution du délire est liée à sa position sur l'éviration qui constituait évidemment une préoccupation majeure, d'abord « objet d'horreur ..., puis acceptée comme un compromis raisonnable (...), dès lors parti pris irrémédiable (...) et motif futur d'une rédemption intéressant l'univers » [73] (p. 564).

La première période, d'incubation, révèle une carence paternelle fondamentale caractérisée par la perplexité, le trouble hypocondriaque, une angoisse extrême attribuée à une « délocalisation de la jouissance » (le processus) dont les avatars furent repérés comme phénomènes élémentaires.

La deuxième période n'existe que par la mobilisation des signifiants qui vont donner naissance à la troisième période, quand la jouissance est localisée dans l'Autre jouisseur (le persécuteur), dont le sujet serait l'objet. Le délirant se construit alors une explication et fait appel à une fonction paternelle capable de tempérer « la jouissance délocalisée ». La perplexité est cependant toujours de mise et le délire ne parvient pas à se structurer, à se présenter sous une forme paranoïde. Malgré tout, la jouissance de l'Autre se trouvant identifiée, le sujet va retrouver une certaine assise et être un peu plus l'ordonnateur de son existence. Puis, le délire se systématisant, des persécuteurs multiples sont localisés et se substituent à la violence née de l'initiative de la figure du persécuteur unique (l'Autre).

La quatrième période, c'est l'accession à une néoréalité qui permet au sujet une pacification de la jouissance dans le cadre d'une construction mégalomane, quand il a enfin la certitude d'avoir acquis un savoir essentiel. C'est alors le stade de la paraphrénisation.

J.-C. Maleval [74] s'est donc engagé dans une nouvelle analyse de l'élaboration délirante qui prend en compte le concept lacanien de jouissance (corrélation de la libido freudienne au masochisme primordial) contenu par le délire paraphrénique. La jouissance serait intrusive (processus et automatisme, ...) à cause de la forclusion du signifiant du Nom-du-Père (*Verwerfung*).

Avant cette analyse faite par J.-C. Maleval [74], les principaux aliénistes issus de la tradition classique avaient bien observé que les paranoïques ne guérissaient pas, mais, qu'avec le temps, selon la formule de Tanzi [82, 83], ils « désarmaient », l'atténuation du délire de persécution s'accompagnant souvent du développement des idées de grandeur si caractéristiques de la paraphrénie [12].

L'approche psychanalytique de J.-C. Maleval [74], en se référant à ce que Lacan a appelé « jouissance de l'Autre », quand la libido faisant retour sur le sujet est vécue comme insupportable, restreint et précise le champ du concept de paraphrénie « en le situant du consentement à la jouissance de l'Autre et de l'épanouissement de la mégalomanie qui en témoigne ». À partir de l'épisode emprunté au cas Schreber, ce consentement à la « jouissance de l'Autre » permettant d'accéder à un idéal mégalomane et qui consiste dans ce cas précis à « devenir la femme de Dieu », J.-C. Maleval restreint le champ du concept de paraphrénie, qui n'apparaît plus comme une forme intermédiaire entre délire paranoïde et paranoïaque, mais qui vient se placer au terme d'une logique évolutive du délire chronique. Pour en arriver à cette révision, il s'est appuyé sur l'appareillage structural formulé par Lacan (schéma I) [73] (p. 571).

Conclusion

La paraphrénie est apparue dans la littérature psychiatrique en 1863 dans le travail de Kahlbaum [1], et c'est Kraepelin qui, en 1912 [2], en fait une entité à part entière. Elle est alors caractérisée par l'apparente contradiction entre le caractère aberrant et très floride du délire et la non moins apparente adaptation du sujet à la réalité. Du fait de ce « paradoxe », la psychiatrie a donc placé la paraphrénie entre les deux polarités que sont la schizophrénie, longtemps considérée comme une démence ou une désagrégation de la personnalité, et la paranoïa, caractérisée par une systématisation inébranlable et rationnelle dans ses formes, mais fondée sur un rapport erroné du sujet à la réalité.

Claude introduira dans la théorie deux grands paradigmes bien délimités et opposés, les psychoses paranoïdes et les psychoses paranoïques, entre lesquelles il va intercaler la forme paraphrénique dont il qualifie l'activité délirante de « paralogique », terme qui fait charnière entre une approche mécaniste de la dissociation et une autre qui se rattache à la fonction logique. Ce que Claude repère comme paralogique devient pour Nodet la structure même de la croyance paradoxale du délire quand il oppose l'action de la lésion aux dissolutions capacitaires et à l'involution de la personnalité qui relève de la structure. Le « processus » serait cause de la « dissolution » de l'organisation psychique et une fois ce processus éteint, resterait un ensemble

de « croyances délirantes tressées » à ce niveau de l'organisation psychique. Une organisation délirante cicatricielle s'enrichirait alors d'un « autodidactisme actif ».

Cette thèse de Nodet se réfère à l'organo-dynamisme de H. Ey pour lequel les délires paraphréniques ne sont « point des délires vécus, pensés, médités, rêvés, mais des délires parlés qui ne peuvent être tus » [64]. Ey repère, au point même où Claude avait formulé le terme de *paralogisme*, le fait qu'il s'agit de formes qui supportent un contenu délirant raréfié, qualifié d'*anidésisme* par Clérambault [63]. Dans cette approche, Ey fait reposer la paraphrénie sur l'hypothèse d'une désagrégation des fonctions de la pensée rationnelle alors que Lacan [73] pose la causalité psychique du délire comme entrant dans la perspective freudienne du délire, véritable « inconscient à ciel ouvert ».

En fait, lorsque J.-C. Maleval [74] parle de mobilisation du signifiant au départ de la construction délirante, là même où Ey repère l'émergence de formes presque vidées de leur contenu, il s'agit de ce noyau de la structure profonde dont parle Nodet [23] et qui relève chez Lacan d'un système décrit à partir de catégories linguistiques (message de code, code de message) [73].

Il semblerait donc qu'une archéologie du concept de paraphrénie dans l'histoire de la psychiatrie mène à une convergence vers ce lieu où s'exprime la structure à minima. Nodet aurait considéré qu'il s'agit de métaphysique dans la mesure où cette approche lacanienne relève de la linguistique structurale. Si le concept de paraphrénie a disparu dans les DSM, cette disparition est liée au fait qu'une nouvelle nosographie fondée sur l'efficacité des molécules, dans un cadre pharmacologique, relève d'une tout autre approche.

■ Éléments de sémiologie et nosographie

Nous ne reprendrons pas, ici, les éléments historiques de la discussion concernant la position nosographique portant sur ces délires, c'est-à-dire la comparaison entre « délires d'imagination » décrits par l'école française et « paraphrénies » de Kraepelin. Toutefois « aux yeux des diverses écoles, il a paru nécessaire de grouper dans un même cadre ces formes de délires à forte charge imaginative auxquelles les modalités archaïques de la pensée magique confèrent un aspect paralogique ou "déréel" » qui contraste paradoxalement avec l'intégrité de la pensée logique et l'adaptation au réel » [84].

Dans la quatrième édition de leur *Manuel de psychiatrie*, H. Ey, P. Bernard et Ch. Brisset définissent les délires fantastiques comme une « forme clinique des délires chroniques caractérisés par la luxuriance fantastique de la production délirante en contraste avec une bonne adaptation à la réalité » [84] (p. 516).

Cette description est encore reprise en 1980 par J.-P. Huber et Ph. Fornari [85], pour lesquels les délires fantastiques sont des « psychoses délirantes chroniques » en général caractérisés par :

- le caractère fantastique des thèmes délirants ;
- la richesse imaginative du délire ;
- la juxtaposition d'un monde fantastique au monde réel auquel le malade continue à bien s'adapter ;
- l'absence de systématisation ;
- l'absence d'évolution déficitaire alors que les capacités psychiques de ces malades restent remarquablement intactes.

Selon Henri Ey [62], leur étude clinique révèle toutefois quatre aspects majeurs.

Pensée paralogique

Une pensée paralogique, véritable pensée magique littérale « éffrénée » dans laquelle la fantaisie a libre cours, fait peu de cas de toute vraisemblance logique quand « la fable délirante se développe (...) hors de toutes les catégories de l'entendement » et que « l'espace et le temps sont pliés à cette fantasmagorie ». Les thèmes alors abordés par le sujet sont multiples : fabuleuses maternités, palingénésie, mythes de la création,

métamorphoses corporelles ou cosmiques ou personnages qui induisent la confusion. Les figures et les scènes monstrueuses de cette mythologie l'apparentent aux productions mythiques et leur aspect extraordinairement esthétique aux créations surréalistes.

Mégalomanie

Celle-ci fait que ces malades se présentent souvent comme des persécutés. Ils sont traqués, harcelés par des persécuteurs innombrables et développent des thèmes d'influence, de persécution, des idées d'empoisonnement, de grossesse, de transformation d'organe, d'expérience d'envoûtement. L'aspect mégalomane, caractéristique fondamentale de ce délire, se perçoit bien souvent dans l'élargissement cosmique de ces thèmes délirants.

Fabulation

La fabulation prime sur les hallucinations, très souvent présentes, qui font partie d'une production imaginative et idéique luxuriante dans laquelle se développe ce délire. Elles tendent généralement à s'effacer au fur et à mesure que l'imagination vient submerger les hallucinations (syndrome d'automatisme mental, hallucinations psychique verbale, parfois même visuelle, etc.).

Intégrité paradoxale de l'unité de la synthèse psychique

Elle est caractérisée par un très grand contraste entre les conceptions paralogiques, la mythologie du délire et une adaptation à la réalité quotidienne, alors que les capacités intellectuelles, la mémoire et le comportement social peuvent rester intacts.

■ Évolution

Dans le cas des paraphrénies, elle se fait très fréquemment sur plusieurs années pour aboutir à un délire chronique. Selon Ey, après une phase d'élaboration active, le délire fantastique se fixe indéfiniment sur des thèmes essentiels quand il s'agit de la forme dite systématique.

L'évolution peut aussi aboutir à une forme de délire fantastique avec syndrome d'automatisme mental (voix, écho de la pensée, télépathie) d'où le délirant tire des sources d'informations surnaturelles et magiques à propos d'événements qui appartiennent à un monde incompréhensible.

On peut aussi rencontrer des formes expansives dans lesquelles la psychose évolue par poussées « avec exaltation psychique » et « grande fécondité délirante ». Ces formes de paraphrénies seraient d'un meilleur pronostic, le délire ayant tendance à s'atténuer et à s'appauvrir avec les années.

L'évolution peut aussi conduire à l'incohérence idéoverbale avec schizophasie et pensée de plus en plus hermétique. Ces formes tardives d'évolution schizophrénique ne sont pas rares et d'ailleurs, dans le contexte de l'école de Kraepelin (W. Mayer) [36], des formes particulièrement « florides », délires paraphréniques ou fantastiques (Janzarik, 1959) [86] ont été englobées dans le groupe des schizophrénies.

Les trois formes de délires précédemment citées, formes systématiques, fantastiques ou expansives, se retrouvent souvent dans le cadre des psychoses délirantes chroniques (délires systématisés, psychoses hallucinatoires chroniques, paraphrénies, schizophrénie). « Il ne s'agit que d'espèces d'un même genre : celui que l'on appelait avec Magnan (1890) le "délire chronique progressif" avec sa première phase d'idée de persécution et d'interprétation, sa deuxième phase d'hallucination de l'ouïe, sa troisième phase de mégalomanie, et sa quatrième phase de déficit plus ou moins dementiel. Chacune des diverses espèces de délires chroniques représente un type de délire stabilisé ou en voie d'organisation à une de ces phases... Le délire systématisé est un roman bien construit, le

délire fantastique un mythe poétique et la schizophrénie un langage symbolique et hermétique » [62].

Le problème de frontières est souvent posé entre la paraphrénie et le groupe des schizophrénies. Pour H.J. Kaplan et B.J. Sadock [87], le terme de paraphrénie est aussi bien utilisé comme synonyme de schizophrénie paranoïde pour signifier une évolution progressivement déficitaire que pour signaler la présence d'un système délirant bien systématisé. Les significations multiples du terme le rendraient en fait peu utilisable.

■ Diagnostic différentiel

Dans les formes systématisées de délires passionnels ou d'interprétation, il est relativement facile de percevoir si le thème délirant, qu'il soit de persécution ou autre, « est un système de croyances et de convictions, (...) détaché de l'expérience sensible actuelle. Car les "postulats fondamentaux" commandent toute la conduite du sujet, les interprétations forment un travail de raisonnement ou de construction qui se déduit pour ainsi dire des convictions, etc. C'est le caractère de rationalisation secondaire, de raisonnement ou de démonstration pseudoraisonnante qui permet de ne pas les confondre avec les expériences des psychoses délirantes aiguës qui offrent le caractère d'un trouble plus global et passif de l'expérience perceptive » [84].

Pour Ey, « les psychoses délirantes aiguës sont à base de troubles psychosensoriels, imaginatifs ou intuitifs pris dans la masse d'une expérience sensible actuelle, tandis que dans ces délires chroniques, il s'agit essentiellement d'une construction appelée parfois à tort, noétique (intellectuelle) car, bien qu'elle soit constituée d'idées et de croyances, celles-ci reflètent toujours le dynamisme des couches profondes instinctivo-affectives » [64].

Dans les cas de psychoses hallucinatoires ou paraphréniques le diagnostic s'avère plus délicat, car le caractère fantastique ou fabulatoire ou la référence à des voix peuvent le rendre ambigu dans le sens où il peut laisser croire qu'il s'agit d'expériences perceptives [88] et certains auteurs comme Schröder [89], Claude [52], Ceillier [90], en soulignent le caractère pseudo-hallucinoire.

Dans le cadre des délires paraphréniques, les auteurs insistent en revanche sur la clarté de la conscience, le caractère dogmatique et fixe des convictions, et la plasticité des fausses perceptions « qui loin d'être des phénomènes automatiques et passifs se présentent en clinique avec tous les attributs d'une pensée discursive et active, (...) qui se déroule dans un monde imaginaire (...), mais ouvert à la communication avec autrui. Autrement dit, le délire est ici plus pensé et parlé que vécu » [64].

En résumé, la plupart des auteurs, Lempérière, Féline [91], Hardy-Baylé [92], etc., distinguent deux modalités d'élaboration délirante, la paraphrénie confabulante (délire d'imagination) et la paraphrénie fantastique [91, 92].

La paraphrénie confabulante (délire d'imagination), quand un certain degré de systématisation permet encore aux créations imaginatives d'être plus ou moins reliées et compréhensibles et quand le contenu des thèmes est plus ou moins lié à une réalité sociale, se nourrit de l'actualité, les idées de grandeur étant souvent liées à un thème de filiation. La fabulation procédant ainsi du réel s'alimente de divers récits, télévision, radio, et peut aussi utiliser des éléments du passé qu'elle transfigure (héritages fabuleux, rapt d'enfants, filiation royale).

La paraphrénie fantastique survient quand il y a juxtaposition de thèmes délirants grandioses, cosmiques, riches en fiction, avec un relâchement notable des liens les unissant, alors que malgré tout l'impénétrabilité du discours reste relative grâce à une certaine cohérence dans l'extravagance (thèmes de métempsychose, d'avatars cosmogoniques, etc.). Dans cette forme de paraphrénie fantastique peuvent se glisser des éléments hallucinatoires et une exaltation maniaque, « le discours (...) visionnaire projetant une fantasmagorie féerique ou dramatique de l'univers que le malade, emporté par son inspiration ou son illumination, livre avec une complaisance

évidente et un grand bonheur d'expression. Les fantasmes de toute-puissance individuelle s'érigent dans un monde merveilleux où dominant l'*énormité*, la confusion du simultané et du successif, la dissolution du temps et de l'espace, la multiplication des personnages ubiquitaires » [91] (p. 283). Ce discours est souvent doublé d'une production graphique et picturale d'une exceptionnelle fantaisie.

Les paraphrénies débuteraient en général avant 40 ans et le diagnostic serait évoqué lorsque le mécanisme imaginatif prévaut sur les éléments hallucinatoires et interprétatifs, malgré la présence essentielle d'éléments hallucinatoires venant également alimenter le délire, un délire « plus parlé que vécu » et que la fiction délirante se déploie alors comme une fiction poétique ou romanesque incluant des thèmes de grandeur, le degré de systématisation variable permettant alors de distinguer les deux formes de paraphrénie.

■ Traitement

L'inventaire des indications thérapeutiques (Guelfi, Boyer, Consoli) montre tout « l'intérêt qu'il y a à conserver ces catégories diagnostiques. Ce qu'on sait sur elles n'est pas tout à fait certain mais tend à mettre en évidence les différences. Il faut souhaiter des études comparatives pour confirmer ou infirmer les données actuelles. En attendant, ce serait une attitude réductrice injustifiée de se limiter aux simplifications des classifications internationales. D'ailleurs, elles ne nient pas la diversité. Elles se limitent à retenir ce qui est l'objet d'un consensus et tout ce qu'elles signifient c'est qu'il n'y a pas de consensus sur cette diversité » [93].

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que les traitements neuroleptiques sont relativement peu efficaces sur le délire proprement dit, mais qu'ils permettent de contrôler l'exaltation thymique, les phénomènes hallucinatoires et les poussées de réactivation délirante.

Dans *Médicaments antipsychotiques : évolution ou révolution*, J.-P. Olié, J. Daléry et A.M. Azoui [94] notent, dans le chapitre consacré aux délires chroniques non schizophréniques et notamment aux délires fantastiques (paraphrénies), que ces cas ne sont pas si rares, et que si les psychiatres en rencontrent peu, c'est parce que ces cas autorisent une relative adaptation sociale. Ces malades ne consultent pas ou ne sont pas signalés, et un certain nombre sont en situation d'exclusion, « leur pathologie leur permettant une adaptation suffisante pour avoir recours aux systèmes d'assistance mais insuffisante pour se réinsérer ». Ils constatent que les études thérapeutiques concluent en général à la faible efficacité des neuroleptiques.

Dans les manuels de A. Porot [95], J.-D. Guelfi [93], A. Degiovanni [96], les auteurs soulignent tous que pour les paraphrénies « comme pour les autres délires chroniques, on conseille les neuroleptiques sédatifs en cas d'agitation et d'anxiété, à des doses légères ». Les auteurs mettent également en valeur le fait que les sujets concernés sont peu accessibles à la psychothérapie, le pronostic d'amélioration étant très médiocre. Un « abord psychodynamique et les mesures institutionnelles et sociales limitent généralement le risque de désocialisation et favorisent des aménagements plus satisfaisants » [93] (p. 230).

Maleval recommande, quant à lui, de « ne pas se précipiter à vouloir "ramener le sujet à la réalité" (laquelle ?) » mais de « consentir à une écoute bienveillante du délire, sans chercher à le conforter » [74] (p. 195). Il ajoute que, lorsque « un travail psychanalytique s'engage avec un psychosé, le fait le plus communément rencontré consiste en un apaisement de la délocalisation de la jouissance, du seul fait sans doute d'un investissement massif sur la présence de l'analyste. Certaines cures conduisent à un aménagement du délire qui le rend plus compatible avec la vie sociale ; dans d'autres cas le délire s'amenuise jusqu'à disparaître tandis que le sujet parvient à élaborer une suppléance à la forclusion du Nom-du-Père. Il produit alors une invention singulière qui opère une pacification de la jouissance » [74] (p. 201).

■ Références

- [1] Kahlbaum K. *Die Gruppierung der Psychischen Krankheiten*. Dantzig: Viefeman; 1863.
- [2] Kraepelin E. *Psychiatrie (1909-1913)*. Leipzig: Barth; 1915.
- [3] Séglas J. La paranoïa. Délire systématisés et dégénérescences mentales. Historique et critique. *Arch Int Neurol* 1887;13:62-76 (221-32, 393-406).
- [4] Dupré E, Logre J. Les délires d'imagination. *Encéphale* 1911;3: 209-35.
- [5] Ballet G. La psychose hallucinatoire chronique. *Encéphale* 1911;2: 401-11.
- [6] Ey H. *Traité des hallucinations*. Paris: Masson; 1973.
- [7] Bleuler E. Die Dementia praecox. In: Aschaffenburg G, editor. *Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig: Deuticke; 1911.
- [8] Freud S. Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Dementia paranoides (1911)). In: *Cinq psychanalyses*. PUF: Paris; 1973. p. 315.
- [9] Bayle AL. *Nouvelle doctrine des maladies mentales*. Gabon: Paris; 1825.
- [10] Bayle AL. *Traité des maladies du cerveau et des membranes*. Gabon: Paris; 1826.
- [11] Kraepelin E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Leipzig: Barth; 1899.
- [12] Magnan V, Sérieux P. Le délire chronique à évolution systématique. In: Marie A, editor. *Traité international de psychologie pathologique, T. II*. Paris: Alcan; 1911. p. 605-39.
- [13] Magnan V. In: Sérieux P. *Le délire chronique à évolution systématique. Les édifices du délire*. Paris: Navarin; 1987. p. 11-37.
- [14] Dupré E, Logre J. Les délires d'imagination, mythomanie délirante. *Encéphale* 1911;4:430-50.
- [15] Deny G, Sérieux P, Capgras J. Délires systématisés chroniques. In: Sergent E, editor. *Traité de pathologie médicale, T. VII*. Paris: Doin; 1921. p. 235-70.
- [16] Sérieux P, Capgras J. *Les folies raisonnantes et le délire d'interprétation*. Paris: Alcan; 1909.
- [17] Pfersdorff C. Über paraphrenien, deutsche Versammlung für Psychiatrie, 1914. *Allgemeine Zeitschrift Psychiatrie* 1918;71:766.
- [18] Gelma E. Contribution à l'étude de la paraphrénie confabulante et fantastique. 2^e fasc. Des travaux de la clinique psychiatrique de Strasbourg; 1922.
- [19] Frey B. Conception de Kraepelin et conception française concernant les délires systématisés chroniques. Étude comparée. [thèse], Strasbourg, 1923.
- [20] Claude H. Les psychoses paranoïdes. *Encéphale* 1925;23:137-49.
- [21] Ey H, Rouart J. *Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la Neuro-Psychiatrie (1936)*. Paris: Doin; 1938.
- [22] Ey H. *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*. Paris: l'Harmattan; 1975.
- [23] Nodet C. Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. Essai nosographique. [thèse], Paris; 1937.
- [24] INSERM. Classification française des troubles mentaux (1968). In: Cuau B, Zigante D, editors. *La politique de la folie*. Paris: Lutter / Stock; 1974. p. 147-62.
- [25] Organisation Mondiale de la Santé. *CIM-10. Classification Internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F): Troubles mentaux et du comportement*. Paris: Masson; 1994.
- [26] American Psychiatric Association. *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- [27] American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson; 1994.
- [28] Desmarquet J. Les délires chroniques à l'épreuve des classifications diagnostiques. *Cah EMC Psychiatrie* 1996;193(suppl):20-2.
- [29] Bercherie P. *Les fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique*. Paris: La bibliothèque d'Ornicar ?; 1980.
- [30] Kraepelin E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Stuttgart: s.n. 1879.
- [31] Nayrac P. Essai sur la démence paranoïde. [thèse], Lille, 1923.
- [32] Kraepelin E. Discours au Congrès des aliénistes de Bavière. *Zeitschrift Gesamte Neurol Psychiatrie* 1912;11:617-38.
- [33] Séglas J. La démence paranoïde. *Ann Med Psychol* 1900;12:232-46.
- [34] Durand VJ, Ledoux G, Benoit Y. A propos des paraphrénies. *Ann Med Psychol* 1958;II(1):15-59.
- [35] Krambach R. Über chronische paranoïde Erkrankungen (paraphrenie und paranoïd). *Arch Für Psychiatrie* 1915;15:911.
- [36] Mayer W. Über paraphrene psychosen. *Zeitschrift Gesamte Neurol* 1921;71:187-206.

- [37] Mayer Gros W. In: *Psychopathology of delusions. Rapport au premier congrès mondial de psychiatrie, T. I.* Paris: Hermann et Cie; 1950. p. 59-87.
- [38] Von Fischer S, Jaschke O. Zur nosologischen Stellung der Paraphrenie. *Zeitschrift Gesamte Neurol* 1931;**137**:791.
- [39] Stransky E. Die paranoiden Enkrankungen. *Zeitschrift Gesamte Neurol Psychiatrie* 1913;**18**:387.
- [40] Von Hösslin C. Die paranoiden Enkrankungen. *Zeitschrift Gesamte Neurol Psychiatrie* 1913;**18**:363.
- [41] Moravcsik E. Über paranoische Geistertarungen. *Allgemeine Zeitschrift Psychiatrie* 1916:219.
- [42] Krueger H. Über Paranoïa hallucinatoria. *Zeitschrift Gesamte Neurol* 1912;**12**:510.
- [43] Kehrer F. Der Fall Arnold, Studie zur neueren Paranoïalehre. *Zeitschrift Gesamte Neurol Psychiatrie* 1922;**74**.
- [44] Eisath G. *Paranoïa, Querulantenwahn und Paraphrenia*. Berlin: Springer; 1915.
- [45] Kolle K. Die Beteiligung der manisch-melancholischen Aulage am Aufbau paraphrener und paranoider Psychosen. *Zeitschrift Gesamte Neurol Psychiatrie* 1930;**131**:171.
- [46] Lange I. Die Paranoïfrage. In: *Aschaffenburgs Handbuch*. Leipzig: Wien: Deuticke; 1927.
- [47] Kleist K. Die paranoiden Schizophrenien. *Nervenartz* 1947;**18**:481.
- [48] Kleist K. Über paranoïder Erkrankungen. *Allgemeine Zeitschrift Psychiatrie* 1914;**71**:764.
- [49] Leonhard K. *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Berlin: Akademie-Verlag; 1965.
- [50] Leonhard K. *Communication, Premier congrès mondial de psychiatrie, Paris, 1950, C.R., T.2*. Paris: Hermann et Cie; 1952.
- [51] Clerc P. Le délire fantastique. [thèse], Lyon, 1925.
- [52] Claude H. Délire d'imagination et paraphrénie. *Concours Med* 1936;**19**:151-6.
- [53] Halberstadt G. L'opinion actuelle de Kraepelin sur la classification des états délirants. Le groupe des paraphrénies. *Rev Psychiatrie* 1912: 403-9.
- [54] Claude H. Les psychoses paranoïdes. *Encéphale* 1925;**20**:136-49.
- [55] Claude H. Sur les divers types de psychoses hallucinatoires chroniques. *Prog Méd* 1924;**14**:209.
- [56] Claude H, Montassut M. Délimitation de la paranoïa légitime. *Encéphale* 1926;**21**:214-6.
- [57] Claude H. Les variétés du syndrome dit hallucinatoire. *Arch Suisses Neurol Psychiatrie* 1933;**32**:309.
- [58] Claude H. Paraphrénie et psychose paranoïde. *Sem Hop Paris* 1933;**9**: 417-21.
- [59] Claude H. Psychose paranoïaque à type paraphrénique d'allure mystique avec démonopathie et zoopathie. *Encéphale* 1934;**29**:589-601.
- [60] Dubret G. Évolution du concept de paraphrénies. [thèse de médecine], Université de Paris, Bichat; 1981.
- [61] Lacan J. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité suivi de Premiers écrits sur la paranoïa*. Paris: Seuil; 1975.
- [62] Ey H. *Hallucinations et délire*. Paris: Alcan; 1934.
- [63] de Clérambault GG. *Œuvres psychiatriques*. Paris: Frénésie; 1987.
- [64] Ey H. *Traité des hallucinations (2. vol.)*. Paris: Masson; 1973.
- [65] Bonnafé L, Ey H, Follin S, Lacan J, Rouart J. *Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*. Paris: Desclée De Brouwer; 1950.
- [66] Ey H. Position actuelle des problèmes de la démence précoce et des états schizophréniques. *Évol Psychiatr (Paris)* 1934;**6**:3-24.
- [67] Ey H. Position actuelle des problèmes de la démence précoce et des états schizophréniques. In: *Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques, Les empêcheurs de penser en rond*. Le Plessis-Robinson: Synthélabo; 1996. p. 61-79.
- [68] Cacho J. *Le délire des négations, Psychopathologie du syndrome de Cotard. De la mélancolie anxieuse à la folie systématisée*. Paris: l'Association Freudienne Internationale; 1993.
- [69] Ey H. *Études psychiatriques (3 vol.)*. Paris: Desclée de Brouwer; 1952-1954.
- [70] Ey H, Pujol R. Groupe des délires chroniques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-299-A-10, 1955.
- [71] Ey H. Groupe des psychoses schizophréniques et des psychoses délirantes chroniques (Les organisations véaniques de la personnalité, Généralités). EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-281-A-10, 1955.
- [72] Ey H. Groupe des schizophrénies - Conclusions sur les rapports structuraux entre le groupe des schizophrénies et le groupe des délires chroniques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-299-G 10, 1955.
- [73] Lacan J. *Écrits*. Paris: Seuil; 1966.
- [74] Maleval JC. *Logique du délire*. Paris: Masson; 1996.
- [75] Lacan J. *Le Séminaire, livre III. Les psychoses*. Paris: Seuil; 1975.
- [76] Griesinger W. *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Stuttgart: A. Krable; 1845.
- [77] Falret JP. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Paris: JB Baillière; 1864.
- [78] Lasègue C. Le délire des persécutions (1852). In: *Écrits psychiatriques*. Paris: Privat; 1971.
- [79] Régis E. *Précis de psychiatrie*. Paris: O. Douin; 1906.
- [80] Lévy-Valensy J. *Précis de psychiatrie (1926)*. Paris: Baillière; 1948.
- [81] Morel BA. *Traité des maladies mentales*. Paris: Masson; 1860.
- [82] Tanzi E. I neologismi degli alienati in rapporto con delirio cronico. *Rev Sperimentale Freniatria* 1889;**15**:15.
- [83] Tanzi E. I neologismi degli alienati in rapporto con delirio cronico. *Revista Sperimentale Freniatria* 1890;**16**:15.
- [84] Ey H, Bernard P, Brisset C. *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson; 1974.
- [85] Huber JP, Fornari P. Paraphrénies-sémiologie et nosologie. *Actual Psychiatr* 1980;**7**:111-22.
- [86] Janzarik W. *Dynamische Grundkonstellationem in endogene Psychosen*. Berlin: Springer-Verlag; 1959.
- [87] Kaplan HJ, Sadock BJ. *Entretien clinique, examens, classification et législation*. Paris: Masson et Wilkins; 1998.
- [88] Quercy P. *L'hallucination*. Paris: F. Alcan; 1930.
- [89] Schröder P. Zur lokalisation von Sinnestäuschung. *Arch Psychiat Nervenkr* 1928;**76**:784.
- [90] Ceillier A. Les influencés. Syndromes et psychoses d'influence. *Encéphale* 1924;**19**:152 (225, 294, 370).
- [91] Lempérière T, Féline A. *Psychiatrie de l'adulte*. Paris: Masson; 1987.
- [92] Hardy-Baylé MC. *Enseignement de la psychiatrie, Sémiologie et logique décisionnelle en psychiatrie (1986)*. Paris: Drouin; 1995.
- [93] Guelfi JD, Boyer P, Consoli S. *Psychiatrie*. Paris: PUF; 1987.
- [94] Olié JP, Daléry J, Azoui AM. *Médicaments antipsychotiques : évolution ou révolution*. Paris: Acanthe édition; 2001.
- [95] Porot A. *Manuel alphabétique de psychiatrie*. Paris: PUF; 1996.
- [96] Degiovanni A, Gaillard P. Délire chroniques. In: Senon JL, Sechter D, Richard D, editors. *Thérapeutique psychiatrique*. Paris: Hermann; 1995. p. 829-36.

F. Hulak, Psychanalyste, psychologue clinicienne, maître de conférences HDR (hulak.fabienne@wanadoo.fr).
Département de psychanalyse, Université Paris VIII, 2 rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis cedex 02, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Hulak F. Les paraphrénies : nosographie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-296-C-10, 2008.

Disponibles sur www.emc-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos /
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations