

LA CLASSIFICATION FRANÇAISE DES DÉLIRES CHRONIQUES

par
P. SIZARET

Alors que les cliniciens d'une génération précédente avaient tout le loisir de suivre sans influence artificielle la longue évolution d'un malade délirant, cette possibilité ne paraît plus exister actuellement. L'évolution de la thérapeutique impose périodiquement des bouleversements dans la clinique et la nosographie et l'ère des neuroleptiques a succédé à celle de l'électro-choc. Les diverses étapes cliniques des délires chroniques, bien séparées par les auteurs qui les ont décrites en premier, paraissent pouvoir être plus ou moins stoppées, et même une autocritique ou une rectification de certaines croyances délirantes peut être obtenue. La longue durée et la progressivité qui servaient à définir un certain nombre de psychoses délirantes sont souvent remplacées par une évolution à éclipses. On constate que les altérations psychotiques de la personnalité sont de plus en plus ramenées vers des formes atténuées qui font considérer comme essentielle la notion de « personnalité psychopathique » (le terme de pré-psychotique serait préférable, si celui de psychopathique n'avait été consacré pour remplacer celui de « déséquilibre psychique »).

Pour ces raisons sans doute, les problèmes de classification nosographiques paraissent soit secondaires, soit impossibles à résoudre, soit simplement inexistant pour bon nombre de cliniciens de l'époque actuelle. Cependant la clinique psychiatrique doit connaître et prévoir les éventualités différentes d'évolution et d'« aliénation » des psychoses en dépassant le simple inventaire séméiologique. D'autre part les confrontations scientifiques situées maintenant sur le plan international obligent à rechercher un langage commun.

Dans ce but, nous essayerons de clarifier ici l'histoire de la classification des délires chroniques. Sans entreprendre la tâche gigantesque des descriptions cliniques détaillées, nous rappellerons les caractères généraux de ces délires et aussi l'influence des courants psychologiques, cliniques ou les théories pathogéniques qui ont orienté à chaque époque les classifications successives. Bien qu'il s'agisse d'une étude portant sur la nomenclature française, nous serons amené à faire allusion aux conceptions cliniques étrangères, allemandes essentiellement, dans la mesure où elles ont influé sur les écoles françaises.

Avant de préciser ce que sont les délires chroniques, il convient peut-être de rappeler après d'autres (EY, en particulier) combien l'appellation de délire est ambiguë dans la langue Française puisque le seul et unique terme sert à désigner deux aspects cliniques très différents. Dans notre langue, et dans le langage médical courant le mot « délire » correspond à une altération plus ou moins profonde de l'organisation de la conscience et des fonctions perceptives qui s'observe au cours des états infectieux fébriles par exemple, ou des états toxiques. Mais le même terme, toujours dans notre

langue, sert également à désigner le système de croyances erronnées qu'un malade échaffaude progressivement avec une continuité, un enrichissement progressif, dans une lucidité de conscience suffisante. Cette confusion linguistique qui n'existe donc pas dans tous les pays peut être source d'erreurs, mais elle a le mérite, ainsi que le souligne justement EY, d'inciter à ne pas trop radicalement séparer certains phénomènes aigus, vécus intensément dans une forte perturbation idéo-affective passagère, de l'altération plus ou moins lucide, plus ou moins rationnelle et prolongée qui entraîne un remodelage et un remaniement de la personnalité entièrement engagée dans une dynamique existentielle nouvelle mais aliénée.

À tous les cliniciens le délire chronique a toujours paru être le témoignage certain de la désorganisation durable de la personne, de son inadaptation au monde extérieur et à la réalité (il est curieux de noter à ce propos combien cette "sortie du sillon" (de lira), n'a jamais été mieux traduite que dans l'expression populaire : dérailler). En outre, il est permis de sentir dans le délire l'effort tragique, dramatique d'une personnalité qui lutte à sa manière contre un complexe psychosocio-organique qui finalement la submergera totalement ou la laissera survivre mais définitivement infirme et mutilée. Ces notions qui n'ont jamais échappées aux médecins vivant continuellement avec leurs malades, font des délires le noyau même de la psychiatrie beaucoup plus que les dissolutions passagères accidentelles, que certains voudraient même rattacher simplement à la médecine générale. Ces considérations qui n'ont rien d'extrêmement original, visaient surtout à souligner l'intérêt majeur de l'étude et de la connaissance des délires.

Ce qui caractérise les délires chroniques c'est la prédominance des symptômes purement psychiques sur les symptômes physiques, nuls ou peu apparents et c'est, comme le nom l'indique, la continuité voire la pérennité dans la production de ces symptômes psychiques positifs, au sens où l'entend EY, symptômes qui figurent l'essentiel du tableau clinique et qui sont les idées délirantes. Les idées délirantes représentent un ensemble de croyances erronnées et affirmées par le malade avec conviction, susceptibles d'influer sur son comportement. Ce système de croyances est soit ouvertement proclamé, soit au contraire dissimulé et réservé le plus soigneusement possible pour n'être révélé qu'à quelques initiés à des moments favorables ou bien ne se traduire que par des conduites, comportements ou réactions en relation avec le délire. Cette définition assez vague qui sous-entend une intégrité intellectuelle et une lucidité suffisantes doit évidemment s'adjoindre le fait que le développement thématique des idées délirantes peut être plus ou moins riche, plus ou moins bien organisé, et se voir diriger par un mécanisme soit psychosensoriel, soit imaginatif, soit interprétatif. Nous verrons que par étapes successives la classification de ces délires chroniques s'est faite selon les thèmes, puis selon les mécanismes pour aboutir au critère actuel de structure ou de forme structurale.

La période clinique classique psychiatrique a commencé au début du siècle dernier avec PINEL, puis ESQUIROL. Elle s'est caractérisée par un essai de catégorisation descriptive basée sur l'idée prévalente et elle abouti à une multiplication d'entités. L'idée prévalente, le thème dirons-nous, semblait à cette époque marquer l'essentiel de la maladie. Cette concentration de la vie intellectuelle sur une idée fausse, était désignée par le terme de « monomanie », « terme, dit ESQUIROL, qui exprime le caractère essentiel de cette espèce de folie dans laquelle le délire est partiel, permanent, gai ou

triste ». Le mot « manie » reste utilisé souvent dans le langage profane pour désigner une préoccupation exclusive ou accaparante, c'est ainsi que l'on dit qu'un malade a « une manie », a des « manies ». Mais en relisant les descriptions d'ESQUIROL il est bien évident que sous cette étiquette de monomanie, ont été rangées un certain nombre d'affections telles que psychasthénie, mélancolie ou schizophrénie qui n'appartiennent pas aux délires chroniques. Les disciples d'ESQUIROL isolèrent diverses catégories de délires en se basant toujours sur les formules des conceptions délirantes. LASÈGUE décrit le délire de persécution, MOREL le délire hypocondriaque, FALRET le délire de grandeur (moitié du XIX^e siècle), MAGNAN et LASÈGUE-FALRET se sont opposés sur l'évolution terminale du délire de persécution. MAGNAN distinguait :

- a) un délire sans affaiblissement intellectuel, qui est celui de LASÈGUE-FALRET ;
- b) un délire évoluant vers une démence, avec dans tous les cas hallucinations.

Ainsi durant toute cette première période, les délirants chroniques étaient étudiés seulement par la méthode clinique descriptive « les auteurs s'efforçant à exposer le mieux possible l'histoire de leurs malades et à grouper dans le même cadre ceux dont l'évolution était la plus semblable » (GUIRAUD). Ces recherches cliniques, descriptives, analytiques, mais sans regroupement synthétique précis ou avec des critères très variables au moins au début, ont abouti à une multiplication des formes cliniques considérées comme des entités. On ne peut s'empêcher de considérer comme très artificiel cet isolement de simples variantes ou variétés.

La classification par le thème représentant la caractéristique de la maladie ne tenait pas compte des processus pathogènes, mais avec SÉRIEUX commence à apparaître le critère discriminatoire *du mécanisme* du délire, et SÉRIEUX propose de distinguer :

- a) un délire systématisé de persécution hallucinatoire ;
- b) un délire systématisé de persécution non hallucinatoire.

Finalement SÉRIEUX et CAPGRAS décrivent :

- a) les psychoses constitutionnelles avec un délire de revendication, d'interprétation, auquel s'ajoutera plus tard l'imagination. En effet, en 1910, au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Langue Française, à Bruxelles, DUPRÉ décrit les délires d'imagination qu'il divisera en délires imaginatifs aigus et délires imaginatifs chroniques ;
- b) des psychoses acquises, toxiques, à évolution démentielle comprenant le délire chronique à évolution systématique et des délires systématisés paranoïdes à évolution rapide.

Enfin, en 1911, Gilbert BALLETT propose de donner à la Psychose Hallucinatoire Chronique une autonomie clinique tout en se défendant, tout au moins au début, de vouloir en faire une véritable entité. Gilbert BALLETT ne voyait pas la nécessité de maintenir la distinction de MAGNAN en délires chroniques et délires des dégénérés, il critiquait également la classification allemande de Kraepelin qui rangeait les délires hallucinatoires dans la démence paranoïde, c'est-à-dire dans une forme de démence précoce. A cette époque la plupart des psychiatres français (SÉRIEUX et CAPGRAS, 1921) ont accepté le démembrement des délires systématisés en psychoses hallucinatoires chroniques et en délires non-hallucinatoires à base d'interprétation, revendication et imagination.

Il faut se rappeler que cette époque mécaniciste était orientée vers la recherche de bases pathogéniques organiques. Tout en admettant une prédisposition dans les deux cas, hallucinatoire et non-hallucinatoire, les auteurs attachaient une importance majeure aux influences acquises : alcool, tuberculose, infections et toxines psychotropes dans la genèse du délire hallucinatoire chronique. Ce phénomène de l'hallucination apparaissait comme un phénomène mécanique primaire, déclenchant le délire. DE CLÉRAMBAULT, pendant quinze ans (1920-1934) a été le dernier défenseur dans sa théorie de l'Automatisme Mental de cette pathogénie du délire. En raison justement de la valeur primitive déclenchante qu'il attribuait à l'hallucination DE CLÉRAMBAULT sera donc obligé de conserver essentiellement pour défendre sa thèse, la Psychose Hallucinatoire Chronique.

Bien qu'il s'agisse de la classification *Française* des délires, il est impossible d'ignorer le travail qui s'effectuait simultanément en Allemagne et par KRAEPLIN tout particulièrement. A peu près à cette époque des dernières années du XIX^e siècle, KRAEPLIN décrivait une Paranoïa combinatoire et une Paranoïa hallucinatoire pour ne garder finalement qu'une Paranoïa combinatoire et ranger les délires hallucinatoires dans les affections qu'il appelait paranoïdes et qui seraient rattachées plus tard à la Démence Précoce. Ces affections paranoïdes, KRAEPLIN devait les diviser ultérieurement en un groupe appartenant à la Démence Précoce proprement dite et un groupe autonome de Paraphrénies comprenant les quatre formes classiques (systématique, confabulante, expansive, fantastique). La première Paraphrénie seule s'identifie plus ou moins avec le délire hallucinatoire systématisé (rappelons qu'en 1913, les paraphrénies étaient ramenées par KRAEPLIN simplement dans le cadre de la démence précoce).

Sans être exactement superposables la paraphrénie Allemande et la psychose hallucinatoire chronique Française devaient finir par figurer comme des états tampons entre les délires systématisés et les délires discordants.

Il devait cependant apparaître à beaucoup d'auteurs et à Gilbert BALLET lui-même, que le cadre de la psychose hallucinatoire chronique ne constituait pas véritablement une entité clinique mais regroupait un certain nombre d'affections pour lesquelles le phénomène hallucinatoire seul représentait le point commun. Cette distinction si nettement tranchée en apparence, entre hallucination et non-hallucination était à l'expérience clinique amenée à se nuancer et il paraissait possible d'admettre des périodes hallucinatoires dans les délires d'interprétation ou inversement des élaborations interprétatives et intuitives dans la psychose hallucinatoire. D'autre part le phénomène hallucination ne se différenciait pas toujours de l'interprétation ou de l'illusion. Enfin la conviction du malade, nécessaire pour définir l'hallucination, n'était pas toujours régulièrement acquise. Cette incertitude avait amené CLAUDE à prévoir des *hallucinoses*, phénomènes psycho-sensoriels critiqués par le malade et n'entraînant pas forcément sa conviction. Finalement, SÉRIEUX et CAPGRAS acceptèrent de réunir dans un même chapitre psychose hallucinatoire chronique, délire d'interprétation, délire de revendication, formant les *délires systématisés chroniques*.

Pendant que se parachevait, durant les trente premières années de notre siècle, l'influence des mécanicistes et que DE CLÉRAMBAULT édifiait sa doctrine de l'Automatisme Mental, l'influence des théories essentiellement psychogènes prenait simultanément de l'importance. La méthode phénoménologique, les méthodes phénoménologiques pourrait-on plus justement écrire, nous ont invité à la pénétration

compréhensive de la perception et de l'organisation de « son » monde par le malade en laissant au second plan l'agglomérat des troubles isolés des fonctions mentales de l'époque ancienne. Dans cette compréhension du délire sinon dans son explication totale, la doctrine psychanalytique également nous a fait découvrir une signification profonde cachée derrière les symboles ou les thèmes délirants. Cette doctrine psychanalytique donnait, enfin, un sens à ces résurgences de l'inconscient immédiatement tangibles dans le délire. Elle mettait en valeur les formes d'organisation régressive de la Personnalité. Elle nous révélait également le rôle majeur de l'organisation ontogénique de l'instinctivité, de l'affectivité, activateurs de toute vie psychique. Ainsi s'est substitué progressivement à un mécanisme et une conception statique de la maladie mentale, le principe d'une organisation dynamique de la personne prise dans sa totalité psycho-physique, organisation se constituant progressivement en fonction d'une élaboration personnelle des données perceptives sans cesse remaniées dans une fusion subjective-objective.

La théorie Jacksonienne de la libération d'une activité nerveuse inférieure par une dissolution apicale à un étage variable de l'organisation des fonctions nerveuses, adaptée par EY et ROUART en psychiatrie devait avoir une influence majeure. Les principes de JACKSON défendus en France par EY dans sa théorie de l'organo-dynamisme, sont les suivants :

- a) Principe de l'évolution des fonctions entraînant une hiérarchie de celle-ci et une subordination des inférieures aux supérieures ;
- b) Principe de la dissolution pathologique des fonctions ;
- c) Principe de la distinction des signes négatifs et positifs.

Les symptômes négatifs résultant de la dissolution capacitaire dans la lésion ; les symptômes positifs résultant d'un fonctionnement persistant d'une personnalité involuée et régressée.

Il est bon de rappeler que ces principes généraux sont critiqués, par GUIRAUD notamment, surtout à propos des délires chroniques. GUIRAUD estime qu'il n'est pas toujours possible de faire cette distinction en symptômes négatifs de dissolution et symptômes positifs de libération et GUIRAUD admet que certains symptômes dits positifs, résultent d'une excitation ou d'une atteinte directe. Ce n'est pas le lieu de reprendre ici en détail ces critiques largement exposées ailleurs, de toute façon elles n'enlèvent rien à l'accent que met la théorie de l'organo-dynamisme sur les niveaux variables de désorganisation de la personnalité et à la notion de dissolution et de régression. Autrement dit, la notion de Structure apparaît ici fortement. Structure, c'est-à-dire forme d'organisation globale, dynamique, fonctionnelle de l'activité psychique. C'est essentiellement sur cette notion de structure que s'est basée la classification actuelle française des délires chroniques.

Trois types de structure psycho-pathologique se sont ainsi imposés.

La première est la *Structure Paranoïaque*. Lorsque KAHLBAUM créa le terme de paranoïa pour remplacer celui de « Verücktheit », cette désignation couvrait pour lui tous les délires chroniques plus ou moins systématisés.

Les délires de structure paranoïaque gardent dans la perspective de KRAEPLIN, le caractère d'un délire chronique comprenant « le développement insidieux, sous la dépendance de causes internes et selon une évolution continue, d'un système délirant, durable et impossible à ébranler qui s'instaure avec une conservation complète de la

clarté, de l'ordre dans la pensée, le vouloir et l'action ». En d'autres termes, les délires de structure paranoïaque restent logiques, perméables, compréhensibles et presque communicables. Peu importe dès lors que leur mécanisme soit interprétatif ou hallucinatoire, ou bien que le thème soit celui de persécution, d'invention, ou d'hypocondrie. Certains délires que DE CLÉRAMBAULT appelait délires en secteur, et dans lesquels on peut reconnaître une orientation passionnelle (jalousie, érotomanie, revendication) ne sont qu'une variété de forme à l'intérieur de cette même structure. Cependant le terme de paranoïaque devait prendre surtout avec GENIL-PERRIN (1926) une acception étroite définissant un type de personnalité dont les traits principaux : orgueil, méfiance, susceptibilité, psychorigidité, insociabilité, etc... ne se retrouvaient pas, loin de là, chez tous les délirants présentant un délire cohérent. Contre cette conception trop limitative se sont élevés LACAN en France (1932), KRETSCHMER en Allemagne. Si bien que les délires paranoïaques peuvent admettre comme variétés d'espèce, les délires d'imagination, les délires passionnels, les délires d'interprétation, les délires hallucinatoires et les délires hyposthéniques. Ce dernier groupe ajouté par NODET dans sa classification représente essentiellement le délire sensitif de KRETSCHMER, dont les traits de personnalité s'opposent au type constitutionnel paranoïaque tel que GENIL-PERRIN et MONTASSUT ont su le décrire.

La seconde structure délirante, est la *Structure Paranoïde* : le terme de paranoïde créé par KRAEPLIN, s'oppose radicalement à celui de paranoïaque et ce terme doit définir une qualité particulière d'incohérence et d'incompréhensibilité du délire. Mais dans les délires qui présentent une telle structure, deux types particuliers devaient se distinguer. Dans l'un, le délire apparaît effectivement impénétrable, incohérent, illogique, mais il s'associe à d'autres signes négatifs de la série schizophrénique particulièrement l'autisme, la dissociation, la discordance. Ce délire correspond à la forme délirante paranoïde de la Démence Précoce. D'autres délires paranoïdes restent aussi incohérents et illogiques mais permettent une « activité de pensée encore appréciable » (NODET). Ce second groupe de délires a été nommé par CLAUDE et ses élèves : Psychoses Paranoïdes. Dans cette classe rentrent certainement bon nombre de délires de l'ancienne Psychose Hallucinatoire Chronique, et c'est à leur sujet qu'un mode de réaction « paranoïde » a pu être envisagé comme significatif d'un type de personnalité ou d'un ensemble qualitatif de la personne. Ces qualités tant sur le plan psychique que somatique et biologique peuvent se rapprocher des états dégénératifs de MAGNAN et des constitutions dysplasiques de KRETSCHMER, mais sans coïncidence exclusive dans un sens ou dans l'autre.

Mais ce cadre des psychoses paranoïdes devait faire l'objet de discussions non encore éteintes, à propos du concept de Paraphrénie. Ainsi que nous l'avons rappelé précédemment, ce terme de Paraphrénie fut créé par KRAEPLIN qui ressentait la nécessité d'admettre des états intermédiaires entre la Paranoïa et la Démence Précoce. KRAEPLIN décrivait ces états paraphréniques comme ayant l'incohérence foncière des délires paranoïdes sans l'évolution démentielle et sans dissociation sociale profonde, mais avec une richesse imaginative et hallucinatoire.

Les différentes formes de paraphrénies décrites par KRAEPLIN (systématique, confabulante, expansive, fantastique) paraissent séparées un peu artificiellement. Elles ne trouvaient pas place dans la nosographie française. Plusieurs auteurs cependant, dont ROUBINOVITCH, HALBERSTATD, CLAUDE, essayèrent de trouver une utilisation des

conceptions Kraeplinniennes dans la classification française. Dans la psychose paranoïde, CLAUDE (1933) arriva à distinguer deux sous-groupes.

1° Une démence paranoïde hétérophrénique formant une véritable hétérophrénie délirante du type hallucinatoire et interprétatif dont l'évolution se faisait avec tous les signes d'un affaiblissement intellectuel, et

2° Une psychose paranoïde schizophrénique se caractérisant par une activité délirante d'apparence incohérente, mal systématisée, dérivant de divers complexes affectifs. Les signes démentiels étaient très réduits et il s'agissait plutôt d'une dissociation profonde de la personnalité du type schizophrénique (Paradémence de Nayrac).

Ainsi, dans la conception de CLAUDE, les paraphrénies systématisées de KRAEPLIN se trouvaient rattachées aux psychoses paranoïaques, et les paraphrénies fantastiques aux formes schizophréniques des psychoses paranoïdes.

Ultérieurement, EY, puis NODET, séparèrent la structure Paraphrénique de la structure Paranoïde. La *Structure Paraphrénique* qui tend à englober les psychoses paranoïdes, se présente comme une structure originale en ce sens que si le délire garde les traits foncièrement illogiques et incompréhensibles qui est le propre des états paranoïdes, les autres aspects de la personnalité dans leur adaptation sociale, leur faible altération intellectuelle rappellent la paranoïa.

Toutefois NODET sent la fragilité d'une telle séparation qui oblige à faire appel à des références pathogéniques plus précises. Pour EY, et pour NODET, les paraphrénies peuvent reconnaître essentiellement une pathogénie post-processuelle et représentent pour ainsi dire, soit une forme cicatricielle, soit une affection au sens médical du mot, c'est-à-dire une maladie émancipée de sa cause et évoluant pour son propre compte. Trois formes de paraphrénies sont distinguées par EY et par NODET : la Paraphrénie Fantastique, la Paraphrénie Expansive, et la Paraphrénie Mélancolique, les unes et les autres succédant à une psychose initiale, respectivement : épisode délirant, manie, mélancolie. Ainsi l'originalité des paraphrénies tient plus à leur caractère d'affection méta-psychotique et post-processuelle qu'à leur agencement structural proprement dit. Ce sont ces Paraphrénies qui représentent le véritable état tampon entre la paranoïa et la démence précoce et qui ont absorbé les psychoses hallucinatoires chroniques. Toutefois la discussion n'est pas close aussi bien sur la pathogénie que sur la classification de ces paraphrénies.

Par ailleurs, il convient de faire remarquer que le caractère structural d'un délire relevé à un moment clinique donné de ce délire, n'implique pas obligatoirement que le délire gardera durant toute son évolution cette même forme structurale. En dehors des épisodes processifs aigus ou subaigus comportant une dissolution plus profonde mais passagère dans les expériences délirantes ou les *Erlébnissen*, l'agencement du système délirant dans le temps est susceptible, lui aussi, de mutations et de modifications progressives sous des influences diverses. Les néologismes de « paranoïdisation » ou de « paraphrénisation » peuvent qualifier ces transformations.

Finalement, d'une manière un peu simpliste, les délires Paranoïaques se présentent comme une maladie reflétant une déviation pathologique de la personnalité, les délires Paranoïdes comme une maladie reflétant une dislocation de la personnalité, et les délires Paraphréniques comme une affection traduisant une reconstruction ou une cicatrization pathologique d'une atteinte plus ancienne de la Personnalité.

Pour être complet, il nous faut signaler deux conceptions originales qui tirent leur intérêt de la valeur de Chefs d'Ecole qui peut être reconnue aux cliniciens qui les défendent.

Pour EY, les schizophrénies qui comprennent les formes hébéphréniques, hébéphréno-catatoniques et paranoïdes de l'Ecole Française, doivent être rattachées au « genre » des délires chroniques dont elles ne constituent « qu'une espèce ». Pris dans la rigueur de la doctrine organo-dynamiste qu'il défend, EY est tenu de considérer l'Autisme comme ayant la valeur d'un trouble positif et délirant dans les schizophrénies. Toutefois EY précise qu'il s'agit d'une conception très personnelle et non classiquement admise. Enfin EY identifie seulement deux structures, qui s'opposent : la Structure Paranoïaque, la Structure Fantastique. Le terme paranoïde lui apparaissant trop chargé d'imprécisions.

DIDE et GUIRAUD groupent sous le nom de *délires progressifs* tous les syndromes mentaux qui possèdent les caractères fondamentaux suivants :

1. permanence du délire depuis son apparition jusqu'à la mort ;
2. progressivité habituelle par l'apport d'éléments de systématisation et de généralisation ;
3. intégrité de l'intelligence et de l'activité en dehors de la construction délirante.
4. absence de toutes causes apparentes.

Les mécanismes (hallucinatoires, imaginatifs ou interprétatifs) n'ont qu'une valeur secondaire. L'unité et l'essentiel de la maladie restent pour GUIRAUD l'atteinte cénesthésique ou mieux l'altération primitive de l'Eprouvé Vital global somato-psychique. Cependant GUIRAUD sépare des délires progressifs, les délires systématisés symptomatiques dont l'étiologie exogène est évidente et dont il considère l'évolution comme généralement favorable. Il en sépare également l'hébéphrénie délirante ou démence précoce paranoïde, mais il en sépare aussi les psychoses passionnelles qu'il ne considère pas comme véritablement délirantes. Alors que pour la majorité des auteurs les psychoses passionnelles représentent simplement une forme clinique particulière des délires de structure paranoïaque, GUIRAUD considère que ces psychoses passionnelles répondent simplement à des dispositions constitutionnelles anormales psychopathiques. Toutefois GUIRAUD reconnaît que la délimitation est difficile et l'association fréquente avec le délire. La principale critique faite par NODET à la classification de GUIRAUD, est que ce cadre unique des délires progressifs finit par englober trop d'états délirants disparates et perd sa valeur pratique nosographique.

Pour conclure, nous noterons que dans l'état actuel de nos connaissances des mécanismes pathogéniques, aucune classification psychiatrique n'est exempte de critique. Les écueils et mirages de toute classification psychiatrique signalés par ELLENBERGER sont difficiles à éviter. Cependant, la recherche d'une nosographie claire doit être poursuivie, ne serait-ce que dans le seul intérêt d'une « intelligence » du malade et d'une aide qui se veut efficace. « Une Psychiatrie qui ne se fonderait pas sur ce travail clinique de classification diagnostique et pronostique ne serait qu'une nébuleuse abstraite et sans consistance » (EY). Vis-à-vis du concept généralement utilisé à l'étranger d'une Schizophrénie englobant la majeure partie des syndromes mentaux, qui ne laisse subsister qu'une Paranoïa très réduite, la différenciation française plus nuancée cliniquement, reste encore préférable.

AUTEURS À CONSULTER

1. CLAUDE (H.). Les psychoses paranoïdes. *Encéphale*, 1925, n° 3, pp. 137-149.
2. ELLENBERGER (H.). Les illusions de la classification. *Evolution Psychiatrique*, 1963, avril-juin, t. XXVIII, pp. 221-242.
3. EY (H.). *Etudes psychiatriques*, n°s 20/23, t. I, 1948 ; t. II, 1950 ; t. III, 1954. Desclée de Brouwer, Paris.
4. EY (H.). *Les théories psychiatriques*. 3^e Congrès Mondial des Psychiatrie, Montréal. 1961. Toronto Mc Gill Press, vol. I, pp. 33-40.
5. EY (H.) & Pujol (R.). Article « Les délires chroniques ». E.M.C. Psychiatrie, t. I.
6. EY (H.) & Rouart (J.). Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie. *Encéphale*, 1936, vol. I, n° 5, pp. 313-356.
7. GUIRAUD (P.). Psychiatrie générale, 1950. Le François, édit.
8. GUIRAUD (P.). Rapport de psychologie générale. I^{er} Congrès Mondial de Psychiatrie. Paris, 1950. Hermann, édit. 1952.
9. LACAN (J.). De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. *Thèse*, Paris 1952.
10. NAYRAC (P. L.). La démence paranoïde. *Thèse*, Lille 1924.
11. NODET (C.). Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. *Thèse*, Paris 1937.
12. SÉRIEUX & CAPGRAS. Les folies raisonnantes. Alcan, Paris 1909.
13. SÉRIEUX & CAPGRAS. Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. vol. 7, t. I, *Psychiatrie*, p. 233 à 311. Maloine et fils, Paris 1921.