

Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie

Organe officiel de la Société suisse de Neurologie
et de la Soc. des médecins aliénistes suisses.

Volume VII

Fascicule 1

Délire d'interprétation au début.
(A propos de la théorie évolutive et causale des psychoses.)

Par

H. FLOURNOY.

Les Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie

paraissent 4 fois par an, en cahiers de 12 à 14 feuilles dont 2 forment un volume.

Prix de l'abonnement pour le volume de 2 cahiers 35 fr., Abonnement postal 20 cts. de surtaxe (pour les membres de la Société suisse de Neurologie et de la Société des médecins aliénistes suisses 30 fr., si la commande est adressée directement aux éditeurs). Les cahiers se vendent séparément au prix de 20 fr.

Zurich 1920

Imprimeurs-Éditeurs: Art. Institut Orell Füssli

Ne se vend pas séparément!

7. Délire d'interprétation au début.¹⁾

(A propos de la théorie évolutive et causale des psychoses.)

Par H. FLOURNOY.

On sera peut-être surpris qu'une observation psychiatrique provienne d'une clinique médicale. Voici les faits: le 8 novembre 1919, le Dr. d'Ernst m'appelait en consultation auprès d'une personne âgée de 28 ans, femme de chambre chez M. et Mme. X. La malade, se plaignant d'un état de fatigue, avait refusé de se lever et de préparer le déjeuner pour le fils X., un jeune homme d'une quinzaine d'années qui se trouvait alors seul dans l'appartement, ses parents étant en voyage. Elle déclarait avoir mal dormi et se sentir énervée, mais ne manifestait pas d'idées délirantes ni de symptômes de désorientation. L'examen somatique ne révélait rien d'anormal, et on ne pouvait constater aucun indice d'intoxication éthylique ou autre. Comme nous soupçonnions quelque affection mentale, il nous sembla imprudent de laisser cette personne livrée à elle-même sans aucune surveillance. Il nous parut plus difficile encore de l'envoyer à l'Asile de Bel-Air, car nous étions incapables, après ce premier examen, d'affirmer l'existence d'une psychose; un internement à la légère eut été délicat dans le cas particulier, étant donné l'absence de toute personne pouvant représenter la famille. C'est pourquoi nous nous décidâmes à faire entrer la malade le jour même — en prétextant sa « nervosité » — à la Clinique médicale, où on la mit en observation dans la division d'isolement d'abord, puis en salle commune.

La malade quitta l'hôpital le 24 novembre, entièrement reposée et remise de son soi-disant état nerveux; elle alla quelques temps chez des cousins à Genève, puis partit à la fin de décembre pour l'Italie, où elle a de nombreux parents. Je n'ai rien su d'elle depuis son départ.

Pendant les quinze jours qu'elle a passés à la Clinique médicale, elle s'est comportée d'une façon normale, quoique parlant peu, et ayant un

¹⁾ J'adresse mes remerciements à M. le Prof. Long, qui m'a autorisé à observer cette malade à la Clinique médicale, ainsi qu'au Dr. Turrettini, médecin adjoint, et à Mlle. Dr Gerber, interne du service.

maintien légèrement distant. Elle s'est efforcée d'aider son entourage, sœurs, infirmières, malades voisines, d'autant plus qu'elle se sentait à peine malade elle-même. Mais au cours de ce séjour il m'a été possible, dans de nombreux entretiens particuliers, de lui faire raconter peu à peu tout un système délirant en voie de formation. Le seul intérêt de ce cas, qui n'a pu être suivi longtemps, réside dans l'analyse des facteurs qui semblent avoir joué un rôle dans la genèse de la psychose, avant son éclosion proprement dite.

On sera frappé, sans doute, par l'allure de roman d'une pareille observation. Mais il ne faut pas oublier que, si l'on veut mettre au jour le *développement* d'une affection mentale, on est obligé de tenir compte d'une quantité de détails, dont la relation serait absolument superflue s'il ne s'agissait que de poser un diagnostic ou de faire un pronostic. Si ces derniers points sont essentiels dans la pratique, il ne me paraît pas inutile, quand une occasion favorable se présente, de chercher à débrouiller aussi le mécanisme psychique qui a pu aboutir à un trouble donné. Aussi le premier reproche que l'on peut faire aux recherches de ce genre, c'est qu'elles ne sont jamais assez minutieuses, et ne fournissent qu'un minimum de renseignements.

I. Observation clinique.

L'histoire de la malade — que j'appellerai Dora Vola — a été établie d'après les renseignements qu'elle a donnés elle-même, et dont j'ai pu contrôler les faits objectifs (sauf un, voir plus bas) chez six familles différentes. Deux de ces familles connaissaient Dora depuis sa dixième année.

Hérédité et circonstances de famille.

Née en Italie en 1892. Célibataire.

Son père, un honorable cordonnier, sa mère et elle, viennent s'établir en Savoie quand elle avait 9 ans. Trois enfants d'un premier mariage du père sont mis en pension ailleurs. Elle est la seule enfant du deuxième lit, sauf deux garçons plus âgés qu'elle, morts en bas âge. (Son père lui aurait raconté qu'un de ces garçons n'était en réalité pas mort, mais qu'on le lui avait enlevé; ce fait, possible dans la province où ils vivaient, mais peu vraisemblable, est le seul que je n'ai pas pu contrôler.) Le père est mort de pneumonie quand elle avait 19 ans.

La mère, éthylique, a quitté le domicile conjugal après une vilaine histoire de mœurs, et est retournée en Italie, où on ne sait pas ce qu'elle est devenue. Dora, qui avait 15 ans, en a été très impressionnée; elle aurait « renié » sa mère à cause de sa mauvaise conduite, et depuis lors elle n'a presque jamais voulu parler d'elle. En Italie, sa mère avait pris en nourrice un nommé Marco, qui a été élevé jusqu'à 9 ans avec Dora. Après plusieurs années de séparation, elle a retrouvé ce frère de lait à Genève. Ils sont très liés, et comme il a dû retourner en Italie à cause de la guerre, ils ont une correspondance fraternelle assez intime, et Dora garde précieusement la photographie de Marco dans sa chambre.

Antédédents personnels, et traits de caractère.

Comme enfant, elle est bien portante à tous les points de vue, robuste, consciencieuse, active et sympathique à son entourage. Régulée normalement dès sa 13^{me} année, elle n'a jamais eu aucune maladie grave. Après le départ de sa mère (15 ans), on la met en pension chez les demoiselles D., qui font les plus grands éloges d'elle. Depuis la mort de son père (19 ans), elle apprend pendant deux ans le métier de repasseuse chez Mm. M., qu'elle considère comme une mère. Là aussi on continue à apprécier ses qualités: elle est travailleuse, gaie, de conduite irréprochable, mais on remarque qu'elle est parfois « susceptible » et « comprend mal la plaisanterie ». Ayant fini son apprentissage, elle entre comme bonne à tout faire chez Mme. Ch., où elle reste sept ans. Ce long état de service prouve qu'on était satisfait d'elle. Mme. Ch. était aussi « comme une mère »; mais le 1^{er} juillet 1919, Dora la quitte à la suite de l'incident suivant, qu'elle semble avoir interprété tout de travers.

Premiers signes d'interprétation: illusions et désillusions sentimentales.

A Noël 1918, Mme. Ch., selon une coutume populaire, se met à « expliquer les plombs », c'est-à-dire à prédire l'avenir de chacun. Dans le plomb de Dora elle discerne deux oiseaux, l'un qui est censé lui apporter des nouvelles de sa famille, l'autre représentant un jeune homme avec lequel Mme. Ch. voit Doré mariée, et dont celle-ci devra faire la connaissance vers la fin de l'année. On ne sait pas sur quel ton cette prédiction a été faite; mais en tout cas Dora — qui « comprenait mal la plaisanterie » — semble l'avoir prise au sérieux, car quelques mois plus tard elle est allée annoncer à Mlle. D. qu'elle était fiancée au fils aîné de Mme. Ch., un jeune homme de 25 ans. Ces fiançailles imaginaires, notre malade les nie actuellement, et elle affirme que c'était le jeune homme en question qui était épris d'elle, et non l'inverse: « Je ne l'aimais pas, je n'ai jamais aimé personne; je pense qu'il tenait à moi, c'est lui qui a été attrapé! » D'autres fois elle prétend que c'est le jeune Ch., le fils cadet, qui se figurait que Dora fréquentait son frère aîné, etc. Si embrouillée que soit cette aventure, il est évident que la malade en a interprété certains détails selon son imagination.

Il se greffe du reste là-dessus un incident de jalousie. Une parente des Ch., qui venait souvent leur faire visite, aurait eu l'habitude de regarder Dora d'un mauvais œil: « Je me demandais pourquoi elle me regardait comme ça? » Or, un jour, Dora a « sous-entendu » que le fils aîné — celui avec lequel elle se croyait fiancée — avait contemplé la photographie de la dite parente, avec un sentiment de convoitise. Vexée, elle s'en est plainte au frère cadet, qui a rapporté la chose à son aîné; le résultat fut une scène, à la suite de laquelle Mme. Ch. et Dora ont estimé, d'un commun accord, qu'il valait mieux qu'elle cherche une autre place. D'après une version différente, Mme. Ch., bien qu'appartenant elle-même à un milieu fort modeste, aurait trouvé que sa bonne n'était pas d'une famille assez distinguée pour épouser son fils.

Ayant quitté Mme. Ch. (juillet 1919) en fort bons termes, mais ne pouvant plus se faire d'illusions au sujet de son fils, Dora va travailler pendant quelques semaines chez Mme. M., la repasseuse qui lui avait appris son métier. Pendant ce séjour on remarque qu'elle est de plus en plus entichée de Marco, son frère de lait qui sert en Italie depuis le commencement de la guerre, et dont elle admire fréquemment la photographie dans sa chambre. On la plaisante souvent à ce sujet.

Puis, étant entrée à la fin d'août comme femme de chambre chez M. et Mme. X., elle commence à s'éprendre d'un nommé L., fils d'une marchande de légumes, et elle annonce un jour à Mme. M. (la repasseuse) qu'elle va préparer son trousseau, car elle a l'intention de se marier au nouvel an. Mme. M. lui rit au nez, lui faisant observer qu'elle n'a point d'argent pour se marier. Aujourd'hui, à l'hôpital, Dora reconnaît ces faits, mais elle déclare qu'elle n'est pas fiancée; elle ne sait pas non plus si oui ou non elle a compté sur L.: « on a fait courir des bruits, ... on a cru

que ... etc. », mais elle-même n'a jamais rien su de positif. Peut-être est-ce L. qui l'aimait sans qu'elle l'aime, ou l'inverse? Bref, elle n'a jamais été au clair sur cette situation sentimentale, ce qu'exprime bien cette phrase: « J'avais l'air de lui plaire, et il aurait voulu que je sorte un jour avec lui; mais je ne suis pas sortie, parce qu'on voyait que cela l'embêtait. » Cette dernière aventure amoureuse, du reste platonique comme les précédentes, se trouve mêlée de conceptions nettement délirantes, dont l'invraisemblance saute aux yeux.

Conceptions délirantes: imbroglios de familles, persécution, grandeur.

C'est au cours des deux mois passés au service de M. et Mme. X (du 26 août au 8 novembre 1919, jour de son admission à l'hôpital), que la malade a commencé à développer ses idées délirantes, dont plusieurs circonstances semblent avoir favorisé l'éclosion. Mme. X. s'étant absentée pour plusieurs mois, Dora s'est trouvée au bout de quelques jours seule avec M. X. et son fils, un jeune collégien. C'était la première fois qu'elle se trouvait au service d'un monsieur. En outre, en l'absence de Mme. X., une connaissance de la famille, une comtesse — nous la baptiserons Hortense Zed —, est venue faire un séjour de plusieurs semaines dans l'appartement. Les idées délirantes de la malade, surtout idées de grandeur et de persécution sexuelle, tournent d'abord autour de M. X.: « Il me causait, il me suivait, j'ai cru qu'il me disait que je devais être sa sœur de lait ... Je n'ai pas très bien compris ce que M. X. a voulu me dire par rapport à ma famille, — s'il est mon frère de lait, ou si je suis sa sœur de lait ». M. X. prenant dans le délire la place du frère de lait, ce dernier, Marco, se trouve relégué au rang de cousin: « Je croyais que Marco était mon frère de lait; M. X., en regardant sa photographie, m'a dit qu'il était mon cousin ... J'ai cru qu'il m'a dit que c'était mon cousin, et pas mon frère de lait. » Non seulement c'est M. X. qui est le frère de lait de Dora, mais ils doivent encore être parents: « M. X. trouvait que, d'après mes manières, je devais être de la famille ... j'ai cru comprendre que c'était de sa famille à lui. J'ai compris d'abord tout autre chose; il avait l'air de me dire que je n'avais pas l'air d'une bonne ... » En outre le fils X. aurait dit une fois à son père, en parlant d'elle: « elle a l'air d'être d'une bonne famille. »

Dora se trouve donc apparentée à ses maîtres, et elle n'y comprend plus rien: « Je ne peux pas m'expliquer cette histoire de familles, de cousins ... C'est bien compliqué, je ne sais pas si je mêle tout; on aurait dû me causer plus clairement. » Mais ces relations de famille qu'elle croit découvrir, vont lui expliquer en même temps certains coups d'œil singuliers que M. X. lui aurait lancés: « Quand il me regardait, cela me vexait. Je l'ai mal jugé; j'ai cru qu'il me regardait comme s'il ne voulait pas être convenable, mais j'ai eu tort sans doute. C'est seulement après qu'il est parti que j'ai compris que c'est moi qui le jugeais mal: il me regardait pour voir si j'étais de sa famille. » Les soupçons érotiques de la malade se transforment donc en soupçons de grandeur. Mais ce n'est pas encore assez d'être de la même famille que les X. Le séjour de la comtesse Zed dans la maison va fournir un nouvel aliment à la mégalomanie de Dora: elle se figure qu'elle est comtesse aussi, et elle met cette affirmation dans la bouche de M. X.: « J'ai cru comprendre que M. X. me disait que j'étais aussi une comtesse. » Puis elle s'apparente plus ou moins avec la Comtesse Zed elle-même, car, dit-elle, « avant de partir (pour venir à l'hôpital) j'ai entendu qu'on disait qu'il y avait dans la maison une Comtesse Hortense Zed Vola. » Et « quand je suis arrivée à l'hôpital et qu'ils lisaient mon billet d'entrée, ils ont dit: Une Comtesse Zed à l'hôpital!! » ... « Je n'y comprends rien. » Par ce gâchis familial, la malade renie donc son passé modeste: « On a l'air de rire quand je dis que je m'appelle Dora Vola. »

Notons ici le contraste qu'il y a entre ces idées de grandeur et le fait que la malade se trouve empêtrée, au même moment, dans son aventure sentimentale concernant L., le fils de la marchande de légumes. M. X., lui-même lui aurait fait remarquer cette inconséquence: « Il s'est figuré, dit-elle, que je voulais me marier

avec L.; il disait à son fils qu'il ne comprenait pas que je me marie avec L., que je pourrais trouver mieux. » ... « M. X. a dû me dire: celui-ci (Marco) doit être mieux que l'autre (L.). » Mais ce problème de la différence sociale est facile à résoudre par le délire, car Dora a des raisons de croire qu'il y a une parenté, très éloignée il est vrai, entre son frère de lait, ou cousin Marco, et les L. Les deux familles auraient une même origine, en sorte que la mésalliance serait moindre.

Illusions de la mémoire; faux souvenirs.

Pour justifier ses idées de grandeur, la malade se met encore, dans son délire, à modifier son passé à l'aide de faux souvenirs. C'est ainsi qu'un oncle, le nommé B. (un frère de sa mère, qui a dû rejoindre l'armée) lui aurait déjà tenu, en 1914, d'étranges propos au sujet des prétendues origines nobles de Dora, lui déclarant qu'elle n'était pas de la même famille que lui, et qu'elle devait être comtesse; mais elle reconnaît n'avoir pas bien saisi, au moment même, toute la portée de ces prédictions réconfortantes. « B. m'a dit, avant de partir pour la guerre, que je n'étais pas de leur famille, que j'étais plus riche qu'eux. Je ne lui ai pas demandé plus de détails. Il m'a dit: toi, tu n'es pas de notre famille, il ne faut pas te faire de souci; plus tard tu retrouveras tes parents, tu seras riche, tu dois être une comtesse. » Lorsque je lui demande si elle peut préciser son souvenir et affirmer que B. lui a dit la chose aussi nettement, elle répond, comme pour les dires de M. X.: « Il ne m'a pas parlé clairement; tout ce que j'ai compris, c'est que moi j'étais une comtesse — je ne sais pas s'il a dit Zed — qu'il ne fallait pas que je me fasse de la bile, que je serais riche. »

Paroxysme du délire: l'incident de la clef.

Pendant les deux mois passés chez M. X., au cours desquels ont éclos les idées délirantes, Dora a été paresseuse, irritable et insolente, contrairement à la réputation qu'elle s'était toujours faite, jusqu'alors, quant à son excellent caractère. Elle avoue elle-même que pendant cette période cela n'allait pas; elle se sentait nerveuse, ne sachant pas pourquoi. Cette nervosité a atteint son maximum avec l'incident de la clef, qui s'est produit les derniers jours d'octobre. Voici comment elle raconte cet incident, dont les données objectives m'ont été confirmées:

« Ma clef avait disparu depuis cinq jours; tout à coup je la retrouve dans un coin de mon duvet; je l'ai prise et je suis allée la lancer sur la table de M. X. J'étais énervée de l'avoir trouvée dans mon duvet, parce que j'étais sûre de l'avoir mise au clou. M. X. s'est fâché, et je lui ai donné mes quinze jours; je répondais vite et méchamment. J'ai cru que c'était M. X. qui avait caché la clef ou qui l'avait prise, parce qu'il avait donné la sienne à la comtesse Zed... J'ai été méchante, je lui ai lancé la clef sur la table; c'est alors que j'ai cru comprendre qu'il me disait que ce n'était pas gentil d'agir comme ça avec son frère de lait ou son père; c'est ce que j'ai cru comprendre... J'ai cru aussi comprendre qu'il m'avait dit que Mme. Ch. était ma mère ou ma tante, je ne sais pas au juste. » Pendant cette scène Dora était donc en plein délire, puisqu'elle se figurait que M. X. pourrait être son père, et que sa mère ne serait autre que Mme. Ch., celle chez qui elle avait été sept ans en service.

Quant à la clef, il est très probable que c'est la malade elle-même qui l'avait fait disparaître, pour imiter la comtesse. Cette dame avait en effet perdu la sienne, et Dora pense que M. X. lui aura alors « prêté sa clef » à lui; espérait-elle peut-être qu'il ferait de même avec elle? Etant donné le sens symbolique que la « clef » prend souvent dans le délire ou dans les rêves, on peut se demander s'il ne faut pas voir, dans cette scène, la manifestation extérieure d'un violent complexe de jalousie sexuelle.¹⁾ Ce complexe inconscient expliquerait pourquoi la malade a été si irritée

¹⁾ Voir à ce sujet notre article sur le « Symbolisme de la clef », dans l'Internat. Zeitschrift für Psychoanalyse, 1920, VI, N° 3.

lorsque — après cette comédie de plusieurs jours où elle s'était privée de sa clef, dans l'espoir déçu que M. X. lui passerait la sienne — elle s'est enfin décidée à la retrouver. Son explosion de colère contre M. X. reste au contraire incompréhensible, si l'on ne s'en tient qu'à la surface d'un incident aussi banal que celui d'une clef perdue et retrouvée. D'ailleurs une réponse que M. X. lui aurait faite, et que Dora a sans doute inventée de toutes pièces, vient à l'appui de cette hypothèse. Il lui aurait dit, quand elle lui a lancé sa clef et qu'elle l'a accusé de la lui avoir cachée: « Certainement c'est moi qui l'ai mise dans le lit, et si j'avais pu, je m'y serais mis moi-même. » Et elle ajoute: « Toutes les scènes que j'ai eues avec lui, les demoiselles W. les ont entendues, parce qu'elles écoutaient derrière la porte pour venir à mon secours s'il voulait m'attraper. » En contradiction complète avec ces idées délirantes, Dora ne cesse d'affirmer que M. X. a toujours été correct avec elle, et elle est incapable de dire si vraiment il avait des intentions inconvenantes à son égard, ou si elle a peut-être mal compris: « Je ne sais pas, j'ai peut-être mal compris, je ne peux pas m'expliquer clairement là-dessus. »

C'est peu après l'incident de la clef que la malade fut envoyée à l'hôpital, où je pus noter chaque jour ses idées délirantes et établir l'anamnèse ci-dessus. Au point de vue physique, on ne constata rien d'anormal.

II. Diagnostic.

Ce cas me paraît rentrer dans le *délire d'interprétation* de Sérieux et Capgras, maladie caractérisée « par l'organisation d'un ensemble plus ou moins cohérent de conceptions délirantes, sorte de roman fantaisiste ou absurde qui devient, pour son auteur, l'expression indiscutable de la réalité. »¹⁾

Le délire d'interprétation, très voisin du « délire imaginatif » de Dupré et Logre, est souvent rapproché de la psychose de revendication, de la folie raisonnante des persécutés-persécuteurs et de certains délires hypocondriaques, — formes que Régis réunit et décrit dans le chapitre des psychoses des dégénérés. Elles correspondent à peu près à la *paranoia* des psychiatres allemands, se distinguent par leur chronicité sans évolution vers la démence, et par l'absence ou l'extrême rareté des hallucinations. Elles s'opposent ainsi à la psychose systématisée progressive (délire chronique de Magnan), dans laquelle les phénomènes hallucinatoires et la diminution graduelle de l'intelligence constituent la règle, et que beaucoup d'aliénistes englobent, pour ce motif, dans la forme *paranoïde* de la démence précoce (Kraepelin, R. Weber, Deny et Roy, etc.). On voit que les classifications sont loin d'être uniformes; même la séparation des deux grands groupes « *paranoia* » et « *démence paranoïde* » est plus schématique que réelle, et tel cas peut rentrer dans l'un ou l'autre groupe suivant ce que l'on entend au juste par les expressions de démence et d'affaiblissement mental.

Sérieux et Capgras décrivent, sous le nom de « délire de supposition », une variété dans laquelle le malade n'arrive pas à une conviction absolue,

¹⁾ Sérieux et Capgras. Les folies raisonnantes, le délire d'interprétation. Paris, 1909, p. 1.

et n'expose ses idées que d'une manière hypothétique ou interrogative. « Ce défaut de certitude, disent-ils, n'implique pas une psychose passagère; cette forme est aussi incurable et aussi envahissante que les mieux organisées. » A première vue, il semble que notre cas rentre bien dans cette catégorie: la malade doute. Mais comme elle n'en est encore qu'au début de la psychose proprement dite, à sa phase d'incubation, il n'est pas possible d'affirmer quelle sera la suite. Si elle continue à multiplier et à organiser ses idées de grandeur et de persécution, elle finira par découvrir partout des allusions qui la concernent, et elle ne doutera peut-être plus. On aurait alors affaire à un délire d'interprétation typique, à sa période d'état, — affection dont les symptômes actuels ne seraient que le stade initial.

Pour le moment, la malade hésite, elle se borne à des suppositions. Néanmoins cet état diffère complètement du doute normal, car il n'est pas possible de discuter avec elle pour la remettre à droit fil; cela va à fin contraire. Comme elle m'avait dit un jour qu'elle trouvait que ses proches parents auraient bien pu lui expliquer de quelle famille elle était, je lui ai déclaré peu après que, selon des renseignements confidentiels pris chez ses cousins, elle n'était pas comtesse du tout, et qu'il devait s'être glissé là une erreur ou un malentendu. Elle en a paru vexée et a prétendu alors que c'était Mlle. W., l'une des voisines qui ne lui sont pas du tout parentes et qui la connaissent à peine, qui devait en savoir le plus long sur ses origines. Toute opinion contraire tend donc à lui faire trouver de nouveaux motifs pour justifier ses présomptions.

Les hallucinations.

Ce sont seulement des hallucinations auditives qui pourraient entrer en ligne de compte. Mais je ne crois pas que la malade en ait eu, car elle s'exprime presque toujours par des formules de ce genre:

« J'ai cru qu'il me disait ... j'ai cru comprendre ... j'ai cru avoir entendu ... j'ai sous-entendu que ... » Il est rare qu'elle dise: « j'ai entendu ceci ... on m'a dit que ... », et dans ce cas, si on lui demande de préciser, elle déclare toujours qu'il n'y avait rien de net, mais qu'elle a « cru comprendre ». Il lui arrive même de mettre ce manque de précision sur le compte de sa santé: « Tout ce que je dis, je ne puis pas dire que je l'aie entendu distinctement, parce que j'étais toujours dans la lune; voilà deux mois que je suis énervée, je ne sais pas pourquoi ... Les derniers temps, chez les X., j'entendais ces histoires de familles; c'était tellement imprécis. Je n'écoutais pas, j'entendais comme ça vaguement; je comprenais: une jeune fille de bonne famille ... frère de lait ... enfant ... mariage ... C'était tout mêlé. »

La malade entend-elle des voix lorsqu'elle est toute seule? Certaines réponses le feraient croire: « Il n'y a que trois mois que j'ai l'impression que des *voix inconnues* me parlent. Quand Mme. Ch. m'a conseillé de partir, quelque chose me *disait* qu'il fallait partir. » D'autres fois elle dit, en plaisantant, qu'elle a entendu « la voix des amis », expression empruntée au vocabulaire de Mme. Ch. Mais si on lui demande de définir clairement la nature de ces voix, elle donne des exemples comme celui-ci: « Quand je devais sortir avec L., quelque chose me *disait* qu'il ne fallait pas que

j'y aille; je ne suis jamais sortie avec des jeunes gens, ça ne me plaisait pas. » Lorsque j'insiste pour avoir d'autres exemples, elle me raconte que dernièrement un manchot est venu sonner à la porte; alors « quelque chose m'a dit : il faut lui acheter . . . C'est comme quand on lit à voix basse — une *voix* d'homme plutôt basse, comme une *intuition* qu'il faut faire quelque chose. »

Ces exemples montrent que l'expression de « voix », que la malade a beaucoup de peine à définir, n'implique pas pour elle un phénomène de nature nettement auditive, c'est-à-dire hallucinatoire. C'est plutôt un terme figuré par lequel il lui arrive de désigner certaines pensées ou sentiments obscurs.

L'importance diagnostique que l'on attache parfois aux hallucinations nous paraît du reste exagérée. Le Prof. Weber estime en effet qu'il n'y a qu'une différence de degré entre les idées délirantes, les illusions et les hallucinations de l'ouïe; car notre pensée se déroule le plus souvent sous forme d'un langage intérieur auquel nous prêtons l'oreille — c'est-à-dire que notre rôle est simultanément de *parler* et d'*entendre*. Mais tandis que l'individu sain réalise que tout se passe en lui, celui qui délire dissocie de sa personne, en expulse inconsciemment et attribue à d'autres êtres ou à des créatures fictives, certaines parties de son discours. Au lieu de s'en sentir l'auteur, il croit n'en être que l'auditeur; dans le couple « *je parle . . . j'entends* », qui constitue sa pensée, il élimine le premier élément pour ne retenir que le second. Comme le fait remarquer M. Weber, ceci explique pourquoi les aliénés chroniques, dont un des traits est de rabâcher sans cesse certains thèmes idéo-affectifs (complexes) qui accaparent toute leur personnalité, sont surtout sujets à avoir des hallucinations *auditives*, des *voix*. Celles-ci ne sont point, en dernier ressort, un phénomène sensoriel, mais uniquement la traduction imagée des pensées délirantes sous-jacentes qui préoccupent l'esprit.

L'homme le mieux portant recourt aussi à des images semblables lorsqu'il parle de la « voix » de la raison, la « voix » de la conscience, ou lorsqu'il déclare qu'une perspective lui « dit » quelque chose ou ne lui « dira » rien; ce n'est donc pas tant ce phénomène en lui-même qui est pathologique, mais bien le fait que l'aliéné *dissocie*, et attribue à autrui, ce que l'individu normal reconnaît appartenir à son propre moi.

III. Essai de pathogénie.¹⁾

Les tendances interprétatives constituent le trait dominant de l'affection au point de vue clinique. Mais au point de vue pathogénique, elles ne doivent pas être considérées comme fondamentales. Car la malade n'interprète pas « pour le plaisir d'interpréter », c'est-à-dire sur n'importe

¹⁾ Il ne s'agit que de pathogénie *psychologique*, destinée à montrer l'origine possible des idées délirantes. On sait que les troubles anatomiques du délire d'interprétation, comme de toutes les paranoïas du reste, ne sont pas connus. Même s'ils l'étaient, cela ne dispense-

quoi. Lorsqu'elle le fait, c'est toujours sur des sujets qui la touchent de près et qui concernent ce qu'il peut y avoir de plus intime en elle: il n'est pas indifférent que telle ou telle personne vous fasse la cour, et il ne l'est pas non plus d'apprendre qu'on est noble et qu'on retrouvera une fois des parents qui vous donneront la richesse. L'interprétation n'est qu'un procédé secondaire auquel recourt l'individu, pour mettre le monde extérieur d'accord avec certaines tendances instinctives et affectives profondes qui sont en lui. En résumé, la cause première du délire ne réside pas tant dans le fait de comprendre de travers, c'est-à-dire dans un défaut de jugement, — mais dans un déséquilibre affectif.

L'idée de l'origine purement *intellectuelle* de ces troubles, celle qui les attribuait à un défaut de jugement ou à une déviation primitive du raisonnement, était admise autrefois; mais elle n'a plus guère de partisans aujourd'hui. Elle a été supplantée tout d'abord par une théorie *affective*, d'après laquelle il y aurait à la base de la paranoïa un état primordial intense, fait surtout de doute, de méfiance ou de crainte. Mais cette théorie à son tour s'est montrée insuffisante et trop étroite. On ne saurait en effet maintenir une séparation absolue entre l'intelligence et le sentiment; nos actes, aussi bien que le cours de nos pensées, ne dépendent exclusivement ni de l'un ni de l'autre, mais des deux à la fois, c'est-à-dire de certaines représentations mentales *avec* accompagnement affectif (idées prévalentes, complexus); ce sont là des formations psychologiques complexes, qu'il est le plus souvent arbitraire et inutile de vouloir dissocier en éléments plus simples. C'est Bleuler qui, s'inspirant des travaux de Freud, a appliqué l'un des premiers à la paranoïa en général cette théorie *idéo-affective*, à laquelle Sérieux et Capgras se sont ralliés pour le délire d'interprétation.¹⁾

Il ne s'agit pas d'analyser le développement de l'affectation au point de vue psychique. L'examen d'un cerveau suffit pour établir que son propriétaire était atteint de paralysie générale, et présentait par conséquent certains symptômes de déficit mental. Mais on ne saurait en déduire pourquoi ses idées délirantes ont eu tel contenu, se sont succédé de telle façon, ou se sont au contraire amalgamées et enchevêtrées de telle autre. Seule une connaissance approfondie des antécédents psychologiques du malade, de son caractère, de ses tendances profondes, permettrait de jeter quelque lumière sur ces points. Mais une analyse de ce genre, rendue fort difficile par les troubles définitifs de la mémoire, serait en outre dépourvue d'intérêt chez un paralytique, étant donné l'inconsistance relative de ses idées et l'intensité de sa démence.

Dans la paranoïa, le problème se pose sous un tout autre aspect. Le « système délirant », né indépendamment de causes connues lésant l'organisme, se trouve lié de la façon la plus étroite au caractère même de l'individu; et il n'est pas indifférent de savoir pourquoi l'un d'eux est devenu un mégalomane inoffensif, un autre un persécuté dangereux, un troisième enfin un illuminé mystique. Sans doute toutes les pensées, quelles qu'elles soient, sont conditionnées par l'état cérébral; mais les études histologiques ou chimiques ne nous renseignent pas davantage sur l'origine et le mécanisme d'une « idée morbide », qu'elles ne le font lorsqu'il s'agit de nos « idées normales ».

¹⁾ Pour la discussion détaillée de ces diverses théories, voir entre autres: Sérieux et Capgras, *Loc. cit.*, 1909, p. 213—243. — Bleuler, *Affektivität, Suggestibilität, Paranoïa*. Halle, 1906. — Ad. Meyer, *The relation of emotional and intellectual functions in paranoïa and in obsessions*. *Psychol. Bull.*, 1906, III, p. 255—274.

D'après la théorie idéo-affective, la psychose réelle et constatable est à considérer comme le produit final, l'aboutissement d'un ensemble de pensées antérieures, douées d'un fort coefficient affectif; à la suite de quelque cause occasionnelle, ces pensées, après avoir travaillé sourdement l'esprit, ont fini par envahir la conscience sous forme de délire. Cette manière de voir oblige donc à analyser, dans chaque cas particulier, non seulement le contenu des idées délirantes initiales, mais encore les circonstances ambiantes qui ont pu jouer un rôle dans leur formation. C'est pourquoi on s'efforce de rechercher par quelles expériences individuelles, même lointaines, le malade a passé, et de quelle façon il y a réagi. On est amené ainsi, au lieu de se perdre dans des considérations générales sur la priorité de l'intellect ou de l'affectivité, à ne plus attacher d'importance qu'à des *faits concrets* qui, s'ils étaient tous connus, permettraient de suivre pas à pas le développement de la maladie.

A défaut d'une analyse détaillée, les points suivants me paraissent jeter une certaine lumière sur le mécanisme des troubles mentaux de notre malade, et confirmer l'idée qu'il y a autre chose que des relations fortuites entre les thèmes principaux de son délire et les circonstances psychologiques particulières qu'elle a traversées, et qui ont contribué à la formation de son caractère.

a) Ayant blâmé dans son enfance, à cause de sa conduite répréhensible, sa mère — une personne illettrée et alcoolique qui abandonna le domicile conjugal — et l'ayant en quelque sorte « reniée », il est moins surprenant que Dora ait eu la tendance à se croire issue d'autres parents qu'elle retrouvera un jour.

b) Comme enfant, elle aurait donc été transférée d'une famille à une autre; cette aventure, possible dans le pays où elle vivait, est en outre analogue à celle que son père lui aurait racontée, — à savoir qu'un de ses fils lui avait été enlevé en bas âge. Si ce récit de substitution (que je n'ai pas pu contrôler) est véridique, il rend moins invraisemblable le délire de la malade, lorsqu'elle se croit issue d'autres parents, et aura sans doute contribué à la formation de cette idée. S'il est imaginaire, il rentre dans la catégorie des faux souvenirs, inventés de toutes pièces pour justifier les idées délirantes (voir plus haut).

c) Marco, le frère de lait de Dora, pour lequel elle a beaucoup d'affection, a été élevé avec elle jusqu'à l'âge de 9 ans. Depuis lors ils se sont perdus de vue, et ce n'est qu'une dizaine d'années après qu'ils se sont retrouvés par hasard, dans un village voisin de Genève. Après une si longue séparation, ce revoir imprévu (dont j'ai pu vérifier l'exactitude) aura contribué aussi à faire croire à Dora qu'elle retrouverait peut-être un jour ses vrais parents.

d) Ne sachant rien de précis sur ces derniers, il est bien naturel qu'elle leur prête des qualités que chacun souhaite, telles que celle d'être riche et d'appartenir à une bonne famille. C'est un juste retour de la situation réelle, puisque le père qui a élevé Dora — et dont elle met justement l'authenticité en doute — était cordonnier, et la femme de celui-ci une illettrée alcoolique. Or, après s'être apparentée dans son délire tantôt à la famille de ses maîtres, les X., tantôt à la comtesse Zed, elle en vient à supposer un jour, lors de l'incident de la clef, que c'est peut-être M. X. lui-même qui serait son père. La fixation de son choix sur M. X. se comprend, puisqu'il est le premier homme « de bonne famille » auprès duquel elle ait eu l'occasion de se trouver, alors qu'il était seul. En même temps elle croit entendre que sa mère

— ou sa tante — serait Mme. Ch., celle qui effectivement a joué pour elle le rôle d'une vraie mère, pendant les sept ans que Dora a passés à son service.

e) Au point de vue sexuel, la malade se serait toujours comportée d'une façon irréprochable, ce qui s'accorde bien avec le dégoût que lui a causé l'inconduite de sa mère. L'aversion fort compréhensible qu'elle éprouve pour ce genre d'inconduite, s'exprime entre autres dans les soupçons inconsistants qu'elle entretient à l'égard de M. X., au moment où celui-ci, en l'absence de sa femme, héberge une comtesse. Au point de vue strictement sentimental, Dora nie avoir jamais été éprise de qui que ce soit. « Je n'ai jamais aimé personne », dit-elle, ce qui n'empêche pas qu'en plusieurs occasions elle s'est cru fiancée, et qu'elle l'a annoncé à des connaissances. Cette contradiction entre sa manière de sentir et de réagir prouve que, malgré sa froideur extérieure, elle a de fortes tendances érotiques qu'elle réprime. Ces tendances inconscientes se manifestent encore d'une autre façon: sur cinq rêves qu'elle a pu se remémorer et raconter au hasard, les cinq sont de nature érotique.¹⁾

f) L'échec de ses fiançailles avec le fils Ch. aurait été dû, d'après une version, au fait que Mme. Ch. ne trouvait pas Dora d'une assez bonne famille pour son fils. Lorsque, cinq mois plus tard, Dora va annoncer à Mme. M. ses fiançailles avec le jeune L., celle-ci lui rit au nez, en lui objectant qu'elle n'a point d'argent. On comprend que ces affronts successifs à ses tendances sentimentales aient contribué aussi, par compensation, à aiguiller le délire de la malade dans le sens de la « grandeur » et de la « persécution sexuelle »; elle entend vaguement dire sur son compte: « une jeune fille de bonne famille ... enfant ... mariage ... comtesse ... », etc. En même temps elle soupçonne M. X., — son maître, qui par ce fait avait le droit d'exercer une certaine surveillance sur elle — de l'observer et de l'importuner dans le même domaine; (ce mécanisme de « projection » est analogue à celui qui, dans la psychologie courante, nous porte à soupçonner chez les autres des tendances que nous cherchons à réprimer en nous). C'est dans l'incident de la clef, que cette idée délirante d'une persécution sexuelle de la part de M. X. a atteint son apogée.

g) Comme moyen de défense contre ces poursuites, la malade se figure aussi que les dames W., les voisines qui la connaissent à peine, écoutaient derrière la porte pour venir à son secours en cas de nécessité. A un autre moment du délire, l'une des W., ses protectrices fictives, se trouve être proche parente de Mme. Ch., que Dora confond plus ou moins avec sa mère. La malade se fabrique donc là un groupement protecteur du sexe féminin, prêt à la défendre contre les séductions. C'est la contrepartie du rôle diamétralement inverse qu'a joué pour elle sa vraie mère, par son mauvais exemple.

Ces points suffisent pour montrer qu'il y a des relations étroites entre la nature du roman délirant et les situations psychologiques spéciales dans lesquelles la malade s'est trouvée. Ils appellent quelques remarques que j'exposerai, pour plus de clarté, dans l'ordre suivant:

¹⁾ La malade se souvient peu de ses rêves. Voici les cinq, dont les trois premiers ont été faits à l'hôpital: 1° Je dansais avec un jeune homme, et il y en avait un autre qui était jaloux; on me poursuivait et la frayeur m'a réveillée. 2° Deux hommes m'apportaient des fleurs, des chrysanthèmes et des muguets; je me suis réveillée en voyant ma table de nuit pleine de fleurs; je trouvais que j'en avais trop, je ne savais plus qu'en faire. 3° J'étais sur une chaise au milieu de la chambre; il y avait plusieurs personnes, et un monsieur grand, avec une casquette, m'a embrassée; je ne crois pas que je l'aie repoussé. 4° Quelques mois auparavant, quand elle était chez Mme. Ch., elle a souvent rêvé au fils aîné, celui avec lequel elle se figurait être fiancée. 5° Plus anciennement, rêve stéréotypé: Je rêvais souvent que j'étais en chemise de nuit dehors, j'ai honte d'être en chemise de nuit devant les gens, je cherche à me cacher. Même quelquefois je suis en chemise de jour ...

Dans les associations d'idées, le temps de réaction est très variable d'un mot à l'autre (de $\frac{1}{5}$ de sec. à 20 sec.). Certains mots se heurtent, consciemment ou inconsciemment, à un « barrage » (Sperrung).

1° *L'interprétation se fait conformément à certaines tendances; elle existe chez les gens normaux.* Tout le système délirant de notre malade apparaît en effet comme un essai de compensation, une réplique à la situation véritable, ou comme la réalisation de certaines tendances idéo-affectives. Cet effort vers la satisfaction personnelle ne diffère pas de celui qui anime le commun des mortels; mais elle, elle le pousse à l'excès, sans tenir aucun compte des démentis de la réalité extérieure. Bien plus, elle fausse celle-ci, elle l'interprète, pour mieux s'illusionner. Ce mécanisme est de nature infantile et constitue peut-être une régression. Dans ses jeux imaginatifs (gendarme et voleur, chemin de fer, Indiens, etc.), l'enfant déforme aussi le milieu ambiant selon son goût et y remplit le rôle qu'il s'est attribué, avec le plus grand sérieux; il lui arrive même de ne plus savoir faire la distinction nette entre ses fantaisies et la réalité. Chez l'adulte normal, le procédé de l'interprétation ne s'observe pas moins, car il est à la base des « jugements erronés » auxquels personne n'échappe, et qui ne se font pas au hasard; ils sont commandés, eux aussi, par certains complexes idéo-affectifs (ou tendances sous-jacentes) qui dominent l'activité mentale du sujet et le font raisonner dans tel sens plutôt que dans tel autre, parfois jusqu'à l'aveuglement.

2° *C'est surtout l'interprétation « passionnelle » qui présente tous les degrés de transition entre l'état physiologique et les états morbides.* « Ce délire d'interprétation physiologique, disent Sérieux et Capgras, n'apparaît nulle part avec plus de netteté que dans les états passionnels » ... « dans ces jugements insensés de l'amour qui bravent l'opinion et le sens commun. » (p. 222.) Sans aller jusqu'à ces cas extrêmes de « passion », que l'on peut déjà considérer comme morbides à bien des égards, il est certain que c'est dans le domaine de l'affectivité sexuelle qu'il est le plus malaisé de fixer les limites de l'état normal; cette difficulté se constate d'une façon frappante dans notre cas. On a vu que les premiers signes d'interprétation s'étaient manifestés avant l'éclosion de la psychose, au cours de diverses amourettes. Mais si on y regarde de près, on voit que ces aventures ne diffèrent pas d'une façon essentielle des illusions et désillusions sentimentales auxquelles tout individu peut être sujet. C'est plutôt leur répétition qui est suspecte, et qui semble prouver que la malade avait une tendance excessive à laisser galoper son imagination pour le plaisir d'aimer — ou de se croire aimée. (Ce mécanisme, déjà signalé, de « projection » — en vertu duquel l'individu est enclin à prêter à une autre personne, souvent sans aucune preuve, des sentiments qui n'ont leur racine qu'en lui-même — joue un rôle capital dans les délires systématisés, où il revêt les formes les plus variées). ¹⁾

¹⁾ Voir à ce sujet les travaux psychanalytiques sur la paranoïa. Le terme de « projection » a été introduit par Freud. (Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. Neurol. Centralbl., 1896.)

3^o *Les éléments pénibles peuvent être refoulés automatiquement.* La malade s'est-elle jamais rendu compte, qu'en se laissant guider par ses caprices, elle s'était exposée à de nombreuses déceptions? Il ne le semble pas. C'est ainsi que l'échec de ses fiançailles avec le jeune Ch. a dû être pour elle, d'après divers témoignages objectifs, une grosse désillusion dont elle évitait de parler. Et cependant, si on la questionne sur ce point, elle reconnaît bien s'être construit à cette époque de nombreux châteaux en Espagne; mais elle n'admet pas qu'elle ait eu une déception du fait de la rupture, et elle ajoute s'être efforcée de n'en jamais rien laisser voir à son entourage. Cet exemple de « refoulement » est caractéristique, car il résume toute la psychologie affective de la malade; elle a en effet toujours réussi, comme par un mécanisme automatique, à se donner le change à elle-même et à le donner aux autres, à se montrer gaie et sereine devant les contrariétés, et elle déclare n'avoir eu que du bonheur dans la vie. Les circonstances adverses n'ont donc jamais provoqué chez elle de réactions adéquates; jamais non plus elle n'a paru avoir des visées ambitieuses, si ce n'est par un maintien un peu fier et distant. Au lieu d'extérioriser, elle a toujours réprimé, dissocié de sa personnalité consciente, les éléments pénibles et les fantaisies compensatoires.

4^o *Il peut se produire une rupture d'équilibre, une irruption des complexes refoulés.* C'est dans ce type de mentalité que l'équilibre affectif risque de se rompre à la première occasion favorable (dans notre cas, cette occasion s'offrit lorsque la malade se trouva entourée de circonstances entièrement nouvelles dans la famille X., le tout coïncidant avec l'échec de sa dernière aventure sentimentale). Il se produit alors une poussée soudaine et irrésistible, une véritable irruption des pensées dissociées, qui prennent le dessus. Le sujet n'en est plus maître: il délire et, dans la forme spéciale qui nous occupe, il se met à interpréter au fur et à mesure pour justifier son délire. Ainsi éclot la psychose proprement dite; le sens critique, qui depuis longtemps pouvait contrebalancer, comme chez les gens normaux, les opinions erronées, n'a plus aucune prise sur elles. Celles-ci vont désormais se multiplier et se prêter appui les unes aux autres, d'autant plus solidement qu'elles plongent leurs racines dans ces complexes idéo-affectifs réprimés jusqu'alors.¹⁾

¹⁾ *Sérieux et Capgras* décrivent d'une manière fort claire cette rupture de l'équilibre mental qui caractérise le début de la psychose: « Alors émerge définitivement du subconscient l'idée directrice qui va orienter les interprétations et aiguiller l'esprit sur une voie fausse dont il ne s'écartera plus. Cette « idée prévalente » se fixe dans la conscience avec une intensité exceptionnelle parce qu'elle est accompagnée d'un état affectif intense de plaisir ou de déplaisir; elle reste au premier plan et n'est pas corrigible; à l'encontre des obsessions proprement dites elle apparaît au malade comme née de son propre moi: il lutte pour elle et non contre elle. Les images mentales en rapport avec l'idée prévalente entraînent l'évidence en raison du ton émotif qui les accompagne; les images antagonistes ne peuvent rien contre elles. » (p. 237.)

IV. Considérations théoriques.

On a vu que les éléments psychologiques qui surgissent sous forme de délire tiennent à la fois de l'idée et du sentiment; c'est pourquoi ils ont reçu le nom de « complexes idéo-affectifs » (« idées prévalentes », « idées-forces », etc.). Mais à côté de cette structure mixte, un de leurs caractères essentiels, qui les rapproche des instincts, c'est d'être *actifs*: contrairement aux souvenirs anodins ou aux pensées abstraites, et grâce à leur tonalité affective intense, les complexes travaillent sourdement contre les barrières que leur opposent l'esprit critique et la raison, parfois jusqu'à rompre l'équilibre. Ainsi éclate la psychose, qui n'est en somme que le résultat d'une lutte entre des forces antagonistes, d'un conflit dont l'issue a été défavorable. Cette théorie est *dynamique*.

Elle est en outre *évolutive*, car on n'admet pas que ce soit à un moment précis, mais bien au cours du développement, que se sont formés peu à peu ces complexes, ou mieux ces groupements, ces « constellations » de complexes (grandeur, jalousie, persécution, etc.), — lesquels, après s'être accrus et enchevêtrés sans manifestation extérieure, ont fini par jaillir en constituant le roman délirant.

Quant aux étapes successives franchies par tout ce travail préparatoire, elles ne se font pas, croyons-nous, d'une manière spontanée, mais sous la pression de certaines expériences définies, qui dépendent forcément des circonstances ambiantes. La théorie devient ainsi *causale*. C'est pourquoi j'ai insisté, dans le cas particulier, sur les situations objectives, historiques pour ainsi dire, dans lesquelles la malade s'est trouvée depuis son enfance. Elle a assisté à un ensemble d'aventures réelles, telles que le départ dramatique de sa mère, la rencontre imprévue de son frère de lait après plusieurs années de séparation, etc., épisodes qui me semblent avoir non seulement fourni les matériaux de son délire, mais avoir encore, dans la production même de celui-ci, tenu lieu de *facteurs déterminants*.

Ce dernier point est un des plus discutés de la pathogénie de ces troubles. On sait en effet que l'enfant, quels que soient son milieu et son éducation, se forge volontiers des romans dont il est le personnage principal. Ces créations imaginaires, dont les analogies avec les légendes mythologiques sont bien connues depuis les travaux de Freud, Rank, et Jung, se ramènent à quelques types principaux, dont les plus intéressants sont ceux qui concernent la famille (romans familiaux). Citons le mythe de l'enfant qui se croit victime ou abandonné; le mythe de la noble naissance; le mythe des parents perdus et retrouvés, qui se combine avec celui des faux parents; le mythe d'Oedipe; le mythe conjugal, grâce auquel il se crée parfois entre frères et sœurs de « petits ménages sentimentaux »;

enfin tous les mythes héroïques, dans lesquels l'enfant joue le rôle d'un brave qui délivre sa famille du danger.

Il n'est donc pas nécessaire de recourir à des *facteurs déterminants* pour expliquer que des idées comme celles des parents adoptifs, de la substitution, de l'origine noble, etc., aient pu germer dans notre cas. Mais pouvons-nous nier, d'autre part, que des fantaisies de ce genre, si communes dans la psychologie infantile, aient été activées, exaltées chez notre malade — jusqu'à en faire des « complexes » qui agiront dans la suite — par les conditions particulières dans lesquelles elle s'est trouvée? Il n'est pas démontré que son trouble mental se fût développé si elle avait pu garder de sa mère un souvenir plus digne, et si son entourage avait été totalement différent. On objectera, sans doute, qu'elle n'en aurait pas été plus saine d'esprit, car il devait y avoir en elle une « prédisposition » héréditaire, une « constitution » anormale, sans laquelle la psychose n'aurait pas éclaté. Cela est certain; mais la plupart des maladies ne doivent-elles pas aussi, pour pouvoir éclore, tomber sur un terrain spécial? Nous respirons tous des bacilles de Koch, et seulement quelques-uns d'entre nous deviennent tuberculeux; si l'on avait attaché d'emblée une importance exclusive à la prédisposition morbide, on ne se serait pas donné la peine de chercher plus loin, et le bacille serait peut-être encore inconnu!

L'hérédité, la constitution originelle, sont fort importantes dans les troubles mentaux; mais n'a-t-on pas une tendance à les surestimer et à négliger les facteurs innombrables qui, depuis la première enfance, ont pu agir sur la formation affective et intellectuelle du futur malade? Ici nous retombons sur la question que soulève la théorie causale: le milieu peut-il avoir une influence quelconque sur le développement d'un état dit constitutionnel, comme celui dont il s'agit dans notre cas?

La réponse est négative, si l'on s'en tient à la plupart des définitions classiques, pour lesquelles l'étiologie de ces troubles se résume dans la dégénérescence mentale, dans « une défectuosité native, ayant atteint l'être humain aux sources mêmes de sa personnalité morale, dans son principe et dans son germe, *ab ovo*. La tare fondamentale s'est imprimée dans la substance nerveuse, au moment de la fécondation, de la vie fœtale et de l'accouchement, c'est-à-dire au stade initial où s'élabore et s'organise la structure intime de l'être, sa constitution psychique et physique. »¹⁾

Pour ma part, je ne puis m'empêcher de croire qu'un point de vue aussi absolu ne s'applique peut-être pas à tous les cas. La distinction clinique entre les psychopathies acquises et constitutionnelles est capitale; mais est-il prouvé que ces dernières dépendent bien d'une tare originelle et par conséquent fatale, comme le veut la doctrine de la dégénérescence?

¹⁾ Devaux et Logre, *Les anxieux*. Paris, 1917, p. 190.

En d'autres termes, la « constitution » est-elle héritée telle quelle? Je ne le crois pas.

Entre les troubles acquis d'une part, et d'autre part les troubles incontestablement congénitaux (l'idiotie, avec ses stigmates physiques), ou à hérédité similaire (certaines affections nerveuses reparaissant identiques dans plusieurs générations d'une même famille), n'y a-t-il pas toute une catégorie d'états intermédiaires, dont l'origine est à rechercher dans la constitution mentale du malade, *telle qu'elle s'est élaborée au cours du développement*? Pourquoi une succession d'erreurs de jugement, de faux aiguillages, de mauvais plis, — minimes d'abord, mais dont chacun entraînera un autre s'ils ne sont pas corrigés au fur et à mesure, — ne finiraient-ils pas par produire un véritable dérangement mental? N'est-ce pas ainsi que naissent peut-être un certain nombre de psychoses qui méritent bien le nom de constitutionnelles, pour les distinguer de celles que l'adulte acquiert par intoxication, infection, traumatisme, etc., mais *qu'il aurait été possible d'éviter*, au moins théoriquement, si on avait eu un moyen de les déceler et d'agir en temps voulu? Il n'est pas question, entendons-nous, de nier l'hérédité ou la prédisposition; car, parmi les facteurs étiologiques, multiples dans toute maladie, ces derniers prennent leur place comme les autres. Il s'agit seulement de ne les invoquer que dans les limites où leur action est établie de manière indiscutable, et de ne pas leur laisser envahir le domaine du développement idéo-affectif, si peu connu surtout chez l'enfant; en cas de doute c'est ce dernier domaine, me semble-t-il, qui devrait être étendu au détriment de l'autre.

* * *

Opposée à la théorie héréditaire et dégénérative des psychoses, la conception évolutive et causale, sur laquelle l'école de Freud a particulièrement insisté, n'est en général pas bien accueillie. Cela s'explique d'abord parce qu'elle s'est trouvée liée tout naturellement à la doctrine si discutable du pansexualisme; mais en dehors de cette alliance qui lui a porté préjudice, elle est pourtant défendue par un certain nombre d'aliénistes.¹⁾ Cela tient ensuite au fait que nous n'avons aucun moyen d'en prouver l'exactitude d'une façon irréfutable: il faudrait pouvoir faire machine en arrière, et montrer que le même sujet, ayant recommencé sa vie dans d'autres conditions, est resté sain.

¹⁾ *Aug. Hoch*, The psychogenic factors in the development of psychoses. Psychol. Bull., 1907, IV, p. 161.

Ad. Meyer, Fundamental conceptions of dementia praecox. Brit. med. Journ., sept. 1906. — The dynamic interpretation of dementia praecox. Amer. Journ. of Psychol., 1910, XXI, p. 385.

Macfie Campbell, A modern conception of dementia praecox, with five illustrative cases. Rev. of Neurol. and Psychiatry, 1909, p. 623. — On the mechanism of some cases of manic-depressive excitement. Ibid., 1914.

Mais cette manœuvre, impossible à réaliser, ne serait-elle pas tout aussi nécessaire pour prouver la thèse inverse? Comment osons-nous affirmer, sur un coup d'œil rétrospectif, que tel individu sans aucun stigmatisme physique congénital était un « taré originel », et qu'il devait fatalement dévier de l'état normal, quelles que fussent les circonstances ambiantes?

En fait de démonstration, les deux hypothèses sont exactement sur le même pied, et il n'est pas moins scientifique de donner sa préférence à l'une plutôt qu'à l'autre. Si l'on adopte celle de la dégénérescence innée, on devra se borner à des traitements palliatifs et instituer, autant que possible, certaines mesures eugéniques, comme la restriction de la progéniture dans les familles suspectes. Si l'on accepte l'autre, les efforts de prophylaxie individuelle et d'hygiène mentale garderont leurs droits; en outre, une fois la psychose déclarée, tout espoir de thérapeutique efficace, et même de guérison, ne sera pas supprimé d'emblée.

Je me rends bien compte qu'il est risible d'admettre l'éventualité d'une guérison, surtout lorsqu'il s'agit de délire d'interprétation ou de toute autre forme de paranoïa, maladies « incurables » par excellence. Mais de même que l'homme sain est capable, grâce à la réflexion et à des expériences nouvelles, de rectifier des jugements erronés qui, jadis, lui tenaient à cœur, — d'en « revenir » d'une façon parfois définitive, — est-il exclu *a priori* que le délirant, si systématisé soit-il, puisse faire de même? Il est clair que lorsque la rupture d'équilibre entre les tendances idéo-affectives profondes et le sens critique s'est produite, les chances de rétablissement sont beaucoup moindres; c'est précisément en cela que consiste la maladie. Mais ces chances doivent-elles être éliminées par principe?

En fait, on a relaté quelques rares cas de « guérisons », dont on trouvera un exposé critique dans le travail d'ensemble d'Adolf Meyer.¹⁾ Malheureusement il semble qu'un seul d'entre eux offre toutes les garanties scientifiques voulues: c'est celui qu'a publié Bjerre, de Stockholm, et

¹⁾ *Ad. Meyer*, The treatment of paranoic and paranoid states. In White and Jelliffe, Modern treatment of nervous and mental diseases, London, 1913, vol. I, p. 614—661. — Existe-t-il des exemples dans lesquels la guérison se soit produite à la suite de quelque bouleversement émotif? Je n'en ai trouvé aucune mention en ce qui concerne la paranoïa au sens strict. Par contre Esquirol avait déjà décrit le cas fort curieux d'un magi trat qui se crut accusé de haute trahison lors des désastres militaires de 1812, et qui développa depuis lors un délire de persécution toujours plus accentué. Il guérit presque subitement au printemps 1814, lorsqu'il vit des soldats étrangers entrer dans Paris. (Des maladies mentales, Paris, 1838, I, p. 160.) Tout récemment, Antheaume et Trepzat ont publié l'observation d'un persécuté qui reconnut la nature pathologique de ses troubles, à la suite des émotions qu'il ressentit pendant la retraite de l'Aisne en 1918 (Sur un cas de délire de persécution disparu au bout de trois ans. *Encéphale*, 1920, XV, p. 106). — Dans ces deux cas il y avait peu de systématisation et des hallucinations de l'ouïe très prononcées, en sorte qu'il ne peut s'agir de paranoïa, mais bien d'affections paranoïdes. Leur guérison — caractérisée, cela va sans dire, par une « compréhension rétrospective », ce qui est tout différent d'une simple rémission — n'en est pas moins surprenante.

qui concerne une personne dont le système interprétatif remontait à une dizaine d'années. ¹⁾ Sans doute on pourra toujours dire qu'il ne s'agissait pas de paranoïa, puisque la malade s'est remise. Mais cette objection est toute théorique, car la difficulté n'est pas de changer le diagnostic après coup; elle consiste justement à discerner, dans la période d'état, quels cas risquent d'avoir une issue favorable si on entreprend une thérapeutique suivie. En sorte qu'on peut toujours se demander si un certain nombre de malades qui passent pour être atteints de paranoïa, ne profiteraient pas aussi d'une cure mentale méthodique et approfondie, comme celle à laquelle Bjerre a soumis sa cliente avec une patience inépuisable et pleine de diplomatie.

En ce qui me concerne, j'avoue n'avoir pas constaté la moindre amélioration chez le seul paranoïaque que les circonstances m'aient permis d'analyser et de traiter journellement pendant de nombreuses semaines. C'était un persécuté-persécuteur très instruit et désireux de mettre au clair la situation dramatique dont il se croyait victime. Malgré son zèle, sa bonne volonté, et la confiance qu'il m'a toujours témoignée, il m'a été impossible de modifier aucune de ses idées délirantes. Mais même si un échec aussi absolu devait se renouveler, je me garderais bien d'en conclure que tous les cas sont aussi mauvais, — et surtout de nier qu'un confrère puisse avoir des résultats plus heureux que les miens.

¹⁾ Bjerre, Zur Radikalbehandlung der chronischen Paranoïa. Jahrb. für Psychoanal. und Psychopathol. Forsch., 1911, III, p. 795—847.