Extrait / Ne se vend pas séparément

Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie

Organe officiel de la Société suisse de Neurologie
et de la Société suisse de Psychiatrie

Volume XVIII Fascicule I

Le traitement des états paranoïaques et paranoïdes d'après Adolf Meyer

Par

Henri Flournoy (Genève)

Les Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie
paraissent 4 fois par an, en fascicules de 10 à 12 feuilles dont 2 forment un volume. – PRIX DE L'ABONNEMENT pour le volume de 2 fascicules 35 fr., Abonnement postal 20 cts. de surtaxe, (pour les membres de la Société suisse de Neurologie et de la Société suisse de Psychiatrie 28 fr., si la commande est adressée directement aux éditeurs). Les fascicules se vendent séparément au prix de 20 fr. Prix réduits pour les pays à change bas.

ZURICH 1926

Imprimeurs-Editeurs: Art. Institut Orell Füssli

5. Le traitement des états paranoïaques et paranoïdes d'après Adolf Meyer.[1])

Par HENRI FLOURNOY (Genève).

Dans l'ouvrage classique de *White* et *Jelliffe* sur le traitement des maladies nerveuses et mentales, c'est le professeur *A. Meyer*, de l'Université *Johns Hopkins*, qui s'est chargé du chapitre, si ingrat au point de vue thérapeutique, des états paranoïaques et paranoïdes. Je ne pourrai donner ici qu'un aperçu de ce travail fondamental[2]).

Après avoir résumé les principales publications modernes, notamment la monographie de *Gaupp* (1909) et l'ouvrage de *Sérieux* et *Capgras* sur les folies raisonnantes (1909), *Meyer* envisage d'abord les questions relatives à la pathogénie.

a) *Le problème pathogénique.*

La formation des idées délirantes ne constitue pas le fait essentiel; elles ne sont que le produit terminal, l'aboutissement d'une série lente et insidieuse de réactions et de tentatives d'adaptation mal réussies. La division en états dégénératifs et non dégénératifs n'est pas caractéristique. Il n'y a pas non plus de raisons suffisantes pour établir une distinction absolue entre troubles *paranoïdes* et *paranoïaques*, suivant qu'ils auraient, ou non, une tendance à l'évolution démentielle. Quant à la question de savoir si le désordre primitif est de nature intellectuelle ou émotive, elle n'a pas l'importance qu'on lui attribuait autrefois[3]). Tout l'intérêt actuel est de chercher „à expliquer et à comprendre les différences de ces états par le matériel individuel, ontogénique et personnel, présenté par les malades." L'étude purement descriptive cède le pas de plus en plus à une *interprétation causale* „qui s'efforce de démontrer des facteurs mentaux fondamentaux, et des expériences d'où les complexes délirants résultent comme des conséquences naturelles" (p. 618).

C'est *Freud* (1896) qui a fait le premier essai systématique dans cette direction, par son analyse d'un cas de paranoïa chronique hallucinatoire.

---

[1]) Cet article est extrait d'une publication qui sera consacrée à l'éminent aliéniste de Baltimore, et qui paraîtra dans les *Archives de Psychologie* sous ce titre: „L'enseignement psychiatrique d'Adolf Meyer".

[2]) *Ad. Meyer.* The treatment of paranoic and paranoid states (In *White* and *Jelliffe*'s Modern Treatment of Nervous and Mental Diseases, 1913, I, p. 614—661).

[3]) *Meyer* avait déjà traité cette question dans un précédent article: The relation of emotional and intellectual functions in paranoia and in obsessions. Psychological Bulletin, 1906, III, p. 255—274.

Meyer déplore que ce travail soit resté si longtemps ignoré, car il est d'une clarté parfaite et mérite d'être relu sans cesse. A l'ancienne discussion sur l'origine intellectuelle ou émotionnelle de la paranoïa, se substitue donc l'étude des *expériences réelles* vécues par le malade. Ces expériences dominantes sont complexes, elles impliquent des représentations mentales douées d'une charge affective (complexus idéo-affectifs, théorie idéodynamique). Pour *Friedmann* (1894 et 1907) les convictions et raisonnements des paranoïaques dépendent de forces qu'il appelle „suggestives" *(Suggestivurteile)*, bien plus que d'observations ou de déductions critiques. D'autre part, *Bleuler* (1906) a montré que la suggestibilité et les phénomènes de suggestion, simple ou hypnotique, ont toujours, comme les jugements erronés dans la paranoïa, des racines affectives.

Meyer lui-même situe la cause la plus profonde de ces états dans le domaine biologique des instincts, ces forces irrésistibles qui agissent aussi longtemps qu'une satisfaction quelconque ne leur a pas été fournie. Ces difficultés instinctives entraînent des troubles dans les sentiments (crainte, méfiance), et il finit par surgir des systèmes délirants substitutifs *(delusional substitutions)* qui remplacent la satisfaction manquante. Ce point de vue s'accorde avec celui de *Freud* sur la réalisation du désir; les cas analysés par *Freud* ont amené cet auteur à la conclusion qu'il s'agit en fin de compte, dans la paranoïa, de conflits homosexuels. „Une psychologie de la paranoïa, dans le sens d'une compréhension complète de tous les facteurs qui contribuent à sa formation et à son développement, est bien une utopie, dit *Meyer*. Néanmoins les notions actuellement utilisables dans nos efforts en vue de cette compréhension commencent à être assez encourageantes; en sorte que nous n'avons pas à prendre une attitude résignée, et à proclamer simplement que la seule cause connue c'est la mauvaise hérédité ou la dégénérescence, ou peut-être certains événements spéciaux et difficiles de la vie du malade. Les progrès de l'analyse psychiatrique de la paranoïa consistent dans la précision croissante avec laquelle des facteurs formatifs spécifiques, et des idées-forces, peuvent être décelés comme étant les forces déterminantes qui impriment l'attitude morbide du malade. Il devient aussi possible d'esquisser les caractères de la constitution mentale *(mental make-up)* qui se prête à une fixation d'états paranoïaques." (p. 623). Après avoir envisagé les problèmes de pathogénie, *Meyer* aborde la question des mesures thérapeutiques.

b) *Premiers essais de traitement.*

Les anciens auteurs (*Reil*, *Leuret*, *Moreau*) ont préconisé des méthodes ayant pour but de lutter directement contre le système des idées délirantes. Ainsi *Reil*, dans ses „Rhapsodies" (1803), indique les moyens propres à extirper l'*idée fixe*, et à faire disparaître ainsi tous les autres symptômes

(troubles des sentiments, de la conduite, actes impulsifs, etc.) qui dériveraient, selon lui, de cette idée. On peut dire que *Reil* s'inspire de la théorie pathogénique intellectuelle, abandonnée aujourd'hui. Au point de vue curatif, il engage le médecin à capter la confiance du malade, en utilisant tour à tour la douceur, la sévérité, les raisonnements ou remontrances, et en l'attachant à un travail qui le détourne de ses pensées morbides. Si ces moyens échouent, *Reil* conseille d'exposer le malade à des dangers soudains et variés — un procédé qui lui semble plus facile à réaliser dans les institutions publiques que dans les domiciles privés!

,,Si cru que cela puisse paraître, dit *Meyer*, l'idée fondamentale de *Reil* est parfaitement juste. Ce qu'il entend, c'est que nous ne devons jamais abandonner l'espoir d'avoir une prise sur quelques intérêts vitaux, par lesquels il nous soit possible d'absorber suffisamment l'attention du malade pour lui faire oublier ses idées fixes — et *Reil* ne craindrait pas de faire appel, dans ce but, aux intérêts très fondamentaux de défense personnelle (*self-protection*). C'est très heureux que notre tendance moderne à faire appel, aussi dans le domaine de l'éducation courante, au plaisir (*attractiveness*) plutôt qu'à la soumission et à la contrainte — ait mis à notre disposition une belle série de moyens d'occupation attrayants et utiles qui a modifié, à juste titre, la plupart des vieilles méthodes de discipline scolaire et de discipline de la vie en général, et qui a rendu superflu le système artificiel, et en somme barbare et risible, proposé par *Reil*. *Reil* relate aussi les traitements adroits et rapides de plusieurs de ces maladies, traitements auxquels les profanes et même les médecins s'attendent quelquefois à voir recourir encore le psychiatre. Ainsi *Reil* rapporte le cas d'un jeune homme plein de raison, sauf l'idée fixe qu'il était un Prince Suédois. On l'envoya pour traitement auprès d'une femme qui avait acquis une grande réputation par ses soins aux aliénés. Elle le plaça à côté d'elle à table dès le premier repas. Il parla et se conduisit d'une manière conséquente et naturelle pendant un moment, lorsque, tout à coup, il fit une digression dans son idée fixe. Au même instant il reçut un tel soufflet en plein visage, qu'il en vit les étoiles. Ce genre de traitement, auquel il ne s'était certainement pas attendu de la part d'une femme, surtout pas le premier jour de son arrivée, agit sur lui d'une façon si profonde qu'il ne fit plus jamais allusion à son idée"[1]).

Toutes les passions violentes (crainte, amour, espoir basé sur la foi religieuse) pourraient agir de même. ,,Chez d'autres auteurs, dit encore *Meyer*, il est question d'opérations simulées, faites pour enlever les animaux ou les influences qui sont censés donner naissance aux idées hypo-

[1]) Ce paragraphe sur *Reil* n'a pas seulement un intérêt historique. Je l'ai reproduit parce que *Meyer* y montre l'action favorable que peuvent avoir certains traumatismes brusques. C'est une éventualité que les praticiens doivent connaître, bien qu'il soit difficile d'en tirer parti dans la thérapeutique rationnelle moderne.

condriaques. Mais on ne peut guère se fier à ces choses, à notre époque de liberté de pensée et d'aversion pour toute contrainte et toute tromperie imposée de force. Il se peut que nous devions parfois fermer les yeux sur l'emploi intentionnel des méthodes de charlatans, basées sur la foi ou sur les superstitions du malade. J'ai vu moi-même des améliorations consécutives à d'extraordinaires manœuvres de ce genre; mais lorsqu'on les entreprend, on risque en général de détruire toute possibilité d'un plan plus rationnel de traitement. C'est pour cette raison qu'il est de notre devoir d'enseigner au corps médical et au public, d'avoir confiance dans des méthodes qui sont plus en harmonie avec les résultats que l'on sait pouvoir escompter par des cures de longue haleine. Comme cela a déjà été dit, notre espoir repose sur les progrès indéniables effectués dans le domaine de nos connaissances sur la vie mentale et sur ses mobiles" (p. 625 et 626).

c) *Thérapeutique de l'époque contemporaine.*

La plupart des aliénistes (*Magnan* et *Sérieux*, *Capgras*, *Tanzi*) estiment qu'il n'existe pour la paranoïa que des mesures palliatives ou symptomatiques: distractions, changements de milieu ou de travail, sédatifs et toniques, surveillance discrète, internement. Quant à la rééducation par arguments logiques, la psychothérapie au sens où l'entendait *Dubois*, *Meyer* la juge inutilisable dans la plupart des cas de ce genre.

d) *Traitements basés sur les interprétations psychodynamiques modernes.*

Le délire est le résultat morbide des tentatives faites par le malade pour trouver son équilibre par rapport à des situations complexes et difficiles. La condition préalable est donc, comme l'admettent tous les psychiatres, de protéger le sujet contre les causes d'irritation, de le mettre dans une ambiance à laquelle il lui soit possible de s'ajuster. Ce premier degré d'équilibre une fois atteint, il s'agit de découvrir les mobiles intimes de la personnalité au moyen de la conversation thérapeutique en général, ou par la technique spéciale de la psychanalyse. Les raisons apparentes qui déterminent l'attitude du malade doivent être soigneusement élucidées, de même que les appoints somatiques ou toxiques. C'est en se basant sur une estimation détaillée de tous les facteurs en jeu, et non sur un diagnostic sommaire avec sa conséquence traditionnelle d'incurabilité, que le médecin pourra entreprendre une tâche utile. S'il n'arrive pas à établir l'état de *coopération* voulu avec le malade, il faut qu'il donne à ce dernier la chance d'être traité par quelqu'un d'autre. Sans doute il n'est pas toujours facile de savoir à partir de quelle période l'état morbide rend toute coopération impossible, ni de décider à quel moment la liberté du paranoïaque constitue un danger pour la société. Mais ces grosses respon-

sabilités ne doivent pourtant jamais faire oublier au psychiatre son rôle thérapeutique.

La reconstruction chronologique de la vie du malade en s'aidant si possible de son autobiographie, l'intérêt témoigné à ses difficultés, l'acceptation partielle de ses idées, et en tout cas l'attention calme et franche portée à sa manière de voir — permettent qu'il s'établisse, entre lui et son médecin, une collaboration pratique sans tromperie réciproque malgré la divergence des opinions. „Chaque malade, dit *Meyer*, a des conflits définis, et c'est le devoir du médecin de les voir clairement et de les pénétrer, sans prendre parti d'une manière qui compromettrait son bon sens et sa façon conséquente d'agir — et aussi sans négliger les occasions d'entrer dans tous les détails qui pourraient aider, finalement, à miner l'assurance morbide. C'est ici le point sur lequel le novice risque de perdre la partie dès le début. C'est seulement par une patience infinie, et par une connaissance minutieuse de la sensibilité du malade et de sa facilité à se recroqueviller dans la coquille de son attitude morbide, qu'on évitera une action trop précipitée et un échec inévitable. La plupart des médecins heurteront le malade *avant* d'avoir pu lui aider, et même avant d'être arrivés au point où ils s'apprêtaient à lui exprimer *intentionnellement* leur désaccord sur certains sujets. Nous ne saurions esquisser utilement les *détails de la technique* en restant dans des généralités. Il vaut mieux se reporter aux cas dans lesquels quelque chose a été tenté et accompli" (p. 633)[1]).

e) *Cas traités d'après les conceptions modernes.*

Meyer expose ensuite, et commente d'une manière très approfondie, les cas principaux relatés dans la littérature, qui ont été traités d'après ces conceptions psychodynamiques. Dans celui de *Freud* les complexes refoulés surgissaient comme des pensées entendues (hallucinations auditives), et après avoir subi certaines déformations. Ainsi les véritables connexions causales n'apparaissaient pas à la conscience du sujet, tandis qu'il établissait des analogies avec la situation extérieure (projection, interprétation)[2]). „Si cette seule analyse, fait remarquer *Meyer*, ne montre pas pourquoi il s'est développé dans ce cas un état paranoïde plutôt qu'un trouble du type psychasthénique ou hystérique, *Freud* a néanmoins posé les bases de l'interprétation vraiment psychanalytique d'un cas de paranoïa" (p. 634). *Bjerre*, de Stockholm, a publié (1911) l'analyse d'une personne dont le système interprétatif remontait à une dizaine d'années; il montre dans cette remarquable observation la psychogenèse du trouble et le mode

[1]) C'est en m'inspirant de ces principes que j'ai eu l'occasion de traiter dernièrement une malade qui a été présentée à la *Société Médico-Psychologique* de Genève (séance du 1er octobre 1925). Son observation paraîtra dans l'„Evolution Psychiatrique" de MM. *Hesnard* et *Laforgue* (Vol. II, 1926), sous ce titre: Délire systématisé de persécution.

[2]) *Freud* ne présente d'ailleurs pas ce cas comme guéri.

de guérison. Au sujet de ces deux cas, et de celui de *Schreber* dont l'autobiographie a été commentée par *Freud* (1910), *Meyer* passe en revue les mécanismes par lesquels l'auteur viennois explique la formation des symptômes paranoïaques, notamment le délire de jalousie. Il s'agit en dernière ligne d'une fixation au stade homosexuel de l'évolution infantile — ce stade intermédiaire entre ceux du narcisme et de l'attraction hétérosexuelle. La persistance des composantes homosexuelles entraîne ultérieurement des conflits qui doivent être refoulés. Si le refoulement n'est pas absolu, il arrive que les complexes sous-jacents continuent à se révéler d'une manière déformée et produisent, avec les réactions de défense, les symptômes apparents de la maladie (difficultés de l'adaptation conjugale et jalousie consécutive, persécution, recherche de satisfactions compensatoires dans l'intoxication alcoolique, dans les convictions égocentriques, etc.). Il est nécessaire, observe Meyer, d'étudier l'abondant matériel psychanalytique si l'on veut porter une appréciation sur ces mécanismes formulés par Freud et Ferenczi. Leur connaissance fournit une aide importante et un guide utile dans l'investigation de ces troubles. Mais c'est seulement dans des cas exceptionnels qu'une psychanalyse classique, forcément longue et onéreuse, pourra être appliquée.

Les exemples de paranoïa où l'on peut parler de *guérison* au sens médical (reprise de la vie normale avec correction des idées délirantes et „compréhension rétrospective") sont très rares. A côté de l'observation de *Bjerre*, il faut citer celle de *Van Deventer* (1896) publiée dans la monographie de *Petren* (1908). Le cas de *Freyberg* (1901) et celui de *Bartels* sont moins typiques. Parmi ceux qu'a observés *Meyer* lui-même, il n'en a trouvé qu'un seul qui lui parût assez net pour mériter d'être décrit en détail (p. 648—653). Encore ne saurait-on affirmer qu'il s'agit bien d'une guérison au sens strictement médical; il faut ajouter qu'elle s'est produite environ une année après qu'on eût transféré la malade dans une division de cas chroniques et renoncé à tout essai effectif de traitement. Les comparaisons que la malade fit entre son état et celui de ses voisines semblent avoir joué un rôle dans l'heureux changement qui se manifesta en elle. Elle l'attribua aussi, pour une part, aux conversations thérapeutiques et aux tentatives de redressement mental qu'on avait entreprises dans la première partie de son séjour. Tous ces cas, dit *Meyer*, „sont intéressants au point de vue du pronostic, par quelques unes des méthodes grâce auxquelles l'individu a repris pied dans la réalité. On ne peut s'empêcher de penser que parmi les malades à qui on pourrait faire voir les erreurs d'un grand nombre d'autres cas paranoïaques, il pourrait s'en trouver quelques-uns dont l'esprit critique et le doute fussent éveillés au point de leur faire faire cette chose inhabituelle: commencer à examiner les bases de leurs propres convictions" (p. 657).

Un certain nombre de cas ressemblant à des „paranoïas guéries" appartiennent au groupe des états aigus et transitoires; souvent mal systématisés et bénins, ils ont une tendance à la répétition qui les rapproche des phases maniaques-dépressives. Dans ces cas, dont de bons exemples ont été donnés par *Gierlich* et *Friedmann*, et par *Dewey* (1904), les moyens de traitement ordinaires sont seuls indiqués pendant les périodes aiguës; mais comme l'idéal serait de prévenir les rechutes, il vaudrait bien la peine d'entreprendre une analyse fondamentale dans le genre de celle qu'a pratiquée *Bjerre*. Il est certain que si l'on arrive à réduire à leur minimum les tendances délirantes, „le fond maniaque-dépressif perd un allié puissant." Enfin on a rapporté un très petit nombre de cas où une maladie aiguë semble avoir exercé une bonne influence; *Bayerthal* signale une guérison à la suite de l'extirpation d'une tumeur cérébrale.

Meyer termine la revue de ces cas, en insistant sur l'importance prophylactique de l'hygiène mentale et générale, aux points de vue de l'individu, des prédispositions héréditaires et de la collectivité.