



HAL
open science

Emil Kraepelin (1856-1926) - III. Les grandes entités cliniques

T. Haustgen, J. Sinzelle

► **To cite this version:**

T. Haustgen, J. Sinzelle. Emil Kraepelin (1856-1926) - III. Les grandes entités cliniques. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2010, 168 (10), pp.792. 10.1016/j.amp.2010.09.015 . hal-00698859

HAL Id: hal-00698859

<https://hal.science/hal-00698859>

Submitted on 18 May 2012

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

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

Accepted Manuscript

Title: Emil Kraepelin (1856-1926) - III. Les grandes entités cliniques

Authors: T. Haustgen, J. Sinzelle

PII: S0003-4487(10)00327-6
DOI: doi:10.1016/j.amp.2010.09.015
Reference: AMEPSY 1256

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Haustgen T, Sinzelle J, Emil Kraepelin (1856-1926) - III. Les grandes entités cliniques, *Annales medio-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2010.09.015

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Dictionnaire biographique***Emil Kraepelin (1856-1926) - III. Les grandes entités cliniques****Emil Kraepelin (1856-1926) - III. The great clinical entities****T. Haustgen ^a, J. Sinzelle ^b**

a) Dr Thierry Haustgen, CMP, secteur 93 G 10, 77 rue Victor Hugo, 93100 Montreuil, France

b) Dr Jérôme Sinzelle, CH Sainte-Anne, pavillon Piera-Aulagnier, 1 rue Cabanis, 75014 Paris, France

Résumé

Kraepelin a décrit le tableau clinique de plusieurs maladies mentales évolutives, qui n'étaient pas connues sous cette forme avant lui, et les a définitivement intégrées dans la nosographie psychiatrique : la démence précoce, devenue schizophrénie ; la folie maniaque-dépressive, devenue trouble bipolaire. Il a délimité le champ de la paranoïa (trouble délirant). Enfin, il a isolé un groupe discuté entre cette dernière et la démence précoce : celui des paraphrénies.

Mots clés : Démence précoce ; Endogène ; Folie maniaque-dépressive ; Paranoïa ; Paraphrénie ; Psychose

Abstract

Kraepelin has described the clinical picture of several mental illnesses, defined through their course, unknown before him in this meaning, and incorporated them in the psychiatric nosography: The dementia praecox (later schizophrenia) and the manic-depressive insanity (later bipolar disorder). He has fixed the boundaries of paranoïa (delusional disorder). He has also isolated a discussed group between paranoïa and dementia praecox: The paraphrenias.

Keywords : *Dementia praecox*; Endogenous; Manic-depressive insanity; Paranoïa; Paraphrenia; Psychosis

C'est essentiellement la clinique des psychoses au long cours qui, aujourd'hui encore, reste tributaire des descriptions de Kraepelin. Mais, jusqu'à une date assez récente, les psychiatres français n'ont disposé que de documents de seconde main pour se faire une idée des apports du maître de Munich. Alors qu'une traduction partielle de la folie maniaque-dépressive (omettant curieusement les états mixtes) était parue dès 1913, il faudra attendre les années 1980 pour que soient publiées celles des paraphrénies [12], de la paranoïa [13], puis de la démence précoce [14] – dans une revue psychanalytique ! – et les années 1990 pour que nous parvienne le texte intégral de la folie maniaque-dépressive (version de la 8^e édition) [15]. En revanche, le public anglophone a disposé d'une traduction partielle de la 7^e édition trois ans après la version allemande, en 1907 (par Diefendorf, chez McMillan à Londres), puis, dès la fin de la Première Guerre mondiale, de traductions intégrales des chapitres fondamentaux de la 8^e édition *Dementia praecox and paraphrenias* en 1919 (Barclay), *Manic-depressive insanity and paranoïa* en 1921 (Robertson et Barclay, chez Livingstone à Édimbourg). Nous aborderons tour à tour ces quatre grandes psychoses kraepeliniennes, d'abord sous l'angle historique, ensuite pour envisager les apports successifs du nosographe de Heidelberg, puis de Munich.

1. La démence précoce

C'est initialement pour désigner une psychose juvénile évoluant vers l'affaiblissement psychique, proche de l'hébéphrénie de Hecker (1871), que Kraepelin traduit en latin un terme qu'avait le premier utilisé B.A. Morel (1809-1873) dans ses *Études cliniques* de 1852, comme synonyme de « type d'imbécillité consécutive », avant de le reprendre dans divers passages de son *Traité des maladies mentales* de 1860 : « Une espèce de torpeur voisine de l'hébétement remplaça l'activité première et, lorsque je le revis, je jugeai que la transition fatale à l'état de démence précoce était en voie de s'opérer. [...] Telle est, dans bien des cas, la funeste terminaison de la folie héréditaire. Une immobilisation soudaine de toutes les facultés, une *démence précoce* indiquent que le jeune sujet a atteint le terme de la vie intellectuelle dont il peut disposer » [7,8,17].

La locution avait été réutilisée une génération plus tard en France par G.C. Gauthier (« La démence précoce chez les jeunes aliénés héréditaires », thèse sous la présidence de G. Ballet, 1883), puis par E. Charpentier (communication sur les démences précoces au congrès annuel de médecine mentale de Rouen en 1890). En Allemagne, H. Schüle utilise le terme en latin dans la 3^e édition de son traité (1886), comme équivalent d'arrêt psychique

prématuré, de stade évolutif terminal des psychoses/pubertaires sans lésion (sur cerveau sain). Schüle décrit par ailleurs la catatonie de Kahlbaum comme une « hébéphrénie comportant une névrose tonique ».

Arnold Pick (1851-1924) – plus célèbre pour la démence pré-sénile qui porte son nom – signale lui aussi, dans un article sur la « Démence chronique primaire de l'âge juvénile » (1891), l'existence d'une *démence précoce*, psychose débutant entre 20 et 30 ans, avec comportement infantile, troubles de l'attention, distractibilité, pensée « déchirée », « incohérente », marquée par un « défaut de synthèse », qui engloberait l'hébéphrénie et la catatonie, mais sans caractéristique anatomo-pathologique sous-jacente [17]. De Schüle et Pick, Kraepelin reprend en 1893 le concept d'incohérence de la pensée (*Zerfahrenheit*), mentionné en France dès 1834 par Leuret, comme synonyme de trouble des associations.

Dans sa 6^e édition de 1899, Kraepelin emprunte à ses deux prédécesseurs allemands le regroupement de l'hébéphrénie et de la catatonie, auxquelles il adjoint sa démence paranoïde (il ne reconnaîtra qu'en 1913 sa dette envers Pick, mais ne citera que rarement Schüle dans ses écrits). *Dementia praecox* devient alors une affection unitaire autonome, subdivisée en trois formes dont le tableau clinique est commun : « Il y a une très grande diversité dans les états cliniques observables dans le cadre d'une démence précoce, si bien qu'une observation superficielle risque de méconnaître la parenté qui les relie » [14]. Dans le chapitre d'introduction, Kraepelin distingue, douze ans avant Bleuler, les « troubles fondamentaux bien spécifiques qui sont en général plus nets en fin d'évolution » et les « signes secondaires accompagnant (et masquant) la maladie ». Il ne revient plus explicitement sur cette distinction par la suite. Mais il est clair pour lui que les signes secondaires sont les idées délirantes, les hallucinations, les impulsions et les troubles de l'humeur. La « démence » terminale (*Verblödung*) – le trouble fondamental – est caractéristique : intégrité de l'intelligence, de la mémoire, de l'orientation et généralement de la vigilance, atteinte de la personnalité par les troubles de l'affectivité, de la volonté et du jugement (dont la prédominance sert à définir respectivement les trois formes, hébéphrénique, catatonique et paranoïde). L'humeur, d'abord dépressive, évolue vers une hébétude béate (*gemütliche Stumpfheit*), avec indifférence et perte de la réactivité émotionnelle.

En 1904 (1^e édition), Kraepelin intègre les travaux d'Erwin Stransky (1877-1962) sur l'ataxie intrapsychique, publiés la même année, dans le tableau de la maladie. Il fait alors de la « perte de l'unité intérieure » entre intellect, humeur et volonté le mécanisme fondamental de la démence précoce, préfigurant ainsi la discordance de Chaslin, mais dans une optique assez différente de la *Spaltung* de Bleuler (scission au sein des facultés), décrite quelques années

plus tard. Le chapitre sur la démence précoce passe dans cette édition à 187 pages (contre 77 dans celle de 1899). Kraepelin assouplit sa position initiale sur le pronostic. Il rend compte de rémissions complètes dans la catatonie, signale la possibilité de rares cas de guérison totale et de cas un peu plus fréquents de guérison avec déficit léger, à l'encontre du fatalisme qui lui est souvent attribué [17].

L'édition de 1913 (la 8^e) est paradoxalement la plus mal connue des Français, alors qu'elle est aussi la plus compatible avec leurs spécificités nosographiques en ce qui concerne la démence précoce, à l'encontre du groupe des schizophrénies de Bleuler (2-4,7,8,10). Certains apports de la contribution de Bleuler, parue deux ans plus tôt (1911), sont toutefois entérinés. La base anatomo-pathologique reste spéculative, mais les symptômes sont redéfinis à partir d'un trouble fondamental traduisant la « perte de l'unité intérieure dans les pensées, les sensations, le comportement, l'émoussement des émotions supérieures, les troubles spécifiques de la volonté, avec délire de contrainte et d'influence, et enfin le déclin de la personnalité avec atteinte relative des connaissances acquises » [17]. Pour Kraepelin, « la destruction de la personnalité psychique et du concert interne entre toutes les parties du mécanisme psychique est le véritable trouble fondamental dans la démence précoce ». Sont expressément cités la « perturbation schizophrénique qui doit attirer vers elle ce délitement que nous rencontrons dans la démence précoce », l'autisme et l'ambivalence. Les troubles associatifs de Bleuler sont cités. Les idées délirantes, fréquentes, mais inconstantes, sont classées par thèmes. Les perturbations de l'affectivité sont passées en revue : indifférence, rires immotivés, perte de la compassion, disparition des sentiments moraux, insensibilité à la douleur physique, ataxie sentimentale, état d'esprit à contre-pied, « démence émotionnelle » [17].

Mais c'est le chapitre des troubles de la volonté (Wille) qui est le plus développé. « L'activité de la volonté constitue bien la base la plus importante de la personnalité psychique », écrit Kraepelin. La filiation est nette avec l'attention volontaire de Baillarger et les maladies de la volonté de Ribot. On retrouve la plupart des manifestations isolées par Kahlbaum dans le tableau de la catatonie [9] : obéissance automatique (suggestibilité paradoxale), impulsivité, excitation, stéréotypies, maniérisme, paraboulie, altérations des capacités pratiques, négativisme. C'est à ce dernier symptôme, et non à des perturbations de la libido ou des complexes, que se rattachent pour Kraepelin l'autisme et l'ambivalence de Bleuler [17].

Les huit formes de cette mouture finale de la démence précoce, alors classée « démence endogène » (*endogene Verblödung*), sont [2,17] :

1. la démence simple (issue directement de Bleuler), caractérisée par l'appauvrissement sans délire, avec fainéantise, marginalité, vagabondage et conduites médico-légales, à propos de laquelle Kraepelin souligne « l'ineptie d'une interprétation par le complexe d'Œdipe » ;

2. la démence niaise (*läppische*) (13 % des cas), ancienne forme hébéphrénique, d'évolution défavorable (démence profonde) ;

3. la démence dépressive simple (10 %), avec stupeur, apragmatisme et aboulie, évoluant vers la démence profonde avec apathie ;

4. la démence dépressive délirante (15 %), hallucinatoire, avec pensées imposées, frappant à un âge plus avancé que les autres formes (cas Schreber de Freud), évoluant fréquemment vers la forme suivante ;

5. la démence agitée (25 %), frappant des sujets très jeunes :

– soit circulaire (dépression, puis délire avec excitation, évolution cyclique, démence terminale) ;

– soit maniaque (évolution favorable, avec des intervalles libres de plusieurs années, fréquente à Java) ;

– soit périodique (épisodes brusques confusionnels, courts et rapprochés ; forme retranchée de la folie maniaque-dépressive) ;

6. la catatonie (20 % des cas), avec alternance de phases de stupeur et d'excitation, d'évolution très défavorable ;

7. la démence paranoïde (18 %) :

- soit grave, survenant chez des patients assez âgés, avec hallucinations prédominantes et persistantes, d'évolution chronique ;

- soit légère, avec prédominance des idées délirantes, hallucinations persécutives à développement lent, syndrome d'influence, perturbations de l'humeur, évolution assez favorable (psychose hallucinatoire chronique des Français) : « les hallucinations persistent, mais le patient n'y fait plus attention » ;

8. la démence avec incohérence du langage (logorrhée expansive, néologismes et déraillements), d'évolution fluctuante, faite de rémissions et de périodicité. Pour caractériser cette forme, Kraepelin introduit « selon la nomenclature de Bleuler » le terme de *schizophasie*.

Les états d'affaiblissement terminaux (*Schwachsinn*) permettent de distinguer trois modes évolutifs principaux de la maladie [17] :

1. affaiblissement simple ou « guérison avec déficit » : perturbations des émotions et

de la volonté (concernerait surtout les formes avec obtusion, maniérisme ou verbigération) ;

2. affaiblissement hallucinatoire : hallucinations circonscrites, humeur dépressive, émoussement intellectuel ;

3. affaiblissement paranoïde : délire persistant peu élaboré, prise de conscience de la maladie (évolution préférentielle des formes paranoïdes).

En 1913, Kraepelin signale dans la démence précoce 26 % de rémissions de quelques mois (en règle moins de trois ans) et 12,6 % de rémissions complètes, confirmant l'opinion qu'il avait déjà formulée en 1904. Les « guérisons avec déficit » (*Heilung mit Defekt*) correspondent aux améliorations avec risque de rechute et concerneraient environ deux tiers des cas. Bleuler n'était guère plus optimiste en 1911 (60 % de « légèrement déments » après le premier accès) [17].

2. La folie maniaque-dépressive

Dès 1883, Kraepelin intègre la folie circulaire dans sa classification. Ce n'est pas alors une position bien originale dans la psychiatrie allemande. L. Meyer avait publié un article sur les « maladies mentales circulaires » en 1874, L. Kirn un autre sur les « psychoses périodiques » – dont la psychose cyclique – en 1878. Krafft-Ebing traite de la folie dans son manuel (1878). Enfin, Kahlbaum introduit le terme et le concept de cyclothymie, considérée comme un type atténué de folie circulaire, en 1882 [1,6].

Pour tous les auteurs, l'affection a été décrite à la génération précédente. Dès 1845, Griesinger qualifie de cycle la « transition de la mélancolie à la manie et l'alternance de ces deux formes », par le canal d'une anxiété douloureuse se transformant progressivement en agitation. Mais on se réfère surtout, comme le fera Kraepelin lui-même, aux contributions françaises de J. Baillarger et J.P. Falret (1854). À la folie à double forme et à la folie circulaire, viennent s'adjoindre la folie alterne (Delaye, J. Falret fils), la folie intermittente (Magan), la folie périodique (G. Ballet), chaque nouvelle forme décrite englobant les précédentes à la manière d'une poupée gigogne, tandis que paraissent les premières éditions du traité de Kraepelin.

L'originalité du clinicien de Heidelberg est, à partir de 1899, d'avoir forgé un terme qui va faire fortune durant quatre-vingts ans, d'englober tous les états maniaques et presque tous les états mélancoliques dans une même maladie (ce qu'aucun de ses prédécesseurs n'avait osé faire), enfin de systématiser la notion d'état mixte [16]. Dans le tableau clinique des signes pathologiques psychiques, communs aux états maniaques, dépressifs et mixtes, les différentes

facultés mentales sont passées en revue dont, à côté de l'humeur, l'association des idées et surtout la volonté : ses perturbations occupent le tiers du chapitre, à l'instar de celles relevées dans la *dementia praecox* [15]. La description des états maniaques et dépressifs est toujours traitée dans deux chapitres séparés, au même titre que l'évolution générale, intégrant les formes simples (hypomanie, *melancholia simplex*) et graves (manie avec fureur, production délirante, confusion ou *delirium* : mélancolie avec stupeur, paranoïde, fantastique, à type de *delirium*). Pour Kraepelin, « la maladie n'obéit à aucune règle », d'où le caractère artificiel des formes séparées antérieurement. Le pronostic d'un accès isolé est bon, mais il est probable que celui-ci « se répétera plusieurs fois ou même très fréquemment au cours de la vie ». Lorsque les accès se multiplient, existe un « risque plus ou moins grand de voir se développer un affaiblissement psychique » (*psychisches Siechtum*). Des formes de manie ou de mélancolie chronique peuvent en outre se manifester.

En 1899, les états mixtes (*Mischzustände*) – reprenant un terme de J. Falret fils (1860) – sont classés en six formes, systématisées d'après les perturbations non congruentes de l'humeur, de l'idéation et de la volonté. Certains de ces états mixtes étaient connus avant Kraepelin, bien que non intégrés dans un trouble cyclique de l'humeur : la manie coléreuse (manie sans délire ou avec fureur de Pinel), la mélancolie anxieuse-agitée (les Falret, délire de négation de Cotard), la manie avec pauvreté du discours (improductive). D'autres sont des innovations : la manie stuporeuse, la dépression avec fuite des idées, la manie inhibée (akinétique). Ces six formes sont placées dans un continuum avec la manie proprement dite et la dépression classique, composant un total de huit tableaux d'état. Kraepelin leur adjoint en 1913 trois formes supplémentaires : l'inhibition partielle, la fureur coléreuse, la manie ergoteuse.

Cet ensemble de formes permet d'intégrer dans la folie maniaque-dépressive la plupart des folies intermittentes et *Wahnsinn* périodiques des auteurs précédents, y compris celles à connotation délirante ou confusionnelle, que les Français diagnostiquent alors bouffées délirantes. L'évolution prend le pas sur le tableau clinique. Toujours en 1913, Kraepelin complète la description de l'entité par celle de quatre formes d'« états fondamentaux » (*Grundzustände*), soubassement de la maladie, présents chez 37 % des patients et noyaux de la future pathologie « tempéramentale » : la dépression (*Verstimmung*, mauvaise humeur) constitutionnelle ; l'excitation (*Erregung*) constitutionnelle ; la prédisposition irritable (*reizbare Veranlagung*) ; la prédisposition cyclothyme (*zyklothyme Veranlagung*).

La séparation des deux principales psychoses kraepelinienne n'était pas un article de foi intangible. On a vu que diverses formes de troubles de l'humeur avaient été retranchées en

1913 de la folie maniaque-dépressive pour se rattacher à la démence précoce : la démence dépressive simple, la démence dépressive délirante, la démence agitée circulaire, maniaque ou périodique. Cette première ébauche des troubles schizoaffectifs (schizophrénie dysthymique des Français) se voit confortée dans l'article de 1920 sur les manifestations de la folie [11]. Kraepelin y note qu'« il est évident que nous ne pouvons pas distinguer de manière satisfaisante ces deux maladies' (la démence précoce et la folie maniaque-dépressive). Pour lui, « nous pouvons faire tous les jours l'expérience de manifestations maniaco-dépressives survenant transitoirement dans des pathologies schizophréniques franches, souvent difficiles à différencier de celles des pathologies cycliques. [...] Nous devons nous accoutumer au fait que nos listes de symptômes ne nous permettent pas de distinguer de manière fiable la folie maniaque-dépressive de la schizophrénie dans toutes les circonstances et qu'il existe un chevauchement entre les deux, dépendant des conditions de survenue des signes cliniques ».

3. La paranoïa

À partir de 1893, Kraepelin adopte le terme grec de paranoïa pour désigner la *Verrücktheit* (folie systématisée). Passé dans la langue latine, il servit longtemps de synonyme à folie en allemand. Il est employé pour la première fois dans un ouvrage de psychiatrie par Heinroth (1818), au sens de lésion intellectuelle sans affaiblissement. Griesinger (1845) fait succéder la *Verrücktheit* à la manie et à la mélancolie, dans le cadre de l'*Einheitspsychose* (psychose unitaire). Il faut attendre Kahlbaum (1863) pour que soit décrite une paranoïa primitive, distincte des perturbations de l'humeur, elles-mêmes dénommées *dysthymia* [8,9]. Krafft-Ebing (1878) en fait également une maladie autonome, mais la rattache au groupe des dégénérescences psychiques, tandis que Westphal décrit une paranoïa aiguë. Mendel (1881) oppose paranoïa hallucinatoire, évoluant vers l'affaiblissement intellectuel, et paranoïa combinatoire, délire systématisé sans troubles perceptifs.

Kraepelin reprend cette dichotomie jusqu'en 1893. Mais on a vu (cf. § 1) qu'à partir de 1899 il retranche la paranoïa hallucinatoire (fantastique) de son groupe initial pour l'intégrer dans la démence précoce paranoïde. La paranoïa devient alors 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 et de l'ordre dans la pensée, le vouloir et l'action » [13]. C'est une affection constitutionnelle, assez rare (1 % des admissions à Heidelberg), toujours chronique et non hallucinatoire. Mais, à côté des interprétations délirantes, des illusions sensorielles ou de la mémoire peuvent se

rencontrer. Les idées délirantes sont classées en fonction de leurs thèmes, qui reprennent les descriptions des aliénistes français des années 1850-1870 : persécution (Lasègue, Legrand du Saulle), hypocondrie (Morel), grandeur (Foville), érotomanie. La conviction est absolue. Un affaiblissement psychique éventuel peut se constater après plusieurs décennies d'évolution.

Le délire de querulence, avec conviction d'un préjudice, irascibilité, exaltation passionnée et affaiblissement psychique constant, correspond au délire des persécutés-persécuteurs des auteurs français (J. Falret fils et P. Pottier, 1886). Encore rattaché par Kraepelin à la paranoïa en 1899, il en est soustrait en 1913, à l'exemple du délire de revendication de Sérieux et Capgras (1909) et de l'idéalisme passionné de Dide (1913). Le délire de querulence apparaît alors au maître de Munich comme « lié à un événement extérieur défini », donc plus psychogène que constitutionnel, tandis que la paranoïa voit son champ circonscrit au maximum.

4. Les paraphrénies

L'édition de 1913 marque également la naissance d'un second groupe de « démences endogènes » (*endogenen Verblödungen*), qui vient occuper le champ de l'ancienne paranoïa hallucinatoire, que Kraepelin retranche alors de la démence précoce paranoïde : celui des quatre formes de paraphrénies, dont la dénomination reprend un terme de Kahlbaum tombé en désuétude, forgé par l'aliéniste de Königsberg en 1863 pour désigner deux catégories d'affections mentales dont le développement coïncidait avec une période de l'existence (*paraphrenia senilis* ou *presbyophrenia*, *paraphrenia hebetica* ou *hebephrenia*) [9].

Mais Kraepelin l'utilise dans une acception très différente, celle d'un groupe de manifestations délirantes florides, frappant l'intellect et le jugement, épargnant les sphères affective et volitionnelle (ce qui les rapproche de la paranoïa), avec longue conservation de la personnalité et maintien de l'adaptation sociale [5]. Il distingue un peu artificiellement :

1. la paraphrénie systématique (incluant la plupart des cas de délire chronique de Magnan) : développement d'idées de persécution, puis éclosion hallucinatoire, avec phénomènes d'influence et de possession, survenue d'idées de grandeur, avec soliloques et irritabilité, de troubles de l'humeur et du comportement, parfois de tentatives de suicide, évolution lente sur plusieurs décennies ;

2. la paraphrénie expansive : mégalomanie exubérante avec idées de grandeur prédominantes, exaltation de l'humeur et légère excitation (évoquant la manie chronique), puis apparition d'hallucinations persécutives (surtout visuelles) et de falsifications de

souvenirs ;

3. La paraphrénie confabulante (offrant des analogies avec les délires d'imagination des Français Dupré et Logre, décrits en 1910, leur origine constitutionnelle en moins) : délire de persécution et surtout de grandeur (filiation), illusions du souvenir, quasi-absence des hallucinations, perturbations de l'humeur tardives, en même temps que les idées délirantes deviennent absurdes et incohérentes ;

4. la paraphrénie fantastique : « développement luxuriant d'idées délirantes très extraordinaires, décousues et mobiles » [12], à thèmes de possession et de grandeur, hallucinations multiples, syndrome d'influence, excitation, exaltation et prolixité de l'humeur, néologismes et jeux de mots, évolution lente vers un affaiblissement intellectuel avec persistance de l'activité mentale et conservation de la volonté.

On voit donc qu'aucune des quatre formes de paraphrénie ne se superpose à la psychose hallucinatoire chronique, dont les perturbations émotionnelles et la désagrégation de la personnalité se rapprochent plus de celles de la démence paranoïde légère (7^e forme de la démence précoce de 1913 ; cf. § 1).

En Allemagne, les paraphrénies ne survivront guère à la 8^e édition du traité. Dès 1921, W. Mayer montre que bon nombre de cas évoluent, soit vers la schizophrénie, soit vers la paranoïa, soit vers la folie maniaque-dépressive [5]. C'est au sein du groupe des schizophrénies que la plupart des auteurs intégreront les formes confabulante et fantastique, de celui des paranoïas qu'ils annexeront les formes systématique et expansive.

Références

- [1] Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: Conception, birth and rebirth. *J Affect Disord* 2001;67:3-19.
- [2] Bercherie P. Les Fondements de la Clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique. 1^{re} éd. Paris: Seuil; 1980.
- [3] Berrios GE, Hauser R. Kraepelin. In Berrios G, Porter R (ed) : *A History of Clinical Psychiatry*. London: The Athlone Press; 1995. P. 280-91.
- [4] Bottéro A. Un autre regard sur la schizophrénie. Paris: O. Jacob; 2008.
- [5] Bridgman F. Le groupe des paraphrénies dans ses rapports avec la classification française des délires chroniques. *Analytica (Cahiers de recherche du Champ freudien)* 1980;19:69-99.
- [6] Brieger P, Marneros A. Dysthymia and cyclothymia: Historical origins and contemporary development. *J Affect Disord* 1997;45:117-26.
- [7] Garrabé J. Histoire de la schizophrénie. 1^{re} éd. Paris: Seghers; 1992.

- [8] Haustgen T. Une histoire des psychoses. Paris: NHA Communication;1997.
- [9] Haustgen T. KL Kahlbaum (1828-1899). *Ann Méd Psychol* 2007;165: 692-9.
- [10] Hoenig J. Schizophrenia. In : Berrios G, Porter R (ed) : *A History of Clinical Psychiatry*. London: The Athlone Press; 1995. P. 336-48.
- [11] Kraepelin E. The manifestations of insanity, 1920. Translated and with an introduction by D Beer. *History of Psychiatry* 1992; III: 499-529.
- [12] Kraepelin E. Les paraphrénies, 1913. Trad fr (Broca R, Laurent E et Wienand H). *Analytica* 1980;19:23-65.
- [13] Kraepelin E. La folie systématisée (paranoïa), 1899. Trad fr (Jatteau O) *Analytica* 1982;30:21-44.
- [14] Kraepelin E. La psychose irréversible (démence précoce, 1899). Trad fr (Jatteau O) *Analytica* 1987;49:11-94.
- [15] Kraepelin E. La folie maniaco-dépressive, 1913. Trad fr (Géraud M). In : Kraepelin E. *Cent ans de psychiatrie, suivi de la folie maniaco-dépressive*. Bordeaux: Mollat; 1997. P. 149-349.
- [16] Meynard JA. De Kraepelin à Kraepelin. In : Gérard A (éd) *États mixtes*. Paris: John Libbey Eurotext; 2008. P. 11-26.
- [17] Sinzelle J. Cent ans de démence précoce. Grandeur et décadence d'une maladie de la volonté. Thèse médecine, Strasbourg; 2008.