L'Information psychiatrique 2018 ; 94 (7) : 605-7

Bibliothèque du psychiatre

■ Ernst Kretschmer
Paranoïa et sensibilité. Contribution au problème de la paranoïa et à la théorie psychiatrique du caractère
Paris : PUF, 1963
[*Der sensitive Beziehungswahn*, Berlin, Verlag, 1918.
(Traduit de l'allemand par M^me^ S. Horinson en collaboration avec le Dr D.J. Duché)].

Paru en 1918, le livre de Ernst Kretschmer (1888-1964), *Le Délire de relation sensitif*[1] constitue l'un des derniers monuments de l'école clinique allemande. Comme l'énonçait naguère mon étude d'ensemble de l'histoire de la clinique[2], la clinique psychiatrique connut, après un siècle de déploiement créatif, puis une dernière efflorescence particulièrement riche et talentueuse, un tarissement brutal autour des années 20 du siècle dernier – l'école française, la grande rivale dans le partenariat conflictuel qui produisit la clinique classique, survécut encore jusqu'au début des années 30 avec Baruk, Guiraud et Clérambault. J'émettais alors l'hypothèse que la clinique psychiatrique avait finalement épuisé les capacités heuristiques de ses postulats fondateurs, en particulier de l'organicisme qui marquait son ombilication à la médecine scientifique. La suite de l'histoire, soit sa dégénérescence verbeuse dans le deuxième tiers du XX^e^ siècle, puis la courte période de domination de la psychanalyse avant l'irrémédiable involution actuelle, à l'ère des DSM, n'a fait que confirmer ce diagnostic. Ce constat me paraît toujours d'actualité, malgré trois exceptions dont il faut souligner qu'elles ne ressortissent pas au champ central de la clinique, puisque les descriptions quasi simultanées de l'autisme par Kanner et Asperger relèvent de la clinique pédiatrique, que celle du transsexualisme a été l'œuvre des sexologues et que la production du concept de *serial killer* nous vient de la criminologie et des besoins de fichage et de profilage des enquêtes de police.

Une dernière forme de psychose

Il est donc particulièrement rafraîchissant de se replonger dans le travail de Kretschmer, dans la finesse et la complexité de ses analyses cliniques et de sa description originale d'une des dernières formes de psychose individualisées par la clinique psychiatrique. Mais il faut tout d'abord en situer le contexte, à la fois global et particulier. Tout d'abord, l'œuvre de Kretschmer s'inscrit dans les enjeux fondamentaux de l'ultime phase de la clinique classique, que j'avais baptisée naguère *psychodynamique* : son programme visait la révision des grandes structures héritées de la phase précédente[3] pour tenter de restituer l'agencement intime de l'affection, une minutieuse phénoménologie s'attachant à répartir les symptômes en fonction de leur niveau d'insertion dans l'édifice complexe et feuilleté d'une psychose – entre les facteurs de prédisposition, l'éventuel trouble générateur processuel, les événements existentiels déclenchants, l'empreinte spécifique du caractère et le travail ultérieur d'élaboration délirante : c'est le « diagnostic stratifié » du même Kretschmer.

Mais la description du délire sensitif représente avant tout la synthèse et l'aboutissement de toute

[1] On se demande bien quel mauvais génie a pu souffler le contresens manifeste du titre français : on aurait au moins pu tenter *Paranoïa et sensitivité* !

[2] *Les Fondements de la Clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique* (1980). Réédition Paris : L'Harmattan, 2004.

[3] Je ne m'appesantirai pas ici sur la méprise d'un auteur réputé qui, tout en m'empruntant, vingt ans après, ma périodisation – sans même se donner la peine de me citer –, inverse malencontreusement pour cette dernière phase l'ordre des enjeux.

Rubrique coordonnée par Eduardo Mahieu

doi:10.1684/ipe.2018.1850

une série de travaux mettant en question la conception classique kraepelinienne de la paranoïa. Rappelons la définition canonique qu'en donnait Kraepelin : « 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 ». Il s'agit donc du développement endogène, sur une base constitutionnelle, d'un délire chronique systématisé, en l'absence de tout trouble de l'humeur ou élément dissociatif. Les critiques de la conception kraepelinienne vont donc, études de cas à l'appui, se concentrer sur trois points : avant tout la chronicité, avec la description de « formes bénignes », « abortives », résolutives (travaux de Friedmann et surtout de Gaupp, dont Kretschmer fut l'élève, le collaborateur puis le successeur) ; ensuite la base constitutionnelle – la classique constitution paranoïaque, (orgueil, méfiance, sthénicité, émotivité, fausseté du jugement, inadaptation sociale), essentiellement fondée sur le profil du revendicateur – avec la description de personnalités peu sthéniques, scrupuleuses, introverties, hypersensibles au jugement d'autrui ; enfin l'endogénéité, alors qu'un événement ou une situation traumatique parait souvent à l'origine du déclenchement délirant et en constitue alors le centre thématique.

Une disposition caractérologique et une expérience déclenchante

« Le délire de relation sensitif représente, nous dit Kretschmer, un type paranoïaque bien caractérisé par son étiologie, ses symptômes et son évolution » (p. 209). Il repose sur une certaine disposition caractérologique : introversion, subtilité, finesse éthique, vulnérabilité qui contraste avec un certain degré d'ambition et de ténacité, une conscience de soi fière et susceptible – ce mélange d'asthénie et d'une certaine potentialité sthénique constitue la source vive des réactions sensitives ; portés à l'introspection et à l'autocritique, les sensitifs sont timides, manquent d'assurance, mais restent ouverts au contact, d'un abord facile (par opposition au profil assez voisin de l'obsessionnel pédant, mesquin, distant), ce qui constitue un atout majeur pour l'approche thérapeutique.

Le contenu essentiellement humiliant de l'expérience déclenchante entraîne une tension psychique intense, obsédante, accablante, qui, dans un contexte d'anxiété et d'épuisement, en projette le contenu initial à l'extérieur, générant le délire de relation (d'interprétation) qui, en règle, mêle dans sa thématique persécution et auto-accusation. Les événements qui amènent l'éclosion sont typiques : conflits éthico-sexuels (masturbateurs, amour tardif des vieilles filles, tendances sexuelles déviantes, tentations adultères) ou professionnels (échecs humiliants), dans un contexte social d'isolement et de surveillance (célibataires, vieilles filles ou vieux garçons, petites villes de province). Ils centrent la thématique délirante et l'histoire de la maladie et sont mis en avant par le patient lui-même. L'évolution se montre bénigne : la conservation intacte de la personnalité, la réactivité maintenue vis-à-vis de l'entourage, la confiance manifestée envers le médecin, la fluctuation de la conviction – Kretschmer souligne l'importance des formes abortives, « névrotiques », où la thématique délirante se trouve intensément présente mais critiquée – favorisent une guérison plus ou moins rapide.

Une théorie du caractère

Mais, comme l'indique bien le sous-titre de son livre (*Contribution au problème de la paranoïa et à la théorie psychiatrique du caractère*), Kretschmer se donnait une ambition bien plus large que la description minutieuse, richement documentée d'études de cas, du délire sensitif. Il entend produire une théorie complète du caractère[4], complexe et pas toujours convaincante comme toutes les tentatives de ce genre, mais qui lui permet d'isoler, aux côtés des sensitifs, trois autres groupes (il reconnaît en même temps la fréquente mixité de ces types) :

– le type *primitif*, dont les réactions aux expériences perturbantes sont quasi réflexes (psychopathes instables et impulsifs, hystériques), et auquel il rattache classiquement (voir la clinique, jadis célébrissime, de Magnan) les bouffées délirantes polymorphes (alias *délire imaginatif des dégénérés*).

– le type *expansif*, plus élaboratif, mais que sa sthénicité, sa surexcitabilité alliées à une certaine vulnérabilité situent en miroir inversé du type sensitif, et qui constitue la base caractérologique des névroses et des délires « de combat » (quérulants, revendicateurs, inventeurs et réformateurs). Là encore, à l'opposé de la conception classique, Kretschmer insiste sur la fréquence des formes critiquées, abortives, et l'aspect le plus souvent épisodique de ces réactions, susceptibles de s'estomper « lors d'un changement favorable de milieu ou d'un traitement psychique adéquat » (pp. 47-48).

– le type *asthénique pur* enfin, apanage de natures faibles et sans défense, particulièrement sujettes à la dépression réactionnelle (soigneusement distinguée des

[4] Son second grand ouvrage, *La Structure du corps et le caractère* (1921. Paris : Payot, Paris, 1930 pour la traduction française), Kretschmer le consacre aux « tempéraments » cyclothymes et schizothymes, base constitutionnelle des grandes psychoses endogènes, qu'il mettra en corrélation statistique avec des biotypes morphologiques spécifiques (pycnique, leptosome, athlétique) – étonnante découverte encore largement inexplorée.

épisodes dépressifs endogènes) devant les aléas de l'existence.

Armé de ce puissant canevas, Kretschmer peut ainsi délimiter une sphère clinique d'affections et de délires psychogènes ; c'est sur cette base qu'il va aborder le problème de la paranoïa pour proposer finalement une déconstruction de l'entité kraepelinienne. Il suit d'abord Jaspers pour considérer que bon nombre des cas classiquement inclus dans cette catégorie nosologique relèveraient en fait du mécanisme processuel (dissociatif) – relevant donc pleinement de l'organogénèse. Le reste, groupement finalement purement empirique de formes psychogènes bigarrées – Kretschmer reprend à son compte la boutade de Bleuler : « il n'y a pas de paranoïa, il n'y a que des paranoïaques » – se situerait à l'intérieur d'un triangle clinique dont les trois pôles sont constitués par le délire sensitif, la psychose de combat et une forme non réactionnelle : la « paranoïa de désir », développement « rectiligne » chez une personnalité inadaptée, proche du type primitif, dans un contexte de frustration sévère, de « réalisations autistiques de désir » (formations délirantes expansives, mégalomaniaques ou érotomaniaques).

Il faut souligner ici la profonde unité d'inspiration des cliniciens de cette ultime période de la clinique : on trouvera, sur une base doctrinale et avec un vocabulaire extrêmement dissemblables, des analyses étonnamment proches par exemple chez un de Clérambault, avec son opposition des *psychoses passionnelles* (jalousie, érotomanie, revendication), délire « en secteur » tout entiers déduits du « postulat idéoaffectif » initial, et du délire d'interprétation (« en réseau »), dont il décrit un mécanisme « automatique » (*processuel* au sens de Jaspers) et où le patient paraît longtemps errer dans le doute, envahi de sentiments de signification aussi énigmatiques que diffus.

On lira donc cet ouvrage remarquable comme le témoin d'une époque glorieuse, désormais révolue, où la psychiatrie, à travers les meilleurs de ses représentants, s'attachait à une fine sémiologie différentielle, ne reculait pas devant des théorisations complexes et ambitieuses, promouvait des débats ardents et richement documentés, manifestant finalement l'amour de la clinique – c'est-à-dire une véritable ambition scientifique, et non le simple souci de paraître (de « faire science ») sans le moindre effort véritablement productif[5].

Paul Bercherie,
paul.bercherie@orange.fr

Liens d'intérêts

l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

[5] *Voir* Pourquoi le DSM ? L'obsolescence des fondements de la psychiatrie clinique. *L'Information Psychiatrique* 2010 ; 86 : 635-40. On cherchera en vain dans le DSM mention de la paranoïa sensitive, occurrence clinique pourtant loin d'être exceptionnelle et diagnostic essentiel pour son décours généralement favorable.