



La signification sémiologique de l'automatisme mental de Clérambault

Georges Daumezon, Georges Lantéri-Laura

DANS **JOURNAL FRANÇAIS DE PSYCHIATRIE** 2017/1 n° 45 , PAGES 11 À 25
ÉDITIONS ÉRÈS

ISSN 1260-5999

ISBN 9782749256177

DOI 10.3917/jfp.045.0011

Date de mise en ligne : 25/01/2018

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2017-1-page-11?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour érès.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

La signification sémiologique de l'automatisme mental de Clérambault¹

† *Georges Daumezon**
† *Georges Lanteri-Laura***

Le syndrome d'automatisme mental apparaissait, il y a trente ans, comme l'une des plus sûres acquisitions de la psychiatrie française ; or, la théorie désignée habituellement sous ce nom ne trouve plus aujourd'hui de défenseurs alors que la référence à l'automatisme mental reste fréquente dans le langage psychiatrique quotidien et dans les inventaires des symptômes qu'on rédige à propos des malades observés.

Nous nous attachons, on le sait, à déterminer la valeur sémiologique des signes et des syndromes utilisés d'ordinaire par les psychiatres contemporains. Il nous a donc paru intéressant d'essayer de caractériser ce que veut dire la présence d'un syndrome d'automatisme chez un patient.

Nous fixerons dans une première démarche le contenu exact de ce syndrome en étudiant, avant les recherches de Clérambault, puis dans son œuvre elle-même, la délimitation clinique des phénomènes en cause. Nous rappellerons alors son acception commune sans nous attarder à des aspects théoriques tenus par tous pour périmés. Nous interrogerons ensuite notre pratique journalière pour savoir si ce syndrome, décrit par Clérambault, se rencontre réellement et, en cas de réponse affirmative, dans quelles conditions cliniques on peut l'identifier.

Ainsi informés, nous nous mettrons en quête de l'emploi de cette notion que font les auteurs contemporains, en particulier dans la rédaction de leurs certificats. Nous devons examiner alors quel glissement sémantique a subi cette idée, quel sens prend une pareille altération et aussi comment d'autres psychiatres que Clérambault ont compris ce syndrome.

* Ancien médecin chef de l'hôpital Henri-Rousselle (1912-1979).

** Ancien psychiatre des hôpitaux (1930-2004).

1. Paru en 1961 dans *Recherches sur les maladies mentales*, Paris, Imprimerie municipale, p. 61-91.

Nous reprenons donc le travail du maître de l'infirmier pour tâcher de discerner, en dehors de l'usage mécaniste qu'il a fait de ses descriptions, ce qu'implique profondément pour lui l'automatisme mental. Nous tenterons, au terme de cette enquête, de répondre à deux questions : le syndrome d'automatisme mental existe-t-il et si oui, sous quelles formes ? Dans l'état présent de notre savoir, quand nous constatons leur réalité clinique, quelles significations pouvons-nous envisager ?

Initialement, nous pensions pouvoir présenter ce travail en une seule fois dans le présent volume, mais le développement même des psychothérapies en cours nous a conduit à nous donner un plus long temps d'observation, si bien que nous ne publions ici que les parties historiques et méthodologiques de notre investigation, réservant au numéro ultérieur des *Recherches sur les maladies mentales* la section de description et d'élucidations psychopathologiques et les conclusions que nous pourrions en tirer.

L'expression même d'automatisme mental de G. de Clérambault date du congrès de Blois à la fin du mois de juillet 1927, mais il est piquant de noter les incertitudes qui l'entourent car, si l'une de ses séances était consacrée à cette question, les deux rapports y furent présentés non par Clérambault lui-même mais par Lévy-Valensi et par Nayrac, et Clérambault n'y interviendra d'ailleurs longuement que dans la discussion. Le congrès, sur un vœu d'Hesnard, décida de nommer « syndrome de Clérambault » le syndrome d'automatisme mental et on peut y voir l'affirmation officielle du lien entre les travaux de Clérambault et le problème de l'automatisme mental. Mais cet hommage reste amphibologique car il donnait le nom du maître de l'infirmier à un ensemble de signes assez différents de sa théorie et lui attribuait implicitement tout ce qui se rattachait à ce syndrome, pris au sens large, alors que Clérambault en avait développé une doctrine stricte parfaitement définie qu'il avait affirmée une fois de plus dans la discussion. Il parlait même de renoncer personnellement à l'emploi de ce terme et de le remplacer par l'expression de « syndrome S » qui ne présumait pas des signes cliniques qu'elle résumait. Pour lui, c'est, en effet, un groupe de symptômes hiérarchisés dont tout l'intérêt tient au rôle qu'ils jouent dans la genèse des psychoses hallucinatoires, et le dogme revient moins à en raffiner la symptomatologie qu'à y discerner ceux des signes qui peuvent rendre compte de l'origine du développement de ces psychoses.

Sans esquisser une histoire de l'automatisme mental, nous essayons donc de comprendre comment se présentait ce problème avant Clérambault et autour de lui afin d'explicitier sa position à l'égard de ses devanciers et de ses contemporains. C'est d'ailleurs la seule façon de délimiter ce syndrome car il ne le définit nulle part véritablement et n'en énumère pas les symptômes, mais écrit qu'il entend par ce terme : « les phénomènes classiques : pensée devancée, énonciation des actes, impulsions verbales, tendances aux

*Le dogme
revient moins
à en raffiner
la symptomatologie
qu'à y discerner
ceux des signes
qui peuvent rendre
compte de l'origine
du développement
de ces psychoses.*

phénomènes psychomoteurs ». « Ce sont les phénomènes signalés par Baillarger et dépeints magistralement par Seglas. » C'est dire qu'il nous faut un instant relire Seglas et Baillarger pour y revoir ces phénomènes que Clérambault va reprendre dans sa synthèse de l'automatisme mental.

Baillarger semble avoir circonscrit le premier le domaine de l'automatisme mental quand il isole, dans les mémoires de l'Académie de médecine, les hallucinations psychiques. Il y décrit le groupe des hallucinations psychosensorielles perçues par le malade comme venant du dehors et empruntant les organes des sens, puis il signale que certains patients décrivent un autre genre de trouble où des pensées s'imposent à eux sans provenir de l'extérieur. Si on les nomme des « voix intérieures », un examen sérieux révèle qu'il s'agit bien de pensées et non de voix. Il y ajoute les conversations d'âme à âme, les prises de pensée à distance et les vols de pensée, individualisant ainsi des phénomènes qui adviennent au patient malgré lui sans être vécus comme de provenance extérieure, médiatisés par les sens. Il y joint, d'ailleurs, des manifestations un peu différentes et quand un malade affirme qu'une voix parle dans son cerveau ou son épigastre, Baillarger estime que le terme de « voix » est impropre, qu'il ne s'agit de rien de sensoriel puisque tout demeure intérieur au corps et que malgré cette localisation à un viscère, il faut encore y voir une hallucination psychique.

Spécifiant ainsi dans le champ même de l'automatisme mental tout fait d'hallucinations psychiques, Baillarger en fournit aussi la théorie en exposant une conception générale où toutes les hallucinations, même psychiques, résultent d'un fonctionnement automatique des centres cérébraux. Son œuvre apporte donc une conception générale, où toutes les hallucinations sont comprises comme dues à un automatisme

cérébral et l'isolement du domaine des hallucinations psychiques envisagé comme des phénomènes de pensées forcées parfois localisées à tel viscère dans les confidences du patient.

Cette distinction absolue qui sépare les hallucinations psychosensorielles des hallucinations psychiques sera souvent niée plus tard et l'on réduira volontiers les hallucinations psychiques à certaines variétés d'hallucinations psychosensorielles. Dans son article du dictionnaire Dechambre, Christian écrira, par exemple, que toutes les hallucinations psychiques ne sont que des hallucinations où le langage articulé s'entend à l'intérieur du corps : des voix dans la tête et non des voix venant par les oreilles, et Gilbert Ballet en fera la perception pathologique d'images motrices du langage, transformant un trouble de la pensée en hallucination verbale.

Seglas, en 1892, part d'une position analogue : « Les hallucinations appelées psychiques par Baillarger ne sont que des hallucinations psychomotrices intéressant le centre du langage articulé. » Il les nomme aussi hallucinations du langage intérieur. Cette position une fois affirmée contre Baillarger, il décrit ce que nous appelons d'ordinaire automatisme mental et, en particulier, l'écho de la pensée où on voit une altération très particulière où la pensée s'extériorise sous forme d'hallucination psychomotrice verbale, reproduisant cette pensée elle-même. Le champ propre à l'automatisme mental se trouve donc caractérisé, avant Clérambault, comme un ensemble de phénomènes morbides où les uns décrivent une modification pure de la pensée, les autres des hallucinations psychomotrices verbales, et une partie au moins de sa clinique y est déjà fixée. Et la notion même d'automatisme, issue de « l'automatisme cérébral » de Baillarger, rend alors compte de tous les genres d'hallucinations et même de tout ce qui échappe à l'initiative volontaire du sujet. Cette locution d'automatisme désigne l'allure

*Cette locution
d'automatisme
désigne l'allure
involontaire,
incontrôlable
et étrangère
en apparence
à une signification
psychologique
particulière
à ce groupe
de faits.
On le dit
« mental »
quand la pensée,
sans changer
de nature ni sortir
de son lotissement,
s'altère et voit
survenir en elle
ce qui lui est
allogène.*

involontaire, incontrôlable et étrangère en apparence à une signification psychologique particulière à ce groupe de faits. On le dit « mental » quand la pensée, sans changer de nature ni sortir de son lotissement, s'altère et voit survenir en elle ce qui lui est allogène. On l'appelle « sensitif » lorsque la sphère de la sensibilité et de la sensorialité se transforme ainsi, produisant les hallucinations psychosensorielles. On le nomme « moteur » quand l'autre-que-le sujet se manifeste dans les conduites gestuelles ou verbales.

Vers la même époque, cet automatisme mental joue pour certains un rôle bien défini dans les psychoses délirantes chroniques. Pour Lasègue et J. Falret, puis pour Magnan, il n'apparaît que tard dans le cours du délire chronique, ne se manifestant qu'au troisième stade, celui des troubles de la sensibilité générale, à une période où déjà le malade a connu une phase interprétative et une phase d'hallucination de l'ouïe.

Nous voyons qu'avant Clérambault certains signes du syndrome d'automatisme mental, et surtout l'écho de la pensée, se décrivent comme des variétés d'hallucinations psychomotrices verbales et que dans la mesure où l'on veut lui assigner une place précise, dans une maladie mentale isolée, c'est pour le situer à la troisième époque du délire chronique.

Les contemporains de Clérambault ont d'ailleurs donné à cet automatisme mental une certaine extension dont il faut maintenant nous faire une idée. Recherchant dans certains troubles de l'hystérique un fonctionnement élémentaire de l'activité psychique, P. Janet dégage la notion d'un automatisme mental psychologique car, s'il étudie en effet des névrosés, c'est moins pour approfondir la compréhension de l'hystérie que pour y découvrir un domaine privilégié où sont mis en lumière des phénomènes ressortissant à la pensée normale mais si primitifs que seules certaines anomalies peuvent les révéler. Ce fonctionnement automatique de la vie mentale correspond au niveau le plus simple de cette activité. Du même coup se pose la question de savoir ce qu'il devient dans les diverses psychoses. Mais l'apport de P. Janet consiste surtout à défendre la thèse qui met à la base de toute vie mentale une certaine activité automatique. C'est pourquoi il accepte mal un usage psychiatrique de ces termes.

Dans le domaine de la psychiatrie proprement dite, on rencontre à la même époque un accroissement de l'extension de cet automatisme mental et du champ de sa synonymie approximative qui entraîne quelques ambiguïtés. Le mot lui-même désigne souvent l'ensemble des hallucinations et, dès qu'on y trouve des hallucinations psychomotrices verbales qu'on ramène à une variété d'hallucinations psychosensorielles, cette locution d'automatisme mental finit par dénommer toute la xénopathie. Et ce concept aux bornes incertaines reçoit alors plusieurs synonymes qui font double emploi. C'est le syndrome de dépossession de Lévy-Valensi, le syndrome d'action extérieur et d'hyperendophasie de H. Claude, la subduction mentale morbide de Mignard, ou

encore le syndrome de passivité, d'interférence, de parasitisme, de contrainte et ainsi du reste. Clérambault s'oppose à ces amphibologies, disant : « Je n'ai à parler ni de l'automatisme psychologique normal, ni d'aucunes formes innombrables de l'automatisme morbide. J'éviterai d'employer le mot automatisme qui donne lieu à trop d'équivoques. Je ne désignerai le syndrome, objet exclusif de mon étude, que par le "syndrome S". »

Nous devons déterminer maintenant par quelle élaboration la pensée de Clérambault a atteint une forme définitive en 1927, constituant alors ce qu'il nommait lui-même son « dogme ». Dans ses premiers textes de 1909, il se demande seulement s'il n'existerait pas à côté du délire chronique de Magnan des délires où l'automatisme mental prendrait un rôle prééminent, voire constituerait le début pur de la maladie. Devant les conceptions générales de Magnan, il s'interroge pour savoir si ce délire chronique, persécutif dès ses origines, forme bien une espèce ou s'il ne désigne pas plutôt des cas hétérogènes, représentant les uns le développement dans le délire d'une personnalité paranoïaque antérieure à lui, les autres une évolution secondairement persécutrice postérieure à une phase hallucinatoire. Il pose alors une question cruciale : « De même qu'il existe des délires entièrement interprétatifs, de même à l'autre bout de la série des cas, il doit exister des délires exclusivement conditionnés, du moins à leur stade initial, par l'automatisme mental. Si rares qu'ils soient, leur valeur, s'ils étaient bien démontrés, serait considérable pour la doctrine. » Il demande aussi ce que vaut la classification des délires par thèmes (persécution, grandeur, hypochondrie, possession...) et dans quelle mesure la psychiatrie doit en rendre compte en comprenant les thèmes d'après leur signification idéique et leur contenu affectif.

De 1919 à 1927, il s'affirme de plus en plus nettement sur ces problèmes. Dès 1923, il sépare, dans le délire chronique de Magnan, deux groupes : le vrai délire de persécution qui survient chez une personnalité paranoïaque, commence par des interprétations et ne devient hallucinatoire que de façon tardive, fortuite et inconstante, et le faux délire de persécution qui débute par un automatisme mental chez une personnalité antérieure normale et ne prend que bien plus tard le sens de la persécution. Clérambault élabore à nouveau, vers la même époque, la description de cet automatisme mental dont il dégage alors les éléments premiers dans la genèse et l'évolution de ces psychoses à base d'automatisme mental. Nous aboutissons ainsi aux articles de 1927 où s'établit entièrement le dogme que nous allons essayer maintenant de comprendre.

Dans l'analyse de ce dogme, nous devons d'abord mettre en lumière la séparation entre le petit et le grand automatisme mental, et n'examiner qu'ensuite la pathogénie des psychoses à base d'automatisme. Or, pour déterminer le sens de cette scission de l'automatisme mental, il faudrait en fournir une définition initiale qui délimitât l'extension de ce concept. Mais Clérambault ne dit de façon bien précise dans aucun texte ce qu'il entend par automatisme mental et se contente d'une référence générale aux travaux de Seglas, cependant il emploie ce mot dans deux acceptions. Dans un petit nombre d'œuvres, il le prend au sens large pour désigner tous les automatismes aussi bien sensitifs que moteurs. Le plus souvent, il en use pour repérer le domaine des hallucinations psychosensorielles et psychiques, et c'est cet emploi clair et restreint que nous retiendrons. Clérambault va y distinguer deux ordres de phénomènes : le petit et le grand automatisme mental.

Dans tous ces signes qui composent la xéno-pathie et qu'il nomme automatisme mental par

*« La pensée
qui devient
étrangère
le devient dans
la forme ordinaire
de la pensée,
c'est-à-dire
dans une forme
indifférenciée
et non pas
dans une forme
sensorielle
définie. »*



fidélité à Baillarger, il identifie un syndrome essentiel : le petit automatisme mental. Reconnaissons dès maintenant qu'il le caractérise plus par la valeur qu'il lui attribue dans la genèse des psychoses hallucinatoires que par une énumération simple, constante et ferme des signes qui le constituent. « Le terme d'automatisme mental, ainsi limité, est certes passible de plusieurs objections, j'aurais pu dire "petit automatisme mental", je n'ai pas voulu du mot "mentisme", je cherche un terme approprié. En attendant, le groupement susdit, qui a une existence clinique, est sous la rubrique provisoire facilement reconnu par tous. »

Il englobe divers symptômes dont nous dirions approximativement qu'ils ressortissent aux hallucinations psychiques et aux troubles du cours de la pensée. Tous ces phénomènes, nous dit Clérambault, ne sont sensoriels à aucun titre, et à leur égard, il use d'une de ses plus prestigieuses périodes : « La pensée qui devient étrangère le devient dans la forme ordinaire de la pensée, c'est-à-dire dans une forme indifférenciée et non pas dans une forme sensorielle définie. » La pensée s'y émancipe donc d'elle-même, dans son cours s'introduisent des éléments qui, pour lui rester étrangers, n'en sont ni extérieurs ni sensoriels. C'est pourquoi il distingue ces phénomènes des

hallucinations auditives où le malade nous confie qu'il entend par ses oreilles des voix extérieures à lui et des hallucinations psychomotrices verbales où le patient nous explique qu'il entend parler dans sa tête ou dans son estomac, car c'est une anomalie de la pensée qui se traduit dans le mode de la pensée elle-même.

Non sensoriels, ces phénomènes sont aussi initialement neutres. Ils n'ont aucun sens défini pour le malade et s'opposent ainsi aux hallucinations auditives, thématiques, individualisées et objectives. Anidéiques, ils ne sauraient faire suite à des idées délirantes préalables et, pour le patient, sont aussi étrangers que possible à toute signification. À leur origine, ils n'ont aucune tonalité affective particulière : le sujet peut en être surpris mais il peut aussi s'en amuser ou y rester indifférent sans jamais y rencontrer au début quelque chose d'hostile ni avoir l'impression qu'on s'adresse à lui personnellement. C'est pourquoi Clérambault parle alors d'un dédoublement de la pensée pour bien marquer qu'il n'y a rien de plus qu'un changement involontaire de son cours. Neutre et non sensoriel, ce syndrome s'oppose donc aux hallucinations auditives car le petit automatisme mental ne comporte aucun personnage plus ou moins individualisé qui exprime au malade des paroles blessantes ou flatteuses, entendues comme des sons venus de l'extérieur.

Essayons de classer maintenant les divers phénomènes qui composent ce petit automatisme mental, en réservant pour plus tard la description de l'écho de la pensée. On peut y séparer, plus ou moins artificiellement, un automatisme verbal et un automatisme psychique. L'automatisme verbal comporte un certain nombre d'altérations qui viennent perturber la pensée quand elle prend la forme du langage articulé : mots explosifs, jeux syllabiques, kyrielle de mots, psittacismes, absurdités et non-sens qui peuvent troubler le discours intérieur ou

la parole exprimée, constituant un parasitisme qui s'introduit dans le langage lui-même. L'automatisme psychique comprend un ensemble de phénomènes qui viennent déranger le cours de la pensée, non plus en tant que langage mais comme pensée signifiante. Clérambault y distingue d'abord un processus positif où le sens de la pensée se trouve compromis par des adjonctions involontaires, les unes subcontinues, les autres épisodiques. Dans les processus subcontinus, il retient l'émancipation des abstraits où la pensée s'affranchit de manière indifférenciée ou totalement muette, le dévidage des souvenirs où le sujet éprouve, malgré lui, des remémorations dont il n'est pas le maître et, enfin, l'idéorrhée. Parmi les processus épisodiques, il décrit les impressions irrésistibles de ressemblances, de fausses reconnaissances, d'étrangeté de personnes et de choses où le patient perd la maîtrise de ses impressions. Clérambault énumère ensuite les processus négatifs, faits d'un certain nombre d'avatars qui perturbent la pensée par des accidents déficitaires : disparition de pensées, oublis, arrêt de la pensée, vide de la pensée, perplexité, attente et enfin alosexie. Il envisage enfin les processus mixtes : substitutions de pensées où une pensée remplace perpétuellement la pensée en cours, passage d'une pensée invisible où le malade espère qu'une pensée va se préciser alors qu'elle disparaît avant de devenir claire et distincte.

L'écho de la pensée assure une sorte de transition entre le petit et le grand automatisme mental car il se montre soit comme un trouble pur de la pensée quand la pensée du malade se répète dans son mode propre, soit comme un phénomène déjà extériorisé quand le malade a l'impression qu'un autre répète sa pensée à ses oreilles. Clérambault l'envisage ainsi : « À un point de vue purement descriptif, l'écho de la pensée pourrait être regardé comme résultat de la bifurcation d'un courant qui aboutirait à deux

Ces diverses altérations ont en commun, pour le malade, quelques traits spécifiques : elles sont vécues comme survenant par hasard, ne présentant point de sens défini, ne concernant pas le patient si ce n'est par accident, ne provenant point de l'extérieur et ne résultant de rien d'affectif.

expressions séparées d'une même idée. Cette métaphore pourrait être calquée sur la réalité. » En plus de cette forme ordinaire, il existe un écho anticipé où l'écho précède la formulation consciente de la pensée et un écho contemporain de cette pensée. L'essentiel ne tient donc pas à la succession temporelle mais à ce fait qu'une même pensée se manifeste deux fois : « Les deux synthèses verbales perçues séparément sont-elles exactement semblables ? Sont-elles toutes deux de la forme indifférenciée et composite, l'autre exclusivement auditive ou bien encore exclusivement psychomotrice ? Si toutes deux sont de type composite, sont-elles ou non superposables ? Ces questions, croyons-nous, n'ont pas été posées et elles devront être étudiées avec prudence. » On peut en rapprocher l'écho de la lecture et de l'écriture, l'énonciation des gestes, celle des intentions, le commentaire des actes, chacun d'eux pouvant être anticipé, contemporain ou retardé. C'est à la même place qu'on peut mettre aussi des phénomènes comme la prise de la pensée du malade par autrui et le devinement de la pensée d'autrui par le malade. Ces diverses altérations ont en commun, pour le malade, quelques traits spécifiques : elles sont vécues comme survenant par hasard, ne présentant point de sens défini, ne concernant pas le patient si ce n'est par accident, ne provenant point de l'extérieur et ne résultant de rien d'affectif. Si Clérambault insistait sur leur aspect anidétique, ce n'était pas pour affirmer que, du point de vue de la vérité totale de la psychopathologie, ces phénomènes n'eussent pas de signification affective et intervinsent sans motif, mais pour souligner que, du point de vue partiel de l'expérience du sujet qui les subit, ils se donnent pour tels : caractéristiques sémiologiques, à ne tenir pour des aspects psychopathologiques.

L'écho de la pensée conduit au syndrome du grand automatisme mental qui englobe, pour Clérambault, l'ensemble des hallucinations psychosensorielles de tout type. Nous n'aurions ici nul profit à les énumérer. Remarquons plutôt qu'avec le grand automatisme mental, on parvient à des phénomènes qui, dans l'expérience du patient, deviennent esthétiques, tendent à acquérir un contenu idéique et une valeur affective, en se faisant objectifs, extériorisés, individualisés et thématiques : les hallucinations auditives complètes sont les voix des personnages plus ou moins bien déterminés que le malade éprouve comme extérieures à lui et qui lui tiennent un discours pourvu d'une signification verbale et d'une certaine qualité émotionnelle. Mais au début du grand automatisme mental, Clérambault décrit l'hallucinoïse où existe l'extériorisation sensorielle mais où manquent les aspects idéiques et affectifs. Un sujet entend brusquement dire : « C'est Victor Hugo qui a construit la tour Eiffel », il l'entend comme une phrase prononcée hors de lui et perçue par ses oreilles, mais on ne peut ni l'attribuer à quelqu'un, ni lui trouver un sens, ni croire qu'elle le concerne. L'hallucinoïse est donc vécue avec une qualité analogue à celle des hallucinations auditives mais sans que le patient l'éprouve comme venant d'un autre et lui adressant un message. Quelle qu'en

puisse devenir l'interprétation psychopathologique, il demeure ces aspects indéniables de son expérience vécue. Tout l'intérêt de l'hallucinoïse, c'est cette transition du petit au grand automatisme mental et le jour où le malade, au lieu d'une phrase fortuite que nul de précis ne prononce et qui ne le concerne pas, entendra une locution injurieuse dite pour lui, on passera aux phénomènes idéiques et affectifs.

Nous venons ainsi de revoir ce que Clérambault décrivait comme petit et grand automatisme mental, demandons-nous ce que signifiait pour lui la constatation du syndrome de petit automatisme mentale, quelle portée diagnostique il lui attribuait. Complet ou le plus souvent inachevé, il se rencontre dans un grand nombre de psychoses aiguës ou chroniques dont il cite quelques exemples : manie, troubles toxiques, paralysie générale, suite d'ictus, tumeurs cérébrales, maladies infectieuses et beaucoup d'autres affections encéphaliques d'expression psychiatrique à l'exclusion de la confusion mentale et des états de démence avancée. Le syndrome s'y voit d'ordinaire imparfait, il coexiste avec d'autres symptômes mentaux ou neurologiques et là n'ajoute rien au diagnostic.

Tout l'intérêt du petit automatisme mental tient pour Clérambault dans son rôle au début des psychoses hallucinatoires chroniques. On sait qu'en même temps que Gilbert Ballet, Clérambault cherchait à démembler le délire chronique à évolution systématique de Magnan. Il y voyait un genre fort mixte comportant des espèces assez différentes. Il y discernait d'abord un premier groupe de délires purement interprétatifs survenant chez des personnalités paranoïaques et où les hallucinations restent tardives et adventices. Le petit automatisme mental n'y prend aucune place privilégiée.

Mais, à côté de ces délires d'interprétation, il estime qu'existent des psychoses où

les phénomènes hallucinatoires dominent les aspects cliniques de la maladie : ce sont les psychoses hallucinatoires chroniques, différentes des délires d'interprétation. Clérambault se demande alors quels mécanismes hallucinatoires se trouvent être à l'origine, comment l'idéation et l'affectivité importent à leur développement, si l'on doit vraiment y voir les délires de persécution ou s'il ne vaut pas mieux y rattacher, par une commune source xénopathique, les délires de possession, d'hypochondrie ou d'influence. Il conclut, de l'ensemble de ses observations cliniques, que chacune de ces psychoses commence par un syndrome isolé de petit automatisme mental et toute son originalité pathogénique revient à mettre le petit automatisme mental au départ et à la base de ces psychoses. Si l'on voit les malades assez tôt dans le devenir de leurs troubles, estime-t-il, ou encore si l'on sait remonter jusqu'à leurs symptômes vraiment initiaux, on découvre, à l'état pur et bien circonscrits, ces hallucinations psychiques et ces troubles du cours de la pensée qu'il range dans la rubrique du petit automatisme mental. On trouve ces phénomènes où la pensée devient étrangère dans la forme même de la pensée, c'est-à-dire sans extériorité sensorielle, sans thème défini et sans résonance affective. La maladie ne s'inaugure ni par des idées délirantes, car le petit automatisme mental est neutre et anidéique, ni par des altérations affectives, car le petit automatisme mental n'est pas vécu avec une charge émotionnelle, ni par des hallucinations psychosensorielles, car il se limite aux troubles du cours de la pensée et aux hallucinations psychiques. Le problème est alors de comprendre comment se constitue une psychose hallucinatoire chronique avec tous ces thèmes délirants, dont les thèmes persécutifs dominant au moins par leur fréquence.

Clérambault admet donc un sujet nullement méfiant, parfois même euphorique et enjoué, qui

*L'écho
de la pensée et
la transformation
de l'hallucino-
se conduisent ainsi le
patient
à une expérience
proprement
sensorielle
où les voix
se trouvent
rapportées
à des personnages
extérieurs
et où
se construisent
les thèmes
déli-
rants.*

commence à ressentir les diverses perturbations du petit automatisme mental. Réserve faite d'une personnalité psychopathique antérieure à la maladie, il ne s'estime pas persécuté et peut même s'amuser de quelques éléments de ce syndrome, et Clérambault insistait sur ce contraste entre l'heureuse humeur actuelle et le futur délire de persécution. Le devenir de la maladie s'opère alors en deux temps, le premier formant le passage du petit au grand automatisme mental, le second rendant compte de l'élaboration des idées délirantes surtout par un processus inconscient et, pour une partie réduite, par réaction de la personnalité à la xénopathie.

L'aspect classique des psychoses hallucinatoires chroniques ne se fait donc que grâce à l'évolution vers le grand automatisme mental, selon deux voies distinctes. L'écho de la pensée et les phénomènes qui s'y rapportent peuvent se présenter soit comme des hallucinations psychiques, soit comme des hallucinations psychosensorielles de l'espèce auditive : ils sont vécus, dans ce dernier cas, comme une sorte d'influence venue de l'extérieur et, si l'écho devient trop fréquent, s'étendent à la lecture et à l'écriture, s'adjoint le commentaire des actes, le patient l'éprouve comme une gêne infligée par une force extérieure, la transition se fait ainsi vers les hallucinations psychosensorielles et la thématique persécutive. L'hallucino- se fournit l'autre biais : « Un sujet, en état de calme et d'euphorie, entend un jour crier "voleur", il cherche autour de lui à qui une telle parole peut s'adresser, le mot répétant, il s'étonne de ne voir personne mais ne suppose pas encore que le mot s'adresse à lui. Ce mot le suivant dans la rue, il croit se rendre à une évidence en admettant qu'il y a une action concertée mais ne croit encore qu'à un projet de l'intriguer ou le taquiner, puis il incline à croire à une hostilité que finalement ses voix lui expliquent. Nous exposant cette gradation, le malade nous dit : "Autrefois j'étais conciliant, maintenant je suis devenu rageur, on m'en fait de trop." » Telle est la genèse du sentiment de persécution chez les sujets non paranoïaques.

L'écho de la pensée et la transformation de l'hallucino- se conduisent ainsi le patient à une expérience proprement sensorielle où les voix se trouvent rapportées à des personnages extérieurs et où se construisent les thèmes délirants. C'est dans cette progression vers le grand automatisme mental que la psychose hallucino- toire chronique reçoit cette physionomie qui, pour être familière aux psychiatres, n'en reste pas moins consécutive à un stade initial bien différent.

Mais Clérambault n'estime pas pouvoir expliquer cette systématisation du délire à travers les données hallucinatoires par une simple réaction du malade à ses troubles et il pense que le premier rôle revient à des mécanismes cérébraux qui échappent à l'initiative du sujet : « Ainsi une bonne partie de la systématisation des délires est spontanée et s'organise dans l'inconscient, c'est une erreur de croire qu'elle soit entièrement due à un travail conscient tardif. » Ce

travail conscient existe bien, mais le délire s'élabore avant lui et cette fabrication inconsciente s'accomplit par dérivation morbide des pires éléments de la personnalité. Pour distinguer cet être nouveau qui correspond aux hallucinations et habite le malade comme un intrus, Clérambault parle de personnalité seconde ou de personnalité artificielle : « La sensibilité de la personnalité fondamentale et la sensibilité de la personnalité artificielle parasitaire constituée par les connections artificielles ne sont nullement superposables. La seconde est grossière, brutale, haineuse, lubrique, parce que constituée de bribes d'éléments choisis uniquement parmi ceux que la dérivation morbide découvre, exalte et organise. » L'écho de la pensée, l'hallucinosité et les hallucinations psychosensorielles ne parviennent à si bien monter un délire défini que par cette organisation inconsciente, purement automatique.

La personnalité du malade n'intervient que de façon indirecte pour fournir quelques appoints à cette genèse inconsciente. Chez un sujet déjà paranoïaque, on aboutit à une maladie mixte, à la fois psychose hallucinatoire chronique et délire d'interprétation. Mais loin de représenter la règle, ce n'est qu'une rencontre accidentelle réalisant un aspect clinique trompeur qui fait rattacher à tort le thème de la persécution au mécanisme hallucinatoire alors que beaucoup d'autres thèmes peuvent se rencontrer dans la xénopathie. D'ailleurs, si l'essentiel des psychoses hallucinatoires chroniques tient à ce mécanisme automatique et non au contenu de ses thèmes délirants, on comprend que Clérambault veuille classer en un seul genre les délires hypochondriaques, les délires d'influence et les délires de possession puisqu'ils gardent en commun une production inconsciente à partir du petit automatisme mental.

Pour Clérambault, l'intérêt de l'automatisme mental tenait surtout au petit automatisme

mental, dans la mesure où ce dernier syndrome pouvait rendre compte de tout le développement ultérieur de la psychose hallucinatoire à partir de perturbations de l'expérience suffisamment discrètes pour qu'on les imaginât liées à des lésions cérébrales précises et limitées. C'est d'ailleurs cet aspect qui a le plus impressionné ses contemporains. On doit reconnaître que cette acception ne laisse pas de choquer une certaine raideur un peu simpliste dont on s'accommode mal. Croire que l'aspect neutre et anidéique du syndrome s'explique exactement par des altérations histologiques bien isolées, reliquats d'infections ou d'intoxications anciennes, et que sa constatation clinique équivaut à celle de pareilles lésions, en avançant pour ainsi dire l'examen des coupes cérébrales, c'est quasiment prendre au sérieux cette boutade où l'on prétend fabriquer le délire de persécution hypochondriaque à partir du prurit. On rejoint alors la théorie périphérique des hallucinations ou l'épilepsie des centres de Tamburini. Or, c'est cette interprétation de Clérambault qui a prévalu dans l'histoire récente de la psychiatrie.

Après sa mort, cette notion d'automatisme mental a, en effet, connu un singulier destin que nous devons suivre un instant, à travers les publications d'ailleurs rares qui le concernent et surtout l'usage quotidien qui s'en est peu à peu établi et dont nous retrouvons des témoignages soit dans la tradition de l'enseignement oral, soit dans les observations psychiatriques dont les certificats datés et concis nous offrent un résumé. Les disciples immédiats de Clérambault ont maintenu une propriété orthodoxe des termes que nous vérifions dans les certificats de l'infirmerie spéciale jusque vers les années 1945 ou 1950. Ils y mentionnent souvent l'écho de la pensée ou le commentaire des actes à côté des hallucinations auditives mais n'incluent pas ces phénomènes dans l'automatisme mental car il ne s'agit alors pour eux que d'une variété de

*La lecture des
certificats des vingt
dernières années
nous révèle
d'ailleurs bien que
si on continue
à parler
assez souvent
d'automatisme
mental,
on ne le fait
plus qu'avec
une constante
incertitude
dans la propriété
des termes.*

xénopathie ne méritant pas un regroupement spécifique et ne comportant pas d'expérience délirante initiale. Ils citent l'automatisme mental quand ils veulent dire qu'il reste au premier plan, que l'on y retrouve un début où existait isolément le petit automatisme mental, à titre d'origine de la psychose ultérieure.

Mais en même temps se déployait une critique tout entière tournée contre les formules les plus littérales du mécanisme de Clérambault et qui voulait le réfuter en acceptant comme essentielles les phrases les plus polémiques et les plus désuètes de son œuvre. On lui reprochait alors l'atomisme de sa psychologie, réduisant tout à des éléments qui ne pouvaient connaître que des rapports de juxtaposition. Sous la rubrique « Genèse mécanique des psychoses », on lui faisait grief d'avoir décrit la neutralité et l'athématisme du petit automatisme mental sans voir que ces qualités sont purement cliniques, ne préjugent en rien de la pathogénie. Et ses adversaires identifiaient ainsi l'expérience vécue du malade et le processus délirant comme si la vie du malade équivalait au développement de la psychose. Enfin, on présentait la genèse du délire comme le comble de l'artificialité en refusant de saisir que ce qu'il nomme personnalité seconde et autoconstruction du délire n'est rien d'autre que le dynamisme inconscient.

Or, si ces critiques reléguaient les conceptions pathogéniques de Clérambault au rang de préjugés scientifiques, ils ne renonçaient pas à employer en clinique ce terme d'automatisme mental dont on croyait pourtant avoir ruiné toute signification théorique. La lecture des certificats des vingt dernières années nous révèle d'ailleurs bien que si on continue à parler assez souvent d'automatisme mental, on ne le fait plus qu'avec une constante incertitude dans la propriété des termes. Ce mot résume alors la constatation de l'écho de la pensée ou du commentaire des actes pris dans n'importe quel contexte. Nul ne peut alors savoir ce qui le distingue des hallucinations auditives et, pour certains, il n'y a plus aucun intérêt à en faire état sauf pour respecter une tradition un peu chauvine.

Nous voyons ainsi qu'il s'est peu à peu opéré un glissement dans le sens même de ce terme. Dans la mesure où on a figé l'interprétation de Clérambault dans une acception mécaniciste qui ne peut intéresser personne, on a admis une fois pour toutes que sa pathogénie ne pouvait être que chimère et on s'est rabattu sur la description clinique : les éloges qu'on décernait au clinicien étaient la rançon d'un agnosticisme faussement prudent. Que faisait-on en agissant ainsi ? On prétendait à continuer à rechercher un certain signifiant en s'interdisant la moindre allusion au signifié auquel il renvoyait et on voulait décrire un signe sans jamais se demander de quoi il était le signe. Qu'aurait-on pensé si, à un certain moment de la recherche pneumo-physiologique, on avait dit que la matité thoracique était un signe très important mais qu'il ne fallait surtout pas essayer de savoir de quoi elle pouvait être le signe ? Ou

encore si les gastro-entérologues avaient dit que la constatation d'une rigidité segmentaire de la petite courbure de l'estomac, constante sur tous les clichés d'une même série et après emploi des modificateurs du comportement, était un signe d'une extrême valeur mais qu'on aurait fait de la métaphysique en se demandant de quoi elle était le signe ?

Or, c'est ce qui a transformé cette idée directrice d'automatisme mental. La ruine de sa pathogénie, résultant d'une réfutation commode de certaines outrances, interdisait toute autre recherche psychopathologique et ne laissait survivre qu'un groupe de symptômes sans lien entre eux dont il était devenu risible d'étudier à quoi ils pouvaient correspondre. Dès lors, leur constatation dans la clinique ne signifia plus rien. Ce glissement sémantique n'est donc pas une petite anecdote de l'histoire contemporaine de la psychiatrie. Il nous explique pourquoi de nos jours nous restons attachés à la découverte d'un signe dont nous ne savons plus à quoi il nous renvoie et qui nous apparaît comme un assemblage bizarre de perturbations pittoresques de l'expérience vécue.

Mais si nous ne voulons pas en rester là, nous devons pour achever nos réflexions nous demander si la psychopathologie de Clérambault n'était rien d'autre que cette caricature mécaniciste et si, à la lumière des cas étudiés, nous pouvons poser correctement la problématique de la sémiologie de l'automatisme mental. Il nous faut donc revenir vers Clérambault pour essayer finalement de distinguer ce qu'en 1961 peut signifier la présence d'un syndrome d'automatisme mental.

Si nous ne nous satisfaisons pas trop vite en réfutant sans peine un mécanicisme qui meurt tout seul, nous voyons qu'initialement Clérambault s'oppose à Falret et à Legrand du Saule quand il affirme que, dans nombre de délires chroniques, la situation « d'être persécuté »

n'est pas primitive et ne s'observe qu'au bout d'une certaine évolution, au point qu'on doit cesser de tenir pour fondamental un aspect emprunté à la psychologie quotidienne et qui ne se fait jour que plus ou moins tard dans la vie même du délire. Clérambault se méfie aussi beaucoup des explications pathogéniques où les thèmes délirants semblent résulter d'une construction plus ou moins rationnelle et où les idées de grandeur sont comprises comme une sorte de réaction du patient qui en vient à dire qu'il doit être un personnage extraordinaire pour subir de telles avances. Cette double critique exprime le refus d'une certaine facilité et la quête d'un terme radicalement pathologique.

S'interdisant de prendre les dires du patient au pied de la lettre, Clérambault suppose donc que le délire signifie autre chose que ce qu'il dit clairement et que cette autre chose lui est essentielle, car montrer que le sentiment de persécution est accessoire, c'est indiquer qu'on ne saurait imaginer le délire comme une hostilité semblable à l'hostilité réelle mais dépourvue de fondement. L'analyse clinique ne peut donc en rester aux confidences les plus superficielles et doit à travers les emprunts que la maladie fait au langage ordinaire pour exprimer une expérience hétérogène discerner les perturbations primitives qui déterminent tous les aspects de cette vie délirante. S'imposent alors la recherche permanente d'autre chose que l'anecdote et la remise en question de toutes les conceptions réactionnelles du délire, car persécution et grandeur appartiennent à la banalité quotidienne de l'expérience, alors que l'automatisme y est irréductible, représente l'un des prototypes d'une altération radicalement pathologique de la vie.

Clérambault tente alors de déterminer le moyen le plus fortement pathologique du délire. C'est pourquoi il s'efforce à propos de la paranoïa de séparer le délire du simple développement du caractère. Certains sujets, nous

*Clérambault
ne fait pas dériver
la pathologie
psychiatrique
d'une expérience
normale, déformée
par excès
ou par défaut,
mais isole certains
éléments propres
à l'expérience du
déliquant dans son
originalité et dont
le médecin doit
se faire une
représentation
psycho-
pathologique
adéquate.*

dit-il, ont un « caractère paranoïaque » mais isolément, même poussé à son maximum, ce caractère ne suffit jamais à constituer un délire. Il peut rester une anomalie de la personnalité ou encore, si survient un processus d'automatisme mental, incliner le délire à prendre précocement une nuance persécutrice mais, dans tous les cas, il en représente non l'essentiel mais ce qui en explique certains aspects dérivés et secondaires. La personnalité antérieure ne fournit donc ni le moteur ni la clef du délire et ne rend compte que de certaines nuances qui ne sont pas en elles-mêmes foncièrement pathologiques, le délire est ainsi tout autre chose que l'exagération forcenée d'un caractère anormal.

Toute son œuvre montre d'ailleurs que les divers types de délires ne peuvent se caractériser en partant de quelques données de la psychologie courante, incapable de les fonder. Chercher à déterminer une espèce délirante en la considérant, par exemple, comme le développement extrême d'un sentiment tenu, d'autre part, pour normal, c'est se fourvoyer : persécution, grandeur, influence, jalousie retranscrivent dans la pathologie ce qu'enseigne la connaissance banale des hommes et cette pathologie d'un psychologique très superficiel sépare des espèces très voisines et range sous la même rubrique des cas dont la seule ressemblance est une qualification extérieure.

Clérambault ne fait pas dériver la pathologie psychiatrique d'une expérience normale, déformée par excès ou par défaut, mais isole certains éléments propres à l'expérience du délirant dans son originalité et dont le médecin doit se faire une représentation psychopathologique adéquate. Il nous dit par exemple que l'hallucinosité est affectivement neutre et sans signification singulière pour le sujet et on lui objecte au nom d'une psychanalyse mal assimilée que le discours de l'hallucinosité concerne précisément ce sujet qui en affirme la neutralité. On pense aussi établir la fausseté de ce caractère neutre et athématique. C'est oublier que, pour Clérambault, l'hallucinosité n'est pas neutre en elle-même et ne l'est que dans l'expérience que le malade en prend. Il la vit comme une phase dépourvue de sens et qui ne le concerne pas, mais ces deux aspects caractérisent en propre non pas la phase elle-même mais la manière en effet subjective dont le patient l'entend. L'objection banale tombe ainsi à côté de son but. Clérambault sépare d'un côté les traits sémiologiques de l'automatisme mental, c'est-à-dire la façon particulière dont le malade éprouve les perturbations de son expérience et en vit l'étrangeté, et là se placent neutralité et anidémisme ; de l'autre côté la manière dont le médecin se figure le mécanisme et l'évolution du délire. C'est en mêlant ces deux points de vue qu'on lui a adressé des reproches erronés.

Son mécanisme signifie autre chose que ce qu'on y retrouve d'ordinaire. Il veut d'abord dire que le domaine des maladies mentales ne se réduit pas à une annexe de la psychologie courante et que le mode de compréhension en usage dans la vie quotidienne passe à côté de l'originalité du pathologique. Il rejoint ainsi K. Jaspers quand ce dernier dit de certains délires

de jalousie qu'ils répondent à « un processus psychique » parce qu'ils demeurent irréductibles au développement de la personnalité ou à une réaction compréhensible à l'événement vécu. Il souligne que ce que le délire possède de proprement pathologique est autre que ce qu'en peut imaginer la compréhension de chaque jour. L'automatisme mental est du même ordre et nous impose d'étudier le pathologique pour lui-même dans son irréductibilité à la psychologie normale. Sa genèse mécanique désigne à la fois une hypothèse bien arbitraire et une constatation clinique dont nous ne pouvons si aisément nous débarrasser.

Par les voies médiates et inactuelles d'un mécanisme fort douteux, Clérambault nous propose donc une pathogénie positive qu'il estime applicable à une certaine catégorie de délires, les psychoses à base d'automatisme. Le syndrome d'automatisme mental est d'abord une expérience délirante primaire où le patient vit de manière bien insolite une certaine transformation psychotique de sa vie comme altération de la pensée dans le monde même de la pensée. Tous les caractères qu'il en décrit sont à prendre pour les nuances propres à cette modification de l'expérience vécue, données de fait à décrire telles qu'elles se manifestent, même si le médecin dans la réflexion interprétative s'aperçoit que l'anidésisme sert à effacer un contenu inacceptable et la neutralité à biffer une signification que le patient ne pourrait soutenir. C'est à nous qu'il appartient dans un second temps de nous demander si cet automatisme mental exprime directement la psychose ou doit se concevoir comme un mode particulier de défense à l'égard du processus psychotique. Nous devons alors essayer d'aller plus avant que Clérambault.

Quelle que soit la réponse à cette question, pour lui se déploie, à partir de cette expérience délirante primaire qu'est l'automatisme mental,

l'évolution temporelle d'un certain genre de délire. Il sépare ce qui, dans ce développement, tient au sujet lui-même de ce qui lui échappe, appartenant au processus psychotique. Les réactions de la personnalité à ce qui la submerge lui paraissent peu importantes car, s'il note le rôle d'un caractère paranoïaque, l'intrication possible avec le déséquilibre ou les tendances perverses, rien de tout cela ne semble décisif dans l'évolution du délire. Les explications raisonnables du sujet face à ses perturbations lui paraissent aussi bien secondaires. À partir de l'automatisme mental se poursuit selon Clérambault un travail inconscient qui est le devenir même du processus psychotique. Il l'appelle « personnalité seconde », en y voyant non pas un homonculus à l'intérieur de la conscience ou un vieux singe microcéphale, mais une infiltration de toutes les structures conscientes qui, métaphoriquement, les suit partout : « La personnalité seconde n'est pas une zone définie du cerveau réservée à une idéation spéciale. C'est un système d'associations constitué par des irradiations fixées, superposé ou intriqué aux systèmes antérieurs normaux. C'est un ensemble fonctionnel utilisant pour conducteurs les mêmes réseaux que les fonctions normales mais avec des sélections et des suppressions. » C'est pourquoi il achève le paragraphe de son exposé en écrivant : « Toute psychose hallucinatoire est une sorte de délire à deux où les psychismes sont unis dans un même cerveau et où le psychisme le plus frustré domine l'autre parce qu'il est plus inventif et plus tenace. » Ce qu'on prenait pour une affirmation directe de mécanisme n'est donc bien souvent que la formulation, dans une langue plus singulière, de l'originalité radicale du processus psychotique et de son permanent décalage à l'égard de la compréhension banale. ■