Les hébéphrénies

Le terme d'hébéphrénie n'est pas utilisé de façon uniforme. E. Bleuler voit l'hébéphrénie comme « le grand sac dans lequel on met toutes les formes qu'on ne peut pas classer dans les trois autres ». Il en arrive apparemment à cet avis parce qu'il la délimite avant tout comme une forme particulière de démence précoce qui comprend ce que d'autres qualifient d'hébéphrénique. Kleist et d'autres voient dans la désintégration de l'affect l'essence de l'hébéphrénie. Avec celle-ci, une définition précise des termes est établie, qui est celle que j'adopte ici. Elle se rapproche aussi de celle d'Hecker, pour qui l'hébéphrénie était avant tout, mais pas exclusivement, une maladie avec désintégration des affects. De plus, on considère souvent comme un trait caractéristique de l'hébéphrénie son évolution insidieuse. Quand on pense uniquement aux formes systématisées, cela ne veut pas dire grand-chose car toutes ces formes tendent à avoir une progression insidieuse. La particularité de l'hébéphrénie réside par contre dans le fait qu'aucune forme non systématisée avec évolution rémittente ou même périodique ne lui correspond. L'hébéphrénie a en commun avec la catatonie systématisée un début précoce. D'après la définition de Bleuler tout serait bien sûr différent. Les tableaux cliniques très diversifiés, qui ne se laissent ranger dans aucun cadre, comme nous l'avons vu à plusieurs reprises, correspondent la plupart du temps aux schizophrénies non systématisées. Choisir le terme d'hébéphrénie pour ces cas n'est donc plutôt pas adapté. Le caractère indéterminé du terme d'hébéphrénie se reflète aussi dans les résultats des statistiques sur l'hérédité d'auteurs différents. On a parfois observé un déficit très prononcé dans l'hébéphrénie, (Page 167) probablement lorsque le diagnostic était posé de façon prépondérante au sens où Bleuler l'entendait, et qu'on y intégrait par là beaucoup de formes non systématisées. J'ai moi-même observé au contraire, que le déficit était très faible en tenant compte du fait que les tableaux cliniques auxquels je pense, selon la définition que j'ai décrite plus haut, appartiennent quand même aux formes systématisées.

La présentation clinique des hébéphrénies systématisées s'exprime de façon beaucoup plus simple que celle des catatonies. Tout d'abord, le nombre des sous-formes est plus faible, par ailleurs les hébéphrénies sont en général plus pauvres en symptômes. Ceci ne facilite pas forcément le diagnostic. Au contraire, on doit observer de façon plus précise quand on veut distinguer clairement leurs contours. D'autant plus que les cas plus légers sont ici très difficiles à évaluer. Le diagnostic d'hébéphrénie peut déjà être difficile à cerner car les changements des affects, dont il est ici question, ne sont pas faciles à évaluer, beaucoup moins faciles que les symptômes catatoniques et paranoïdes. Par contre, quand on a appris à identifier, à partir des états terminaux graves, les symptômes spécifiques les plus importants dans leur tableau clinique propre, on les reconnaît aussi dans leurs manifestations plus discrètes. Au début, le tableau peut encore être masqué par les symptômes processuels non spécifiques. On trouve souvent des modifications de l'humeur dépressive ou euphorique. A côté de cela, on trouve au début, des états d'excitation et d'inhibition d'allure catatonique. Les fortes excitations avec agressivité, qui ne sont pas rares, ont cependant une empreinte irritable et non catatonique. Les modifications d'humeur irritables évoluent parfois vers un état déficitaire, dans certaines formes d'hébéphrénie, elles appartiennent aussi, comme nous le verrons, au tableau déficitaire lui-même. Des illusions perceptives et des idées délirantes peuvent accompagner les altérations de l'affect.

Hébéphrénie niaise

Le tableau de l'hébéphrénie niaise est connu de tout psychiatre. Il contient les traits qui sont considérés comme l'essence même de l'hébéphrénie et qui rappellent les attitudes typiques de la puberté. Quand l'hébéphrénie se déclare déjà à la puberté, ce qui est souvent le cas, il peut être difficile au début de la différencier de simples réactions classiques de la puberté. Cependant l'aplatissement des affects propre à l'hébéphrénie, ressort souvent de façon plus distincte.

Au début de la maladie, on trouve souvent au devant du tableau, **une tendance puérile à faire des mauvais tours**. Lorsque l'aplatissement des affects est de plus en plus important, ces mauvais tours dégénèrent facilement en méchancetés. Dans le cadre domestique offre de multiples occasions de développer de mauvais comportements en lien avec les parents, les frères et sœurs ou les voisins. Elles ont souvent un caractère insignifiant mais deviennent désagréables quand elles s'additionnent. A l'hôpital, les mauvais coups ou les méchancetés se manifestent par exemple par le fait que les patients prennent la couverture de leur voisin, crachent sur des malades sans défense, qu'ils hurlent ou font d'autres bruits juste quand tous les autres veulent dormir. Un de mes patients a interrompit la messe dans le service, en s'ajoutant au chant du prêtre, un autre provoquait l'indignation des personnes alentours par une flatulence très bruyante. (Page 168)

Les mesures éducatives ont généralement peu d'effet. Les patients se calment certes devant une autorité plus grande, arrêtent leurs mauvais comportements devant le médecin, restent en retrait devant des patients plus forts mais ils ne font en réalité qu'attendre que des occasions plus faciles se présentent. Souvent les mesures éducatives ne font qu'augmenter les mauvais comportements car les patients font toujours précisément ce qu'ils sont censés arrêter de faire. Leurs comportements puériles ressemblent aisément par là au caractère têtu des enfants.

Avec la progression de la maladie, la tendance puérile aux mauvais tours est de plus en plus masquée par un défaut d'initiative, qui se manifestera encore de la même façon au niveau du langage. Les patients n'ont alors plus la motivation suffisante pour commettre leurs mauvais coups. Vraisemblablement leur tendance s'exprime encore dans les stades plus avancés, par une tendance parfois à répondre à côté des questions (Vorbeireden) ; car on voit de cette manière, qu'ils ne cherchent qu'à épater ou à ridiculiser celui qui leur pose une question. Un de mes patients, né en 1901, expliquait toujours en souriant qu'il était né en 1891 et venu au monde en 1893. Il semble s'agir de blagues plutôt infantiles, qu'il ne faut pas confondre avec les « réponses à côté » observées dans les catatonies.

La tendance à rire est encore plus caractéristique de l'hébéphrénie niaise que les mauvais comportements. Ceci peut être encore plus prononcé dans les stades plus précoces de la maladie, et apparaître sous la force d'un ricanement superficiel. Cela rappelle beaucoup le rire gratuit des jeunes filles à la puberté. Dans les stades plus tardifs de la maladie cela devient moins envahissant, chez les hommes cela se manifeste aussi souvent dès le début plus par un sourire que par un rire. Ce qui est aussi très caractéristique, c'est quand ce sourire survient en réponse à chaque stimulation extérieure. Peu importe si l'on dit des choses positives ou négatives aux patients, ils sourient de toute façon. Cela devient toutefois plus clair pour certains sujets. Les femmes ricanent avant tout plus fortement quand elles sentent qu'on les aborde de

façon érotique. Qu'il se manifeste de façon discrète ou plus marquée, ce n'est jamais un rire libre, mais plus un sourire ou un ricanement pour eux-mêmes, avec un côté embarrassé même s'il n'y a pas de raison sur le moment d'être gêné. Même dans les cas très graves, dans lesquels les patients n'ont plus tellement envie de parler, le sourire persiste en réaction aux stimulations extérieures. Ainsi, ceci devient le symptôme diagnostic le plus important de l'hébéphrénie niaise.

On aimerait déduire du sourire une tonalité gaie de l'humeur. Les patients ont en effet un air plutôt satisfait voire gai. Dans les états aigus, apparaissent des états franchement euphoriques, qui peuvent même faire penser à des états maniaques, et à l'inverse des états dépressifs également avec tendances suicidaires. On est alors en droit de considérer dans ces symptômes accessoires, que l'hébéphrénie se joue avant tout dans la sphère des affects. Souvent, les variations de l'affect ont dès le départ un aspect plat en elles-mêmes. Dans les formes avancées, on observe encore des variations de l'humeur sous la forme de mauvaises humeurs passagères. Elles sont plus rares et moins prononcées que dans les hébéphrénies superficielles, que nous allons encore apprendre à connaître, mais on les remarque bien quand même. Au lieu d'être dans leur état de contentement habituel, les patients sont irritables pendant de courts instants, ils râlent, claquent la porte, (Page 169) ou bien frappent un autre patient qui les a énervés. Dans les mauvais coups des patients, une mauvaise humeur semble aussi parfois présente, en particulier lorsqu'ils comportent une agressivité.

L'émoussement de l'affect est très prononcé dans l'hébéphrénie niaise. Tout intérêt plus élevé se perd. Les patients vivent dans un état d'hébétude, ne s'occupent plus de leur famille et, dans le service, n'ont aucune demande. **Les émotions instinctives** peuvent rester bien présentes, les demandes de nourriture ou sexuelles sont souvent exprimées de façon crue. **L'émoussement du sens éthique** est de même considérable et se manifeste souvent déjà au départ. Les patients mentent, volent, trompent les autres quand une occasion se présente. Les femmes s'offrent sans retenue aux hommes. Cependant, les patients manquent trop d'énergie pour une criminalité plus active. Dans le service, l'émoussement du sens éthique peut se manifester par l'agression brutale ou par d'autres sortes de mauvais traitements envers un patient plus faible.

La motivation souffre également de l'affaiblissement prononcé de l'affect. Ce qui se passe dans l'environnement des patients ne les intéresse plus et ne les incite pas non plus à agir, tant qu'il ne s'agit pas d'actions aussi primaires qu'ingérer de la nourriture. L'initiative devient en conséquence inexistante. Dans les états graves, les patients passent leur journée dans un état d'hébétude et en l'absence d'impulsion extérieure, ne bougent quasiment plus. Ils ne répondent plus que de façon monosyllabique. Dans de tels états, on pourrait les considérer comme catatoniques. Mais quand on s'intéresse à eux plus en détails, on constate, que la psychomotricité n'est pas atteinte en elle-même. Leur façon de s'asseoir, de se tenir debout, de marcher n'a rien de catatonique en soi. Il ne s'agit que d'un défaut sévère de motivation qui se révèle au travers d'un manque d'intérêt ainsi que d'un manque d'émotions plus élevées. Dans les états sévères d'émoussement, les patients souffrant d'hébéphrénie niaise conservent leur attitude de contentement et sourient quand on a affaire à eux.

La **pensée** semble également souffrir de l'appauvrissement des intérêts. Elle n'est pas perverse mais seulement insuffisante. Les patients donnent des réponses qui ne veulent rien dire, de préférence avec peu de mots. Kleist nomme alogique un trouble de

la pensée qui a la marque de l'insuffisance et rappelle de cette façon la déficience mentale. Dans les cas sévères, des réponses correctes aux tests d'intelligence ne sont données que très rarement ; la plupart du temps, les patients ne font que des commentaires insensés et ne comprennent pas la signification des questions. Une patiente répondit à un test d'intelligence de la façon suivante. (enfant et nain ?) « Y a pas de grande différence, on peut vraiment pas les reconnaître. » (arbre et buisson ?) « C'est une plante vraiment bizarre » (L'avenir est à ceux qui se lèvent tôt ?) « Oui j'aime bien quand on est levé tôt, c'est mieux » (Il n'y a pas de rose sans épines ?) « La rose a des épines, la violette n'a pas d'épine ». Une autre patiente était encore moins productive et répondit à mes questions de la façon suivante : (enfant et nain ?) « Y a des enfants. ».

On ne trouve pas d'autres symptômes dans l'hébéphrénie niaise. Les manifestations paranoïdes ou catatoniques manquent. Lors des phases aiguës, les états d'excitation peuvent toutefois faire évoquer un caractère catatonique, cependant il s'agit plus souvent de décharges des affects que de manifestations catatoniques. D'autre part, (Page 170) des états stuporeux apparaissent aussi au début, qui correspondent assez bien à la mauvaise humeur qui apparaîtra par la suite. Dans la plupart des cas, le tableau clinique est clairement hébéphrénique dès la phase aiguë. Une évolution lente avec une accumulation simple des symptômes hébéphréniques au cours du développement de la maladie est la règle.

Le frère d'un patient était soigné dans une clinique pour une schizophrénie. L'histoire clinique de ce patient a malheureusement été perdue, je présente cependant l'histoire clinique du patient moi-même.

Page 171

Résumé :
Dans l'hébéphrénie niaise, un émoussement affectif va de pair avec une humeur de contentement et de légèreté joyeuse. Le **sourire** est particulièrement caractéristique qui peut aller jusqu'à un ricanement, qui apparaît en réponse à chaque stimulation venant de l'extérieur. A l'émoussement affectif est relié un émoussement **éthique**. Les patients peuvent commettre des crimes quand une occasion se présente, mais ne montrent pas de criminalité active. Dans les stades précoces, les patients souffrant d'hébéphrénie niaise montrent une tendance puérile à faire des mauvais coups. Ceux-ci ont un caractère méchant en eux-mêmes et traduisent ainsi l'émoussement éthique. D'autre part, les méchantes actions peuvent aussi résulter de la **mauvaise humeur** (VS) qui se manifeste dans l'hébéphrénie niaise et le contentement insouciant se transforme de façon passagère en une irritabilité. Dans les phases aiguës de la maladie on trouve souvent toutes sortes d'altérations de l'humeur (VS) : euphorique, dépressive et irritable. **L'activité** souffre également de la progression de l'émoussement affectif. Les patients ont de moins en moins d'initiatives, passent leur journée à ne rien faire. Les états terminaux sévères avec pauvreté des affects et de la motivation (antrieb), peuvent vraiment rappeler la catatonie. Les patients n'ont cependant rien de catatonique dans leur façon d'agir et de bouger. Le sourire leur donne par contre toujours un air hébéphrène.

L'hébéphrénie bizarre

Au contraire de l'hébéphrénie niaise, les patients souffrant d'hébéphrénie bizarre ont un air morose et sans joie. Pour cette raison, Kleist voit sa forme dépressive dans la description que je donne de l'hébéphrénie bizarre. Cela se confirme dans le fait que Kraepelin décrit déjà une forme dépressive de schizophrénie tout en évoquant les maniérismes (Manieriertheiten) qui sont propres à l'hébéphrénie bizarre. Lorsque les manifestations aiguës de la maladie ont disparu, on ne peut plus guère parler d'une dépression, mais reste une absence d'envie. Au début apparaissent également des états euphoriques, même s'ils sont beaucoup moins fréquents que les dégradations de l'humeur (VS) dépressives et anxieuses.

Des **symptômes d'allure obsessionnelle** sont plus caractéristiques des formes débutantes d'hébéphrénie bizarre. Nous avons déjà vu qu'ils jouent un rôle de précurseur du maniérisme dans les formes débutantes de catatonies maniérées. Du fait qu'un maniérisme apparaît également dans l'hébéphrénie bizarre, on peut aussi considérer ici que les traits anankastiques sont déjà des manifestations précoces du déficit lui-même.

J'ai trop insisté dans les éditions antérieures de ce livre, sur l'apparition du **maniérisme** dans l'hébéphrénie bizarre. Il est vrai qu'un maniérisme apparaît, on le trouve cependant beaucoup plus souvent lorsque l'hébéphrénie bizarre se combine à une autre forme d'hébéphrénie. Le maniérisme et les stéréotypies peuvent même alors être très abondantes, comme nous le verrons. Dans l'hébéphrénie bizarre simple, ils se montrent peu, ils sont remplacés principalement par une uniformité du comportement qu'on ne peut plus dénommer que par le terme « bizarre ». Les patients peuvent s'adresser au médecin à chaque visite avec la même demande, peut-être avec le désir de quitter le service ou la demande d'avoir une autre activité, ou encore avec des plaintes hypochondriaques dont nous allons encore parler. Le refus ou la non considération de leur souhait ne les empêche pas de les exprimer à nouveau à la visite suivante. Ils les formulent même souvent de la même façon. Une de mes patientes exprimait à chaque visite médicale et presque avec les mêmes mots, son souhait de quitter le service, puis elle rajoutait depuis combien de temps déjà elle était dans le service, ce que le pasteur avait dit à son admission, et achevait avec la remarque que sa mère ne lui avait jamais rendu visite à l'hôpital. Quand on restait à côté d'elle, elle répétait plusieurs fois les mêmes tournures de phrases. Quand on commence une conversation avec les patients ou quand on les convoque pour un examen de contrôle plus approfondi, ils parlent de préférence de façon plus abondante et une pression à parler apparaît même souvent. L'uniformité reste cependant reconnaissable, parce que leur façon de parler reste toujours sur les mêmes rails. De longs discours peuvent tourner autour de quelques sujets. Dans les stades précoces de la maladie, les patients ont souvent des sujets de discussion plus variés, il peut ensuite être difficile d'identifier l'uniformité au cours d'un seul examen. On évite alors de poser des questions particulières, qui pourraient provoquer de nouveaux cheminements de pensée et on incite plutôt les patients à continuer de parler. Au lieu d'apporter quelque chose de nouveau ou de se taire, ils racontent volontiers une deuxième fois ou une troisième fois ce qu'ils ont déjà dit.

Le langage a presque toujours une légère **note quérulente**. Les patients qui viennent en soins ambulatoires, peuvent se plaindre des membres de leur famille, des voisins, des administrations etc… Chez les patients hospitalisés, il s'agit la plupart du temps de plaintes concernant la nourriture, les soins donnés par les infirmiers, et leur

prétendue exploitation au travers des activités qu'on leur propose. Régulièrement, se rajoutent à la critique des autres des compliments sur leur propre personne. Les patients se présentent comme travailleurs, appliqués, ils ont échoué mais selon eux, seulement par la faute des autres. Le caractère quérulent des patients s'explique assez bien par leur état insatisfait et sans joie, l'éloge de soi-même peut-être par le soucis de rendre les autres responsables de l'insuffisance qu'ils ressentent.

De plus, des **plaintes hypochondriaques** se manifestent, toujours et encore, dans les propos des patients. Dans les stades précoces de la maladie, les patients peuvent s'exprimer de telle façon qu'on pourrait supposer l'existence de sensations corporelles anormales entendues dans le sens d'hallucinations somato-psychiques. Les patients prétendent par exemple qu'il n'y aurait plus assez de sang dans le cerveau, que le cœur aurait changé de place, que quelque chose tirerait dans la moelle épinière, qu'un courant électrique aurait traversé le corps et d'autres choses encore. Dans les stades plus tardifs, on n'obtient plus de telles descriptions. De telles sensations ne se manifestent donc apparemment que lors d'états aigus, peut-être lorsque la dépression, vers laquelle tendent effectivement les patients, atteint une profondeur plus important avec le concours du processus aigu. Plus tard, les patients ne se plaignent généralement plus que du fait que leur corps est faible, qu'ils souffrent de douleurs à l'estomac (page 173), que leurs poumons ne sont plus en bonne santé etc… Souvent est lié à cela, le souhait de recevoir un meilleur traitement ou de moins travailler.

La parole et la plainte s'expriment toujours avec une pauvreté des affects. Même quand les patients sont quérulents, cela semble être sans réelle force. Ils ne se plaindront jamais d'une façon énervée et irritable, de sorte que toute confusion avec les paraphrénies est impossible. Et même si l'on n'écoute pas les patients ou si on les interrompt, peut-être même si on les blesse moralement, ils ne s'énervent pas mais vont plutôt exprimer leur souhait de façon encore plus insistante qu'avant.

Du fait que leurs propos ne sont pas dépendants la plupart du temps de la façon dont on les aborde, toute adaptation naturelle leur manque donc, et les patients paraissent bizarres déjà rien que pour cette raison. Leur attitude quérulente paraît plus correspondre à une action maniérée mécanique qu'à une action sensée ; ils persévèrent même s'ils n'obtiennent jamais de succès ou si aucune réaction ne vient en réponse. La motivation des patients se réduit généralement sous l'effet des traitements psycho-pharmacologiques modernes, la tendance vers une attitude quérulente uniforme diminue en conséquence. La monotonie du discours n'est pas du tout influencée ; il manque au discours toute modulation de la voix, et avec elle l'humeur morose.

2ème paragraphe

Les formes combinées d'hébéphrénies systématisées

Il est plus facile d'avoir un aperçu d'ensemble des combinaisons des formes systématisées d'hébéphrénie car l'on a seulement affaire à quatre formes simples. Je considère les combinaisons dans l'ordre suivant : hébéphrénie bizarre, hébéphrénie niaise, hébéphrénie superficielle, hébéphrénie autistique.

Dans **l'hébéphrénie bizarre-niaise**, les stéréotypies se font remarquer dans les conversations. De façon particulièrement fréquente, le souhait de quitter le service est exprimé de façon stéréotypée. Nous avions déjà observé des choses semblables dans l'hébéphrénie bizarre simple, les stéréotypies sont cependant beaucoup plus marquée dans la forme combinée. Les patients peuvent aussi répéter toujours la même chose de la même manière, en particulier exprimer toujours le même souhait. De façon très remarquable, une patiente avait le désir de « passer à l'abattoir ». Comme elle exprimait en même temps qu'elle n'avait plus de vie dans son corps, on pouvait mettre son désir en relation avec les impressions d'étrangeté hypochondriaques, telles qu'elles surviennent dans l'hébéphrénie bizarre au début de la maladie. Ici, on ne pouvait plus reconnaître aucun affect adéquat derrière sa façon s'exprimer, au contraire la patiente riait souvent avec énergie pendant qu'elle exprimait son désir. Les stéréotypies n'ont pas toujours besoin d'avoir un désir comme contenu. Une patiente ajoutait toujours un « oui » après chaque réponse. Une autre glissait toujours « mère morte » dans ses propos. La stéréotypie avait du apparaître il y a longtemps déjà, parce que la patiente avait déjà 73 ans. Les stéréotypies verbales peuvent être complétées par des stéréotypies dans les actes qui font penser à un maniérisme. Une patiente ne pouvait pas franchir un seuil de porte sans trottiner. On reconnaît la deuxième hébéphrénie de la combinaison au rire des patients, qui apparaît toujours et qui est le plus souvent complètement immotivé. Il peut être énergique (lebhaft) et prolonge ainsi le sourire que l'on trouve dans l'hébéphrénie niaise simple. Dans leur attitude générale (Page 242) les patients bougent volontiers, autant dans l'hébéphrénie niaise simple que dans l'hébéphrénie bizarre simple ; ils n'ont pas non plus la manière atone de parler. La modulation de la voix est certes limitée mais le volume de la voix est normal. Si à un moment les patients ne rient pas, ils regardent devant eux d'un air content. Au niveau des affects, plus rien n'arrive à les stimuler. On ne retrouve plus la tendance dépressive des hébéphrénies bizarres simples tant que l'on ne souhaite pas déduire des souhaits stéréotypés l'existence d'un ennui. Aux questions d'intelligence, ils répondent de façon incomplète mais pas illogique. Parfois, surviennent des altérations de l'humeur (Verstimmungen) qui, de par leur tendance agressive, nous indiquent qu'elles proviennent de l'hébéphrénie niaise.

Dans **l'hébéphrénie bizarre-superficielle**, le maniérisme (Manieren) est plus envahissant que dans la forme dont nous avons parlée plus haut. Il se présente parfois sous la forme d'un « maniérisme du mouvement » (Bewegungsmanieren) (les patients sortent d'une pièce en courant d'une façon assez stéréotypée, parlent entre leurs dents) ou plus souvent d'un « maniérisme d'omission » (ils arrêtent de manger certains

aliments, ne parlent plus, s'arrêtent devant le seuil d'une porte). Quand les patients ne s'arrêtent pas de parler, on observe des néologismes qui de part leur caractère artificiel révèlent le maniérisme. Le mot « la bataille de Minna-Stein » découle du nom d'une autre patiente du service. Parfois un néologisme est utilisé pour désigner des pseudo-hallucinations. Le maniérisme tout comme les constructions de mots ou néologismes maniérés orientent davantage vers l'hébéphrénie bizarre. On reconnaît avant tout la composante superficielle aux pseudo-hallucinations qui se manifestent de façon plus riche que dans l'hébéphrénie superficielle simple. Il s'agit principalement de voix qui peuvent aussi prendre l'aspect d'un (GLV). Des sensations sont cependant aussi fréquentes ; les patients ressentent par exemple des « ondes », des « flux », de « l'électricité ». On n'observe pas de descriptions grotesques comme celles qui sont caractéristiques des paraphrénies hypochondriaques. Les sensations semblent rester plus proches de ce quelqu'un de normal peut comprendre, ce qui oriente davantage vers leur caractère pseudo-hallucinatoire. Nous les avons trouvées dans l'hébéphrénie simple superficielle. Dans la forme combinée, les patients restent toutefois en contact avec la réalité de ce qui se manifeste; on ne peut pas non plus constater que les hallucinations sont liées à la morosité de l'humeur. On apprend peu de leur contenu, ceci peut indiquer à nouveau que les patients ne prennent pas trop au sérieux leurs hallucinations. Au niveau des affects, on croit pouvoir identifier une forme d'hébéphrénie de l'autre. Lorsqu'ils sont calmes, les patients ont plutôt l'air d'être de mauvaise humeur ou désabusés, mais lorsqu'on les stimule, ils sourient habituellement de façon amicale, peuvent faire des choses et ont l'air content. L'aplatissement des affects reste de toute façon prononcé. L'activité générale est cependant bien préservée et le volume de leur voix est normal quand ils s'expriment verbalement. La morosité de l'humeur (VS), que l'on doit attribuer de façon évidente à l'hébéphrénie superficielle, est fréquente ; elle peut s'accompagner d'une agressivité. Les patients peuvent résoudre des questions d'intelligence en fonction de leur niveau d'étude, ils s'expriment pourtant souvent au moyen de tournures langagières inhabituelles de sorte qu'on reconnaît la transition vers le maniérisme du langage.

Dans **l'hébéphrénie bizarre-autistique** on trouve également un maniérisme (des habitudes alimentaires, une démarche particulière, une appréhension d'être touché par d'autres). A côté de cela on peut reconnaître encore le discours uniforme de l'hébéphrénie bizarre. Les patients disent quelque chose, (Page 243) la répètent, reviennent encore dessus en faisant entre temps des remarques. Ils s'expriment souvent avec un ton plaintif ou accusateur, ce qui rappelle encore la forme bizarre simple d'hébéphrénie. Les répétitions s'accumulent dans la forme combinée, de sorte qu'on peut presque parler parfois de verbigérations (Verbigerieren). Après qu'on lui ait posé l'une après l'autre la question de la différence entre une erreur et un mensonge et entre être avare et être économe, une patiente répondit par exemple de la façon suivante : « avare ça veut dire, économe, économe veut dire, oui, oui, et puis y a encore mensonge, économe, mensonge, avare, et puis y a encore mensonge, mensonge, mensonge ». De tels discours se présentent donc principalement lorsqu'on pose des questions plus compliquées de façon que les patients ne trouvent pas rapidement la réponse juste. Dans l'hébéphrénie bizarre simple, l'uniformité du discours n'atteint pas de telles proportions. La deuxième composante de la maladie doit donc participer pour une large part. On peut le comprendre lorsqu'on suppose que la pauvreté du vocabulaire de l'hébéphrénie autistique provient d'une pauvreté de la pensée. Les hallucinations aussi sont dues à la composante autistique et sont régulièrement présentes. Dans l'hébéphrénie autistique simple, les patients ont des hallucinations et des pseudo-

hallucinations même si celles-ci sont moindres que dans la forme superficielle. On les retrouve dans la forme combinée. Les patients se plaignent de leurs voix, sans rien expliquer à propos de leur contenu. Lors de tests expérimentaux on retrouve beaucoup d'imprécisions et certains déraillements du cours de la pensée également. Ceci diminue aisément - autant dans la composante bizarre que dans la composante autistique - lorsque les patients sont sérieux d'une façon générale ; ils peuvent aussi manifester une certaine mauvaise volonté. Les affects ne sont jamais profonds, la morosité de l'humeur est cependant fréquente.

Concernant les combinaisons avec la forme **niaise** nous avons déjà parlé de son rapport avec la forme bizarre. On trouve encore d'autres combinaisons.

Dans **l'hébéphrénie niaise-autistique**, on pourrait dire qu'on a l'impression de voir devant soi le visage des deux hébéphrénies côte à côte. Si l'on n'entre pas en contact avec les patients ne serait-ce qu'un instant, ils restent assis là, comme dans l'hébéphrénie autistique, avec un visage désintéréssé et la plupart du temps légèrement de mauvaise humeur. Quand on les interpelle, ils se retournent et sourient comme dans l'hébéphrénie niaise. L'alternance entre ces deux attitudes peut durer tout le temps de l'entretien avec les patients. Dans l'histoire clinique des patients, la tendance autistique est principalement décrite, les patients vivent complètement pour eux-mêmes, ne se joignent à personne et restent isolés dans leurs activités. Pour cette raison, le sourire n'est pas visible dans le service, parce qu'il est rare que quelqu'un souhaite parler à des personnes ayant cette fermeture autistique. Ils répondent volontiers dans la conversation et peuvent même raconter quelque chose, puis plus tard, on n'obtient à nouveau que des réponses avec hésitations. Ils consentent le plus souvent à répondre aux tests d'intelligence mais donnent des réponses incomplètes ; des déraillements de la pensée apparaissent. La motivation générale est meilleure que dans les hébéphrénies niaises, au travail, les patients sont souvent assez appliqués comme dans la forme autistique simple. La platitude de l'affect est considérable.

(Page 244)

Dans **l'hébéphrénie niaise-superficielle**, on retrouve le rire stéréotypé de l'hébéphrénie niaise. Il est encore plus clair que dans la forme simple et ne se manifeste pas uniquement par un sourire mais souvent par un rire énergique. Les patients restent en même temps plus actifs, ils ne sont pas aussi apathique que dans l'hébéphrénie niaise simple. La deuxième composante exerce visiblement une influence favorable dans cette relation. Les capacités intellectuelles sont également meilleures. A nouveau, la composante superficielle se reconnaît principalement aux hallucinations qui lui sont propres. Elles se présentent de façon semblable à l'hébéphrénie superficielle-bizarre. Les patients parlent librement de leurs voix mais donnent peu d'informations sur leur contenu. Il est possible que le caractère pseudo-hallucinatoire se manifeste encore ici du fait que le contenu des voix n'est pas complètement pris au sérieux. Par contre, la maladie ne se manifeste pas de façon épisodique, les patients ne reconnaissent pas non plus le caractère pathologique de leur voix. Les hallucinations surviennent de façon plus riche que dans la forme simple, les patients parlent également plus d'hallucinations somatiques comme par exemple de l'effet de courants sur le corps. Dans les deux composantes de l'hébéphrénie niaise-superficielle, les états de mauvaise humeur (VSZ) s'effacent plutôt. Les patients sont plus véhéments que dans l'hébéphrénie superficielle simple et manifestent plus souvent une agressivité comme on peut le voir dans la forme

superficielle. Du fait qu'ils se retournent principalement sur les plus faibles, cela peut encore nous rappeler les méchancetés que l'on trouve dans l'hébéphrénie niaise. Proviennent aussi des deux composantes le fait que les patients rient beaucoup et ceci, pas seulement en dehors de leurs changements d'humeur (VSZ) mais en étant dans un contentement superficiel. Quand ils expriment des idées de grandeur quelque peu ludique, ceci est dû à un état d'humeur de contentement joyeux.

Nous avons déjà parlé jusqu'ici de toutes les relations entre les formes **superficielle** et **autistique** d'hébéphrénie ainsi que de leurs exceptions.

Dans **l'hébéphrénie superficielle-autistique**, tout comme dans l'hébéphrénie niaise-autistique, on retrouve côte à côte un refus désintéressé et une attention amicale. Un sourire apparaît seulement rarement ; la plupart du temps on ne reconnaît dans cette attention qu'un contentement superficiel. Les patients sont amicaux dans des discussions sans importance ; ils donnent aussi volontiers un renseignement ; quand des questions désagréables sont posées, ils détournent le regard et prennent un air légèrement mécontent et maussade. Le mécontentement ne s'exprime pas plus fort, le visage reste inerte. Dans cette combinaison, les hallucinations ressortent de façon particulièrement claire, vraisemblablement parce qu'elles ne sont pas générées seulement par l'hébéphrénie superficielle mais aussi par l'hébéphrénie autistique. Les patients entendent beaucoup de voix, des voix d'hommes, de femmes, ils s'en plaignent, mais donnent là encore peu d'informations sur leur contenu dans cette combinaison. Parfois des hallucinations intra-psychiques sont décrites. Des sensations se rajoutent souvent ; des « ondes » et des « courants » ont une influence sur le corps. On ne trouve plus d'affects profonds chez les patients, même pas quand ils se plaignent de leurs hallucinations. Dans des discussions simples ils sont organisés, une chose frappante est qu'ils répètent souvent ce qu'ils ont déjà dit. Comme ils s'expriment lentement, on ne pensera pas au fait qu'ils répètent la même chose de façon automatique, on a plutôt l'impression que les patients sont un peu (page 245) ralentis dans la développement de leurs pensées, et qu'ils répètent encore une fois ce qui a déjà été dit jusqu'à ce que la prochaine pensée arrive. S'il l'on s'autorise l'hypothèse que la pauvreté du vocabulaire de l'hébéphrénie autistique se combine avec une pauvreté de la pensée, ce qui se manifeste s'explique de la même façon que dans l'hébéphrénie bizarre-autistique. Les réponses aux questions posées dans un contexte expérimental sont en général logiques. Cependant, lorsque les solutions aux questions causent des difficultés aux patients, des déraillements dans le cours de la pensée apparaissent également.