

ment ou principalement par la perte de l'intérêt libidinal.

4^o Étant donné la parenté étroite qui relie la démence précoce à la paranoïa, il est impossible de ne pas se demander jusqu'à quel point notre conception de la paranoïa réagira sur la conception de la démence précoce. Je pense que Kraepelin eut parfaitement raison de séparer une grande partie de ce qui jusqu'alors avait été appelé paranoïa et de le fondre, avec la catatonie et d'autres entités morbides, en une nouvelle unité clinique, bien qu'à la vérité le nom de démence précoce soit tout particulièrement mal choisi pour désigner celle-ci. Le terme de schizophrénie, créé par Bleuler pour désigner le même ensemble d'entités morbides, prête également à cette critique : le terme de schizophrénie ne nous paraît bon qu'aussi longtemps que nous oublions son sens littéral. Car sans cela il préjuge de la nature de l'affection en employant pour la désigner un caractère de celle-ci théoriquement postulé, un caractère, de plus, qui n'appartient pas à cette affection seule, et qui, à la lumière d'autres considérations, ne saurait être regardé comme son caractère essentiel. Mais il importe au fond assez peu que nous appelions d'une façon ou d'une autre les tableaux cliniques. Il me paraît plus essentiel de conserver la paranoïa comme entité clinique indépendante, en dépit du fait que son tableau clinique se complique si souvent de traits schizophréniques. Car, du point de vue de la théorie de la libido, on peut la séparer de la démence précoce et par une autre localisation de la fixation prédisposante et par un autre mécanisme du retour du refoulé (formation des symptômes), bien que le refoulement proprement dit présente dans les deux cas ce même caractère essentiel et spécial : le détachement de la libido du monde extérieur et sa régression vers le moi. Je crois que le nom le plus approprié à la démence précoce serait celui de *paraphrénie*, terme d'un sens quelque peu indéterminé, et qui exprime le rapport existant entre cette affection et la paranoïa (dont la désignation n'est plus à changer), et qui, de plus, rappelle l'hébéphrénie qui y est maintenant comprise. Il est vrai qu'on a déjà proposé ce terme pour désigner autre chose, mais peu importe, puisque d'autres emplois du terme n'ont pas réussi à s'imposer.

Abraham l'a exposé de façon convaincante (1) : le fait

(1) Dans l'essai dont il a déjà été fait mention.

que la libido se détourne du monde extérieur constitue un caractère particulièrement net de la démence précoce. De ce caractère, nous inférons que le refoulement s'est effectué par détachement de la libido. La phase d'agitation hallucinatoire nous apparaît ici encore comme constituant un combat entre le refoulement et une tentative de guérison qui cherche à ramener la libido vers les objets. Jung, avec une extraordinaire acuité analytique, a reconnu, dans les « délires » et dans les stéréotypies motrices de ces malades, les résidus, auxquels ils se cramponnent convulsivement, des investissements objectaux d'autrefois. Mais cette tentative de guérison, que les observateurs prennent pour la maladie elle-même, ne se sert pas, comme le fait la paranoïa, de la projection, mais du mécanisme hallucinatoire (hystérique). C'est là un des grands caractères différentiels de la démence précoce d'avec la paranoïa, caractère susceptible d'une élucidation génétique si l'on aborde le problème d'un autre côté. L'évolution terminale de la démence précoce, lorsque cette affection ne reste pas trop circonscrite, nous fournit le second caractère différentiel. Elle est en général moins favorable que celle de la paranoïa, la victoire ne reste pas, comme dans cette dernière affection, à la reconstruction, mais au refoulement. La régression ne se contente pas d'atteindre au stade du narcissisme (qui se manifeste par le délire des grandeurs), elle va jusqu'à l'abandon complet de l'amour objectal et au retour à l'autoérotisme infantile. La fixation prédisposante doit, par suite, se trouver plus loin en arrière que dans la paranoïa, être située quelque part au début de l'évolution primitive qui va de l'autoérotisme à l'amour de l'objet. En outre, il n'est nullement vraisemblable que les impulsions homosexuelles que nous rencontrons si fréquemment, peut-être même invariablement, dans la paranoïa, jouent un rôle d'importance égale dans l'étiologie de la démence précoce, affection d'un caractère infiniment moins circonscrit.

Nos hypothèses relatives aux fixations prédisposantes dans la paranoïa et la paraphrénie permettent de le comprendre aisément : un malade peut commencer par présenter des symptômes paranoïaques et cependant évoluer jusqu'à la démence précoce ; ou bien les phénomènes paranoïaques et schizophréniques peuvent se combiner dans toutes les proportions possibles, de telle sorte qu'un tableau clinique tel que celui offert par Schreber en résulte, tableau clinique qui