

Les pionniers de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Grounia Efimovna Soukhareva : la première description du syndrome dit d'Asperger

Grounia Efimovna Soukhareva: First description of Asperger's syndrome

A. Andronikof*, P. Fontan

EA CliPsyD 4430, laboratoire IPSé, université Paris Ouest – Nanterre – La Défense, 200, avenue de la République, 92001 Nanterre, France

Résumé

Nous présentons une brève biographie du Dr G.E. Soukhareva, inventeur du syndrome dit d'Asperger, et donnons la traduction intégrale de son article princeps de 1926 intitulé « Die schizoiden Psychopathien im Kindersalter » paru dans *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 60:235–61.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Soukhareva ; Ssucharewa ; Syndrome d'Asperger ; Trouble du spectre autistique ; Personnalité schizoïde ; Psychopathie schizoïde dans l'enfance

Abstract

We present a brief biography of Dr G.E. Soukhareva who first described the “Asperger” syndrome together with the translation in French of her seminal article of 1926 “Die schizoiden Psychopathien im Kindersalter” published in *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 60:235–61.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Soukhareva; Ssucharewa; Asperger's syndrome; Autistic spectrum disorder; Schizoid personality; Schizoid psychopathy in childhood

Dr. G.E. Soukhareva (ou Ssucharewa) (Груня Ефимовна Сухарева ; 1891–1981) était une psychiatre russe (soviétique) de grande renommée, une des pionnières de la psychiatrie de l'enfant. Elle est reconnue aujourd'hui comme étant l'inventeur du syndrome dit d'Asperger.

De 1917 à 1921, elle travaille comme psychiatre à l'Institut de protection de la santé des enfants et des adolescents à Kiev. À partir de 1921, elle exerce à Moscou, où elle crée des institutions de soins psycho-neurologiques.

En 1935, elle crée la chaire de pédopsychiatrie à l'Institut central de spécialisation médicale de Moscou (créé en 1930,

aujourd'hui intitulé Académie russe de formation médicale post-diplôme) et en garde la direction pendant plus de 30 ans. Elle crée la première classification des troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence. Son approche est neurobiologique et évolutionniste.

À partir de 1938, elle dirige la clinique des psychoses infantiles de l'Institut de psychiatrie d'URSS. Elle est présidente de la section infantile de la Société moscovite de neuropathologie et de psychiatrie. Elle meurt à Moscou en 1981.

1. Historique du syndrome dit d'Asperger

Dans l'un de ses premiers travaux, publié en 1926 dans une revue scientifique de langue allemande, Soukhareva dresse avec

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : andronik@u-paris10.fr (A. Andronikof).

précision le tableau clinique de 6 garçons de 12 à 14 ans, dont elle montre qu'il s'agit là d'un trouble spécifique, non encore décrit, et qu'elle distingue nettement des troubles schizophréniques. Elle classe ce trouble dans la catégorie de la « psychopathie schizoïde » ou « trouble de la personnalité schizoïde ». Dans des publications ultérieures, elle la rapproche de l'autisme, dans une catégorie qui préfigure en quelque sorte la notion actuelle de spectre autistique.

Cet article de 1926 est reconnu aujourd'hui comme étant la première description du « syndrome d'Asperger ».

Dix-huit ans plus tard, Hans Asperger, dans son article de 1944 « *Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter* » publié dans *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 117, p. 76–136 (publié une première fois en 1938 dans les *Annales cliniques de Vienne*) décrit 4 cas d'enfant, dont la description est similaire à celle de Soukhareva, sans la citer. Pourtant sa bibliographie, très succincte (9 références), se réfère aux mêmes auteurs que Soukhareva (Bleuler, Hamburger, Kretschmer, Heinze, K. Schneider) et aux mêmes revues.

Toutefois, ces deux articles, celui de Soukhareva et celui d'Asperger, sont largement ignorés de la communauté internationale qui reste fixée à la description de l'autisme par Léo Kanner.

En 1981, la psychiatre anglaise Lorna Wing publie (en anglais) la description de 34 patients autistes de 5 à 35 ans et montre en quoi les troubles qu'ils présentent diffèrent de l'autisme kannerien et correspondent aux descriptions d'Asperger, à qui elle attribue la première description clinique de ce trouble.

En 1988, se tient à Londres une première conférence internationale dédiée à ce trouble qui débouche sur l'adoption de critères diagnostiques (Gillberg, 1989 ; 1991) du « syndrome d'Asperger ». Ces critères sont utilisés encore aujourd'hui par certains spécialistes, qui les préfèrent aux critères publiés dans la CIM-10 ou le DSM-5 (Attwood, 2015). Notons que le DSM-5 remplace la rubrique diagnostique du syndrome d'Asperger par l'intitulé « Trouble du spectre autistique de niveau 1, sans atteinte du langage et des fonctions intellectuelles ».

L'article original d'Asperger a été traduit en anglais en 1991 par Uta Frith :

Frith Uta. *Autism and Asperger syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press; 1991 [ISBN: 0-521-38608-X].

L'article original de Soukhareva a été traduit en anglais en 1996 par S. Wolff :

Wolff S. The first account of the syndrome of Asperger described? *European Child & Adolescent Psychiatry* 1996;5:119–32 [© Steinkopff Verlag].

Sources : <http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/1471777> ; http://en.wikipedia.org/wiki/Hans_Aasperger.

Tony Attwood. *The complete guide to Asperger's syndrome*. Londres: Jessica Kingsley Publishers; 2015 [© Tony Attwood 2007, 2015].

2. L'article original de Soukhareva

« Die schizoiden Psychopathien im Kindersalter » par Dr. G.I. Ssucharewa¹ paru en 1926 dans *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 60:235–61.

Traduction française : Anne Andronikof.

La psychopathie schizoïde dans l'enfance

Par G.E. Soukhareva, assistante de recherche

Il existe aujourd'hui une littérature considérable sur les types de personnalité « schizoïde » et « cycloïde ». L'ouvrage de Kretschmer « Physique et caractère » [1] fut le point de départ d'un grand nombre d'études en tous genres. La revue de cette littérature montre que nous en sommes toujours à des points de vue divergents. La notion de type schizoïde est la plus controversée et l'introduction de ce concept dans la pratique psychiatrique a suscité de sérieuses critiques de la part de quantité de psychiatres. Bumke [2] considérait que c'était un construit artificiel ; Wilmanns [3] estimait que les types de Kretschmer étaient peu clairs, sans délimitation précise et, selon Ewald [4,5], le concept de type schizoïde serait si large qu'il pourrait s'appliquer à n'importe quelle psychopathologie de la personnalité.

Ces critiques très sévères de la typologie de Kretschmer sont probablement dues à la façon floue dont il décrit le type schizoïde dans son ouvrage. Il en brosse le tableau de manière artistique et magistrale, et pourtant le concept lui-même demeure obscur et mal défini. Sa brillante description littéraire n'aboutit pas à un tableau clair des personnes qui sont atteintes de ce trouble, et les frontières entre la maladie et la santé, entre des traits de caractère et la psychose sont incertaines. La relation avec une schizothymie normale et avec d'autres formes de troubles de la personnalité ayant été si mal définie, le concept de type schizoïde a pris une acception trop large.

Comme il arrive souvent quand des concepts cliniques sont insuffisamment précis, on s'est mis à utiliser le terme de « schizoïde » beaucoup trop largement, et on a inventé de nouvelles entités dont il serait bien difficile de trouver le sens, telles que « schizophile », « schizomaniaque », « schizoaffine », etc. Naturellement, l'utilisation de ce concept dans un sens à ce point élargi conduit à en perdre le sens original. Kretschmer lui-même, dans un de ses derniers articles [6], a pointé le risque de confusion conceptuelle si la dénomination « schizoïde » était appliquée de façon trop large. Il plaide pour une utilisation très vigilante de ce terme qui ne devrait être appliqué qu'à un petit groupe de troubles de la personnalité.

Le deuxième élément de critique de la conception de Kretschmer a porté sur la question du rapport entre la personnalité schizoïde et la schizophrénie. Les différences entre ces deux tableaux ne sont pas clairement explicitées dans l'ouvrage de Kretschmer. À son avis, la transition entre la personnalité schizoïde et la schizophrénie est fluide et il estimait que le processus

¹ La translittération en français de son nom est Soukhareva.

schizophrénique était simplement une accentuation de certaines caractéristiques constitutionnelles.

Ewald discute amplement de cette question. Il estime que le parallèle que fait Kretschmer [1] entre la personnalité schizoïde et la démence précoce est arbitraire et il se demande ce que des patients souffrant de schizophrénie et les gens qui ont une personnalité schizoïde pourraient avoir en commun dans la mesure où le symptôme le plus caractéristique de la schizophrénie est la fragmentation progressive de la personnalité. Bumke [2] aussi maintient qu'il est impossible que « une maladie organique, telle que la démence précoce, soit à ce point atténuée qu'elle puisse se fondre dans un type normal de tempérament ».

Cependant, on ne peut pas nier que toute une série d'études, tant génétiques que cliniques, ont confirmé l'existence d'une forme de relation entre le trouble de la personnalité schizoïde et la schizophrénie. De nombreux auteurs ont attiré l'attention sur un type particulier de trouble de la personnalité avec des traits schizoïdes dans les familles de patients schizophrènes (Medow, Hoffmann [7,8]; Rüdin [9]; Kahn [10]; Schneider [11], etc.). Et la recherche clinique portant sur la personnalité prépsychotique de personnes souffrant de schizophrénie a montré qu'elle était similaire au tableau du trouble de personnalité schizoïde (Kraepelin, Bleuler [12]; Gannuschkin [13]; Künkel [14]; Giese, etc.).

Ces résultats cliniques et génétiques ont été interprétés de diverses manières : certains auteurs considèrent que les troubles de la personnalité schizoïde sont l'expression d'une anomalie constitutionnelle ; d'autres sont d'avis que ces troubles de la personnalité représentent une forme latente ou avortée de schizophrénie (les « schizophrénies dormantes » de Bumke [2]) et que les caractéristiques prépsychotiques sont simplement les symptômes précoces de la schizophrénie.

Toutefois, les tenants de ce dernier point de vue ne nient pas l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité qui présenterait des traits schizophréniques. Kraepelin les considérait comme les manifestations d'un développement irrégulier de facultés mentales synergiques.

Kretschmer lui-même a révisé ses conceptions de la relation entre personnalité schizoïde et schizophrénie. Dans « Problèmes constitutionnels en psychiatrie » [15], il écrit qu'une personne présentant une personnalité schizoïde ne développe pas une schizophrénie simplement par accumulation de traits schizoïdes ; dans la transmission génétique de la schizophrénie, l'élément de schizoïdie se trouverait complété par quelque autre facteur génétique : un facteur complémentaire, additionnel, est une cause nécessaire (p. 3) Ici, les vues de Kretschmer se rapprochent de celles de Kahn [10], qui distingue deux composants dans la transmission génétique de la schizophrénie :

- une prédisposition à la schizoïdie (la constitution schizoïde) ;
- une prédisposition au processus de la maladie schizophrénique.

Kretschmer [15] a donc revu et significativement modifié son concept de trouble de la personnalité schizoïde, aux plans de sa portée, de son contenu et de sa signification clinique (principalement concernant la relation entre personnalité schizoïde et schizophrénie).

Le trouble de personnalité schizoïde, dans ce sens plus restrictif, est admis par de nombreux cliniciens, y compris par ceux qui se montraient réservés face aux premières conceptions de Kretschmer. Même Ewald [4,5], qui s'était montré si critique envers la typologie de Kretschmer, reconnaît l'existence d'un groupe de troubles de la personnalité qui présentent de grandes ressemblances avec la schizophrénie. Il explique que la similarité de symptômes entre ces deux troubles cliniques fort différents serait due à une localisation cérébrale commune. Et Berze [16] (dans une de ses contributions les plus récentes), bien qu'il reste critique quant aux vues de Kretschmer, reconnaît qu'il existe un groupe de patients présentant des troubles de la personnalité qui seraient particulièrement prédisposés à développer la schizophrénie, et qu'il appelle trouble de la personnalité « sensitive – hyper-réactive ». Il suggère que ces patients auraient une hyper-réactivité constitutionnelle de certaines voies nerveuses qui expliquerait leur vulnérabilité et le lien génétique à la schizophrénie. Des idées similaires ont été développées dans le service de von Kleist (Loewy [17]; Schneider [11]). Ces chercheurs expliquent la constitution schizoïde en termes d'une anomalie innée de certaines régions du cerveau (cérébelle, ganglions de la base, lobes frontaux), précisément ceux que Kleist considérait être le substrat anatomique du processus schizophrénique.

C'est par la clinique que l'on peut résoudre les conflits de points de vue (par une étude rigoureuse de patients, observés longitudinalement). C'est ici que l'étude des enfants présente des avantages : les traits essentiels du tableau clinique sont plus clairs, ils ne sont pas obscurcis par des facteurs externes (tels que le milieu social, la culture et la profession ; l'usage d'alcool et autres narcotiques etc.).

Dans la mesure où les troubles de personnalité de l'enfance sont rarement décrits dans la littérature, nous pensons qu'il est intéressant de rapporter les cas de trouble de personnalité schizoïde qui ont été adressés au service de neuropsychologie infantile dans les trois dernières années. Nous étions conscients des difficultés inhérentes au diagnostic différentiel, particulièrement concernant les limites entre le trouble de la personnalité schizoïde et les traits de personnalité pré- et post-psychotiques des patients schizophrènes. Pour cette raison, nous n'avons retenu que les cas pour lesquels nous disposions d'une anamnèse bien documentée et que nous avons suivi sur de longues périodes. Nous ne nous pencherons pas ici sur les patients en ambulatoire qui présentaient de moins nettes manifestations du trouble de personnalité schizoïde et pour lesquels le diagnostic était incertain.

Cet article décrit six enfants présentant un trouble de la personnalité schizoïde. Ce sont tous des garçons âgés de 12 à 14 ans, qui sont restés hospitalisés dans notre service pendant 2 ans en moyenne.

Cas 1

M. Sch., âgé de 13 ans, de confession juive, issu d'une famille intelligente. Hérité : le père, 63 ans, souffre d'une angine de poitrine, chaleureux, irritable, avec des crises de colère occasionnelles ; pathologiquement soupçonneux. Le grand-père

paternel est mort d'un cancer. La sœur aînée du père, nerveuse, soupçonneuse, émotions labiles et sa fille souffrent d'états obsessionnels. L'oncle paternel, un rêveur avec peu de capacités d'adaptation. La mère souffre de goutte, irritable, anxiété passive dans son enfance, peur des pièces vides ; se considère être maintenant beaucoup plus calme. Le grand-père maternel, peu sophistiqué, irritable et de tendance alcoolique. La grand-mère maternelle est morte de tuberculose.

M. Sch. est le benjamin de la famille ; à sa conception son père avait 50 ans et sa mère 40 ; il est né deux semaines avant terme. Développement physique normal. Maladies infantiles : seulement rougeole et appendicite.

Il a grandi dans une famille matériellement aisée et attentive. Dès son plus jeune âge il a suscité l'anxiété des parents parce qu'il était différent des autres enfants. Déjà au berceau il s'est montré particulièrement sensible, notamment aux sons, avec de fortes réactions au moindre bruit. À l'âge de deux ans son audition fut trouvée parfaitement normale. À quatre ans il savait lire. Timide, facilement effrayé, il évitait la compagnie des autres enfants. Avec de fréquentes plaintes hypochondriaques, il parlait avec plaisir des maladies et manifestait un intérêt inhabituel pour la mort. Chaque fois qu'il voit un cercueil ou entend parler de la mort de quelqu'un, il devient très agité et dit : « Je ne vivrai pas longtemps ». Obéissant, calme et passif, il n'initie aucune activité.

Il erre sans but, semble confus et pose à son entourage des questions absurdes. Il les répète en boucle jusqu'à ce qu'il reçoive une réponse satisfaisante. Il a peu d'appétit, et a un sommeil agité ponctué de cris. Il a peur du noir et des « monstres ». À 6 ans, il fut accidentellement laissé seul dans une chambre, et depuis il a peur d'être seul et des portes verrouillées. À cette époque, on a remarqué de fréquentes masturbations.

À 7 ans il commença à apprendre l'alphabet et la musique : le violon. Un répétiteur lui donnait des leçons à la maison, il était aisément distrait, peu persévérant et avait des difficultés en mathématiques. En revanche il faisait de rapides progrès en musique, mais sans y prendre vraiment plaisir. En 1920 il est admis au Conservatoire (département des instruments à cordes) où il est considéré comme un bon élève bien que ses progrès soient ralentis par une incapacité à étudier de façon systématique.

En 1923, il est admis dans notre école interne au service de neuropsychologie infantile. Les parents se plaignent de son état obsessionnel et son incapacité à travailler. La mère rapporte que tous ses symptômes ont débuté dès sa prime enfance sans détérioration au fil des ans. Bien au contraire, elle a l'impression qu'il a fait des progrès.

À l'examen, la taille et le poids sont supérieurs à la moyenne de son âge ; le corps est bien proportionné, asthénique-dolichomorphe avec une poitrine étroite et profonde ; le visage est de forme allongée avec des traits petits ; la musculature et la graisse sous-cutanée ont un développement satisfaisant ; la complexion est lisse mais présente quelques taches rouges intenses ; la peau du corps est plus ferme et élastique, ni sèche ni sujette à transpiration ; les mains sont cyanosées, moites et froides ; les cheveux sont noirs, épais et implantés bas sur son front : poils pubiens bien développés. Polyadénite, thyroïde

normale. Organes génitaux précocement développés. Organes internes : ronchi dans le haut du poumon droit ; rythme cardiaque légèrement irritable mais à l'écoute le cœur semble normal. Petit appétit et diarrhée occasionnelle.

Système nerveux. Nerfs crâniens normaux ; pupilles égales et normalement réactives à la lumière ; réflexes tendineux normaux ; réflexes cutané et nauséux lents ; système sensoriel normal mais avec net dermatographisme. Mouvements gauches, maladroits ; puissance musculaire normale. Retard de développement de quatre ans au test d'Oseretzky. Démarche gauche et maladroite ; expressivité faciale limitée ; parole peu modulée. Sang : hémoglobine : 80 % ; érythrocytes : 4 700 000 ; leucocytes : 7 200 de forme normale mais avec peu de lymphocytes. Système nerveux végétatif labile. W.R. négatif ; test d'Abderhalden (dialyse) des fonctions testiculaire et thyroïdienne normal.

Examen psychologique. Amical et poli, mais timide et réservé. Agité avec présence de mouvements parasites comme des tics. Il comprend immédiatement les questions et répond volontiers. Langage rapide mais peu clair. Le contact est superficiel et il cache ses pensées sous un flot de mots et de phrases. À la question de comment il se sent, il a répondu : « Je ne sais pas, je me sens peut-être bien, ou pas bien. De toutes les manières, les gens se sentent de manières différentes. » À la question de savoir s'il avait aimé le livre qu'il avait lu, il a dit : « Il me semble que j'ai aimé le livre, mais je n'en suis pas sûr, le principe de la lecture est tel que l'on est forcément pris dedans. » Chaque fois qu'il doit exprimer sa pensée, il prend des chemins détournés, rationalise et tend à l'abstraction. Cependant on n'observe aucun trouble ou confusion de la pensée.

Du côté de l'activité associative, ce sont les associations internes et coordonnées qui prédominent. Les processus de pensée logique sont complètement normaux, de même que leur finalisation. Quand il s'agit d'identifier des ressemblances et des différences, il en saisit l'essentiel et il excelle dans les définitions, même pour les concepts abstraits (par exemple, la beauté : « l'apparence d'un objet sous une forme qui fait plaisir à l'œil » ; la différence entre l'obstination et la persévérance : « la personne obstinée agit sans raison ; la personne persévérante le fait par principe »).

Résultats des tests psychologiques : 2 années d'avance par rapport à son âge à l'échelle de Binet ; d'après la méthode de Rossolino, son profil moyen est de 8,6.

Il se décrit comme différent des autres garçons : « Ils sont très bons aux jeux et ils ne me laissent pas jouer ; le caractère des enfants est tel qu'ils choisissent les forts. » Il est doué pour l'introspection et la critique de soi, et il considère qu'il est nerveux : « J'ai toujours été anxieux. Quand j'étais plus jeune, j'avais peur des loups et des monstres. À présent j'ai peur de me retrouver enfermé dans une pièce, surtout si elle est petite. Souvent, couché dans mon lit, je pense que peut-être quelque chose est arrivé à la maison, comme un incendie par exemple. J'ai très peur quand je suis dans ma chambre. » Il est conscient d'avoir des symptômes obsessionnels et des automatismes : « J'ai souvent l'impression qu'un mot tourne sans fin dans ma tête, et que je ne peux pas m'en débarrasser. Ou bien j'ai l'idée que si je ne fais pas telle ou telle chose quelque chose va m'arriver. J'ai de

la difficulté à commencer quelque chose : je dois faire de longs préparatifs, et après j'ai du mal à m'arrêter. »

Il a accepté de plein gré d'entrer dans notre unité d'hospitalisation, s'est facilement adapté aux routines de l'école, accepte toutes les recommandations de travail mais exécute tout de manière maladroite, avec peu d'énergie. Il a tout de suite évoqué subir des moqueries de ses camarades et passe plus de temps avec des enfants plus jeunes. Il développe une attitude de « ça m'est égal » ; parle tout le temps, produit des ritournelles, grimace et fait le clown. À certaines périodes il est plus agité encore, saute partout, fait des grimaces provocantes, etc. Il amuse la galerie constamment, est intrusif, embête les autres enfants, lasse les adultes par des questions incessantes. Tout au long de l'hiver il saluait tout le monde avec la question : « Où es ta jupe ? », ou « Pourquoi tu ne portes pas une jupe ? ». Ses plaisanteries étaient presque toujours rimées ; avec parfois des persévérations, et répétition fréquente du même mot. Selon toute apparence, sa vie affective est pauvre : il n'a pas d'intérêts, il erre sans but dans ses moments de loisir. Cependant d'occasionnels commentaires pertinents, qui contrastent avec son habituelle sottise, sa réactivité à tout ce qui est beau, « le monde des rêves » qui si souvent apparaissait dans ses poèmes, – tout cela nous conduisit à penser qu'une vie intérieure riche était cachée derrière son indolence extérieure.

Doué pour la musique, il se transforme complètement quand il joue, et donne alors l'impression d'être un musicien plein de sensibilité et d'assurance. Il est aussi un artiste habile et le professeur de dessin, lui-même un artiste, le considère comme très doué pour l'art. Ses poèmes, bien que leur contenu manque d'originalité, sont mélodieux.

Pendant quelque temps il s'est masturbé intensivement et avait une prédilection pour des comportements sexuels déplacés mineurs et des plaisanteries douteuses.

Le travail scolaire continuait à marquer du retard, avec de faibles performances. Il était handicapé par sa lenteur, ses automatismes et son incapacité à changer de sujet, et par son incapacité à maintenir l'effort et la concentration nécessaires à un travail méthodique.

Pendant les deux années qu'il passa dans l'école thérapeutique, il est devenu physiquement plus fort et s'est mis à aimer les exercices physiques, gymnastique et eurythmique. On observa toutefois peu de changement au plan psychologique : il est moins flamboyant, plus calme, mais il continue à errer parfois sans but, et joue l'imbécile comme avant. Le travail scolaire s'est amélioré : il a réussi à faire des devoirs de façon autonome et fait de grands progrès en art et musique.

En résumé. Une personnalité altérée, dysharmonique, un mélange de sensibilité psychologique et de sottise infantile. Grands dons artistiques en présence de difficultés généralisées. *Symptomatologie* : tendance aux automatismes et aux états obsessionnels, et faiblesse de la volition dirigée sur un but. Tendance aux réactions autistiques. Intelligence normale, pensée ordonnée, mais le raisonnement est gêné par le remâchage et l'adhésivité. Type corporel asthénique. Système nerveux végétatif labile. Motricité problématique avec maladresse et gaucherie des mouvements. Expressivité faciale limitée.

Évolution : stationnaire, sans grande variation et amélioration limitée.

Diagnostic : trouble de la personnalité : schizoïde (excentrique).

Cas 2

M.R., 10 ans et demi, de confession juive, issu d'une famille intelligente. Histoire familiale : le père, médecin et homme de science, en bonne santé, distrait, quelque peu excentrique, irritable « il y avait toujours en lui quelque chose d'incompréhensible » (selon sa femme). Le grand-père paternel est mort d'une maladie cardiaque. L'oncle paternel avait une personnalité explosive, une façon de penser quelque peu étrange, avec souvent des comportements impulsifs. La mère, 34 ans, en bonne santé. Le grand-père maternel a déclaré une maladie mentale (schizophrénie ?) à 35 ans. Un membre de sa famille s'était suicidé. Un oncle maternel avait souffert pendant 35 ans d'une maladie psychiatrique, diagnostiquée cyclothymie ; entre les crises c'était un homme modeste, qui travaillait dur, doté d'une personnalité terne, qui devenait très agité lorsqu'il devait prendre une décision.

M.R. est l'aîné de la fratrie ; grossesse et accouchement normaux ; développement physique normal. Maladies infantiles : diphtérie, rougeole, pneumonie. Conditions socio-économiques satisfaisantes. Petite enfance : en bonne santé et raisonnable. Apprend à lire à 5 ans et lit tout ce qui est à sa portée. À 8 ans il intègre la Waldschule (École de forêt) où il se montre gravement désadapté : ne suit pas les directives, perturbe sa classe et manifeste des comportements insensés, impulsifs. Une fois, embêté par un camarade, il le pousse dans le lac. L'école ne pouvant pas le garder, il est transféré en 1922 dans l'école thérapeutique de notre clinique. À cette époque la mère le décrit comme paresseux, apathique, très influençable et incapable de travail méthodique.

À l'examen. Taille et poids au-dessus de la moyenne de son âge ; alimentation satisfaisante. Structure corporelle quelque peu asthénique. Dysplastique : membres supérieurs longs, étroits, d'apparence maladroite ; poitrine plate et profonde ; posture courbée ; visage allongé avec un nez épais et une bouche large. Musculature peu développée ; peau délicate et lisse. Mains et pieds cyanosés, moites, froids et souvent couverts de transpiration. Absence de poils pubiens. Glandes lymphatiques cervicales et sous-maxillaires agrandies, thyroïde normale. Système nerveux : nerfs crâniens normaux ; pupilles régulières, réflexe à la lumière plutôt lent ; réflexes tendineux accrus, réflexes de peau vifs, réflexes nauséux normaux. Absence de réflexes pathologiques. Signe d'Aschner positif. Système sensoriel normal, audition quelque peu difficile, vision normale. Mouvements actifs peu fluides, maladroits, exagérés ; motricité fine pauvre ; graphisme laborieux. Retard de deux ans et demi au test d'Oseretzky. Beaucoup de mouvements parasites (syncinésies). Démarche maladroite, molle : fait parfois de grands pas et parfois de petits lorsqu'il marche. Posture affaissée avec articulations relâchées. Faciès affable, comme un masque, ne reflétant pas ses états émotionnels. Mimiques parfois paradoxales : rit avec une expression faciale triste. Voix nasillante. Tests de laboratoire :

W.R. négatif ; test d'Abderhalden (dialyse) des fonctions testiculaire et thyroïdienne normal. Système nerveux végétatif : légère vagotonie. Numération sanguine normale.

Examen psychologique. À l'admission, sa maladresse est évidente et il devient tout de suite l'objet de moqueries de la part des autres enfants. Se conduit bêtement, grimace et jure ; dit qu'il est une chèvre folle et que les autres enfants sont des vaches et des ânes ; se comporte de la sorte : il agite sa tête comme s'il voulait donner des coups de cornes. Donne des coups de pieds et de poings aux autres enfants. A parfois de très étranges comportements : il est monté sur le rebord de la fenêtre des toilettes des étages supérieurs et a uriné sur une table préparée en bas pour un repas d'extérieur. Interrogé sur ses motifs, il a répondu : « Je ne sais pas, l'impulsion était soudain si forte que je n'ai même pas réfléchi. » Raisonne tout le temps ; parle beaucoup d'une manière stéréotypée, toujours sur le même sujet : la guerre de 1812. Son discours comporte à l'évidence un élément compulsif : si on l'interrompt, il devient agité, attend un moment propice et recommence son récit à son début et dans les moindres détails. L'humeur est généralement apathique : rien ne l'intéresse, il est passif dans les jeux, soumis aux autres enfants, il joue sans enthousiasme ni charge affective. Il n'aime pas le travail scolaire, ne s'intéresse pas aux apprentissages ni à ses propres performances. Il n'effectue pas jusqu'au bout les tâches assignées, les exécute d'une manière lente, irrégulière et sans soin.

Il est peu réactif durant l'examen, se montre réticent et apathique. Il dit à propos de lui d'une voix monotone : « J'ai toujours été maladroit ; je n'ai jamais pris part à des jeux d'extérieur, j'ai seulement joué à des jeux que l'on peut jouer tout seul. » C'est tout aussi calmement et sans aucun changement d'intonation qu'il nous raconte qu'il a été renvoyé de l'école. « Je me comportais d'une manière plus idiote que les autres, je faisais le fou, je riaais beaucoup, je traitais le professeur de "vache". » Il ne rapporte aucune phobie et en ce qui concerne les symptômes obsessionnels, il mentionne que souvent un mot tourne sans fin dans sa tête, et ne le laisse pas en paix. Interrogé sur son intérêt principal, il répond aussitôt : « J'aime les livres plus que tout. » Il saisit immédiatement les questions et formule ses pensées de manière logique et correcte. Il a une capacité pour la pensée abstraite mais il montre aussi une tendance à la rumination. Ses associations sont normales. Au test de Binet son intelligence est de quatre années en avance sur son âge et globalement au-dessus de la moyenne au test de Rossolino.

D'après les rapports journaliers de l'unité, on observe peu de changements pendant les deux ou trois premiers mois. Il s'est adapté très lentement à son environnement et à la vie collective avec les autres enfants. À la fin de la première année, il devint plus calme et commença à accepter les règles de vie de l'unité. Actuellement il se conduit bien en classe, s'intéresse à son travail et progresse de manière satisfaisante, avec beaucoup moins de comportements explosifs pendant ses périodes de liberté. Comme avant, il est associable et s'isole des autres enfants. Mais il est beaucoup plus vif, participe au théâtre ; il se conforme aux routines de l'unité et bien qu'il soit parfois irritable, il essaye à l'évidence de se contrôler. Il est devenu

moins maladroit et il participe aux séances de gymnastique et aux ateliers.

En résumé. Dès la prime enfance, un enfant lent, maladroit, désarticulé. Isolé des autres enfants. Se conduit stupidement, tempérament lent, comportement impulsif et étrange. Intelligence supérieure et tendance à la pensée abstraite. Travail scolaire satisfaisant, intérêt intensif pour les livres. Caractéristiques somatiques : corps asthénique avec des traits dysplastiques. Système nerveux : déficience motrice généralisée, démarche maladroite, posture relâchée, articulations hypotoniques, faciès sans tonus et comme un masque, voix nasillante.

Évolution : net progrès pendant les deux dernières années.

Diagnostic : trouble de la personnalité : schizoïde (excentrique).

Cas 3

A.D., 12 ans, issu d'une famille intelligente, père juif, mère russe.

Histoire familiale : le père est musicien, réservé, indécis, extrêmement timide, sociable seulement dans un petit cercle intime, personnalité terne, très suggestible et avec peu de capacités d'adaptation. Bégaye souvent. Le grand-père paternel est mort d'un cancer. La grand-mère paternelle : réservée, dominatrice, querulente, suspicieuse et mesquine. L'oncle paternel est un aventurier enthousiaste et fanfaron. La mère est en bonne santé. Le grand-père maternel est mort de parésie générale. L'oncle maternel est réservé, dépressif, excentrique, pathologiquement mesquin. Un autre oncle maternel est un musicien de talent et un mathématicien, avec des comportements erratiques : il est parfois exalté, parfois abattu.

A.D. est un enfant unique. Développement physique normal. S'est développé comme un garçon intelligent et en bonne santé. A commencé à lire à cinq ans. Bonne mémoire. À cinq ans déjà, ses parents trouvaient qu'il était un enfant « étrange ». Ils ont remarqué qu'il avait peu de facultés de concentration, qu'il sautait d'un sujet à l'autre, qu'il présentait parfois un comportement incompréhensible (comme de jeter soudain des objets par la fenêtre). Il a périodiquement développé un intérêt intense pour certaines choses et l'a poursuivi de manière exclusive. À six ans il se mit brusquement à s'adonner à de longs calculs arithmétiques mais abandonna cette activité après trois mois ; à sept ans il se mit à composer les paroles de courtes chansons. Il entra à l'école pour la première fois à 10 ans, pris le rôle de l'amuseur et devint la risée de ses camarades bien que ses progrès scolaires fussent bien meilleurs que ceux de ces derniers. À 12 ans sa conversation était marquée par des thèmes répétitifs, obsessionnels : il est raisonneur, il importune tout le monde et leur donne des surnoms. Sa mère, qui nous a fait le récit de son enfance, a bien noté qu'il n'y avait eu aucune détérioration dans son comportement entre sa prime enfance et le temps présent. Il se serait même plutôt amélioré : il commençait à manifester plus d'intérêt aux différents aspects de la vie quotidienne.

À l'examen. Taille, poids, circonférence de la cage thoracique et du crâne sont de deux ans en avance sur son âge. Corps asthénique de type eunuchoïde, avec des proportions anormales

de la longueur des bras et des jambes par rapport au tronc. Cou long et mince ; extrémités fines, épaules tombantes, poitrine plate ; faible développement des muscles et de la graisse sous-cutanée ; peau lisse, élastique ; cheveux épais et ondulés avec quelques taches grises ; absence de poils pubiens. Développement génital approprié à l'âge ; organes internes normaux. Système nerveux : nerfs crâniens normaux ; réflexes du genou et du poignet quelque peu augmentés ; réflexe cutané vif ; pas de réflexes pathologiques ; réflexes de la gorge et des pupilles rapides ; réactivité idiomusculaire quelque peu augmentée ; dermatographie blanche. Instabilité motrice et mouvements excessifs. À l'échelle d'Oseretzky, retard de 2,8 ans. Maladroit, démarche gauche ; faciès inexpressif.

Investigations de laboratoire : W.R. négatif. Système nerveux végétatif labile avec des réactions paradoxales à la pilocarpine. Numération sanguine normale.

Examen psychologique. À l'entretien il se révèle avoir accumulé des quantités de connaissances et avoir de bonnes capacités en mathématiques. Son intelligence est supérieure à la moyenne pour son âge, elle équivaut à 15 ans à l'échelle de Binet. Mémoire bonne mais irrégulière : bonne pour les nombres et les mots mais il confond les gens. Associations rapides, pas de barrage ; beaucoup d'associations externes ; automatismes occasionnels, tendance à rester sur le même sujet. Pas de troubles de la pensée. Processus logiques normaux. Bon aux épreuves des similarités et des différences et tire des conclusions correctes. Tendance à la rumination obsessionnelle : il pose inlassablement les mêmes questions, telles que : « Pourquoi y a-t-il si peu d'enfants dans l'école ? Pourquoi n'y a-t-il pas beaucoup de filles ? », etc., jusqu'à ce que l'interlocuteur, excédé, lui réponde.

Il est très bavard, mais en même temps est réservé et secret, il n'aime pas discuter de ce qu'il éprouve. Si une conversation le concerne personnellement, il se tait ou change de sujet. À l'école il fait le clown, se conduit de manière stupide et invente plein de surnoms pour les autres enfants. Il ne prend jamais part aux jeux de groupe. Sa suggestibilité s'accroît et il imite tout le monde. Son humeur est toujours quelque peu exaltée. Sa vie affective est plate : il semble réagir à tout de manière superficielle, rien ne le touche vraiment, ni la douleur ni le plaisir, tout passe rapidement à côté de lui. Il n'a pas de sentiments grossiers ou égoïstes, il ne se montre jamais avide ni méchant. Il aime ses parents. Il rêve beaucoup, vit dans un monde imaginaire, souvent loin de la réalité. Des états obsessionnels et un comptage compulsif ont été observés. Par exemple au théâtre il peut avoir l'idée de compter tous les spectateurs. Il élabore une méthode spéciale pour le faire : il les compte après la fermeture des portes puis se précipite dehors dans l'intervalle pour ajouter les retardataires qu'il compte sur ses doigts. Il avait des phobies (peur de voler dans les airs). En classe il a des difficultés d'attention et de concentration. Il n'est pas capable de faire un effort dirigé sur un but. Ou bien il se conforme automatiquement ou bien il dérange la discipline de la classe en posant des questions hors de propos.

Il a une bonne oreille et des talents musicaux. En revanche il n'est pas bon en gymnastique, en eurythmie et dans les tâches manuelles. Sans changement pendant les deux dernières années. En 1924 il est entré dans une école de musique et y progresse bien.

En résumé. Ce cas est caractérisé par les traits suivants : une humeur plutôt exaltée mais sottée, une tendance aux stéréotypes et à la rumination irrationnelle, excès de suggestibilité, automatismes, comptage compulsif, phobies, affects plats. Intelligence au-dessus de la moyenne. De grande taille avec un corps asthénique, des caractéristiques eunuchoïdes, déficience motrice.

Évolution : sans changement ni fluctuation.

Diagnostic : troubles de la personnalité (excentrique).

Cas 4

J.D., 12 ans, russe, issu d'une famille intelligente. Histoire familiale : le père souffre de symptômes obsessionnels-compulsifs, personnalité difficile, obstiné, querulent. La grand-mère paternelle : nerveuse, symptômes obsessionnels-compulsifs, suivi médical constant. Une tante paternelle est pathologiquement suspicieuse, égocentrique. La mère : encline à la tendresse, peu de caractère, se plaint de douleurs névralgiques. Le garçon, né à terme, présente une anoxie néonatale. Développement physique normal. Maladies infantiles : varicelle, coqueluche, primo-infection tuberculeuse. Lenteur dès la prime enfance, préfère la compagnie des adultes et évite les autres enfants parce que, comme il l'explique, ils ne l'intéressent pas et il n'aime pas jouer avec des jouets. Toujours réservé, vit dans un monde personnel, a très tôt développé sa propre vision du monde. Bon développement intellectuel. Il s'était lui-même appris à lire dès cinq ans mais il a trouvé que l'écriture était plus difficile. Aimait beaucoup faire des plaisanteries et tourner les autres en ridicule. Irritable et colérique ; sommeil agité avec terreurs nocturnes fréquentes. Entre à l'école à 10 ans, n'entre pas en contact avec les autres enfants, déteste et méprise tout particulièrement les filles. Il se montrait tendre et affectionné envers ses parents mais amer et querelleur avec toute autre personne : il n'aimait pas le genre humain et le faisait savoir. Souffre depuis 1923 de symptômes obsessionnels et phobiques, a souvent exprimé la peur que quelque chose d'horrible puisse arriver. Inquiet pour sa mère lorsqu'elle sort. Admis dans notre école thérapeutique en 1924.

À l'examen. Taille dans la moyenne pour son âge, petit appétit. Apparence physique de type franchement asthénique. Os longs, frêles. Poitrine plate et longue ; épaules tombantes, visage allongé avec des traits petits. Musculature hypotonique. Graisse sous-cutanée rare ; peau lisse, pâle. Mains et pieds moites ; quelque peu cyanosés. Cheveux fins, brun foncé, pas de poils pubiens. Grosses glandes lymphatiques : polyadénite. Thyroïde normale. Testicules descendus. Pénis approprié à l'âge. Organes internes : souffle respiratoire diminué à l'apex pulmonaire droit. Bruit cardiaque normal ; pouls irritable. Système digestif : petit appétit, coliques fréquentes. Système nerveux : nerfs crâniens normaux ; réflexe tendineux accru dans les membres supérieurs et inférieurs ; réflexes abdominaux diminués ; réflexe crémasterien normal. Pupille de taille moyenne, réflexe à la lumière rapide. Sensation normale dans toutes les modalités. Vision et audition normales. Dermographisme rouge. Mouvements lents, maladroits. Posture avachie et tordue, démarche gauche. Expression faciale animée et en rapport avec son ressenti. Voix plaintive, aiguë.

Examen psychologique. À l'entretien, n'engage pas le dialogue, méfiant et suspicieux. Expression attentive et sérieuse avec parfois un sourire mauvais ; intonation d'adulte. Bien orienté dans l'espace et dans le temps. Grand bagage de connaissances mais cela reste superficiel et fragmentaire. Parole fluide sans difficulté à trouver ses mots. Opérations logiques de bonne qualité ; les réponses sont toujours appropriées à la question. Saisit immédiatement l'essentiel quand il doit définir des similarités et des différences. Fournit de bonnes définitions des concepts abstraits, prend plaisir à ces discussions et à parler de « choses sérieuses ». L'examen psychologique expérimental lui a trouvé une intelligence supérieure. Deux ans d'avance à l'échelle de Binet avec un profil supérieur (8,5) d'après la méthode de Rosso-limo. Bien que ses processus de pensée soient si bien développés, on repère certains éléments compulsifs : son débit verbal marque souvent des pauses, et il s'accroche à certains thèmes. Associations normales.

Il est entré dans l'unité thérapeutique de plein gré mais l'ajustement à son nouvel environnement est difficile et lent. N'entre pas en contact avec les autres enfants et ne joue pas avec eux. Humeur apathique, occasionnellement déprimée, avec presque de l'amertume. Il voit la vie et les autres sous une lumière complètement négative : « Je n'aime rien. Tout le monde m'insulte. » Pendant quelque temps il a ressenti de la haine envers ceux qui l'humiliaient. Il prend en revanche plaisir à taquiner les autres enfants et n'hésite pas à les pousser en douce. Les autres enfants ne l'aiment pas parce qu'il parle tout le temps de justice alors que lui-même se montre totalement égoïste et ne défend que ses intérêts personnels. Avant de commencer un travail, il passe un bon moment à le penser entièrement dans sa tête ; il est réticent à prendre des initiatives ; s'adonne de manière exagérée à l'introspection. Extrêmement lent pour manger et s'habiller, il est aussi toujours le dernier à finir son travail. Malgré son intelligence adéquate, ses performances scolaires sont faibles à cause de son manque de détermination mentale et son incapacité à faire des efforts. La lenteur, les automatismes, la pensée obsessionnelle, tout cela interfère avec son travail scolaire. Dans les matières qui requièrent des capacités physiques et de la dextérité manuelle, il est toujours à la traîne derrière les autres enfants (travaux manuels, dessins). On n'a observé aucun changement dans son fonctionnement durant son séjour à l'unité d'observation.

En résumé. Type introverti ; attitude autistique dirigée de l'intérieur. Type de pensée abstraite. Tendances à la rationalisation. Résultats faibles malgré une bonne intelligence (manque de détermination mentale). Égocentrique, se surestime mais est facilement blessé dans son amour-propre. Vie émotionnelle envahie d'irritabilité et de sentiments de misère. Tendance à l'obsessionnalité. Physiquement : corps délicat, asthénique. Notion d'intoxication tuberculeuse. Système nerveux : réflexe tendineux augmenté, fonctionnement moteur déficient.

Diagnostic : trouble de la personnalité, schizoïde (excentrique). Une part de ses traits psychasthéniques pourrait être expliquée par la primo-infection tuberculeuse.

Cas 5

K.A., 13 ans, russe, issu d'un milieu intellectuel. Histoire familiale : le père est mort à l'âge de 43 ans de tuberculose miliaire. C'était un homme de talent, il écrivait de la poésie, mais il avait une personnalité difficile, était réservé, vindicatif, irritable, aimait les jeux de hasard. Le grand-père paternel : impulsif, sans scrupules, dominateur, tyrannique. La grand-mère paternelle : exaltée, lunatique, son mari a divorcé après la naissance de 13 enfants. L'oncle paternel : paresseux, fantasque, joueur. La tante paternelle : bizarre, excentrique. La mère : 40 ans, en bonne santé. L'oncle maternel : épileptique.

K.A. était en bonne santé à la naissance ; à 11 mois et demi développe un eczéma qui persiste jusqu'à l'âge de quatre ans et le laisse avec une peau sèche. Constamment malade dans l'enfance : troubles intestinaux fréquents et rachitisme.

Développement physique normal. Maladies infantiles : rougeole, pleurésie. Énurésie nocturne jusqu'à 12 ans. Grandit comme un enfant délicat, sensible, toujours avec des adultes, n'est pas intéressé à se faire des amis, joue seul et invente ses propres jeux. Irritable, d'humeur changeante, persistant dans ses demandes et souvent obstiné de manière irrationnelle. Toujours très bavard, il commence à parler en rimes à l'âge de trois ans.

A appris à lire à cinq ans et lit tout ce qui lui tombe sous la main. Entre à l'école à huit ans et progresse bien. Terreurs nocturnes depuis la prime enfance. À partir de 1921, en réaction aux conflits parentaux, il devient beaucoup plus irritable, insolent et obstiné. Il est admis à l'école thérapeutique en 1922.

À l'examen. Taille d'un garçon de 15 ans mais poids de son âge.

Jambes longues, épaules étroites, poitrine étroite. Corps délicat, asthénique. Visage long et large ; traits irréguliers ; cou long, délicat ; épaules étroites, serrées, thorax de pigeon ; scoliose droite ; peau relâchée, graisse sous-cutanée clairsemée. Peau grise, pâle, très sèche et épaisse, rugueuse et irritée ; muqueuses pâles.

Glandes lymphatiques bronchiques élargies ; thyroïde normale ; développement génital approprié à l'âge ; pas de caractéristiques sexuelles secondaires. Organes internes : bruits expiratoires dans le lobe supérieur droit ; bruits veineux anémiques ; le reste normal.

Système nerveux. Réflexes tendineux accrus ; absence de réflexes pathologiques ; réflexes de peau et de muqueuses normaux. Pupilles égales et rapidement réactives ; nerfs crâniens normaux ; légères rougeurs sur la peau à la pression. Signe d'Aschner positif. Démarche quelque peu sautillante ; mouvements gauches, parfois exagérés et parfois retenus et inhibés. Retard de deux ans et demi au test d'Oseretzky. Faciès vif, quelque peu relaxé. Voix profonde, rauque. Audition et vision normales. Sommeil normal.

Investigations de laboratoire. Sang : hémoglobine : 75 %, érythrocytes : 4 570 000, leucocytes : 7600. Pas d'anomalie des leucocytes sauf lymphocytose. Test d'Abderhalden (dialyse) des fonctions thyroïdienne et testiculaire normal. W.R. négatif. Système nerveux sympathique hyper-réactif. Radio du crâne normale. Consultés à propos de la sécheresse de sa peau, les dermatologues ont posé le diagnostic d'ichthyose héréditaire.

Examen psychologique. Prend plaisir à être examiné. Parle et se conduit comme un adulte. Poli et réservé dans ses manières mais trop expansif. Langage maniéré avec des expressions littéraires inhabituelles : aphorismes fréquents et joue sur les mots. Se décrit comme calme et bien adapté : « Je suis très réservé ; avant j'étais nerveux. » Il rapporte avoir eu des phobies dont il ne se souvient plus. Il parle abondamment de sa petite enfance, se souvient qu'il n'a jamais pris plaisir à jouer avec d'autres enfants et qu'il inventait ses propres jeux. Il aimait par-dessus tout créer des histoires : « Des créatures spéciales habitaient dans la cheminée ; il y en avait de trois sortes, chacune avec des noms spéciaux. » Pendant quelques années il s'est considéré comme très proche de certaines de ces créatures, d'abord d'une mouche puis d'une personne : « Je me rappelle très bien la maison et l'appartement où elles habitaient. Une fois l'une de ces créatures eut un fils et depuis je célèbre son anniversaire tous les ans. » Il était très bavard et facile de contact au début de l'entretien mais dès qu'il s'est agi de questions plus personnelles il s'est fermé comme une huître et a gardé le silence. Il s'est montré très cultivé et son intelligence est très développée. Il avait un bagage considérable de connaissances sur les questions socio-politiques et, comme il le dit lui-même, ses opinions sont « sacro-saintes » : « Si les faits ne correspondent pas à mes opinions je dois absolument trouver quelques défauts dans les faits. »

Sa pensée est ordonnée, précise, claire et notablement abstraite. Il fonctionne beaucoup mieux avec des concepts et des schémas abstraits qu'avec des images concrètes. Ses réponses sont alambiquées. Il a une tendance à philosopher, à douter et à se perdre dans les détails. Prié de définir une tasse, il dit : « une tasse est un objet en verre ou en terre, il est creux et on l'utilise pour boire » ou « table – un morceau de bois utilisé dans un but domestique et, nécessairement, qui a une surface plate ».

Les tests psychologiques expérimentaux ont mis en évidence une intelligence supérieure.

À l'école il reste sur son quant-à-soi. Son attitude envers les autres enfants est condescendante ou moqueuse ; et sans aucune autorité. Ils l'ont surnommé : « la machine à parler ». Il ne prend pas part à leurs jeux. Son humeur est calme, sans grandes fluctuations ni éclats émotionnels ; il est souvent paresseux et apathique. De temps en temps il devient agité, fait le clown et embête tout le monde. Lui-même décrit ces états de la manière suivante : « Il m'arrive de me mettre à dire n'importe quoi ; je me le reproche ensuite mais sur le moment je ne peux pas me contrôler ; c'est plus fort que moi. »

En contraste total avec son calme habituel et ses affects plats, il a une véritable passion pour sa mère ; il la traite avec une tendresse passionnée, la couvre de caresses, et a des larmes dans les yeux chaque fois qu'il la voit ou la quitte. Dans l'ensemble il se conforme aux règles de l'unité. Occasionnellement présente des attaques d'obstination – apparemment une résistance sans motif à des situations triviales. Lorsque l'éducateur lui demande de se pousser un peu à la table du dîner, il réplique : « J'ai mes principes et je suis pédant et c'est pourquoi je ne le ferai pas. »

En classe il travaille dur. Est pédant et ordonné ; mais impuissant face aux travaux faisant appel à la dextérité manuelle. Dans ses périodes libres il erre sans but à moins qu'il ne lise. N'initie

jamais aucune activité ; importune, embête et lasse tout le monde avec des questions réitérées inlassablement. Par exemple il demande à tout le monde de manière répétée : « Combien de votes ont obtenu les différents partis aux élections en Angleterre ? » ... « Quelles sont les meilleures races de lapin ? », etc. Écrit des notes au contenu absurde à ses médecins et ses éducateurs, a mis un billet dans le sac de l'un des médecins qui comportait le texte suivant : « Honoré membre de la société des chiens frits » ; dans un autre billet il annonçait qu'il allait donner « une conférence sur tous les nutriments contenus dans la laine de coton ». À côté de cela, ses dissertations sur des questions de politique sont bonnes, il écrit des articles exhaustifs pour le journal des enfants, et certains de ces écrits montrent qu'il jouit d'excellents talents littéraires (un style journalistique avec une touche d'humour).

Il a évolué de manière très positive pendant son séjour à l'école thérapeutique : il est devenu plus calme, son travail scolaire s'est amélioré, il a perdu de sa maladresse et a travaillé dans l'atelier de menuiserie. Occasionnellement il a même pris part à des exercices de gymnastique et d'eurythmique.

En résumé. Intelligence au-dessus de la moyenne ; talents littéraires certains. En même temps on a l'impression qu'il a quelque chose de bizarre, d'étrange. Cette impression est renforcée par sa tendance à faire des réflexions absurdes et ses fréquentes manifestations soudaines de sottise. Son humeur est généralement calme avec des sentiments très tendres envers quelques personnes qui lui sont proches.

Physiquement. Grand, corps eunuchoïde-asthénique ; peau sèche (ichthyose), traces de primo-infection tuberculeuse. Système nerveux : réflexes tendineux augmentés ; démarche sautillante, maniérée ; faciès sans expression ; maladresse motrice.

Évolution : net progrès pendant le séjour à l'hôpital.

Diagnostic : trouble de la personnalité ; schizoïde (excentrique).

Cas 6

P.P., âgé de 12 ans, russe, issu d'une famille intellectuelle. Histoire familiale : le père : pathologiquement distrait, généreux, amoureux de la vérité, plein de talent, écrivait des poèmes et des récits, doué en mathématiques. Le grand-père paternel : homme cultivé, autocrate, mauvais père. La grand-mère paternelle : lunatique, têtue. L'oncle paternel : mathématicien de talent. La mère : égocentrique, querelleuse. Joueuse (jeux de hasard), n'a aucun intérêt pour ses enfants. À l'âge de 30 ans, devient kleptomane : vole des choses à ses amis et dans les magasins. Douée pour la musique, joue en concert. Fait de l'improvisation.

Le garçon est né à terme et son développement physique a été normal. Maladies infantiles : scarlatine, rougeole. Dans sa petite enfance il était un enfant calme : s'asseyait tout seul dans un coin et évitait les autres enfants. Il était maladroit : « un petit ours », posture voûtée, ne court pas bien, fait rarement des bêtises. Très tôt il se montre facilement distrait, souvent perdu dans ses pensées, avec un regard perdu au loin. Toujours plein de tact, se conforme, est honnête ; généralement obéissant mais avec occasionnellement des crises d'obstination sans motif, au cours desquelles il devenait complètement incontrôlable. Capacités intellectuelles satisfaisantes. Est entré à l'école à

8 ans. Ne prenait pas plaisir aux apprentissages, n'avait pas d'intérêts particuliers, travail scolaire dans la moyenne. Il se faisait remarquer en raison de sa grande persistance. Quand il avait commencé un travail, il était difficile de l'en distraire. Jusqu'à l'âge de six ans ses conditions matérielles ont été bonnes. Mais l'atmosphère émotionnelle à la maison était pénible : il était négligé par sa mère. À six ans il alla vivre avec sa sœur chez qui il resta jusqu'en 1922. Dès son jeune âge il manifesta des talents musicaux : il était exceptionnellement réactif aux sons et à trois ans il a reproduit spontanément au piano un certain nombre de mélodies. Il bénéficia de leçons de musique jusqu'en 1922, date à laquelle il fut admis dans notre service.

À l'examen. Taille appropriée à l'âge. Alimentation dans la moyenne. Stature : nettement asthénique : mince, jambes longues ; épaules larges, droites, omoplates saillantes ; posture voûtée. Scoliose droite insignifiante. Poitrine plate et longue. Développement de la graisse sous-cutanée et de la musculature satisfaisant. Polyadénite. Organes génitaux appropriés à l'âge, pas de caractères sexuels secondaires. Organes internes : expiration bruyante à l'apex pulmonaire droit. Pouls rapide. Système nerveux : nerfs crâniens normaux, réflexes pupillaires vifs, réflexes tendineux vifs, notamment le réflexe patellaire ; réflexe cutané et des muqueuses normal. Dermographisme rouge. Signe d'Aschner positif. Toutes les modalités sensorielles normales, avec audition et vision normales. Mouvements quelque peu lents et hésitants. Démarche souple. Faciès sans expression.

Investigations de laboratoire : numération sanguine : hémoglobine : 70 % ; érythrocytes : 4 350 000 ; leucocytes : 7400 avec nette lymphocytose. W.R. négatif. Test d'Aberhalden (dialyse) des fonctions thyroïdienne et testiculaire normal. Labilité des deux systèmes nerveux végétatifs.

Examen psychologique. S'adapte très lentement à son nouvel environnement, évite la compagnie des autres enfants, ce qu'il explique en disant : « Les enfants sont trop bruyants et me dérangent dans mes pensées. » Tendru pendant l'examen avec une expression sérieuse et attentive ; s'il sent qu'un inconnu le regarde, il est encore plus sur ses gardes ; ne répond pas aux questions, communique peu ; a beaucoup de mal à s'exprimer de manière adaptée. Orientation dans l'environnement satisfaisante. Associations bien ordonnées et sensées. Pensée logique satisfaisante : fait de bonnes généralisations, déductions correctes ; néanmoins un certain flou demeure. Fonctionne comme un garçon de 15 ans à l'échelle de Binet. Profil psychologique : bonnes capacités d'attention, mémoire adéquate et fonctions supérieures opérantes : saisit bien les choses et capacité à établir des connexions cognitives.

En classe, il est enthousiaste et travaille dur, avec patience et persévérance, il écoute avec attention et concentration ce que le professeur dit. Son travail est irrégulier : à certains moments il reste assis et travaille pendant des heures, à d'autres moments il se retire en lui-même et en dépit de son expression apparemment attentive, il ne réagit pas lorsque le professeur s'adresse à lui. Pathologiquement distrait. Son attention n'est pas déviée par des événements extérieurs mais par ses expériences internes. En dehors de la classe, il erre avec un regard distrait, voûté et solitaire, et ne fait aucune tentative pour entrer en contact avec les autres enfants.

Il est silencieux et ne communique ses pensées à personne. Il est gentil et sensible envers les autres personnes. En dépit de sa mollesse apparente, il est intérieurement hyper-émotif. Il est plein de tact. Il éprouve des sentiments profonds pour les beautés de la nature. Il est extrêmement sensible à la moindre rebuffade, fond en larmes aussitôt et cherche à s'isoler. Il est très émotif est très attaché à sa sœur. Lorsqu'il reçoit une lettre d'elle, il cherche à se cacher pour la lire tout seul plutôt qu'en présence de témoins, et attend patiemment qu'on le laisse seul. Aimant la vérité et pédant, il se place toujours au niveau des principes. Il n'entre jamais en conflit avec les autres enfants ; il n'a pas la notion que des choses puissent arriver par accident ou par malentendu. Il se conforme aux règles de l'unité et ses réponses sont dénuées de négativisme ou d'automatismes. Son travail scolaire est cependant marqué par une tendance aux automatismes : une fois qu'il a commencé une tâche (recopier quelque chose par exemple) il ne peut pas s'arrêter. Il est doué pour la musique, a une bonne oreille, une mémoire musicale riche, et joue fort bien du piano.

Durant son séjour de deux ans et demi dans l'unité, il s'est adapté à la vie collective avec les autres enfants, a pris part à des activités de groupe et est devenu plus animé et réactif. Il joue souvent avec d'autres enfants et prend plaisir à la gymnastique. Il est maintenant beaucoup plus éveillé lorsqu'il joue, avec un air frais et joyeux. Cependant il reste réservé et silencieux. Il est calme et d'une humeur égale dans ses relations avec ses pairs mais il n'a pas d'amis intimes. Ses acquisitions scolaires et musicales sont très bonnes.

En résumé. Un « petit vieillard » silencieux et réservé avec un besoin de rechercher la solitude et le calme pour pouvoir se retirer dans son monde intérieur. D'apparence inactive et apathique, il est en même temps très sensible envers lui-même et les autres, et tend à ressentir les choses profondément. Intelligence normale. Ses performances intellectuelles sont quelque peu entravées par sa distractibilité pathologique et sa tendance aux automatismes. Talent musical. Structure corporelle délicate avec des signes de primo-infection tuberculeuse. Développement moteur déficitaire qui s'est quelque peu amélioré ces derniers temps.

Évolution : nets progrès pendant son séjour dans l'école thérapeutique.

Diagnostic : trouble de la personnalité, schizoïde (excentrique).

Malgré les différences individuelles dans le tableau clinique des cas de trouble de personnalité schizoïde que l'on a rapportés ici, il nous paraît possible de définir les caractéristiques que tous ces enfants présentaient en commun :

I. Une étrangeté du type de pensée

Une étrangeté du type de pensée a été décrite comme suite :

- une tendance à l'abstraction et à la schématisation (l'introduction de concepts concrets entrave le processus de pensée plutôt qu'il ne l'améliore) ;
- ces caractéristiques de la pensée se combinent souvent avec une tendance à la rationalisation et à la rumination absurde

(voir les cas 1, 2, 3, 4, 5). Ce dernier trait confère souvent à la personnalité son caractère d'étrangeté.

II. Une attitude autistique

Tous les enfants affectés se maintiennent à distance de leurs pairs, ont du mal à s'adapter à eux et ne sont jamais entièrement eux-mêmes quand ils sont en présence des autres enfants. Les cas 1, 2 et 3 ont été l'objet des risées de leurs camarades à leur entrée dans notre école. Les cas 4 et 5 ne tenaient aucune place parmi leurs pairs, qui les avaient surnommés « machine à parler », bien que leur niveau de fonctionnement général fût bien supérieur à celui des autres enfants. Le cas 6 évite de lui-même de se trouver en compagnie d'enfants parce que cela lui est pénible.

Tous ces enfants ont manifesté une tendance à la solitude et à l'évitement des autres depuis leur prime enfance ; ils se maintiennent à l'écart, évitent les jeux collectifs et préfèrent les histoires fantastiques et les contes de fées.

III. Une vie émotionnelle plate

Les émotions sont généralement plates et superficielles (cas 2, 3, 5). Cette caractéristique se combine souvent avec ce que Kretschmer a justement appelé l'aspect psychasthénique de l'humeur. Ce mélange d'éléments d'insensibilité et d'hypersensibilité a été observé dans tous nos cas.

Le cas 1 présentait une torpeur affective et en même temps une sensibilité exagérée ; le cas 2 a démontré une irritabilité excessive résultant dans des explosions émotionnelles, combinée à une torpeur affective, dans le droit fil des spasmes et de la paralysie des émotions décrites par Bleuler. Le cas 5 était généralement d'une humeur calme mais se montrait en même temps d'une tendresse passionnée envers certaines personnes qui lui étaient proches. Le cas 4 était un misanthrope ténébreux et irritable mais aussi un fils aimant.

IV Autres caractéristiques

Les autres caractéristiques sont :

- une tendance aux automatismes (cas 1, 2, 3, 4 et 6) se manifestant par l'adhésivité aux tâches commencées et par une rigidité psychique avec difficulté à s'adapter à la nouveauté ;
- un comportement étrange, impulsif (cas 1, 2, 3) ;
- une propension à faire le clown avec tendance à parler en rimes et aux néologismes stéréotypés (cas 1, 2, 3, 5) ;
- une tendance au comportement obsessionnel-compulsif (cas 1, 2, 3, 5) ;
- une suggestibilité accrue (cas 1, 3 et 6).

Nous n'avons pas observé de franc négativisme. Une obstination sans motif a été observée dans deux cas (5 et 6).

Une nette déficience motrice a été notée dans tous nos cas : maladresse, gaucherie, brusquerie des mouvements, beaucoup de mouvements parasites et des syncinésies (cas 1, 2, 3 et 4). Manque d'expressivité faciale et de mouvements expressifs (maniérisme – cas 1, 4 et 5) ; tonus postural faible (cas 2, 4 et

6) ; bizarreries et manque de modulation de la parole (cas 1, 2 et 3).

En ce qui concerne la relation possible entre la structure corporelle et la structure psychique, nos observations étayent le syndrome somatopsychique de Kretschmer : tous nos patients schizoïdes avaient une structure corporelle asthénique. Toutefois nous ne pouvons attacher trop d'importance à cet élément parce que tous nos patients étaient pubères ou prépubères, et à ce stade le type asthénique/dysplastique prédomine. De même pour l'association fréquente que nous avons trouvée entre une constitution schizoïde et une primo-infection tuberculeuse. Nous avons retrouvé cet élément dans un fort pourcentage des autres enfants.

Notre description de la symptomatologie du trouble de la personnalité schizoïde est similaire au type excentrique de Kraepelin et du groupe schizoïde de Kretschmer. Les traits essentiels des personnes schizoïdes, tels que décrits par Kretschmer – autisme et humeur psychasthénique – étaient présents dans tous nos cas. Cependant le trait qui caractérisait le mieux nos patients, et qui était toujours fondamental dans notre recherche du diagnostic différentiel, a été la particularité du comportement moteur et la nette déficience motrice. Si elles étaient confirmées dans un groupe plus large de patients, ces observations pourraient être d'un apport important pour comprendre le substrat biologique/pathogène du trouble de personnalité schizoïde. Le dysfonctionnement moteur, accompagné d'une série d'autres symptômes – faiblesse de l'imitation et des mouvements expressifs, particularités de la voix et du langage – peut être considéré comme une anomalie développementale de systèmes spécifiques du cerveau. Il serait alors possible de trouver le substrat biologique/pathogène de la maladie « schizoïde » sur la base d'observations cliniques. Nos propres observations sont trop peu nombreuses pour pouvoir en tirer des conclusions définitives mais elles suffisent à poser les bases de la réflexion.

Le diagnostic différentiel du trouble de personnalités schizoïde doit prendre en compte un certain nombre de possibilités.

Les cas les plus légers doivent être différenciés de la normale. Des traits schizoïdes isolés ne sont pas rares chez des enfants normaux qui souvent grimacent, répètent des mots de façon stéréotypée et inventent de nouveaux mots.

Beaucoup d'auteurs attirent l'attention sur les caractéristiques catatoniques des enfants : leur tendance à la persévération, à l'écholalie, les stéréotypies dans leurs dessins, etc. Wildermuth fait un parallèle entre le clivage schizophrénique de la personnalité et un état de clivage affectif que l'on peut observer chez un enfant normal quand il joue. Des symptômes de négativisme et une suggestibilité accrue sont très souvent observés dans l'enfance.

Les caractéristiques schizoïdes sont particulièrement communes et proéminentes durant ce qu'on appelle les périodes critiques de l'enfance : entre trois et quatre ans et surtout à la puberté.

Le tableau clinique de l'adolescence rappelle souvent la symptomatologie du trouble de personnalité schizoïde décrit ci-dessus. La puberté se caractérise par un retrait de la réalité, une augmentation de la vie imaginaire, une attirance pour les idées abstraites, une tendance à philosopher et à ruminer (ce que

Ziehen a appelé le stade de « l'intoxication philosophique »). Ziehen, Lange [18], K. Schneider [19] et d'autres auteurs attirent l'attention sur certains symptômes catatoniques que présente l'adolescence : une tendance à la stéréotypie, à un style fleuri et pédant, et à une structure de phrase étrange. Lange souligne la sottise des filles à cette période, leur comportement affecté et leur timidité, et le comportement grossier des garçons, leur mépris pour les conventions, leurs préoccupations tournées vers les sphères supérieures de la pensée, etc.

Les caractéristiques physiques de la période adolescente ressemblent à celles décrites dans le trouble de personnalité schizoïde : structure corporelle asthénique, traits dysplastiques, développement dysharmonique des différentes parties du corps, prédominance de la longueur sur la largeur, etc. En outre, le trouble du fonctionnement moteur est une caractéristique de ce stade : les mouvements sont maladroits et abrupts, les enfants à cette période de leur vie tendent à laisser tomber des objets, renverser des choses, trébucher, etc.

Homburger [20] discute en détail de la « crise motrice » de l'adolescence. À son avis, tous ces phénomènes sont très similaires aux perturbations des patients schizophrènes et il les attribue à une perturbation extrapyramidale qui serait passagère durant l'adolescence mais permanente dans la schizophrénie.

Cet inventaire des changements qui ont lieu à la puberté montre combien il est facile de les confondre avec des symptômes du trouble de la personnalité schizoïde. Cependant dans tous nos cas, les traits schizoïdes étaient apparus dès la prime enfance et ne pouvaient donc être expliqués en termes de caractéristiques psychophysiques de l'adolescence.

Dans le diagnostic différentiel du trouble de personnalité schizoïde, il faut aussi penser que des symptômes schizoïdes isolés peuvent être causés par des facteurs exogènes : principalement l'encéphalite avec les changements de personnalité qu'elle peut induire, ainsi que d'autres maladies cérébrales et intoxications (narcomanies).

Dans la pratique pédiatrique nous voyons aussi souvent des enfants dont la personnalité a subi des changements importants qui ressemblent au syndrome schizoïde mais qui ont été causés par des facteurs psychogènes (carence du milieu ou carence de soins). Ce groupe comprend des enfants qui ont été élevés dès leur plus jeune âge dans des institutions mal organisées, qui n'ont jamais éprouvé de soins affectueux. L'émoussement émotionnel et les explosions de négativisme sont courants chez de tels enfants. Dans la plupart de nos cas des causes environnementales ont pu être exclues sur la base d'une anamnèse détaillée : absence de facteurs pathogènes tels que pathologie cérébrale, intoxication, ou carence environnementale. En outre, les symptômes étaient constamment présents depuis la prime enfance.

Dans les cas plus sévères qui présentent de multiples symptômes de schizoïdie, la différenciation d'avec la schizophrénie peut être plus problématique. Nous avons exclu le processus schizophrénique en raison de l'absence de tout élément évolutif. Dans tous nos cas les symptômes schizoïdes avaient débuté dans la petite enfance. Leur développement s'est fait parallèlement à la croissance de leur personnalité, sans aucun signe de détérioration schizophrénique. Aucun de nos patients ne

présentait un déclin intellectuel qui aurait pu suggérer un processus schizophrénique. Tous les patients affectés ont été suivis par nous pendant plusieurs années et ont fait des progrès considérables. Le cas 1 avait de belles performances en musique et en art. Le cas 2 réussissait bien à l'école et sa personnalité a évolué vers un bien meilleur ajustement. Le cas 3 a fait de bons progrès techniques en musique malgré ses bizarreries et sa réserve.

Il n'existait jusqu'à présent aucune description du trouble de personnalité schizoïde chez l'enfant. Rinderknecht [21] commente plusieurs cas de la clinique de Bleuler qui présentaient des caractéristiques du trouble de personnalité schizoïde (tous âgés de plus de 16 ans). Tous ces patients présentaient manifestement de l'autisme, des tendances au négativisme et de fréquentes explosions hétérophréniques ou catatoniques depuis leur petite enfance. Après la puberté des tendances antisociales se développèrent. L'auteur appelle ces patients des « héboïdes criminels » et pensait qu'ils appartenaient à un sous-groupe spécial des schizophrénies avec une évolution et un état terminal de démence.

Le type antisocial décrit par Meggendorfer [22] sous l'étiquette « parathymie » ressemble aux cas de Rinderknecht. Cet auteur pense aussi que ces cas constituent un sous-groupe des schizophrénies. Comme Rinderknecht [21], Meggendorfer employait le concept de schizophrénie dans un sens très étendu.

Si l'on adopte une définition aussi large de la schizophrénie, alors nos cas pourraient aussi être considérés par certains auteurs comme présentant une schizophrénie latente ou atténuée.

Mais un tel élargissement du concept de schizophrénie est-il vraiment utile à la pratique clinique ? Est-ce que cela facilite le diagnostic psychiatrique ? Ou au contraire est-ce que cela ne conduirait pas plutôt à augmenter la confusion conceptuelle et les erreurs d'interprétation ? La question de la définition des limites de la schizophrénie est à nouveau d'actualité parce que le concept de schizophrénie est devenu monnaie courante dans le public (Ewald).

En analysant notre matériel clinique nous avons en tête que la schizophrénie est un processus de maladie incluant une nette tendance à la désintégration de la personnalité. Nos patients ne présentaient aucune caractéristique qui aurait pu suggérer qu'ils appartenaient à ce groupe.

Notre matériel clinique semble particulièrement propice à éclairer les conceptions divergentes sur le trouble de personnalité schizoïde. Les processus de détérioration schizophrénique sont plus évidents chez les enfants ; le processus de la maladie schizophrénique est plus malin dans l'enfance parce que, en plus de la destruction d'un psychisme arrivé à maturité, il y a perturbation du processus de développement lui-même. Les patients décrits plus haut sont particulièrement illustratifs dans la mesure où le développement des symptômes schizoïdes s'est produit très tôt dans leur développement, que leur état est resté stationnaire sans aucun signe de détérioration de la personnalité et qu'en outre on a au contraire constaté une amélioration régulière et progressive du développement de la personnalité.

Nos observations nous conduisent à conclure qu'il existe un groupe de troubles de la personnalité dont le tableau clinique partage certains traits de la schizophrénie mais qui pourtant est profondément différent de la schizophrénie au plan de sa

pathogénèse. Pour le moment nous ne pouvons que spéculer sur le possible substrat biologique/pathogénique de ce trouble. L'explication qui correspond le mieux aux phénomènes cliniques est que le trouble de personnalité schizoïde survient sur la base d'une déficience innée de ces systèmes qui sont aussi affectés dans la schizophrénie (mais que dans cette dernière entrent en jeu d'autres facteurs additionnels).

3. Note du traducteur

Deux autres références se trouvent dans la bibliographie de l'article sans qu'ils soient appelés dans le texte (probablement sous-entendus dans les « etc. » en fin de listes) : Claude H, Borel A, Robin AG. La constitution schizoïde. *Encephale* 1924;2:209–16 ; Claude H, Borel A, Robin AG. Démence précoce schizomanie et schizophrénie. *Encephale* 1924;3:145–51.

Certains auteurs cités dans le texte ne sont pas mentionnés dans la bibliographie. Nous ne les avons pas numérotés dans le texte.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Kretschmer E. Körperbau und Charakter: Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten [Physique et caractère : études sur les problèmes constitutionnels et la théorie des tempéraments]. Berlin: Springer; 1921.
- [2] Bumke O. Die Auflösung der Dementia praecox [La résorption de la démence précoce]. *Klin Wochenschr* 1924;3:437–40.
- [3] Wilmanns K. Die Schizophrenie [La schizophrénie]. *Z Gesamte Neurol Psychiatr* 1922;78:325–72.
- [4] Ewald G. Schizoid, Schizophrenie und Schizothymie [Schizoïdie, schizophrénie et schizothymie]. *Z Gesamte Neurol Psychiatr* 1922;77:439–52.
- [5] Ewald G. Schizoid und Schizophrenie im Lichte lokalisatorischer Betrachtung [XX]. *Monatsschr Psychiatr Neurol* 1923;55:299–306.
- [6] Kehrner F, Kretschmer E. Die Veranlagung zu seelischen Störungen [La prédisposition aux troubles mentaux]. Berlin: Springer; 1924.
- [7] Hoffmann DH, Rüdin E. Die Nachkommenschaft bei endogenen Psycho-sen. In: Rüdin E, editor. Studien über Vererbung und Entstehung Geistiger Störungen [Études sur l'hérédité et l'évolution des troubles mentaux]. Springer Vienne; 1921. p. 4–231.
- [8] Hoffmann DH. Vererbung und Seelenleben [L'hérédité et la vie mentale]. *Klin Wochenschr* 1922;1:1870–4.
- [9] Rüdin E. Über Vererbung geistiger Störungen [De l'hérédité des troubles mentaux]. *Z Gesamte Neurol Psychiatr* 1923;81(1):459–96.
- [10] Kahn E. IV. Schizoid und Schizophrenie im Erbgang. In: Foerster O, Wilmanns K, editors. Studien über Vererbung und Entstehung Geistiger Störungen [Études sur l'hérédité et l'évolution des troubles mentaux IV : hérédité de la schizoïdie et de la schizophrénie]. Berlin: Springer; 1923 [voir également, Kahn E. Schizoid und Schizophrenie im Erbgang. *Z Indukt Abstamm Vererbungsl* 1924;35(1):177–8].
- [11] Schneider A. Über Psychopathien in Dementia praecox-familien [Les troubles mentaux dans les familles de patients souffrant de démence précoce]. *Allg Z Psychiatr* 1922/1923;79:384–434.
- [12] Bleuler E. Die Probleme des Schizoïdie und der Syntonie [Les problèmes de la schizoïdie et de la syntonie]. *Z Gesamte Neurol Psychiatr* 1922;78:373–99.
- [13] Gannuschkin. Zum schizophrenen-Konstitutionsproblem [Du problème de la constitution schizophrénique] – sans référence.
- [14] Künkel FW. Die Kindheitsentwicklung der Schizophrenen [Le développement dans l'enfance des patients schizophrènes]. *Monatsschr Psychiatr Neurol [Eur Neurol]* 1920;48(5):254–72.
- [15] Kretschmer E. Das Konstitutionsproblem in der Psychiatrie [Problèmes constitutionnels en psychiatrie]. *Klin Wochenschr [J Mol Med]* 1922;1(13):609–11.
- [16] Berze J. Beiträge zur psychiatrischen Erblchkeits und Konstitution forschung [Contributions aux recherches sur les fondements génétiques et constitutionnels des troubles psychiatriques]. *Z Gesamte Neurol Psychiatr* 1925;96:603–52.
- [17] Loewy M. Dementia praecox, intermediäre psychische Schicht und Kleinhirn-Basalganglien-Stirnhirnsysteme [Démence précoce, couche psychique intermédiaire et les systèmes cervelet-ganglion de la base – lobes frontaux]. Berlin: Karger; 1923.
- [18] Lange J. Katatonische Erscheinungen im Rahmen Manischer Erkrankungen [Les phénomènes catatoniques dans les troubles maniaques]. Berlin: Springer; 1922.
- [19] Schneider K, Demers F. Les personnalités psychopathiques : “die psychopathischen Persönlichkeiten”, par le Prof. Kurt Schneider. Presses universitaires de France; 1955 [traduction : F. Demers].
- [20] Homburger A. Über die entwicklung der menschlichen motorik und ihre beziehung zu den bewegungsstorungen der schizophrenen [Les relations entre le développement moteur et les troubles moteur dans la schizophrénie]. *Z Gesamte Neurol Psychiatr* 1922;78(1):562–70.
- [21] Rinderknecht G. Über kriminelle Heboide [De l'Héboïdie criminelle]. *Z Gesamte Neurol Psychiatr* 1920;57(1):35–70.
- [22] Megendorfer F. Klinische und genealogische Untersuchungen über “moral insanity” [Études cliniques et généalogiques de « folie morale »]. *Z Neurol Psychiatr* 1921;66(1):208–31.