

ANNALES  
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA  
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

ANNÉE 1959

---

TOME PREMIER

vol. 117



## CONCLUSIONS

D'après notre expérience, le retentissement somatique de la crise est assez variable d'un sujet à l'autre sans être directement fonction de la dose employée. Les manifestations apparaissent plus rapidement lorsqu'on utilise la voie parentérale sans être forcément plus intenses.

Les signes les plus constants sont : la mydriase, les troubles vasomoteurs, les modifications du pouls, de la tension et des réflexes. Ces symptômes surviennent même chez les sujets soumis à un traitement par les neuroleptiques (réserpine, chlorpromazine, TP 21 Sandoz, lévomépromazine), alors que les modifications psychiques sont atténuées ou absentes.

Les effets somatiques majeurs sont analogues chez les sujets normaux et les malades mentaux. Cependant, quelques symptômes (asthénie, somnolence, céphalées, tremblements, bâillements, troubles digestifs) sont nettement plus fréquents chez les sujets normaux. Ceux-ci sont certainement plus sensibles que les malades à de minimes variations de leur équilibre physiologique. Il est probable aussi que la meilleure qualité de leur auto-observation explique partiellement les différences entre les deux groupes.

La psilocybine, contrairement aux autres psychodysléptiques (Mescaline, LSD 25), produit, le plus souvent, une hypotension et une bradycardie. Cette divergence contraste avec la similitude au moins grossière des effets psychiques.

**BIBLIOGRAPHIE.** — 1. A. HOFMANN, A. FREY, H. OTT, Th. PETRZILKA, F. TROXLER : *Détermination de la structure et synthèse de la psilocybine*, in 5, pages 263-267. — 2. A. CERLETTI : *Etude pharmacologique de la psilocybine*, in 5, pages 268-271. — 3. J. DELAY : Comparaison des troubles du comportement induit par les substances psychotropes avec les psychoses humaines. *Première réunion internationale de neuro-psycho-pharmacologie*, Rome, septembre 1958. — 4. J. DELAY, P. PICHOT, T. LEMPÉRIÈRE, P. NICOLAS-CHARLES : Effets psycho-physiologiques de la psilocybine. *C.R. des séances de l'Académie des Sciences*, t. 247, oct. 1958, p. 1235-1238. — 5. R. HEIM et R. G. WASSON : *Les champignons hallucinogènes du Mexique*. Edition du Muséum National d'Histoire Naturelle, Paris, 1958, p. 287-310.

**Les effets psychiques de la psilocybine et les perspectives thérapeutiques**, par MM. J. DELAY, P. PICHOT, Mlle T. LEMPÉRIÈRE, MM. P. NICOLAS-CHARLES et A.-M. QUÉTIN.

Les modifications psychiques produites par la psilocybine nous permettent de la classer parmi les drogues psychodysléptiques dont l'un de nous a précisé récemment les caractéristiques générales d'action. Les perturbations psychologiques entraînées par ce produit sont loin d'être uniformes. La susceptibilité individuelle, la personnalité préexistante, l'affection psychiatrique en cours entraînent des modifica-

tions qui donnent à chaque crise une allure particulière. Il est cependant possible de décrire une « expérience type ».

Après une phase de latence variant de quelques minutes à une heure apparaissent les premiers symptômes. Le sujet accuse une sensation de chaleur, un malaise physique. Il doit arrêter sa lecture ou ses occupations, va spontanément s'allonger, se plaignant d'asthénie ou de somnolence. On note alors une congestion faciale, une mydriase, une bradycardie, de légers troubles de la coordination et de l'équilibre, un ralentissement de l'activité motrice et verbale. Les perturbations s'installent plus ou moins rapidement ; l'euphorie domine habituellement ; satisfaction profonde, détente, contentement de soi. Il s'y ajoute souvent une subexcitation légère avec loquacité, fou-rire, besoin de mouvements. Des visions colorées et mouvantes peuvent apparaître : arabesques, cercles lumineux, visions kaléidoscopiques fascinant le sujet et renforçant son bien-être. A ces troubles s'associent des perturbations de la conscience de type oniroïde, des altérations dans la perception du temps vécu, une transformation de l'ambiance qui devient étrange et irréaliste. Le sujet perçoit des modifications dans son propre corps. Il assiste amusé ou perplexé à une sorte de jeu dont il reste l'acteur.

C'est à la faveur de ces troubles qu'apparaissent les intuitions délirantes, les révélations ineffables, les contemplations extatiques. Le sujet découvre un univers inaccessible aux autres, celui des « vérités fondamentales » et de la « beauté pure ».

Mais l'euphorie n'est pas permanente. Elle survient par bouffées qui semblent contemporaines des bouffées vaso-motrices. Elle alterne avec des moments d'angoisse plus ou moins durables, arrivant par vague et dont le sujet redoute l'apparition.

La crise dure environ 4 heures. Les troubles de conscience s'atténuent les premiers, les perturbations thymiques durent plus longtemps. On note fréquemment une période d'hypomanie et parfois l'euphorie persiste le lendemain ; mais le trouble le plus durable est l'asthénie souvent plus marquée dans les jours suivants que pendant la crise. Quant aux troubles neurovégétatifs, ils disparaissent assez vite, sauf la mydriase qui peut s'observer durant 24 heures.

Le sujet garde un souvenir assez précis de sa crise. Il peut en indiquer le déroulement, en évoquer les détails. Parfois il ne peut qu'en faire un récit fragmentaire. Certains passages sont estompés ou déformés, correspondant aux phases d'obnubilation importante de la conscience. Mais tous nos sujets ont conservé l'impression d'avoir vécu une expérience insolite et difficilement communicable.

Les sujets normaux et les malades mentaux ne réagissent pas de façon identique. Les troubles de l'humeur, les phénomènes psychosensoriels, le syndrome de dépersonnalisation sont nettement plus fréquents chez les sujets sains. On sait qu'il en est de même avec les autres psychodysléptiques (mescaline, LSD 25).

## ETUDE ANALYTIQUE DES EFFETS PSYCHIQUES

L'ensemble des effets psychiques chez les malades est reproduit dans les deux tableaux I et II.

## I. — EFFETS PSYCHIQUES DE LA PSILOCYBINE CHEZ LES SUJETS NORMAUX

L'ensemble des effets psychiques est rassemblé dans le tableau suivant (les effets sont groupés par ordre de fréquence décroissante) :

	PRÉSENT DANS	
	% DES CAS	
1. Troubles de l'attention .....	94	
2. Euphorie .....	81	
3. Extraversion .....	81	
4. Opposition .....	81	
5. Troubles de la perception du temps...	75	
6. Dysphorie .....	69	
7. Impression de bien-être, détente .....	69	
8. Désintérêt du réel .....	69	
9. Impression de malaise intérieur .....	63	
10. Dépersonnalisation .....	63	
11. Troubles de la perception de l'espace..	63	
12. Troubles du cours des idées .....	63	dont accélération .... 13
		dont ralentissement... 38
13. Vision de mouvements des objets .....	63	dont variable .....
		13
14. Rires immotivés .....	56	
15. Satisfaction esthétique .....	56	
16. Intuition délirante .....	56	
17. Subexcitation .....	50	
18. Hyperesthésie visuelle .....	50	
19. Hyperacousie .....	50	
20. Illusions visuelles .....	44	
21. Hallucinations visuelles .....	44	
22. Troubles de l'esthésie cutanée .....	38	
23. Impression de mouvement de soi .....	31	
24. Bizarrerie de l'ambiance .....	31	
25. Interprétations .....	31	
26. Réminiscences .....	31	
27. Acouphènes .....	25	
28. Hallucinations auditives .....	25	
29. Repli sur soi-même .....	25	
30. Hypoacousie .....	13	
31. Baisse de l'intensité des perceptions visuelles .....	6	

## II. — EFFETS PSYCHIQUES DE LA PSILOCYBINE CHEZ LES MALADES

Le tableau suivant rassemble les principaux signes psychiques observés (classés par ordre décroissant de fréquence) :

	PRÉSENT DANS	
	% DES CAS	
—		
1. Troubles de l'humeur .....	56	dont euphorie ..... 33
		dont dysphorie ..... 36
		dont combinés ..... 14
2. Hallucinations et hallucinoses .....	31	
3. Agitation .....	31	
4. Troubles intellectuels .....	28	
5. Dépersonnalisation .....	28	
6. Modification du contact .....	28	dont désinhibition ... 25
		dont inhibition ..... 3
7. Réminiscences .....	28	
8. Hyperesthésie sensorielle .....	17	
9. Baisse de la réticence .....	17	
10. Rires immotivés .....	17	

1) *Les modifications de l'humeur.*

Elles sont quasi-constantes chez les normaux, fréquentes chez les malades. Il s'agit parfois d'euphorie isolée s'intégrant dans des tableaux cliniques différents :

hypomanie avec loquacité, jovialité, sens aigu des situations comiques, impression subjective de richesse idéique, contentement de soi ; joie contemplative, béatitude, bien-être physique avec repliement sur soi-même, euphorie à l'état pur sans aucune motivation.

Cette euphorie est augmentée par les stimuli extérieurs auditifs ou visuels « qui accompagnent, renforcent et orchestrent en quelque sorte le bien-être ».

Nous avons, quelques fois, vu cette euphorie survenir chez les malades auparavant anxieux, réalisant une véritable inversion de l'humeur (ainsi chez une hystérique et deux mélancoliques). Néanmoins elle est le plus souvent ressentie par le malade comme franchement artificielle.

La dysphorie peut être isolée ou alterner avec l'euphorie. C'est une sensation mal explicitée de malaise diffus, d'appréhension, de perplexité.

Parfois apparaissent de véritables bouffées d'angoisse avec agitation ou concentration douloureuse.

Les modifications de l'ambiance, les impressions de transformation corporelle s'accompagnent presque toujours d'anxiété qui peut prendre chez les malades une teinte particulièrement vive.

En aucun cas, cette dysphorie n'a donné lieu à des réactions auto ou hétéro-agressives.

## 2) *Les troubles de conscience.*

Ils sont fréquents et d'intensité variable.

Dans la majorité des cas, ils restent modérés ; le sujet a du mal à fixer sa pensée, cherche ses mots, emploie un mot pour un autre, n'achève pas ses phrases, persévère longuement dans l'expression des mêmes idées. La lecture est difficile, l'orthographe incorrecte.

Le moindre stimulus extérieur exagère encore le *trouble de l'attention*. Tout est prétexte à distraction et l'intérêt ne s'attache guère qu'aux détails de l'ambiance.

*Le cours des idées* est assez souvent ralenti, phénomène que le sujet ressent comme un vide idéique mais dans les euphories de type hypomaniaque, il peut être accéléré ou variable d'un moment à l'autre.

Nous avons observé quelques épisodes *confusionnels* avec obnubilation, bradypsychie, perplexité, désorientation temporo-spatiale, et parfois même, ce qui présente un intérêt tout particulier, reviviscences sur un mode onirique de scènes traumatisantes ou de souvenirs d'enfance.

Même dans les cas où l'obnubilation semble légère, il existe des *troubles importants des structures temporelles*. L'évaluation objective de la durée est habituellement perturbée, le plus souvent dans le sens d'un allongement. Il est probable que les troubles de l'attention, l'inertie, le désintérêt pour les contingences extérieures jouent ici un rôle primordial. L'estimation subjective du temps vécu est profondément altérée, montrant bien la valeur de la distinction entre le temps objectif et social, celui de l'horloge, et le temps subjectif ou autistique correspondant au sentiment de la durée. Les dérèglements de l'humeur, les modifications de l'ambiance, les sensations de transformation corporelle, les perturbations du contact avec autrui et le monde extérieur, les modifications des afférences auditives et visuelles contribuent à donner à ce Temps Vécu une signification, un sens, une densité, un mouvement ou une fixité, parfois même un caractère d'intemporalité.

## 3) *Le contact avec le monde extérieur.*

Nous avons observé des modifications de la perception spatiale : augmentation de la profondeur du champ visuel, altération des perspectives, modifications des volumes et des formes, mais parfois c'est toute l'ambiance qui devient bizarre ou irréelle ; les objets prennent une densité extraordinaire. Ils peuvent même se charger de significations péjoratives ou menaçantes.

Dans d'autres cas le sujet peut se détacher du réel pour se replier sur lui-même. Il est accaparé par ses visions colorées ou par ses souvenirs. Son désintérêt s'accompagne d'un sentiment d'absurdité, d'ina-

nité du monde et de ses valeurs. Il oublie la présence de l'observateur ou la ressent péniblement. L'expérience vécue lui apparaît comme incommunicable et l'incompréhension du médecin est perçue tantôt avec une résignation amusée, tantôt avec irritation. Souvent, il en résulte un comportement d'opposition, mais souvent aussi, à la fin de l'épreuve, le sujet éprouve un besoin très vif de raconter l'expérience et de parler de lui-même.

4) *Le comportement varie beaucoup au cours de l'expérience.*

Tantôt le sujet est subexcité, déambule dans la pièce, tapote sur les murs, manipule les objets, éclate de rire sans raison apparente ou pour des motifs futiles. Tantôt, au contraire, il est hypotonique, prostré, ses mouvements sont lents et peu nombreux ; il se fixe dans une attitude presque catatonique.

5) *Les phénomènes psychosensoriels.*

Ils constituent un des aspects les plus spectaculaires de l'expérience mais sont loin d'être constants.

C'est dans la *sphère visuelle* qu'ils sont le plus remarquables. La coloration des objets, des ombres de la lumière se modifie, l'intensité des teintes varie d'un moment à l'autre par bouffées qui semblent parallèles aux modifications de l'humeur et aux perturbations vasomotrices. Les sujets insistent sur le caractère nouveau de ces perceptions : pureté, intensité, brillance « jamais rencontrées » jusqu'alors. Ils en tirent une jouissance esthétique et ils leur attribuent une valeur affective, le plus souvent de douceur et de bienveillance, voire de générosité.

*Les illusions* consistent en modifications des contours et des angles, transformations des volumes, des visages. La plus fréquente de ces illusions nous paraît être l'impression de mobilité des objets, « les portes s'ouvrent, l'armoire ou le matelas respirent ». Il s'agit en effet très souvent de mouvements lents et rythmiques.

*Les hallucinations et les hallucinoses visuelles* ne sont pas plus fréquentes dans l'obscurité que dans la lumière mais elles apparaissent surtout lorsque le sujet cligne ou ferme les yeux. Elles sont très souvent mobiles, variables dans leur coloration et leur intensité, elles fascinent le sujet qui prend un plaisir évident à les contempler.

Il s'agit de cercles, d'arc-en-ciel ou d'arabesques colorées, d'images kaléidoscopiques variées aux tonalités chaudes, parfois de motifs décoratifs rappelant « les tapis d'Orient, les dessins mexicains », parfois des figures plus organisées, lettres, mots écrits à l'envers, paysage, tête de Christ...

*Les manifestations auditives* ne sont pas rares :

surtout l'hyperacousie qui peut prendre une tonalité agréable, l'audition de certains bruits renforçant l'euphorie ;

les acouphènes à type de sifflement et de bourdonnement :

les phénomènes illusionnels et hallucinatoires (bruits de cloche, de coquillages, vol de moustiques, pétilllement d'un feu, rumeur d'un marché) sont loin d'être exceptionnels.

Signalons la possibilité de *synesthésies audio-visuelles* chez certains sujets où l'audition d'un bruit déclenche des visions colorées ou des scènes oniriques.

*Les manifestations gustatives* peuvent s'observer. Signalons la possibilité des troubles du goût, hypoesthésie ou dysesthésie, modification de la saveur du tabac.

#### 6) *Les transformations corporelles. La dépersonnalisation.*

Les perceptions cénesthésiques sont profondément altérées. Le sujet se sent rétréci, tassé ou agrandi. Il a l'impression de voler, de flotter, d'être bercé et même assez souvent de partir en arrière. Parfois ses extrémités seules lui semblent étranges, ses mains sont lointaines, bizarres, comme séparées de lui.

Deux fois le sujet exprimait des sentiments de dévitalisation confinant à la négation d'organes.

Les phénomènes de dépersonnalisation sont fréquents. Le sujet normal se sent dédoublé, se regarde jouer un rôle, s'entend rire ou parler. Il évoque spontanément l'idée d'une pièce de théâtre aux décors irréels dans laquelle il serait à la fois acteur et spectateur, les humains qui l'entourent ne sont pour lui que des marionnettes.

#### 7) *Constructions délirantes.*

Elles sont très fréquentes chez les sujets normaux (2/3 des cas). Elles s'imposent à eux par leur évidence même s'ils en tentent une critique immédiate :

interprétation péjorative des mimiques et des gestes de l'entourage considéré comme hostile ;

interprétation des transformations de l'ambiance appréhendées comme menaçantes. Le sujet peut conférer aux objets un pouvoir magique, des intentions bienveillantes ou malveillantes ;

rapprochement entre la situation actuelle, les états affectifs antérieurs, dont l'identité apparaît au sujet d'une évidence immédiate. Découverte de coïncidences bizarres, de significations jusqu'alors cachées, création d'un système cosmologique.

#### 8) *Réminiscences.*

Il est remarquable que la drogue paraisse stimuler la « mémoire affective ». C'est un des aspects les plus intéressants parmi les effets de la psilocybine. Les stimuli sensoriels, en particulier auditif, font surgir, par une résonance affective, des souvenirs d'enfance, des faits



traumatisants plus récents. Il s'agit parfois de simples *réminiscences* où les scènes sont remémorées dans le même contexte émotionnel ou elles avaient été primitivement vécues. Mais parfois il s'agit de véritables *reviviscences*, le passé est vécu comme présent, le monde extérieur s'évanouit. Dans quelques cas le sujet donne à l'observateur le rôle des personnages importants du souvenir.

#### *Conclusion et perspectives thérapeutiques.*

L'ensemble des résultats que nous avons rapportés nous permet de classer la psilocybine parmi les drogues psycholeptiques, c'est-à-dire celles qui sont susceptibles de déterminer une « psychose artificielle » avec distorsion dans l'appréciation des valeurs de réalité et déviation délirante du jugement. La comparaison avec les effets des autres drogues du même type est assez malaisée. Il nous semble cependant que la mescaline est plus hallucinogène, le LSD plus dépersonnalisant. Quant à nous, le véritable intérêt de la psilocybine nous paraît lié à ses possibilités d'utilisation thérapeutique. La levée des réticences, l'évocation sur un mode cathartique de souvenirs oubliés, l'abréaction émotionnelle qui l'accompagne permettent une exploration plus profonde de la personnalité. Mais elles contribuent également à créer entre le malade et le médecin un contact affectif qui a une grande importance si une psychothérapie ultérieure est décidée. Nous publierons ultérieurement nos résultats mais nous pouvons déjà affirmer qu'il est possible d'utiliser, dans une perspective thérapeutique, les bouleversements psychologiques produits par la crise due à la psilocybine.

#### DISCUSSION

M. SUTTER. — Les faits qui viennent d'être rapportés nous donnent de nouveaux et précieux renseignements sur les corrélations entre les formules chimiques des produits médicamenteux et leurs effets psychologiques. Il est en effet remarquable de constater, en regard de différences chimiques parfois considérables et d'effets physiologiques qui, eux non plus, ne sont pas superposables, la quasi-similitude des réponses psychologiques.

Certes, le noyau indolique paraît avoir un pouvoir psychodysléptique assez remarquable, mais il ne figure pas, par exemple, dans la formule des alcaloïdes actifs du haschisch et l'on sait que des expériences du type « hallucinogène » peuvent être provoquées par les produits les plus divers (salicylate de soude, primiclone, association phénergan-dolosal, etc.).

Cet apparent paradoxe s'explique sans doute par le fait que les produits utilisés agissent, non point par imprégnation directe des structures nerveuses, mais en interférant dans le métabolisme d'une substance de grande importance pour le fonctionnement neuronal : adrénaline, ou plus vraisemblablement sérotonine.

M. LEYRITZ. — Il semble *a priori* que la phosphorylation du noyau indol doit entraîner une augmentation de sa valeur énergétique et vraisemblablement, de ce fait, un effet psychotonique.

M. MINKOWSKI. — Il n'est guère possible d'indiquer dans une brève intervention toutes les données intéressantes qui viennent de nous être pré-

sentées. L'attention est attirée par exemple par « l'hyperacousie agréable » qui sort de l'ordinaire, si l'on peut dire, en ce sens que, dans la clinique courante, l'hyperacousie constitue une expérience pénible, accompagnée d'habitude d'angoisse.

La discussion de la façon dont est vécu le temps au cours de ces expériences se situe dans le prolongement de celle qui a suivi l'auto-observation que nous a présentée M. Jean Delay à l'une de nos précédentes réunions. J'ai retenu, de l'exposé d'aujourd'hui, surtout les variétés concernant la manière de vivre le passé, tantôt sous forme d'une simple réminiscence, tantôt « comme s'il était présent ». Des données de cet ordre nous ramènent à la phénoménologie du temps vécu en général, et du passé en particulier. Nous pouvons, certes, réciter une leçon apprise et à cette occasion constater, le cas échéant, des défaillances de la mémoire.

Mais nous pouvons aussi revivre le passé, ou encore vivre dans le passé, comme d'autre part nous pouvons prendre conscience, en dehors de tout souvenir précis, du mouvement que la vie dessine vers le passé, allant se perdre dans la brume des temps. C'est dire jusqu'à quel point le passé, comme le présent et l'avenir du reste également, ne saurait être conçu sous une forme linéaire, si l'on peut dire, mais comporte des aspects différents.

#### Quelques observations de psychoses nuptiales chez des musulmans d'Algérie, par MM. J.-M. SUTTER, R. SUSINI, Y. PÉLICIER et G. PASCALIS.

Les accidents psychiatriques qui éclosent à l'occasion du mariage ne sont probablement pas exceptionnels. Cependant nos recherches, assez sommaires il est vrai, dans la littérature psychiatrique des dernières années, ne nous ont permis de trouver aucun travail d'ensemble qui leur ait été consacré. C'est pourquoi nous avons jugé utile d'attirer l'attention sur leur grande fréquence chez les musulmans d'Algérie et d'en rapporter quelques observations.

On trouve sans peine une première explication de cette fréquence dans certains traits des coutumes matrimoniales qu'il nous faut brièvement rappeler.

La polygamie est sans doute l'aspect le plus critiqué du mariage musulman. C'est cependant le moins important du point de vue qui nous occupe. Certes le Coran autorise le croyant à contracter quatre unions simultanées ; cependant le Prophète ajoute : « si tu crains d'être injuste, ne prends qu'une épouse », et la tradition rapporte qu'il interdit à Ali, marié à sa fille Fatma, de prendre une seconde femme. Les pays musulmans les plus évolués ont interdit la polygamie. En Algérie, elle est assez peu répandue : en 1948, on estimait à 2 % le nombre des polygames, et sur les 39.000 qui étaient recensés, on n'en comptait guère que 2.000 ayant plus de deux épouses.

Beaucoup plus graves apparaissent les mesures qui restreignent ou suppriment le libre choix et le consentement des époux. *Le mariage forcé* résulte du Djeben : droit du père à contraindre au mariage sa fille même impubère. Sauf au Mزاب, un tel mariage n'est pas consommé avant que la fille soit nubile ; ce sont des considérations financiè-