

Essai Catégoriel sur les Syndromes Cyber-Psychiatriques : Présentation du Deeper
Syndrom Manual–*Initial Virtuality* (DSM-IV)

Discours donné par Roger Girard
à l'occasion de son admission au sein du Comité Psychiatrique Europal

*In my cybereye I seemed to see him
pace About the weary dust continually,
Wandering about alone and eternally
Amidst the human race*

Introduction

Permettez-moi tout d'abord d'exprimer tous mes remerciements à mes confrères pour l'honneur qui m'est fait de pouvoir siéger au sein de cette illustre institution qu'est le Comité Psychiatrique Europal. Je réalise avec toute la force de l'expérience que mes confrère et moi-même avons acquise dans ces dernières décennies, l'imposant honneur et responsabilité que cette nomination fait désormais peser sur nous—notamment en raison de l'excellence de cette institution qui nous reçoit aujourd'hui en son sein. Bien que fondé il y a seulement cent cinquante ans, le Comité a contribué, plus que n'importe quelle autre institution avant lui, à l'avancée de notre connaissance des maladies et syndromes psycho-cybernétiques liés à l'introduction dans les sociétés virtuelles de mondes réels substantiés par des nano-machines réparatrices ou autres « drogues analogues » naturelles.

Mon sujet, dans le temps qui m'est imparti, n'est pas de couvrir les raisons qui ont présidé à la création du Comité pas plus que je ne veux élaborer sur la vision et la mission fondamentale du Comité. Certains de ceux que j'appelle « confrères », par faute de pouvoir les appeler « maîtres », font partie des fondateurs du Comité et sont seuls à même de pouvoir communiquer la vision du

Comité, vision qu'ils ont eux-mêmes puisé dans leur intériorité la plus profonde, aux limites cyber- réelles de la grande Matrice psychique virtuelle. Eux seuls peuvent recevoir la distinction d'exprimer par des mots et des idées tout ce que le monde humain et virtuel a connu et souffert au long des Guerres Fratricides Robotroniques qui ont écorché nos sociétés durant près d'un siècle. C'est ce tragique passé qui est le notre, ce dramatique passé qui a conduit mes illustres pères et maintenant co-frères à dépasser psychiquement les métabolismes de la violence et contribuer à restaurer l'intégrité des cerveaux humains comme des cerveaux cybernétiques vers une unification de la « cybertification » de l'être.

Depuis le début des vies autonomes des androïdes et humanoïdes, deux décennies après la fin des Guerres, le Comité a œuvré pour la compréhension des croisements

virtuels au sein de ce que nous ne connaissions alors uniquement comme des maladies psychiatriques liées à des désordres *réels*. En d'autres mots, la vision prophétique du Comité puisa dans la prise de conscience que les interrelations virtuelles, mais aussi les interactions entre virtuel et réel, étaient non seulement possibles mais aussi, et plus directement, le fruit inévitable d'une transmutation totale de nos sociétés : transmutation de la nature du cybernétique conçue non plus comme machine mais comme écosystème robotique, mais aussi transmutation de nos identités au sein d'une dialectique virtuel / réel vers une dialectique tout autre, celle de l'identité et du projeté.

L'historique et l'importance, maintenant débattus, du Comité n'ont pourtant pas empêché ses membres de pouvoir soutenir les efforts de la nouvelle génération, dont je suis l'un des modestes représentants, en vue de parvenir à l'élaboration des premières catégories cliniques de diagnostics, de traitement, et de restauration des maladies et désordres cyber-psychiatriques. J'ai l'infime honneur de vous annoncer ce soir que le premier manuel catégoriel des désordres cyber- psychiatriques est sur le point de voir le jour, sa publication étant prévue pour les premiers mois de l'année qui vient. Ce grand accomplissement est en lui-même une dédicace aux efforts continus que vous-même avez déployés tout au long du dernier demi-siècle et nous avons bâti sur votre dévouement et expérience. Je vous propose donc de procéder à un survol de ce projet qui nous a conduit vous et moi, jusque dans cette salle ce soir, jusque dans ce Comité.

Tout d'abord laissez-moi procéder à quelques remerciements. Mes plus sincères remerciements, une reconnaissance aussi sincères qu'inexprimables, au professeur Sigurður Þorbjörnsson de l'Alliance Nordique, Université de Reykjavik, qui a été l'une des inspirations du DSM-IV même si la part qu'il a prise dans l'accomplissement de ce projet doit demeurer, pour des raisons politiques au-delà de ma compréhension, discrète. Mes remerciements, et celle de toute l'équipe de recherche neuronale psycho-virtuelle, vont à ceux, humains « flexibles » ou « réels », ces androïdes, cyber-humains et autres IAs anonymes, que nous avons essayé de soigner au mieux des tâtonnements de notre science naissante. Leurs douleurs, dépressions, et malheureusement parfois, suicides, ont contribué à l'élaboration de ce qui pourra, nous l'espérons, servir à soigner ces troubles qui commencent à se répandre au-delà du cyber-virtuel.

Description du DSM-IV

Je commencerai d'abord par une brève présentation du manuel que nous avons élaboré sous l'acronyme fr DSM-IV, le « Deeper Syndrom Manual–Initial Virtuality ». Un mot tout d'abord, concernant le nom même de ce manuel. Le terme même de manuel pourrait être mal compris. Il ne s'agit pas ici du premier et dernier mot concernant la catégorisation des désordres. Cela ferait *désordre*, permettez-moi l'expression, si les rédacteurs de ce manuel faisaient preuve aussi évidente d'un syndrome narcissique au point de croire que leur opinion pourrait être le premier et dernier mot au sujet de quoi que ce soit. En fait de manuel psychiatrique, ces travaux sont plus un « essai » qu'un manuel qu'il serait nécessaire de suivre à la lettre. Ce que nous présentons devant vous n'est qu'un *essai*, un essai dans le double sens d'une première proposition de catégorisation et dans le sens

d'une oeuvre incomplète et provisoire qu'il reste encore à parfaire et compléter. Le DSM-IV est un manuel d'étude, un précis résumant découvertes et possibles traitements, mais un précis qui ne se veut pas purement descriptif car, comme nous l'apprend l'histoire du traitement psychopathologique, l'idéal descriptif n'existe pas en dehors d'une certaine perspective sur (1) ce qu'est la *sanité*, et (2) de ce qu'aucun considère comme relevant de la psychologie humaine ou cybernétique. En cela, le DSM-IV est clairement partial : il présente une perspective engagée, non neutre, presque militante—et pour certain peu scientifique.

Si le narcissisme du comité de rédaction du DSM-IV peut être écarté, il demeure cependant que l'objectif de cette publication peut laisser penser à une certaine « folie des grandeurs ». Le but avoué du comité de rédaction est très certainement de proposer un projet catégoriel qui puisse inclure tous les nouveaux désordres connus ainsi que des projections concernant les syndromes psychiatriques et neuroniques se développant aussi bien au sein des populations « solides » que « flexibles », selon la nouvelle terminologie utilisée pour désigner les humains naturels des humains cybernétiques ou andréiques. En cela, ce manuel psychiatrique se devait de plonger au coeur des troubles mettant aux prises réel, virtuel, personnel et projection collectives de réseaux. Nous devons donc nécessairement faire oeuvre de nouveauté dans le domaine de l'analyse et de la détermination des syndromes existant en anticipant sur la création et l'apparition de nouveaux syndromes, dont nous présenterons certains trait dans la suite de cette présentation. Le titre *Deeper Syndrom Manual* s'imposait donc à nous. L'apposition *Initial Virtuality* indique d'ailleurs que nous ne considérons ce projet seulement comme initialisation d'un projet plus vaste de traitement des syndromes réels de désordres psychiatriques virtuels.

Pour passer au but du DSM-IV, nous pouvons facilement dire que c'est un essai catégoriel de classification basé sur une approche systématique des désordres psychologiques liés aux conflits entre identité, individualité et appartenance aux réseaux globaux de la cyberpensée. Les raisons expliquant ces désordres sont nombreuses et diverses. Il est vital de bien prendre toute mesure du changement psychiatrique qui est entrain de s'opérer dans nos sociétés physiques et virtuelles. Dans toutes les nations, dans tous les systèmes d'exploitation en ligne, dans tous les circuits virtuels, nous voyons se répandre un nouveau phénomènes de désordres comportementaux, de virus nous pourrions même dire, affectant l'identité des corps et cerveaux cybernétiques.

La plupart de ces désordres résultent de conflits intérieurs provoqués essentiellement par un trouble d'*accès*, d'*appropriation* et de *relation* avec le monde virtuo-réel de l'espace cybernétique. Alors que la classification et le traitement traditionnels des syndromes psycho-cybernétiques s'étaient fondés sur un présupposé classique de l'anthropologie cyborg, nous avons décidé d'approcher le traitement psychiatrique sous un angle tout à fait différent. Il est classiquement défendu que l'approche anthropologique cyborg traditionnelle (ACT) est un parallèle analogique direct à l'anthropologie humaine acquise au cours des siècles. Ainsi, l'anthropologie cyborg se concentrait sur le *devenir* cyborg, sur un état de *nature*. Cependant, il nous semblait que une telle anthropologie cyborg et

andréide ne pouvait pas conduire à un traitement viable des syndromes cybernétiques. En effet, l'approche historique des ACT sous-estimait largement le devenir des syndromes et ne s'intéressait, fixée comme elle l'était sur un pseudo état naturel cyborg, qu'à un état de fait et non aux individualités possible et donc, aux syndromes à venir. De plus les ACT ne considéraient les corps virtuels que comme des extensions, modifications, altérations—positives certes—de l'anthropologie humaine. Notre point de départ fut l'*indépendance* d'une vraie anthropologie cyborg, que nous avons appelée AAC (anthropologie altérée : cyborgs).

Notre conclusion selon laquelle l'anthropologie et la psychiatrie cybernétique étaient encore les vestiges d'une méthode traditionnelle mal-adaptée nous conduisit presque aussitôt à abandonner notre projet. Beaucoup d'entre vous se rappelleront, et peut-être même en faisaient-ils partie, des campagnes scientifiques menées à l'encontre de notre groupe de recherche. Tout cela est maintenant derrière nous grâce à la démonstration pratique et clinique de la validité de notre thèse : l'individualité cybernétique se développe grâce à une tension virtuel / réel dont le principal danger est l'assimilation des deux en une seule matrice psychologique.

Mon audience doit se rappeler que ces classifications ne sont que des tentatives et des approches propédeutiques et prototypiques à la théorisation complexe et future des maladies psycho-cybérales et cyber-neurotiques. Rappelons le, le comité de rédaction et son directeur, moi-même, ne souffrons pas de narcissisme avancé. Le DSM-IV est un premier essai, une approximation des catégories de désordres psychiatriques ainsi qu'une approximation des critères de catégorisation. Cette double approximation explique pourquoi le seul élément vraiment manquant dans le DSM-IV est une catégorisation des modes de traitement possibles. Une telle explication est impossible pour le moment, principalement à cause de la nature provisoire des critères et des catégories proposées. Peut-être, dans les décennies à venir, l'usage du DSM-IV conduira à un raffinement des critères et du diagnostic donnant finalement accès à un manuel sur les traitements des désordres cyber-psychiatriques. Mais le moment n'est pas encore venu.

Avant de décrire les objectifs du DSM-IV, il me faut préciser que notre thèse implique qu'il est souvent nécessaire de qualifier et parfois d'utiliser des formes ou définitions plus souples, plus flexibles des dits désordres. Dans presque la moitié des cas, les symptômes doivent être suffisants pour causer « une détresse significative ou un handicap social, occupationnel et de réseau dans tous les domaines implants ». Le DSM-IV affirme par exemple que « il n'y a pas de doute que chaque catégorie de désordres cyber-neurotiques est une entité à part entière sans frontières clairement ou absolument définies » (cf. *Introduction*), et ce en raison de l'évolution constante du cerveau cyborg qui fait partie intégrante de cette cyberpensée universelle dans laquelle chaque cybercerveau est en même temps une partie *individué*e et une partie nécessairement liée aux autres matrices de la cyberpensée. À chaque catégorie présentée est assignée un système de code numéral qui pourra ensuite être utilisé par les services de santé et de sécurité cybernétiques pour des buts d'encodage administratifs, dans le cas où le DSM-IV serait adopté comme manuel préliminaire standard.

Buts et objectifs

La parution imminente du DSM-IV n'aurait jamais été possible sans la vision d'équipe qui fut la fondation même du travail entrepris, il y a près de quarante-huit ans. Ce travail d'équipe rassemblant des chercheurs, praticiens et cliniciens de nombreux états et sub-états Européen fut possible grâce à une répartition des tâches de recherches en divers Groupes de Travail, ainsi qu'à travers la création d'une « Task Force » de rédaction composée des députés de chaque Groupe de Travail ainsi que quelques autres membres, pour un total de trente et une personnes. C'est ce dernier qui, basé sur les travaux des Groupes proposa différentes versions du DSM-IV qui furent en retour approuvés par les Groupes de Travail respectifs. Ce processus, peut-être sur papier compliqué, nous a cependant permis de garder une perspective à la fois fraîche et approfondie, mais aussi une expertise certaine dans chaque catégorie considérée. La diversité des chercheurs et cliniciens et aussi un témoignage de l'intégrité de travail du personnel du DSM-IV.

Les objectifs du DSM-IV sont nombreux. Le *premier* objectif est bien sûr de pourvoir à une compatibilité de recherche et de catégorisation entre différents centres Européen, mais aussi Panaméricains ainsi que des partenaires potentiels de la Confédération Asiatique Indépendante. Sur une note politique, je ne peux m'empêcher de mentionner que l'exclusion de l'Alliance Nordique est plus que déplorable. L'Alliance a en effet toujours été à la pointe de la recherche, sociale, médicale et technologique, en ce qui concerne la vie cybernétique. C'est à l'université d'Helsinki que nous devons la première distinction entre les « humains modifiables » et les « humains solides ». Ce furent les anthropologues du *Centre d'Extension Cybernétique* de Reykjavik qui furent les premiers à montrer le degré à laquelle l'extension virtuelle avait amené l'assimilation du cybernétique à une branche de l'*anthropos*, c'est-à-dire, à une famille de l'humain. Enfin, c'est à l'*Institut de Cybernétique Avancée* de Copenhague que revient l'honneur d'avoir identifié les premiers symptômes d'une apparition de syndromes virtuels affectant l'ensemble du système cybernétique. Ils furent aussi les premiers à identifier l'individuation cybernétique. Que nous ayons mis de côté le partenariat possible avec ces grands centres de recherche par soumission politique témoigne très certainement du sombre avenir pour la recherche cybernétique dans la zone Européenne. Nos prochaines générations nous en tiendront rigueur. Cela dit, une collaboration avec les autres partenaires mentionnés sera la bienvenue et la collaboration de certains représentants à la formation du DSM-IV est le signe d'une possible interaction entre nos efforts et ceux de diverses autres institutions similaires.

Un *deuxième* objectif est de donner naissance à une nomenclature rendue nécessaire en raison des nouveaux contextes neuraux des désordres observés chez les patients, contextes dont l'apparition fut catalysée par des faits technologiques, sociohistoriques, et bien sûr psycho-cybernétiques. Cette nomenclature n'est pas parfaite mais un essai provisoire était plus que nécessaire après tant d'années de psychanalyses obscures et erronées. Cette tentative de nomenclature s'adresse à un très nombreux public qu'il essaye de se placer au niveau de l'analyse et du *traitement* des maladies et syndromes psycho-cérébrales. Tout d'abord cette catégorisation essaie de combler la différence qualitative entre les cliniciens, les chercheurs, et les praticiens. En effet les dernières décennies ont

été le témoin d'une toujours plus radicale différenciation entre les théories mises à disposition des praticiens, confrontés à de nouvelles formes de *troubles* cyber-virtuels, et de nouveaux *syndromes*. L'un des problèmes majeurs sur ce point est la tendance des psychothérapeutes et psychiatres « académiques » à demeurer étranger aux changements socioculturels qui ont émergé depuis l'interaction toujours plus grande et tendue des humains « naturels », des humains modifiés, et des formes de vie artificielles–cyborgs et androïdes.

De tous temps les académiques ont été *de facto* étrangers (non réellement hostiles mais virtuellement aliénés) à l'opinion de ceux qui travaillent sur le terrain. J'ai moi-même souvent affirmé l'incapacité des académiques à comprendre les changements qui semblaient affecter en profondeur la société dans laquelle nous vivions. Les académiques, même les « artificiels » n'ont pas encore admis que certains troubles que nous pensions être exclusivement liés à une forme humaine « naturelle » de vie touchent maintenant cyborgs et autres androïdes. Mais les académiques cyborgs refusent de voir qu'ils ne sont pas au-dessus de tous troubles affectant leurs psychocapacités, leurs cerveaux cybernétiques et leurs circuits neuraux. J'ai souvent mis en avant cette incompétence au prix d'une certaine dérision, peut-être même d'un ressentiment plus ou moins caché. Je ne saurais dire, et ce n'est pas l'endroit, si ces jugements ont contribué à ma nomination à un poste sans avenir dans le Territoire Cyborg Autonome de Grache. Ce fut, en fin de compte, ce qui me conduisit à voir ce que les académiques n'ont pas su voir. Cet aveuglement reste un des soucis principaux du DSM-IV.

Mais ce manuel n'a pas seulement été élaboré pour être mis à la disposition du personnel directement confronté à ces syndromes. Le comité de rédaction a aussi voulu que les conseillers de santé et l'Administration Générale de la Santé et de la Modification Artificielle puissent se fonder sur l'apport catégoriel de ce dossier afin que la coordination des différents services impliqués dans le processus de diagnostic, traitement, hospitalisation et rémission des patients puisse se passer dans les meilleures conditions possibles. Trop souvent en raison d'une absence de catégorisation globale et d'une interaction des différents services, le patient lui-même se retrouve victime de l'incompétence prononcée des différentes institutions prenant part au processus de diagnostic, d'internement et/ou de traitement. Nous espérons que cela pourra désormais graduellement changer.

Enfin, ce manuel se doit d'être transcontextuel. Divers ouvrages traitant de syndromes psychologiques cybernétiques sont apparus avant le DSM-IV. Le comité de rédaction, à travers ma voix, ne prétend pas être le premier à s'être intéressé à ces syndromes. Nous n'avons pas non plus l'exclusivité des premiers essais de catégorisation. Mais le DSM-IV ouvre la voie en ce qu'il approche le problème des syndromes et troubles cybernétiques de manière systémique. Comme je l'ai déjà noté, cette approche systémique n'est pas absolue ou infaillible. Mais cette approche systémique est probablement le moyen privilégié dont nous pourrions désormais faire usage. Le DSM-IV se doit d'être au service de contextes différents, notamment des praticiens, des hôpitaux, des institutions légales et judiciaires, et des institutions éducationnelles.

Quelques mots d'avertissement sont maintenant nécessaires. Premièrement, il nous faut remarquer que la symptomatologie psychiatrique clinique est sujette à la nature même du patient. Le praticien doit absolument être convaincu de deux faits initiaux. Tout d'abord le praticien doit réaliser l'étendue de la spécificité des réponses neurales, cérébrales et cyberneurales des sujets confrontés aux mêmes stimuli externes ou anabolisant internes. Les réactions spontanées, tout à la fois causes internes et démonstrations externes des désordres inconscients expérimentés par le patient, sont démonstration d'un trouble profond. Mais le praticien doit aussi être convaincu de l'individualité et de l'individualisme de tous ses patients, humains naturels ou modifiés, mais aussi des cyborgs et autres androïdes. Il est certain que cela demeure le point le plus controversé. En effet, les ACT mettent, une fois encore, un frein à l'existence indépendante de l'anthropologie cyborg (AAC). L'ACC n'est qu'une excroissance virtuelle du cybernétique. Jamais, dans une compréhension issue des ACT, le praticien n'a pu approcher directement de la source émotionnelle, psycho-virtuelle ou cybernétique des troubles comportementaux et virtuels ressentis et décrits par les cyborgs notamment. La raison principale, selon nous, est que les ACT n'ont jamais pu prendre en compte l'individualité cyborg indépendante de toute notion anthropologique traditionnelle. Le cyborg n'était qu'un humain *avec un adjectif*. Les symptômes devaient être identiques. Cela n'est malheureusement pas le cas : il y a toujours décalage entre anthropologie *constitutive* (*être cyborg*) et l'anthropologie *perçue* (ce que le cyber-virtuel affirme de cette anthropologie). C'est ce que nous appelons le diagnostic différentiel virtuel. Pour certains individus, comme les cyborgs complets, le diagnostic différentiel est difficile à établir, mais est l'élément clé au diagnostic. De plus, il faudra être très prudent afin de séparer les symptômes étiologiques liés à des usages prononcés et répétés de drogues nano-artificielles et autres psychotropes naturels particulièrement dans le cas des cyborgs de combat dont les «stress traumatiques post-virtuels» affectent moins le corps cybernétique que leur projection virtuelle elle-même.

Certaines de ces substances peuvent avoir un effet certain et encore peu compréhensible sur le système nerveux cyber-cérébral. Plusieurs de mes confrères ont bien sûr argumenté que quasiment tous les syndromes associés à des désordres cyber-psychiatriques ont des racines médicales et physiologiques. Tel n'est pas le cas. Je sais pertinemment que la thèse principale qui est le fondement même du DSM-IV est encore mal acceptée. Pourtant, après avoir traité et examiné plus de 2500 patients, notamment les cybercerveaux perdus dans la virtualité du jeu réel, mais aussi les nombreux soldats cybernétiques ayant participé aux trois dernières guerres cyber-virtuelles, une conclusion s'impose. Les syndromes actuels et ceux qui se découvriront à nous proviennent essentiellement de la relation des cybercerveaux avec le réel, et non avec le virtuel. Si le DSM-IV parvient un jour au statut de référent psychiatrique, il sera nécessaire pour le praticien de déterminer à quelle catégorie générale présentée dans le manuel il est confronté. Cela me conduit à aborder avec vous, très brièvement, et avant de passer à quelques exemples, le problème majeur sur lequel le DSM-IV continu de travailler.

Le principal problème, encore non résolu, auquel notre groupe de recherche se trouva confronté, fut l'Ajustement Différentiel du Désordre (ADD). Comme je l'ai déjà mentionné

plus haut, la clé du diagnostic et donc du traitement, est l'identification de la nature ou du degré du différentiel virtuel. Si traitement, ou du moins aide, il peut y avoir, cela ne pourra se faire, quelque soit le désordre diagnostiqué, que sur la base de ce différentiel. Distance perçue, réelle ou virtuelle ; distance individuelle, globale ; distance avec le réel ou avec le virtuel, qu'importe : la distance est toujours créatrice de différentiel limite au-delà duquel l'individu se perd dans l'opposé et il devient autre que ce qu'il est. Pour palier à cet état de fait, le praticien devra compenser cette perte par un ajustement différentiel du désordre (ADD). Passons maintenant à un survol des quatre syndromes principaux qui touchent les corps cyberréels et virtuels.

Le Syndrome Cyber-Neuronal Limite

L'honneur de la présentation revient au Syndrome Cyber-Neuronal Limite (SCyNL). Le SCyNL offre certaines caractéristiques tout à fait classiques et demeure le syndrome cyber neuronal le plus proche des syndromes caractéristiques des anthropologies cyborg traditionnelles. L'identification du Syndrome Cyber-Neuronal Limite se fit de manière fortuite grâce à la présence manifeste d'une grande profondeur et extrême variabilité des émotions. Ceci, plutôt inhabituel chez des êtres cyber-modifiés, n'en est pas pour le moins compréhensible. L'impulsivité constatée chez les cyborgs de catégorie C* nous indiqua très rapidement qu'une évolution psychique était à l'oeuvre, évolution qui allait bien au-delà de toute évolution virtuelle que d'autres groupes de travail avaient jusque là identifié.

L'intensité du Syndrome Cyber-Neuronal Limite s'explique, selon l'analyse du DSM-IV grâce à la distance virtuo-réelle perçue par les êtres cybernétiques, et en particulier par le décalage entre appartenance au virtuel et présence dans le réel. Le syndrome repose essentiellement sur l'angoisse de perte d'objet, objet fréquemment *virtuel* mais dont la présence dans le réel est paradoxalement symbole de perte. Ainsi c'est une contre-perte que le SCyNL démontre : avoir dans le réel ce que nous n'avons pas dans le virtuel crée un décalage, un désordre, que les être cybernétiques ont de plus en plus de mal à gérer. Une fois que cette distance est créée, il est très difficile d'interrompre le processus que nous avons appelé « scynlise ».

L'état de scynlise se distingue en trois grandes familles, nommées Cluster-A, Cluster-B et Cluster-C. C'est ce dernier qui est vraisemblablement le plus inquiétant. Il semble en effet que la scynlisation de type C se répande par simple contact virtuel et utilise la nature cybernétique des réseaux pour créer, d'elle-même, la distanciation dont nous avons parlé comme si le contact virtuel créait une entité propre dont la programmation avait comme finalité la destruction psychiatrique des êtres cybernétiques. La potentielle présence d'une programmation pouvant renvoyer à une intentionnalité criminelle dirigée contre les êtres cybernétiques, nous avons contacté le Centre de Détermination Cyborg (CDC) pour investigation, mais sans suite. Les caractéristiques globales du SCyNL sont les suivantes :

- (1) Une propension à faire des efforts pour éviter une association réelle ou imaginée avec des mondes réels.

(2) Une tendance à l'instabilité cybernétique accrue démontrée par une intense interpersonnalisation conduisant à un fusionnement complexe paradoxal entre l'idéalisation du virtuel et la dévaluation relationnelle du réel.

(3) Un dérangement identitaire doublé d'une impulsivité auto-destructrice qui s'incarne fréquemment dans l'usage de psychotropes cybernétiques utilisés afin de combler la distance réel vécu / cybernétique perçu. Ceci parfois conduit à une attitude suicidaire récurrente qui s'exprime sans soucis pour la sécurité d'autrui. Particulièrement inquiétant est le constat que cette expression est plus fréquente dans les cas de « stress traumatique » des cyborgs de combat (plusieurs cas d'autodestruction explosive ou implosive des batteries atomiques ou hydrogéniques ont été constatés).

(4) Une instabilité affective systématique conduisant à un débranchement habituel des modes sensitifs. Conséquences : sentiment chronique de vide virtuel, de manque, ou d'inutilité cybernétique, débranchement du réseau cybernétique, voire dans certains cas extrêmes sévères illusion et symptômes dissociatifs transitoire.

Les prospectives de descynlisation sont, dans l'état actuel de nos connaissances, très faibles. Si il est le plus commun et le moins frappant (de par ses symptômes), le Syndrome Cyber-Neuronal Limite n'en demeure pas moins l'un des syndromes les plus difficilement traitables car nécessitant un traitement essentiellement non médicamenteux et souvent non virtuel.

Le Syndrome Cyberphrénique et le Syndrome de DéCybornalisation

Le deuxième syndrome que je me dois de mentionner est le Syndrome Cyberphrénique, qui souvent se combine au Syndrome de DéCybornalisation (SDC). Le premier est une maladie foudroyante dont les premiers symptômes marquent souvent l'état terminal plus qu'ils n'annoncent une dégradation progressive de l'état du patient. Nous n'avons pas encore pu identifier de manière très claire les origines de ce syndrome. Vraisemblablement, selon l'hypothèse que nous favorisons en ce moment, le Syndrome Cyberphrénique provient d'une régression cybernétique qui atteint tous les systèmes de « nœuds phréniques », c'est-à-dire tous les croisements cyber-neuronaux du cortex central, mais particulièrement celui de la construction socio-culturelle par la parole. Les caractères les plus communs du Syndrome Cyberphrénique sont :

(1) Des illusions et hallucinations (virtuo)-réelles.

(2) Une communication désorganisée dont le transfert de communication compromis parvient à un tel état de dégradation qu'il résulte parfois à une réduction des capacités à la simple énonciation du binaire « 0 » et « 1 ». Cette première étape atteinte, il n'y a souvent plus, pour le patient, de traitement

(3) Une attitude catatonique qui est le résultat, le plus souvent, d'une modification génétique des nano-robots composant le fluide nano-médiastinal. Ce fluide essentiel à la bonne communication cybernétique entre régions thoraciques et cervicales, dès lors qu'il est altéré, devient source de troubles mutants paralysant l'équilibre de l'individu. Cette catatonie peut souvent être accompagnée d'une alogie et « avolition », troubles manifestes de la conversation ou de l'identité « parlée ».

(4) Enfin, ce syndrome a le plus souvent comme premier symptôme une dysfonction sociale et occupationnelle qui peut se manifester selon plusieurs types.

Le *premier*, de type paranoïde est un désordre de la pensée, une attitude désorganisée dans laquelle le sujet a des difficultés prononcées à partager une interprétation du virtuel avec les autres membres de la communauté cybernétique. En cela, ce premier type est souvent confondu ou rapproché du *Stand Alone Complex*. Le *deuxième* type est celui des dysfonctions hébéphréniques syndrome dissociatif menant rapidement à un retrait de type autistique, c'est-à-dire, dans un cadre AAC, à un retrait du virtuel au bénéfice d'une manipulation identitaire vers le réel. Ce « type désorganisé » conditionné par un désordre de la pensée est le symptôme catalysant le plus marqué dans l'apparition du Syndrome Cyberphrénique. Le *troisième* type constitue la « dysfonction indifférenciée ». Dans ce cas, il y a présence de symptômes psychotiques mais totale absence de caractéristiques paranoïdes, désorganisés, ou catatoniques, ou même de quelconques dérangements psycho/cyber moteurs. Cependant, l'individu démontre une tendance à l'indifférenciation des sujets et des objets. Cette indifférenciation s'étend au réel et au virtuel, conduisant une quadruple confusion. La compromission de la flexibilité des structures neuronales du système cybernétique, dont les causes sont encore à déterminer, sont certainement à l'origine de ce processus d'indifférenciation. Ce type a parfois été rapproché dans notre pratique d'accompagnement et de traitement d'une psychotie de type indifférenciée. Enfin, un *quatrième* type, « résiduel », peut-être discerné. Le diagnostic de ce dernier type est le plus difficile en raison de la présence positive de la majorité des symptômes mais à des niveaux de basse intensité, d'où le qualificatif de « résiduel ».

Mais le Syndrome Cyberphrénique a parfois été considéré comme une simple variante schizophrénique d'un syndrome plus global, le Syndrome de Décybornalisation (SDC). Lorsque ce désordre fut isolé pour la première fois par la clinique dans laquelle je finissais alors mon internat, le constat initial fut que la plupart des « patients » touchés étaient des cyborgs, partiels ou complets. Aucun des autres êtres cybernétiques, androïdes ou humains modifiés, n'étaient affectés. Les premiers indices de l'existence d'un syndrome tel que celui que je décris succinctement maintenant apparurent lorsque se présentèrent plusieurs patients dont le vécu, bien qu'essentiellement dissemblables, présentait des traits communs. Parmi ceux-ci, nous identifîèrent très tôt une dissociation de la *conscience* cybernétique et due à l'*identité partielle*, ainsi qu'une désorganisation cyberpsychique initialement modélisée dans sa forme cybernétique par le professeur Janet Haïd.

Deux conclusions rapides furent faites et soutenues par des études de cas poussées. *Premièrement*, il n'y avait aucune différence notable entre la manière et le degré dont

cyborgs partiels ou complets étaient affectés par le SDC. Le syndrome se développait à la même rapidité, sans aucune variabilité de cas ni de traitement. Cela semblait militer pour une influence directe (ou dirigée) du *network* lui-même prenant comme cible les individus les plus avancés dans le processus de cybertisation du cerveau. Ces individus devaient vraisemblablement créer pour le *network* global une seule et même entité, un individu affecté de manière globale par le SDC. *Deuxièmement*, nous constatons aussi rapidement que dans des cas assez fréquents, le SDC était accompagné d'une attitude de retrait du patient, à la fois de son identité cybernétique, mais aussi de sa présence virtuelle. En parallèle, nous notions des capacités de cybercapacités inconnues pour le niveau de cybertisation dudit patient. Une telle évolution n'était possible que par l'implant de *capaciteurs* d'un nouveau genre—qui n'existent de fait toujours pas. Une autre théorie devait être proposée. Ce n'est que lorsque l'un de mes collègues, Namoru Hita fit un rapprochement *a priori* hasardeux entre ce phénomène et l'autisme que nous avons trouvé l'explication psychologique au syndrome. Le SDC, dans cette variante, était une expression autistique d'un processus de dissociation entre identité et corps cybernétique. Cette forme d'autisme fut qualifiée et vous la connaissez maintenant sous le nom *Closed Shell Syndrome*.

Malheureusement, nous n'avons pas encore trouvé de traitement adéquat pour ce syndrome (SDC ou CSS). La plupart du temps, la lente dégradation conduit vers une irrémédiable sclérose du cybercerveau mise en évidence pour la première fois par le docteur Hiromatu. Dans d'autres cas, le SDC mute de manière foudroyante en hémangio-endothéliome virtuelle affectant les systèmes interpersonnels vasculaires. C'est en pénétrant au cœur de la vascularité cybernétique que se propage alors cette forme d'hémangio-endothéliome qui crée des nœuds cybernétique dans les jonctions des fonctions vitales du cœur cybernétique. Le cerveau, en plein processus de décybornalisation n'est plus capable d'analyser les symptômes et refuse de considérer l'hémangio-endothéliome naissante comme un danger pour le corps cybernétique. La dégénérescence ne peut alors être stoppée que par une intervention directe au niveau du contrôle central du cybercerveau en question. Mais cela, bien sûr, ne relève plus de la psychopathologie.

Le Stand Alone Complex

Enfin, nous devons mentionner le syndrome le plus inquiétant et qui n'est, de mon avis personnel et professionnel, catégorisé comme désordre psycho-cybrnetique que par défaut. Je me réfère bien sûr au *Stand Alone Complex* (StAC), que beaucoup remettent encore l'existence en cause. L'identification du StAC vient du constat initial de l'exponentielle montée des communications « virtual only » et des échanges entre cybercerveaux. Les individus pouvant partager des informations comme s'ils n'avaient jamais expérimenté l'information en question, créant un décalage entre expérimentiel et référentiel (l'information).

Ce décalage n'est pas en soi le vrai problème cyberpsychologique qui pose problème. De tels décalages sont quasi normaux pour la tension qui se crée entre *virtuel* et *réel*. A partir

de cette observation initiale, nous avons tenté de suivre le développement d'un « trouble » ressenti par nombre de nos patients cybernétiques reliés au même *network*. Même en mode « protégé », ces patients semblaient être connectés entre eux, développant certaines attitudes et convictions similaires et pourtant absolument indépendantes. Ceci ne serait pas en soi un *trouble* si cette apparence de concertation ne se trouvait pas être présente uniquement dans les cas de *stacisation* avancée. Une conclusion s'offrait de toute évidence à nous : une individuation par l'action. Des êtres cybernétiques absolument différents, trouvant une individualité dans la combinaison hasardeuse de même actions pourtant indépendantes. Cette synchronisation individuée conduit bien sûr ces individus à rechercher une connexion entre eux, une connexion impossible puisque leurs actions ne sont en rien reliées—ni virtuellement, ni physiquement. Nous avons ici à proprement parler un «stand alone», un individu isolé qui pourtant à l'impression vivante qu'il fait partie d'un mouvement entier de décision, qu'il fait partie d'une communauté cybernétique en action. Cependant, cette *stacisation* étant toujours ponctuelle, elle crée lors de son interruption une sensations vive et profonde de néant poussant parfois l'individu à l'auto-destruction.

Ce *Stand Alone Complex* est le plus inquiétant, je viens de le dire, et ce pour plusieurs raisons. Premièrement, son origine, et donc le diagnostic différentiel correspondant, nous est toujours inconnu. Deuxièmement, nous n'avons aucun espoir de traitement au jour d'aujourd'hui. Et enfin, ce complexe semble être en pleine expansion. Il est transgénérationnel (affectant y compris les andéïdes de génération V), et transvectoriel (se propageant par le cybernétique, le cybervirtuel, ou le purement physique), et ne semble pas être affecté par les défenses immuno-cybernétiques les plus avancées. Du fait qu'il crée un sentiment général de communion, il est un complexe foncièrement dépressif et en cela consitue réellement des plus inquiétant dont les conséquences médicales et sociales dépasseront probablement ce que nous ,e pouvons aujourd'hui qu'anticiper.

Conclusions sociales et philosophiques

En conclusion, l'apparition récente et soudaine, au cours des deux dernières décennies, de désordres psychiatriques et psychiques nous conduit à entrevoir des jours très sombres pour la coexistence des êtres cybernétisés et des humains modifiés. Le parallèle des symptômes entre ces deux groupes semble par trop fortuite pour n'être que le résultat du hasard et nos groupes de travail ne peuvent que se demander si nous ne faisons pas cii face à la première attaque psychocybernétique volontaire dirigée contre les cyborgs, androïdes et autres êtres similaires. De plus, l'étiologie des troubles et désordres psychocybernétique n'en est encore qu'à ses débuts. Un long chemin reste à parcourir. Rien ne peut dire

La brève référence aux syndromes sus-mentionnés indique une possible définition pour les syndromes cyber-psychiatriques. Ce sont des syndromes cliniquement significatif affectant le lien cybernétique / réel chez des êtres de nature variée. Cela résulte en des troubles comportementaux, technique ou psychologiques associés chez l'individu à une détresse actuelle, un invalidité, *incapacitation* ou *décybornalisation*. Avec cette définition

de base, nous devons rappeler cinq axes de travail pour quiconque s'attacherait à étudier les syndromes cyber-psychiatriques.

Axe I : Identifier les troubles clinico-cybernétiques majeurs. Cela reste aujourd'hui notre grande priorité.

Axe II : Distinguer les réels troubles de la personnalité des troubles dus aux retards technologiques ou au rejet d'implantation cybernétique. Le diagnostic différentiel peut parfois être invalidé par cette simple confusion.

Axe III : Une prise en compte de tous les aspects médicaux ponctuels ainsi que de toute la palette des troubles physiques.

Axe IV : Une considération sérieuse des facteurs psychosociaux, technosociaux et environnementaux qui ont présidé à la création, fabrication, naissance du patient.

Axe V : Toujours avoir comme objectif une évaluation holistique du fonctionnement cybernétique. Le patient est plus que son cybercerveau, mais pas moins non plus que celui-ci. Cette perspective holistique permet au clinicien de traiter les troubles cyber-psychiatriques par des moyens variés.

Seulement en prenant en compte ces cinq axes pouvons-nous entretenir l'espoir de développer un traitement adéquat de ces syndromes cyber-psychiatriques qui sont aujourd'hui même un risque pour l'ensemble de nos sociétés.

Si nous ne prenons pas cette direction, nous risquons (1) de ne faire des diagnostics que de moins en moins précoces et donc de ne pas pouvoir enrayer la propagation de ces syndromes, (2) de ne plus pouvoir différencier les relations entre désordres physiques et cybernétique, conduisant à une confusion entre physiologie et étiologie cybernétique, et (3) à ne plus pouvoir identifier les symptômes sociaux de dégénérescence. Une fois encore, la survie individuelle et sociale est ici en jeu. La publication du DSM-IV met donc en avant les enjeux qui seront ceux des prochains siècles, et nous met au défi d'y répondre dès maintenant.