

## LA FOLIE MANIACO-DÉPRESSIVE DE KRAEPELIN : CENT ANS APRÈS

[Jérémy Sinzelle](#)

Érès | « Journal français de psychiatrie »

2015/2 n° 42 | pages 42 à 47

ISSN 1260-5999

ISBN 9782749248158

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2015-2-page-42.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

© Érès. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# La folie maniaco-dépressive de Kraepelin : cent ans après

Jérémie Sinzelle\*

Les travaux d'Emil Kraepelin sont, jusqu'à aujourd'hui, toujours avancés pour asseoir un propos concernant les troubles bipolaires, en s'appuyant sur sa description de la folie maniaco-dépressive.

On peut considérer que la quasi-totalité de notre approche clinique psychiatrique actuelle est dérivée de la démarche de Kraepelin (1856-1926) et de sa description d'entités cliniques au sein de son manuel, qui est à la fois une classification mais aussi un manuel pratique d'enseignement permettant d'appréhender globalement la psychiatrie de la manière la plus scientifique possible pour l'époque ; il est accessible pour le profane mais également pour les chercheurs les plus avancés. Même s'il s'appuyait sur les travaux de son service clinique (à Heidelberg puis à Munich) et de son institut de recherche (l'actuel Max-Planck Institut für Psychiatrie), c'est seul qu'il a assumé de présenter sa théorie moderne de la psychiatrie.

Après une première description dite « classique » en 1899, la huitième et dernière version de *La folie maniaco-dépressive* est publiée en 1913<sup>1</sup>, conjointement avec son ultime chapitre sur la démence précoce<sup>2</sup>, mais aussi trois ans après la *Schizophrénie* de Bleuler<sup>3</sup>. Entre ces deux éditions apparaîtra l'expression de « psychose maniaco-dépressive ».

1. E. Kraepelin, *La folie maniaco-dépressive*, 1913 (traduction partielle en français par G. Poyer, éd. Jérôme Millon, 1993 et 2015, et intégrale par M. Géraud, Mollat, 1997).

2. J. Sinzelle, *Cent ans de démence précoce, grandeur et décadence d'une maladie de la volonté*, thèse de médecine, psychiatrie, université de Strasbourg, 2008.

3. E. Bleuler, *Dementia praecox ou le groupe des schizophrénies*, Deuticke, 1911 (traduction française par A. Viillard, EPEL-GREC, 1994).

\* Psychiatre, psychothérapeute.

## Le style de Kraepelin

Abordons la spécificité des écrits de Kraepelin, et notamment les principales différences entre sa manière de parler de la clinique et notre approche actuelle pour la transcrire et la transmettre à l'écrit.

Si Freud est actuellement connu pour avoir développé une nouvelle pratique clinique psychanalytique, il faut reconnaître que sa tendance à mettre au premier plan des longs récits de cas cliniques a incité (par l'intermédiaire de leur message commun qui n'était autre que Carl-Gustav Jung) Eugen Bleuler, dans *Dementia Praecox ou le groupe des schizophrénies*<sup>4</sup>, à multiplier des exemples cliniques de plus en plus complexes. C'est également une différence notable entre les éditions de 1899 et de 1913. Kraepelin, qui a pu être irrité par l'ouvrage de Bleuler, en a été finalement influencé au point de développer beaucoup plus les exemples cliniques et les extraits langagiers de ses patients. La huitième édition contient ainsi des propos de patients qui seraient caractéristiques de telle ou telle pathologie. À ce propos, les exemples les plus inhabituels pour notre pratique occidentale actuelle, et *a fortiori* française, concernent l'abondance de la thématique religieuse et blasphématoire. Cela indique l'intérêt du maître de Munich (friand de médecine légale, mais aussi de moralité, notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool) pour les rapports des patients avec l'autorité et la loi, probablement dans un souci de prévention des passages à l'acte, et dans une réflexion de ce qui s'oppose à la stabilisation des troubles.

Étant donné la pérennité de la plupart des entités cliniques kraepelinienne déjà présentes dès 1899, il est probable que l'acquis principal du XX<sup>e</sup> siècle en psychiatrie n'est pas l'élaboration d'un diagnostic plus précis et une classification plus fiable, même si cette démarche est nécessaire

à la psychiatrie pour se maintenir dans le champ de la médecine et de la société comme lieu d'expertise à certaines questions posées par la société au sujet des troubles mentaux. C'est probablement sur le plan thérapeutique que le XX<sup>e</sup> siècle a apporté des progrès, non pas tant pour la psychiatrie elle-même (étape préalable indispensable cependant), mais surtout pour les malades. Il est particulièrement frappant d'observer que le chapitre thérapeutique occupe une place excessivement modeste dans l'œuvre de Kraepelin. Même si son manuel tente d'être plus vaste, le caractère anecdotique des chapitres de thérapeutique ne permet pas vraiment de le comprendre comme autre chose qu'une classification, au point que de nombreux continuateurs ultérieurs ont souhaité s'en tenir uniquement à une classification en guise de manuel.

## Les états mixtes

Pour Kraepelin, et d'après ses écrits, le nouveau concept d'état mixte lui permet de déterminer, pour la folie maniaco-dépressive, un trouble fondamental. Il s'agit d'un syndrome clinique constant, traduisant selon lui une lésion organique (à isoler et à caractériser ultérieurement, ce qui fut la tâche qu'il confia à Alois Alzheimer) observable dans toutes les formes de la maladie, et que l'on peut, par conséquent, d'autant plus appréhender que le patient passerait d'une forme à une autre de « folie maniaco-dépressive » de manière cyclique et d'un extrême à l'autre. Avant l'édition « classique » de Kraepelin en 1899, la folie maniaco-dépressive était décrite comme deux maladies distinctes et antagonistes : la manie et la mélancolie. Ensuite, Kraepelin ne les traitera plus séparément : « Au fil des ans, j'ai acquis la conviction que tous les tableaux pathologiques

4. E. Bleuler, *op. cit.*

*Le diagnostic  
différentiel  
entre folie  
maniaco-  
dépressive et  
démence précoce  
repose  
sur un double  
paradigme  
mutuellement  
exclusif :  
une évolution  
avec  
démentification  
dans la démence  
précoce, et  
des intervalles  
libres dans  
la folie maniaco-  
dépressive.*

énumérés ci-dessous ne sont que les formes symptomatiques d'un processus pathologique unique. Sans doute, il se peut que l'on réussisse plus tard à définir un certain nombre de sous-formes, ou même à individualiser complètement des petits groupes ; mais à mon avis, si cela se fait, ce ne seront certainement pas les signes que l'on a jusqu'à présent coutume de mettre au premier plan qui seront déterminants<sup>5</sup>. »

Ce raisonnement novateur chez Kraepelin, étayé par la promesse de recherches futures au sein de son institut de recherche, fut salué comme un progrès en Allemagne mais contribua à discréditer son travail auprès des Français, un peu envieux, qui eurent à cœur de rappeler très justement la paternité de ces notions chez Jean-Pierre Falret et Jules Baillarger, presque un demi-siècle plus tôt<sup>6</sup>, avec les concepts de folie circulaire et de folie à double forme.

Les états mixtes, que l'on comprend souvent dans la clinique moderne comme une sorte de fourre-tout de symptômes bipolaires, sont au contraire définis avec une précision se voulant mathématique par Kraepelin, en suivant un cycle de l'humeur (un « cyclothyme » cher à Hecker) décomposé en trois éléments évoluant successivement avec un retard de phase les uns par rapport aux autres, d'après des modalités différentes selon les patients. Des formes où se succèdent les cycles dans un ordre : idées, motricité volontaire, humeur ; chez d'autres patients, l'humeur précède les deux autres cycles. C'est cet enchevêtrement qui serait spécifique de la maladie et non son expression clinique.

C'est de cet aspect dynamique, de ces courbes, dont nous héritons l'idée que les antidépresseurs agissent en stimulant directement l'action motrice alors que la cinétique d'évolution favorable des idées dépressives est retardée ; d'où un risque suicidaire pendant la « chute » mélancolique ou, depuis l'utilisation des antidépresseurs, en induisant une levée d'inhibition lors de la sortie dépressive. « L'inhibition de la volonté est douloureusement ressentie en raison de l'impuissance à laquelle font face les malades dans leurs actions<sup>7</sup>. »

### **Délimitation avec la démence précoce et la schizophrénie**

« Il faut cependant souligner d'emblée qu'à bien des égards, la délimitation que nous établissons entre les différentes formes symptomatiques cliniques de l'affection est absolument artificielle et arbitraire<sup>8</sup>. » Étant donné la fuite intense des idées et le discours qu'on a pu qualifier de pseudo délirant des malades maniaco-dépressifs, les formes extrêmes de manie délirante et de mélancolie délirante ont d'emblée posé un problème classificatoire. Kraepelin

5. E. Kraepelin, *op. cit.*, p. 151.

6. M. Masson, *24 textes fondateurs de la psychiatrie*, Paris, Armand Colin, 2013.

7. E. Kraepelin, *op. cit.*, p. 178.

8. E. Kraepelin, *op. cit.*, p. 193.

ne les rangera cependant pas dans la démence précoce car il n'avait pas cru y avoir observé le reflet caractéristique : une évolution rampante et inexorable vers une démentification (*Verblödung*). Ce concept correspond tantôt à un stigmat cognitif tardif d'une maladie d'autant plus bruyante qu'elle est extériorisée par des crises sans intervalles libres, tantôt à un mode de cicatrization post-déirante, c'est-à-dire une forme de guérison avec déficit (*Heilung mit Defekt*<sup>9</sup> de l'*Hébéphrénie*).

Le diagnostic différentiel entre folie maniaco-dépressive et démence précoce repose sur un double paradigme mutuellement exclusif : une évolution avec démentification dans la démence précoce, et des intervalles libres dans la folie maniaco-dépressive, même si les crises pourront se succéder avec de plus en plus d'intensité. Ce pilier bicéphale fut la source de longues hésitations chez Kraepelin, qui n'en fera que discrètement état.

D'abord ces intervalles libres qui semblèrent finalement emplis d'éléments pathogènes, en 1913 : « Des colorations de l'humeur permanentes, uniformes, constituent habituellement l'arrière-fond sur lequel se détachent les accès pathologiques circonscrits et pleinement développés de la folie maniacodépressive<sup>10</sup>. » Puis le diagnostic différentiel qu'il jugera bien plus incertain que prévu, en 1920 : « Il conviendra de poser sérieusement la question de savoir dans quelle mesure les critères sur lesquels nous avons coutume d'asseoir notre jugement permettent réellement d'avoir un aperçu de l'essence du processus pathologique donné. [...] Aucun psychiatre expérimenté ne niera qu'il existe un nombre désagréablement fréquent de cas dans lesquels il semble, en dépit de l'observation la plus soigneuse, impossible de se forger ici un jugement certain. [...] L'impossibilité de plus en plus évidente d'accomplir de façon satisfaisante la délimitation des deux maladies en question

fait naître le soupçon que notre question est mal posée<sup>11</sup>. »

Un autre problème fut posé par les formes agitées et les formes cycliques, qu'il intégrera finalement à la démence précoce en les détachant de la folie maniaco-dépressive. Sous ces deux noms sommeillent deux notions fortement illustrées dans la vie de Kraepelin, et révélatrices de l'époque de la figure de l'Européen masculin triomphant, y compris outre-mer. Il s'agit de la psychiatrie comparée (ou dirons-nous, actuellement, ethnopsychiatrie<sup>12</sup>), et de la psychiatrie de la femme.

### *Formes agitées chez les indigènes malais*

On se souviendra notamment de l'expérience de Kraepelin en Asie du Sud-Est où il s'est rendu en 1904, au sommet de sa carrière et pour rendre visite à son frère Karl, naturaliste de renom, avant de prendre ses fonctions à la chaire de psychiatrie de Munich. Il avait souhaité à cette occasion interroger des patients par l'intermédiaire d'interprètes pour vérifier l'universalité de ses concepts de maladie. Il faut noter que les cliniciens « locaux » (c'est-à-dire coloniaux) étaient formés à la clinique kraepelinienne, et c'est tout naturellement qu'il a pu, en les recherchant, retrouver les mêmes tableaux d'état qu'en Europe. Par ailleurs, les asiles à l'europpéenne correspondaient certainement à un choc culturel

9. E. Hecker, K.L. Kahlbaum, *De l'hébéphrénie*, 1871 ; *Catatonie* ; 1874 ; *Héboïdophrénie* ; 1890 (traduction française par A. Viillard, *L'évolution psychiatrique*, 1985, 50-2, p. 325-355 ; 1987, 52-2, p. 367-439 ; *Revue internationale d'histoire de la psychiatrie*, 1984, vol. 2, n° 1 fasc. 2, p. 45-65).

10. E. Kraepelin, *op. cit.*, p. 152.

11. E. Kraepelin, *Les formes de manifestation de la folie*, 1920, p. 111 (traduction française par M. Géraud, Paris, L'Harmattan, 2013).

12. E. Kraepelin, *Psychiatrie comparée* (traduction française par L. Huffschmitt, *Synapse*, mai 1992).

de confrontation au monde moderne et occidental pour certains indigènes<sup>13</sup>. Les formes de démences agitées seraient, nous dit Kraepelin, plus fréquentes dans les colonies (notamment les populations malaises de Singapour et de Buitenzorg, l'asile de la région de Batavia-Djakarta) chez les populations indigènes d'Indonésie. Selon lui, cela s'expliquerait par le fait qu'ils n'auraient pas un usage du langage qui serait aussi élaboré et intellectualisé que les Européens. Probablement que l'impression d'étrangeté et de bizarrerie fut d'autant plus grande chez Kraepelin que l'environnement des malades lui fut inconnu, et lui-même étranger.

### *Formes périodiques chez les femmes*

*Le poids  
des convictions  
et des options  
théoriques  
semble  
déterminant  
dans toute  
description  
nosographique.*

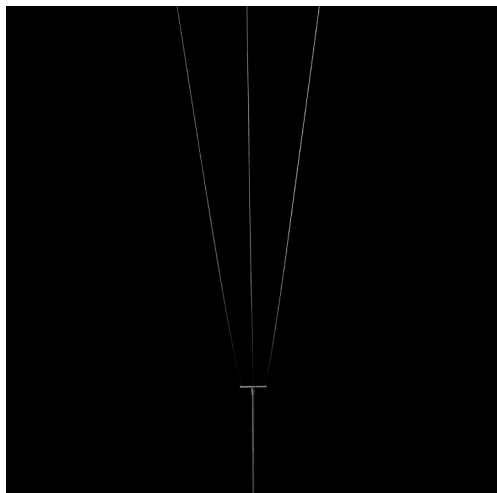
Malgré son tempérament, qui était ouvert à l'éducation des femmes, celles-ci suscitaient également pour lui un certain sentiment d'étrangeté. Kraepelin, qui a dû souffrir du décès de deux fils en bas âge, n'eut que des filles comme héritières, mais cela ne l'a pas empêché, bien au contraire, d'encourager leurs études. Sa fille Toni publia des articles scientifiques dans le domaine des neurosciences. Dans son manuel, l'on est cependant frappé de voir à quel point la description typique des entités cliniques (ou concepts morbides) est en priorité celle de patients masculins adultes. La clinique chez les femmes présentait des spécificités vis-à-vis du référentiel du patient masculin, même si son service accueillait les deux sexes (séparément). Il a constaté une fréquence beaucoup plus élevée chez les femmes dans les formes périodiques. Il cherchera à l'expliquer, bien entendu, par une tendance cyclique de la physiologie féminine, autrement dit par les cycles menstruels.

En analysant de cette manière ces deux formes inhabituelles et quasi caractéristiques, tout indique que pour le maître de Munich, la maladie mentale typique serait l'apanage de l'homme blanc européen. Que penser de ces statistiques soigneusement recueillies à ce sujet, formes agitées (pour les Malais), formes périodiques (pour les femmes), dont le regard rétrospectif nous indiquerait, à l'insu de Kraepelin, un biais d'époque ?

Même s'il s'agit d'un article tardif – l'un de ses derniers –, Kraepelin reconnaîtra en 1920 son échec à déterminer plus précisément, avec certitude, la délimitation entre folie maniaco-dépressive et démence précoce : « Nous devons donc nous habituer à penser que les signes pathologiques que nous exploitons jusqu'à présent ne suffisent pas à nous permettre dans tous les cas d'établir une distinction fiable entre folie maniaco-dépressive et schizophrénie, et qu'il existe plutôt dans ce domaine des recouvrements qui se basent sur l'origine des manifestations pathologiques à partir de conditions préalables données<sup>14</sup>. »

13. G.E. Berrios, R. Hauser, « Kraepelin », dans G. Berrios, R. Porter (sous la direction de), *A History of Clinical Psychiatry*, Londres-New Brunswick, Athlone Press, 1995.

14. E. Kraepelin, *Les formes de manifestation de la folie*, op. cit., p. 113.



## Les limites de l'approche scientifique

L'état de la science à l'époque de Kraepelin implique qu'il doive rechercher une réalité concrète en psychiatrie au nom de la science, cela pour renforcer la place de la psychiatrie dans la médecine par des arguments scientifiques. La définition des termes permettrait une plus grande précision, et d'améliorer la netteté des images : rechercher la vérité afin de saisir la réalité.

La démarche de Kraepelin vise à isoler des concepts morbides (*Krankheitsbegriffe*, car Kraepelin n'estime pas décrire des maladies, *Krankheiten* en allemand), déduits de l'observation clinique et rassemblant les symptômes constatés par les cliniciens à travers l'examen psychiatrique (cet argument statistique sera repris par le DSM). Il est conjecturé que ces concepts sont probablement la manifestation d'une maladie qui, selon Kraepelin, serait le reflet d'une lésion organique et obéirait aux lois de la nature, mais il a pu lui arriver d'avouer que, malgré ses recherches, « la maladie n'obéit à aucune règle<sup>15</sup>. »

Notre culture clinique est issue de l'œuvre de Kraepelin, et il nous a paru essentiel de regarder en face ce qu'il nous a légué, et ce qu'il peut encore apporter à notre regard clinique. En parler, ce n'est pas l'attaquer, et l'analyser ce n'est pas le détruire, mais cela ébranle l'édifice, construit et rassurant, par lequel nous avons acquis et eu accès à la clinique. Aussi cette entreprise n'est-elle pas sans risque, et expose à quelques abîmes d'incertitude, riches d'enseignement dans la pratique clinique. C'est ce qui permet de comprendre autrement les patients inclassables, autrement dit ceux dont la personnalité originale résiste à la systématisation d'une classification.

Comme Henri Ey, Emil Kraepelin reste un monument indéboulonnable, et apprendre à décrypter, à démonter, en psychiatrie, est d'autant plus intéressant et enrichissant pour mieux connaître les concepts cliniques. Cependant, le poids des convictions et des options théoriques (en réalité, des choix intellectuels) semble déterminant dans toute description nosographique ; il ne représente qu'un point de vue partiel, dont la portée universelle n'est que le reflet moins de l'autorité centrale de celui qui l'écrit que d'une construction, une fiction réaliste, dont le caractère vraisemblable est finalement éphémère, miroir d'une époque culturellement mûre pour ce discours. Mais ce socle d'incertitude façonné par l'élaboration théorique ne serait-il pas inhérent à notre discipline ? ■

15. E. Kraepelin, *La folie maniaco-dépressive*, op. cit., p. 273.