

Etat des lieux de la doctrine de la psychose maniaco-dépressive

Evoquer un état des lieux de la doctrine de la psychose maniaco-dépressive, c'est notamment interroger ce qui peut venir lier le tableau clinique de la manie et celui de la mélancolie, des tableaux pourtant bien distincts et clairement établis depuis des années.

Nous allons donc tenter d'évoquer ce que l'aliéniste Antoine Ritti appelait en 1883 dans son *Traité clinique de la folie à double forme* le « *lien secret* » qui unit manie et mélancolie[1].

Actuellement, ce qui vient faire unité- tout du moins dans ce qu'il en était du DSM IV- c'est « *la perturbation de l'humeur* ». Je cite le DSM IV : « *La section des troubles de l'humeur comprend des troubles dont la caractéristique principale est une perturbation de l'humeur* ».

Pour illustrer cet abord actuel des troubles de l'humeur, et puisque nous allons travailler ce week-end plusieurs traits du cas, je souhaitais vous présenter un extrait d'une présentation de patients assurée par le Dr Murray dans un hôpital de Baltimore aux Etats-Unis, présentation dont vous retrouverez le verbatim dans le livre d'Emily Martin, professeur d'anthropologie sociale « *Voyages en terres bipolaires, manie et dépression dans la culture américaine* »[2].

Selon la présentation faite par le médecin résidant, il s'agit d'une afro-américaine d'environ quarante ans. Elle a des antécédents d'usage de cocaïne et en 1998 les services de santé pour les sans abris lui ont diagnostiqué un trouble bipolaire. A 11 ans, elle était hypomaniaque ; à 16 ans, elle a fait une dépression post-partum.

Elle avait des hallucinations étranges. Elle se voyait se jeter sous un train. Une fois, elle s'est vue sauter par la fenêtre. A l'hôpital, elle avait tendance à être déprimée le matin et à passer à un régime supérieur dans la soirée.

L'entretien débute ainsi :

Dr Murray : Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?

Patiente : Ca va à toute vitesse, je plane un peu

Dr Murray : Est-ce que c'est plaisant ?

Patiente : Non

Dr Murray : Qu'est ce qui va à toute vitesse ? Ce sont vos pensées ? Vos actions ?

Patiente : Mes mouvements vont vite, la main et le reste.

Dr Murray : Vous sentez-vous mal dans votre peau ?

Patiente : Non

Dr Murray : Êtes-vous déprimée ?

Patiente : Je ne me sens pas suicidaire mais je me sens très triste (...)

Dr Murray : Comment est-ce quand vous êtes bien, quand vous êtes vous-même ?

Patiente : Je ne sais pas. Je viens de découvrir que j'étais malade. Je croyais que j'étais normale quand tout allait très vite.

Dr Murray : Cela fait combien de temps que vous n'êtes pas stable ?

Patiente : Je ne me souviens pas

Dr Murray : (...) Vous êtes une personne enjouée et vive, mais il ne faudrait pas confondre cela avec des moments où tout va très vite

Patiente : Je suis quelqu'un de responsable, même quand ça va vite

Dr Murray : (...) Comment vous sentez-vous en ce moment ?

Patiente : Ca va vite, mais je me sens normale

Dr Murray : Êtes-vous déterminé à prendre vos médicaments ?

Patiente : Je ne vais pas tenter de me suicider aujourd'hui

Dr Murray : J'espère que vous ne le ferez jamais.

Dr Murray parlera de cette patiente comme d'un cas réfractaire dans la façon qu'a la patiente de ne pas trouver anormal « ce qui va vite » comme elle dit.

Il me semble que cet extrait d'entretien pointe bien l'accent mis sur l'humeur en tant, d'une part, qu'elle oscille autour d'une ligne de base moyenne et, d'autre part, qu'on ne peut en avoir une idée que par ses excès et ses « perturbations » : dépression ou exaltation, quand « ça va trop vite ».

Les termes de manie et de mélancolie n'ont pas toujours conservé la même signification. Je vous renvoie à ce sujet aux études d'Henri Ey^[3] qui rappellent, notamment, que la manie a pu désigner la folie en général en Grèce, pour ensuite devenir synonyme de délire général, comme ce fut le cas bien plus tard chez Pinel^[4] dans la seconde édition de son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*.

La séparation entre mélancolie et manie s'exprimait entre, d'un côté, un délire exclusif centré sur une idée particulière et, de l'autre côté, un délire général rendant les idées incohérentes. Cela fut également le cas avec Esquirol lorsqu'il souhaita substituer le terme de lypémanie, délire partiel accompagné d'une note de tristesse, à celui de la mélancolie.

S'il est donc bien délicat de construire un abord historique linéaire de ces deux termes, il existe pourtant un effort, que l'on peut noter depuis les premiers textes hippocratiques, pour rendre compte de ce qui peut venir lier manie et mélancolie.

Nous retrouvons cet effort tout autant dans les descriptions d'Hippocrate que dans le célèbre *Problème XXX* d'Aristote[5] dans lequel l'humeur mélancolique est perçue comme un mélange de chaud et de froid. Si la bile noire est froide par sa nature, lorsqu'elle est trop chauffée, elle produit l'envie de chanter et des égarements de l'esprit.

Pour sa part, Arétée de Cappadoce - s'il marque bien la différence entre manie et mélancolie - considère toutefois la mélancolie comme « *un commencement ou une espèce de demi-manie* ».

« *Les mélancoliques (...) s'imaginent qu'on veut les empoisonner, ou ils fuient dans la solitude (...) ou ils prennent la lumière et la vie même en aversion. S'il arrive quelquefois que cette tristesse cesse ou se dissipe, la plupart de ceux chez lesquels ce changement arrivent deviennent maniaques* »[6].

Si l'idée d'une succession entre mélancolie et manie est donc déjà présente, plus ou moins en filigrane, dans les textes les plus anciens, c'est surtout bien plus tard, au XIX^{ème} siècle, avec les aliénistes Falret[7] et Baillarger[8] et leurs descriptions de « *la folie circulaire* » et de la « *folie à double forme* » qu'apparaît la conception d'une maladie unique, une entité autonome dont la définition pourrait être celle donnée en 1864 par Jean-Pierre Falret :

« *Evolution successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé* ».

Si, à partir de ces descriptions caractérisées par la succession régulière de deux périodes, nous ne sommes donc plus en présence d'une suite fortuite de deux délires, l'un général et l'autre exclusif, il faudra attendre 1899, et la 6^{ème} édition de son *Traité de psychiatrie*, pour avoir la description par Kraepelin de ce qu'il nomme folie maniaco-dépressive[9].

En introduisant cette folie maniaco-dépressive, Kraepelin va prendre position vis à vis des travaux de Falret et Baillarger. Il écrit : « *Je crois avoir acquis la conviction que les tentatives de classification de ce genre (c'est-à-dire folie circulaire, folie à double forme) sont vouées à l'échec, car la maladie n'obéit à aucune règle* ».

Ce n'est donc pas, selon Kraepelin, l'alternance des formes qui constitue le processus pathologique unique de la folie maniaco-dépressive. Il indique : « *Dans tous les tableaux pathologiques, en dépit de nombreuses différences extérieures, certains traits fondamentaux communs se répètent* ».

De quoi s'agit-il quand Kraepelin parle de « traits fondamentaux » ? Qu'est ce qui fait, selon lui, trait dans la psychose maniaco-dépressive ?

Tout d'abord, il est à noter que l'humeur ne fait pas partie des caractéristiques premières de la folie maniaco-dépressive. Bien sûr, Kraepelin n'est pas sans évoquer « *l'humeur exaltée* » du maniaque ou le « *désespoir lourd et sourd* »[10] du mélancolique, mais ce qui lie manie et mélancolie au niveau de l'humeur, ce n'est pas une coloration enjouée d'un côté et triste de l'autre, mais bien le changement d'humeur au sein d'un même tableau.

Il écrit : « *Dans la mélancolie, nous sommes souvent surpris par un sourire, par une gaieté subite qui fait soudain irruption* ».

Dans la manie, « *des pleurs et des sanglots irrépressibles surgissent en pleine gaieté* ».

Charles Melman rappellera dans son séminaire l'importance de ce fait clinique chez le maniaque[11].

Kraepelin résume ainsi, par ce propos d'un patient, ce qui fait l'essentiel de l'humeur maniaque :

« *Je ne sais pas si je dois rire ou pleurer* ».

Ce qui semble avoir particulièrement interrogé Kraepelin, comme beaucoup d'autres aliénistes, ce sont, d'une part, le langage et les associations des malades et, d'autre part, la question de la représentation.

En ce sens, le manuel de psychiatrie de Dide et Guiraud[12] indique comme premier élément d'importance - avant les aspects liés à l'humeur ou à la motricité - la fuite des idées dans la manie, et dans la mélancolie, l'arrêt des représentations.

Ce sont là, me semble-t-il, deux aspects qui correspondent à une même position du sujet, à savoir un rejet du langage[13] et une façon d'être désaffecté (soit affecté par l'autre dans la manie, soit affecter l'autre dans la mélancolie) au sens où Lacan caractérise l'affect comme « *connotation particulière d'une position du sujet vis-à-vis des lignes qui lui impose son enveloppement dans le signifiant* »[14].

Selon Kraepelin, la fuite des idées « *est souvent perçue de manière très distincte par les malades eux-mêmes. Ils se plaignent de ne plus pouvoir se concentrer : les pensées viennent toutes seules, s'imposent* ».

C'est en cela que je reprenais la question du rejet du langage en tant que cette logorrhée maniaque vient marquer l'absence de crochetage du point de capiton qui permettrait la mise en place d'une chaîne signifiante.

Dans le très court texte de Kraepelin qui va suivre apparaît très nettement, me semble-t-il, la façon dont se repère par la fuite des idées la position du maniaque d'être totalement affecté par l'Autre (M. Czermak parlera du maniaque comme soutiré par l'Autre, sucé par la grande gueule de l'Autre[15] et C. Melman dira : plus d'altérité avec l'Autre pour le maniaque[16]).

En voici l'extrait :

« *Un objet tombe sous leur regard, une inscription, un bruit fortuit, un mot qui résonne à leurs oreilles sont aussitôt introduits dans leur discours et peuvent susciter une série de représentations soit similaires soit associées uniquement par une habitude linguistique ou assonante* »[17].

Lacan évoquera à ce sujet « *la métonymie infinie et ludique pure de la chaîne signifiante* »[18].

Régis pointe également la fuite des idées comme pouvant marquer le début de l'accès maniaque puisqu'il note, je cite, que « *les maniaques guéris expliquent très bien cette genèse par choc associatif de leurs idées si mobiles et si extraordinaires* »[19].

S'agissant de ces idées si extraordinaires, peut-être le sont-elles pour le maniaque mais on note surtout au-delà du volume et de la surabondance d'idées, « *une pauvreté réelle* »[20]. Selon Régis, « *assez souvent, on observe des répétitions monotones* ».

Si dans la mélancolie, nous rencontrons peu de digression, nous retrouvons cette répétition monotone et continue des mêmes pensées.

C'est ainsi que Kraepelin indique également que la fuite des idées peut se rencontrer chez les déprimés : « *Il n'est pas facile de la reconnaître dans les propos concis des malades laconiques ; souvent elle apparaît nettement dans de longues déclarations écrites* ».

S'agissant maintenant de la question de l'arrêt des représentations, point essentiel du tableau mélancolique, la plupart des

auteurs depuis Esquirol ont constaté que tous ou presque tous les mélancoliques se plaignent de ne plus sentir, de ne plus être, de ne plus voir comme auparavant.

Il est donc bien difficile la plupart du temps de reconnaître un affect précis face à ce que Kraepelin appelle « *l'assombrissement pathologique de l'affectivité* ».

Si le mélancolique semble désaffecté, en tout cas pas affecté par le signifiant ou les effets de signifiant, il affecte par contre ceux qui l'entourent et s'occupent de lui, comme ce patient de Kraepelin qui disait : « *Je souffre constamment, mon existence est incomplète, je n'ai aucune sensation humaine* ».

Kraepelin indiquait bien que « *les malades perdent la faculté de régner sur leur stock de représentation. Il leur manque l'image mnésique colorée de façon sensorielle* ». Jules Cotard, pour sa part, parlera de « *perte de la vision mentale* »[21].

Les patients se sentent incapables de rappeler à leur souvenir une impression quelconque, un événement vécu, un tableau, un paysage, la figure de ceux qu'ils aiment.

Si cet arrêt des représentations vient très nettement marquer le tableau clinique de la mélancolique, il n'est pas pour autant totalement étranger à la manie dans la mesure où dans celle-ci « *la fugacité des représentations* », comme disait Kraepelin, vient comme faire disparaître toute représentation.

Comme disait un patient : « *Mes pensées sont si rapides que je ne puis pas du tout les retenir* ».

Ce très bref parcours et l'indication de quelques traits cliniques essentielles de la psychose maniaco-dépressive relevés par Kraepelin nous mettent ainsi devant une situation inédite :

Celle d'être face à des patients qui, du côté de la mélancolie, sentent qu'ils ne sentent rien, souffrent de ne plus souffrir, des personnes désaffectés mais qui affectent les autres et qui, dans les cas les plus graves comme ceux de syndrome de Cotard, sont vivants mais disent qu'ils sont déjà morts et immortels.

Du côté des maniaques, nous voici face à des patients ou « *tout est dehors* », pur objet à la merci de l'Autre, qui entreprennent beaucoup, qui parlent abondamment pour un résultat, comme disait Henri Ey, assez pauvre.

Nous voyons bien, à rassembler les choses ainsi, que cette clinique fait totalement disparaître nos repères habituels : dedans/dehors, vivant/mort, plein/vide, etc.

Peut-être - et c'est ce que je proposerais notamment à la discussion - l'accent mis actuellement et exclusivement sur les troubles de l'humeur (exalté/déprimé comme on disait auparavant chaud/froid) est-il en fin de compte un effort, mais qui reste limité, pour remettre de l'opposition signifiante là où tous nos repères s'effondrent.

Comment peut-on alors aborder la question de la psychose maniaco-dépressive autrement que par une clinique de l'humeur ?

Je proposerai deux pistes : d'une part, l'écriture topologique si l'on souhaite notamment travailler le type d'espace dans lequel s'organisent ces situations cliniques et les modalités d'appui à disposition des patients et, d'autre part, le support essentiel que nous pouvons trouver dans le transfert.

Edouard Bertaud

[1] Antoine Ritti « *Traité clinique de la folie à double forme* », Paris 1883 : « Une découverte non moins importante que les précédentes, est celle de la folie à double forme ou folie circulaire. Elle nous apprend que la manie et la mélancolie, ces deux états qui offrent entre eux les différences les plus tranchées et les contrastes les plus frappants, sont unies par une sorte de « lien secret » ; et que ces deux maladies, reconnues, depuis la plus haute antiquité, comme des espèces distinctes d'aliénation mentale, peuvent on certains cas être considérées comme des périodes d'une affection spéciale.

[2] Emily Martin « *Voyages en terres bipolaires, manie et dépression dans la culture américaine* », Editions rue d'ULM, 2013

[3] Henri Ey, *Etudes psychiatriques*, Vol.1 et 2. , Crehey 2006. (Voir notamment Etude n°21 sur la manie).

[4] Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, seconde édition (1809) éditions Les empêcheurs de penser en rond, p. 172 : « La manie, espèce d'aliénation la plus fréquente, se distingue par une excitation nerveuse ou une agitation extrêmement portée quelquefois jusqu'à la fureur, et par un délire général plus ou moins marqué... »

[5] Aristote, *Problème XXX*, éditions Allia, pp. 11-12

[6] Arétée de Cappadoce, *Traité des signes, des cause et de la cure des maladies aiguës et chroniques*, traduit par L ; Renard, Paris, édition Lagny, 1834, chapitre V, pp. 83-84

[7] J.-P. Falret, *Mémoire sur la folie circulaire*, Bull. Académie nationale de médecine 1853-1854, vol.19, pp.382-400

[8] Baillarger, « *Pathologie de la folie à double forme* », Annales médico-psychologiques pp. 5-35, 1864

[9] E. Kraepelin, *La folie maniaco-dépressive*, (1913) Editions Mollat, 1997

[10] Kraepelin, *op.cit.*, pp.169-170

[11] C. Melman, *Une enquête chez Lacan*, Editions Eres, 2011

[12] M. Dide et P. Guiraud, *Psychiatrie du médecin praticien*,

[13] Voir J. Lacan, *Télévision*, Editions du Seuil (... « Et ce qui s'ensuit pour peu que cette lâcheté, d'être rejet de l'inconscient, aille à la psychose, c'est le retour dans le réel de ce qui est rejeté, du langage : c'est l'excitation maniaque par quoi ce retour se fait mortel »)

[14] J. Lacan, *Le désir et son interprétation*, séance du 14 janvier 1955

[15] M. Czermak, *Patronymies* (1988), Editions Eres, 2012

[16] C. Melman, *Une enquête chez Lacan*, *op. cit.*, p. 97

[17] Kraepelin, p. 163

[18] J. Lacan, *L'angoisse*, séance 3 juillet 1963

[19] Régis, *Traité de psychiatrie*,

[20] H. Ey, « étude n°21 sur la manie »

[21] J. Cotard, « *Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse* », *Archives de neurologie*, 1884

