

# Remarques médico-philosophiques sur la maniaco-dépressive

---

Je vous propose de continuer par quelques remarques que vous m'autoriserez à qualifier de médico-philosophiques.

Pourquoi ce terme ? D'abord parce qu'il titre la première édition du « Traité [médico-philosophique] sur l'aliénation mentale » de Pinel, dont le second titre est « La manie ».

Cet énoncé, très singulier, est la porte d'entrée par laquelle je vous propose de passer à ce moment initial de ces journées lors desquelles nous tenterons d'envisager quelles seraient les catégories, propres à la pratique psychanalytique, avec lesquelles nous pourrions naviguer entre les pôles.

Dans tous les cas, cela a été pour moi, la porte que m'a fait emprunter Jorge Cacho, à l'occasion des mes premiers enseignements en psychopathologie.

Le paradigme de l'aliénation mentale et des passions

Manie et mélancolie sont LES entités cliniques et classificatrices que Pinel articule au sein d'un paradigme bien particulier : celui de la pensée stoïcienne, portée pour lui par les textes de Cicéron, notamment *les Tusculanes*, noué à la philosophie des lumières.

C'est la question des passions qui est au centre de l'édifice nosographique de Pinel : les maladies mentales sont marquées par l'excès du retentissement affectif des passions, en tant qu'elles sont les inclinations naturelles qui s'opposent à la raison et qu'elles ont un effet sur le corps (par sympathie). Cet excès va jusqu'au délire généralisé, soit la mélancolie et la manie.

Je me permets d'attirer votre attention sur l'opération à laquelle Pinel procède : il rejette toute partition entre le corps et l'esprit. Dès lors il ne lui est pas interdit de traiter les maux de l'âme. Gladys Swain en souligne « la visée qui surgit toute entière dans l'élément du rapport de parole ».

Entendez donc bien ici que c'est depuis cette position de médecin-philosophe que Pinel ouvre la voie à une pratique nouvelle pour la médecine qui fonde une nouvelle discipline : la psychiatrie.

Un état des lieux de la doctrine sur la psychose maniaco-dépressive doit donc passer par un état des lieux depuis lesquels les différents psychopathologues ont entendus et traités les malades maniaques et mélancoliques.

Un traitement qui fait des vagues

Pinel et son élève, Esquirol, considèrent les passions comme une force de contradiction s'exerçant sur les pouvoirs de la raison, mais non comme une abolition pure et simple de cette dernière.

Nous ne sommes donc pas face à une défectologie. Ils ne posent d'ailleurs pas d'équivalence entre folie et trouble du raisonnement, entre passion et trouble de la pensée.

Le traitement moral ne consiste pas en un appel à la raison, la guérison n'est pas le triomphe du raisonnement dialectique. Esquirol donne le nom « méthode perturbatrice » à cette technique et qui consiste à traiter le spasme par le spasme, la crainte par l'effroi, use de moyens qui affectent le corps et l'esprit... Bref, le traitement moral ça fait des vagues... Il y a quelques jours, Marcel Czermak nous faisait cette remarque quant à l'interprétation : l'interprétation, ce n'est pas fait pour être compris, c'est fait pour faire des vagues...

On comprend donc bien, ici, que la question du trouble de l'humeur, n'est absolument pas centrale pour ces deux auteurs. Esquirol prendra même le soin de substituer au terme de mélancolie, trop inscrit dans le langage courant, celui de lypémanie : la passion triste.

Le paradigme des maladies mentales et de la dégénérescence

Cette conception – pourrait-on la qualifier d'humaniste ? - de la manie, de la mélancolie, de l'aliénation mentale n'a pas tenu.

On voit émerger, après la restauration et ce tout au long du 19ème siècle une autre séquence, sous-tendue par un mouvement hygiéniste fortement influencé par une théorie centrée sur la transmission héréditaire des caractères pathogènes, à savoir l'idée de dégénérescence possible de la race humaine, ou tout au moins de certaines lignées.

C'est Morel qui l'introduit dans le champ de la psychiatrie et établit lui aussi une nosographie des maladies mentales. Il le fera toutefois en recherchant la loi qui gouverne l'évolution des phénomènes psychiatriques.

Morel est fortement influencé par la religion, aussi définit-il la dégénérescence comme une déviation malade d'un type primitif parfait créé par Dieu (Adam). Les causes d'un tel phénomène sont nombreuses, de nature physique ou morale, elles se traduisent par des effets semblables sur le système nerveux central. Le fait de considérer parmi celles-ci les industries nuisibles, les excès alcooliques, la dissolution des mœurs et la famine amène Morel à considérer le prolétariat comme la classe dégénérée par excellence.

Magnan reprend en partie la thèse de Morel mais en l'extrayant de son contexte religieux pour la placer dans le contexte évolutionniste darwinien. Ainsi, dans *Considérations générales sur la folie des héréditaires ou dégénérés* le malade est décrit comme amoindri, non plus en référence à un type parfait, mais comparativement à ses géniteurs proches.

Ce positionnement médico-philosophique, d'un tout autre genre, n'est pas sans rappeler certaines conceptions éminemment contemporaines convoquant directement ou indirectement toutes sortes de déterminismes, de la génétique à l'épigénétique.

Magnan néanmoins élargit la description de la manie et sa situation nosologique. La manie et la mélancolie peuvent se trouver alternativement liées chez des malades qu'il nomme les intermittents et qu'il rattache à la théorie de la dégénérescence.

Il est donc bien l'élève de Falret et de Baillarger qui eux avaient publié quelques années plus tôt et à deux semaines de distance la *De la folie circulaire* et la *De la folie à double forme*. La rupture qu'ils introduisent : en finir avec le dogme de

l'unité de l'aliénation mentale.

Il faudra attendre le début du vingtième siècle pour que la théorie de la dégénérescence soit remise en question, fortement critiquée par Freud, certains psychiatres finiront par la rejeter. Benjamin Ball la qualifiera « d'usurpation des droits de la clinique au nom d'une idée préconçue ».

Une querelle bien actuelle

Avec Kraepelin, c'est net, les derniers vestiges de Pinel ou d'Esquirol sont effacés. Il adhère à ce mouvement clinique qui oppose le binôme mélancolie-manie à la paranoïa, tout en définissant, dans la huitième édition de son Traité l'entité clinique de « Psychose maniaco-dépressive ».

Cette opposition du binôme mélancolie-manie à la paranoïa est tout à fait fondamentale nous le savons car son extension permet un certain repérage de la structure psychotique, mais je ne m'y attarderai pas aujourd'hui. Edouard - qui plus est – nous a très bien parlé de Kraepelin il y a un instant.

Je vous exposerai pour continuer dans cette ligne que je me suis fixé, une péripétie clinique qui m'a beaucoup interrogé sur la façon dont le même Kraepelin et Binswanger, qui l'avait appelé pour un avis ont approchés le cas Aby Warburg.

Pour vous dresser le tableau : Aby Warburg (1866-1929). Historien de la Renaissance, anthropologue et psychologue de la culture, est l'inventeur d'une nouvelle histoire de l'art. Contemporain de Freud, il déploya une métapsychologie de la culture et une approche nouvelle de l'image à travers l'analyse du mouvement et du pathos, caractérisant un style.

Quand Warburg arrive à Kreuzlingen en avril 1921, il faut employer la force. Le diagnostic d'entrée est dem.[entia] pr.[aeco] que Binswanger, bleulérien, corrige en schizophrénie.

Voici la lettre que Binswanger adresse à Freud, six mois après l'entrée de Warburg à la clinique :

*Cher Professeur,*

*Le Prof. V. [Warburg] présentait déjà pendant l'enfance des signes d'angoisse et d'obsessions ; étudiant, il avait des idées franchement délirantes, n'a jamais été débarrassé de craintes et de rituels obsessionnels, etc., ce qui entravait beaucoup sa production littéraire. Sur ces bases, une grave psychose s'est déclarée en 1918, probablement déclenchée par un état présénile, et le matériel, jusqu'alors élaboré névrotiquement, s'est exprimé sous une forme psychotique. Cet état était accompagné d'une excitation psychomotrice intense qui persiste encore actuellement, quoique soumise à de fortes variations. Ici, il est en service fermé, mais durant l'après-midi, il est souvent suffisamment calme pour recevoir des visites, venir chez nous pour prendre le thé, faire des excursions, etc. Actuellement, il est encore accaparé par ses craintes et ses manœuvres défensives à la limite de l'obsession et du délire, de sorte que, malgré un fonctionnement absolument intact de la logique formelle, il ne reste aucune place pour une activité dans le domaine scientifique. Il s'intéresse à tout, juge avec une grande pertinence les choses et les gens, sa mémoire est excellente, mais on n'arrive à le fixer sur des sujets scientifiques que pendant un temps fort limité.*

*Je pense que son excitation psychomotrice va décroître peu à peu, mais je ne crois pas qu'un rétablissement quo ante de la psychose aiguë soit possible, ni une reprise de son activité scientifique. Je vous prie bien entendu de communiquer ces informations de telle sorte que je reste couvert. Avez-vous lu son Luther ? C'est vraiment pitié de voir qu'il ne pourra plus rien puiser ni dans le trésor de son savoir, ni dans son immense bibliothèque.*

Voilà, quant à Warburg, comment il parle de sa maladie :

*Ma maladie consiste en ce que je perds la capacité de relier les choses d'après leurs simples rapports de causalité, ce qui se reflète dans le domaine spirituel aussi bien que réel*

Les formes cliniques par lesquelles passe Warburg sont multiples et complexes. De là une réelle désorientation diagnostique qui motive une demande d'avis de la part de Kraepelin.

Son avis est ainsi rédigé :

*Diagnostic : état mixte maniaco-dépressif, avec un pronostic tout à fait favorable. Son départ de la clinique est pour le moment exclu, parce qu'il s'agit d'un cas aigu et que cela ne ferait que ralentir le processus de guérison. Conseil : repos au lit jusque dans l'après-midi, cure d'opium.*

Ce type d'observation, nous le trouvons aujourd'hui, au quotidien dans les dossiers de nos patients hospitalisés : garder les patients maniaques au calme, à l'isolement voire en contention... Pour ce qu'il en est de la cure d'opium, ils se débrouillent souvent très bien tout seul...

Tant que Binswanger maintient le diagnostic prononcé à l'arrivée de Warburg, la schizophrénie, il est forcé (en digne élève de Bleuler) d'exclure « un rétablissement quo ante de la psychose aiguë ». Seule l'hypothèse formulée par Kraepelin selon laquelle il pourrait plutôt s'agir d'un « état mixte maniaco-dépressif » lui permet d'envisager la possibilité d'une guérison – qu'il finira par dire complète, plusieurs années plus tard, après la mort de Warburg.

La question sur laquelle j'attire votre attention ici est la suivante : qu'est ce qui du transfert du clinicien intervient dans le diagnostic et la conduite du traitement ? Qu'est ce qu'induit cette question de l'humeur, qui vient faire sombrer la clinique dans ce « spectre bipolaire » au sein duquel on voit de moins en moins ce qui différencie un « bipolaire » d'un « schizophrène », si ce n'est ce qu'il en est – justement – du transfert.

Mais Il me serait impossible de refermer aujourd'hui ce cas d'Aby Warburg avec vous, sans vous indiquer comment il finit par sortir de la clinique de Binswanger : Il prononce une conférence sur le rituel du serpent chez les indiens Hopi, à la clinique, devant toute la bonne société locale et un nombre conséquent des plus grands intellectuels de l'époque (pour l'anecdote, Bertha Pappenheim en était, elle aussi).

Voici le titre qu'il donnera à cette conférence quand il l'écrira quelques années plus tard : « Confession d'un schizoïde (incurable), versée aux dossiers des médecins de l'âme ».