



HAL
open science

Emil Kraepelin (1856-1926) - 2. Le Traité

T. Haustgen, J. Sinzelle

► **To cite this version:**

T. Haustgen, J. Sinzelle. Emil Kraepelin (1856-1926) - 2. Le Traité. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2010, 168 (9), pp.716. 10.1016/j.amp.2010.08.001 . hal-00690280

HAL Id: hal-00690280

<https://hal.science/hal-00690280>

Submitted on 23 Apr 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Emil Kraepelin (1856-1926) - 2. Le Traité

Authors: T. Haustgen, J. Sinzelle

PII: S0003-4487(10)00282-9
DOI: doi:10.1016/j.amp.2010.08.001
Reference: AMEPSY 1232

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Haustgen T, Sinzelle J, Emil Kraepelin (1856-1926) - 2. Le Traité, *Annales medio-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2010.08.001

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Dictionnaire biographique***Emil Kraepelin (1856-1926) - 2. Le Traité****Emil Kraepelin (1856-1926) - 2. The textbook****T. Haustgen, J. Sinzelle**

Dr Thierry Haustgen, CMP, secteur 93 G 10, 77 rue Victor Hugo, 93100 Montreuil, France

Dr Jérôme Sinzelle, CH Sainte-Anne, pavillon Piera-Aulagnier, 1 rue Cabanis, 75014 Paris, France

Résumé

Le traité de psychiatrie d'E. Kraepelin connaît huit éditions entre 1883 et 1915, ainsi qu'une neuvième édition posthume en 1927, toutes publiées à Leipzig. La première édition vraiment originale est la quatrième (1893), dans laquelle apparaît le terme *dementia praecox*. La cinquième (1896) marque le passage d'une approche symptomatique et/ou étiologique à une approche clinico-évolutive des troubles mentaux. La sixième (1899), la plus diffusée, systématise la définition, la description et les limites des principales affections psychotiques. La huitième (1909-1915), la plus volumineuse, essaie d'intégrer les apports de Bleuler et les critiques de l'école française. L'arrière-plan théorique fait appel à divers courants de pensée : réalisme, monisme psycho-physique, expérimentation, statistiques, naturalisme, évolutionnisme.

Dans un article de 1920, Kraepelin essaie de prendre en compte les apports de la phénoménologie naissante.

Mots clés : Classification ; Étiologie ; Évolution ; Théorie

Abstract

Eight editions of Kraepelin's textbook of psychiatry have been published in Leipzig between 1883 and 1915. A 9th edition (incomplete) has been edited after his death (1927). The first truly original edition is the 4th (1893), in which appears the term *dementia praecox*. The 5th (1896) jumps over the step between a symptomatic and/or aetiological approach to a clinical/evolutionary one of mental disorders. The 6th (1899), the most diffused, systematizes the definition, the description and the boundaries of psychotic disorders. The 8th (1909-1915), the

most voluminous one, tries to integrate Bleuler's clinical contribution on schizophrenia (1911) and French reactions to previous editions. The basic ideas underlying Kraepelin's theoretical approach include the following concepts: Realism, psychophysical parallelism (monism), experimentation, statistics, naturalism, evolutionary approach. In 1920, he also tried to integrate a phenomenological approach.

Keywords: Aetiology; Classification; Course; Theory

Lorsqu'il publie la première édition de son traité, Kraepelin n'a que 27 ans. Entre ce coup d'essai qui lui vaudra son poste universitaire estonien et l'édition publiée un quart de siècle plus tard, alors que sa renommée est assurée, l'ouvrage passe de un à quatre volumes et de 380 à 2 500 pages [3]. C'est donc toute l'histoire de la nosographie psychiatrique au tournant des XIX^e et XX^e siècles qu'on voit défiler au rythme des éditions successives. Il n'est pas indifférent que les versions de l'œuvre aient été publiées à Leipzig, principal centre de l'édition allemande depuis le XVII^e siècle, loin du lieu d'exercice professionnel de l'auteur à partir de la deuxième édition. C'est une nouvelle « bataille des Nations » que vont se livrer à fleurets mouchetés partisans et adversaires (surtout français) du traité. Nous aborderons l'architecture des différentes éditions, puis l'arrière-plan théorique de leur auteur, après avoir resitué le manuel de Kraepelin parmi ses concurrents français et allemands.

1. Un manuel parmi d'autres ?

Alors qu'avait paru en Allemagne dès 1845 le traité de Griesinger, la France devait attendre les années 1860-1862 pour voir publier coup sur coup ceux de Morel, de Marcé et de Dagonet (ce dernier réédité en 1871). Les autres ouvrages de médecine mentale disponibles à l'époque n'étaient que des recueils d'articles sans véritable vision d'ensemble, publiés par des auteurs au seuil de la tombe, qui voyaient s'éloigner la perspective de finaliser un traité théorique. Ainsi des œuvres d'Esquirol (1838) et de Jean-Pierre Falret (1864). Ce sera encore le cas une génération plus tard pour les recueils de Baillarger (1890) et de Jules Falret (1890). Dans les années 1880 est toutefois publié en France un véritable traité qui fera date : celui de Régis (1884), devenu *Précis de psychiatrie* dans l'édition de 1906. À l'époque, l'école

d'Illenau avait produit en Allemagne les manuels de Krafft-Ebing (1878) et de Schüle (1879) qui, tout en l'inspirant, n'auront pas la postérité de l'œuvre de Kraepelin. Publier un nouveau traité de psychiatrie, quelques années après ces éminents collègues, était donc pour un jeune médecin une aventure pleine de pièges et d'embûches.

Le *Compendium* devient *Lehrbuch* « pour les étudiants et les médecins » à partir de la 3^e édition, en 1889. Il ne s'agit pas, comme la plupart des ouvrages français, d'un traité des *maladies mentales*, mais, dès 1883, d'un *Compendium de psychiatrie*. En reprenant le néologisme de Reil (1808), le Germain Kraepelin privilégie résolument la *psyche* grecque sur la *mens* latine, dont le qualificatif dérivé sera encore utilisé par Gilbert Ballet en 1903 (Pathologie mentale) et par Chaslin en 1912, avec un certain chauvinisme (Sémiologie et clinique mentales). Mais le succès du *Lehrbuch* de Kraepelin va servir à désigner jusqu'à nos jours la nouvelle spécialité après la Première Guerre mondiale, y compris en France. Le manuel de Dide et Guiraud, qui paraît en 1922, l'année de la retraite de Kraepelin, s'intitule *Psychiatrie du médecin praticien*.

2. L'architecture des éditions successives

La première édition de 1883 subdivise les « psychoses » (terme générique désignant les troubles mentaux, repris du Viennois Feuchtersleben) en entités syndromiques inspirées d'Esquirol et de Griesinger (dépression/excitation/stupeur/démence/faiblesse psychique). Kraepelin subit néanmoins déjà l'influence de Krafft-Ebing et de Schüle, sensible dans la présence d'une psychose périodique (manie et mélancolie périodiques, folie circulaire) et d'un délire systématisé (*Verrücktheit*) primitif, ébauches respectives de la folie maniaque-dépressive et de la paranoïa. Mais le critère de dégénérescence, alors privilégié par l'école d'Illenau, n'apparaît pas encore.

La deuxième édition (1887) distingue plus nettement pathologies aiguës curables (mélancolie, manie, delirium, états d'épuisement, *Wahnsinn* : classes 1 à 5), pathologies chroniques (folie périodique, *Verrücktheit*, névroses générales : classes 6 à 8), pathologies organiques (intoxications, démence paralytique, états d'affaiblissement : classes 9 à 11) et arrêts de développement (idiotie et folie morale : classe 12). Les critères évolutifs et étiologiques sont intriqués. Sans l'adoption de ses théories, on retrouve la dichotomie de Krafft-Ebing entre dégénérescences psychiques, chroniques, et psychonévroses sur cerveau sain, aiguës, syndromiques (psychoses sans déficit de Ziehen en 1894).

Si la troisième édition (1889) traduit peu de modifications, la quatrième (1893)

marque l'adoption du terme grec *paranoïa* à la place de *Verrücktheit* et surtout l'introduction de la classe des processus psychiques dégénératifs (*Psychischen Entartungsprocesse*), entre *paranoïa* et névroses. Ils comprennent trois formes, dont deux innovations capitales : 1° la *dementia praecox*, soit modérée, soit sévère (hébéphrénie) (pour une fois, Kraepelin forme un néologisme en latin, que les Français traduiront par démence précoce) ; 2° la catatonie de Kahlbaum ; 3° la *dementia paranoïdes* (démence paranoïde : hybride de latin et de grec, qui deviendra 18 ans plus tard la purement hellénique schizophrénie paranoïde de Bleuler), combinant idées délirantes proches de la *paranoïa* et évolution dementielle.

Cette édition majeure repose donc à la fois sur les critères étiologiques de Krafft-Ebing (dégénérescence) et évolutifs de Kahlbaum, dont l'influence sur Kraepelin commence alors à s'affirmer, vingt ans après ses descriptions magistrales. L'observation de nombreux patients chroniques à la clinique d'Heidelberg a sans doute déterminé l'importance alors attribuée aux notions de démence et de détérioration.

La cinquième édition (1896) entérine ce passage des tableaux d'état syndromiques (*Zustandsbilder*) aux tableaux pathologiques, évolutifs (*Krankheitsbilder*). Le pronostic détermine le diagnostic. Est ainsi matérialisé le « pas décisif qui va de la conception symptomatique à la conception clinique de la folie », des « signes extérieurs de la maladie » à l'étude des « conditions d'apparition, d'évolution et de terminaison des troubles ». On doit donc parvenir à isoler des formes réelles, autonomes, à partir de leurs tableaux pathologiques d'état. C'est la mise en application des principes formulés en 1850 par Falret, puis en 1863 par Kahlbaum.

Kraepelin subdivise alors les entités morbides en maladies mentales acquises (états d'épuisement, intoxications, troubles métaboliques, lésions cérébrales, folies de la période d'involution) et maladies mentales par disposition pathologique (constitutionnelles, névroses générales, états psychopathiques, retard du développement). Les trois formes de dégénérescences psychiques de la quatrième édition deviennent processus de « démentisation » ou d'« abêtissement » (*Verblödungsprocesse*). Ils sont intégrés dans les troubles métaboliques, à côté de la folie myxœdémateuse et de la paralysie générale, rapprochement assez hasardeux, complété par l'hypothèse d'une auto-intoxication. La dégénérescence ne concerne plus que les états psychopathiques (neurasthénie, folie de contrainte, folie impulsive). Les troubles mentaux constitutionnels comprennent la folie périodique (subdivisée en maniaque, dépressive et circulaire) et la *paranoïa* (soit combinatoire, soit fantastique ou hallucinatoire). Les classes syndromiques des éditions précédentes disparaissent pour se répartir entre processus de « démentisation », folie

périodique et paranoïa. Les folies d'involution comprennent les états confusionnels séniles et quatre formes de « mélancolie » non encore intégrées dans la folie périodique et anxieuse : mélancolie simple, hypochondriaque, délirante et anxieuse.

La sixième édition (1899) est l'édition classique, canonique et « moderne », qui va servir partout de référence, au point d'occulter les adaptations ultérieures. La dichotomie entre affections acquises et par disposition est abandonnée. Treize classes sont décrites, qui reprennent celles de l'édition précédente, mais sans aucune subdivision étio-pathogénique. Le terme romantique de psychose est remplacé par celui de *Seelenstörungen* (dérangements de l'âme ou de l'esprit) [1]. La paranoïa se trouve réduite à ses limites présentes. Seules en font désormais partie les formes combinatoires. Deux des catégories prennent une importance considérable. La *dementia praecox* englobe dorénavant l'ensemble des processus de « démentisation » (Verblödung) pour constituer une affection unitaire, avec ses trois formes – hébéphrénique (ancienne *dementia praecox*), catatonique et paranoïde (composée de l'ancienne *dementia paranoides* et des formes fantastiques de la paranoïa de la cinquième édition). Son origine métabolique est toujours mise en avant, mais cette étiologie ne sert plus de fondement à sa classification et l'existence de lésions cérébrales encore hypothétiques est induite de l'évolution déficitaire. La folie maniaque-dépressive (manisch-depressive Irresein) fait son apparition. Elle n'est considérée ni comme une psychose ni comme endogène. Elle englobe la plupart des cas de mélancolie, à l'exception de la mélancolie d'involution, qui constitue l'une des trois formes de la folie involutive, à côté de la démence sénile et du délire de préjudice présénile.

La septième édition (1903-1904) ressemble beaucoup à la précédente. Mais la monumentale huitième, dont la parution s'échelonne sur six années, de 1909 à 1915, intègre des modifications notables, qui attestent que la pensée de Kraepelin n'était pas figée. Les innovations concernent essentiellement le tome 3, qui paraît en 1913 et regroupe 3 des 17 classes de la nouvelle nosographie : démences endogènes (9^e classe), épilepsie (10^e) et folie maniaque-dépressive (11^e). En raison de la date de publication, les auteurs français n'auront guère l'occasion d'en prendre connaissance. Une série de dichotomies explique les quatre classes supplémentaires. La paralysie générale se dédouble en affaiblissement syphilitique (5^e classe) et *dementia paralytica* (7^e). Au sein des névroses, l'hystérie forme une classe désormais séparée de l'épilepsie (la 13^e). Les états psychopathiques se subdivisent en états pathologiques psychopathiques constitutionnels (15^e classe) et personnalités psychopathiques (16^e). C'est seulement dans cette édition qu'apparaît le terme « endogène », repris de Moebius (1893), peu ou prou synonyme de dégénératif ou psychopathique [2]. Il ne

concerne que la démence précoce, dont le nombre de formes passe de trois à huit, et le nouveau groupe des paraphrénies, dont les quatre formes viennent remplacer l'ancienne paranoïa fantastique de la cinquième édition, absorbée par la forme paranoïde de la démence précoce dans la sixième. En revanche, ne sont pas considérées comme endogènes la paranoïa ni la folie maniaque-dépressive, affections constitutionnelles. Cette dernière englobe dorénavant tous les cas de mélancolie (y compris d'involution), neuf formes d'états mixtes et quatre formes d' « états fondamentaux ».

Une neuvième édition posthume du traité en deux volumes, complétée par J. Lange, paraît en 1927. Le terme psychose y réapparaît, associé à exogène ou endogène, pour désigner des affections spécifiques et non l'ensemble des troubles mentaux. C'est alors seulement que la folie maniaque-dépressive est, à côté de la démence précoce, désignée comme une psychose endogène, un an après la mort de Kraepelin [2].

3. L'arrière-plan théorique

Comme pour Pinel, il est difficile de rattacher Kraepelin à un courant théorique déterminé. Bien que n'étant pas philosophe, le clinicien d'Heidelberg se réfère dans ses mémoires aux penseurs de l'empirisme, Locke et Hume, comme au statisticien Galton, rencontré durant un voyage à Londres. Mais il se place plus dans le prolongement du courant naturaliste que de l'empirisme logique néokantien. Son ouvrage historique *Cent ans de psychiatrie* accorde une large place à Guislain, Griesinger, Kahlbaum, aux neuroanatomistes et aux histopathologistes qui ont pris leur suite (Vogt, Brodmann), mais aussi aux cliniciens français « favorisés par leur don de l'observation fine, par leur intelligence pénétrante et par leur clarté d'exposition » [7] (il considère toutefois comme une image mythique l'abolition des chaînes par Pinel). On rapporte que, lors d'une visite au laboratoire d'Alzheimer, il laissa tomber : « Oui, oui, le moulin anatomique tourne, mais bien lentement » [9].

À la suite de P. Hoff [5], on peut établir une filiation entre sa pensée clinique et les concepts de réalisme (selon Wundt : primat de la conscience), de parallélisme moniste psychophysique (inspiré de Griesinger, opposé au réductionnisme matérialiste et aux « mythologies cérébrales »), d'expérimentation (comme alternative à l'introspection, à la subjectivité, au déterminisme biographique), enfin de naturalisme évolutionniste d'inspiration darwinienne.

Un infléchissement de ses références théoriques se dessine entre les éditions successives du traité. Les deux premières, descriptives, se rattachant à la psychologie

expérimentale et quantitative de W. Wundt (1832-1920), le disciple de Fechner, laissent place à l'apparition du concept de dégénérescence dans son acception néodarwinienne à partir de la troisième. Puis l'exploitation des cartes statistiques d'Heidelberg, conjuguée à l'adoption d'une méthodologie clinique déjà préconisée par Falret et Kahlbaum, à partir de la cinquième édition, conduit à l'abandon des spéculations aussi bien des « somatistes » cérébraux que des « psychistes » romantiques. Sans le savoir, Kraepelin suit, à un demi-siècle de distance, l'évolution théorique du clinicien de la Salpêtrière (réserve à l'égard des statistiques en moins).

La démence prend alors le pas sur la dégénérescence, la *Verrücktheit* sur le *Wahnsinn*, l'évolution et la chronicité sur les formes aiguës. Dans la sixième édition, la subdivision des trois formes de démence précoce, de même que celle des six formes d'états mixtes maniaco-dépressifs, se réfère néanmoins toujours à la partition antique des âmes de Platon, raisonnable (cognition), affective (humeur) et nutritive ou concupiscente (comportement). Elle avait déjà servi à classer les monomanies d'Esquirol et inspirera la psychologie associationniste. Les termes « paranoïa » et « cyclothymie », repris de Kahlbaum, sont directement dérivés du *noos* et du *thumos* platoniciens. Le traité de Kraepelin les a fait passer dans la clinique psychiatrique, puis dans le langage courant.

Son orientation prédominante vers le positivisme scientifique expérimental conduit Kraepelin à rejeter catégoriquement la psychanalyse. Bien qu'auteur en 1905 d'un long article sur l'interprétation des rêves, il se prononce contre les théories de Freud au congrès annuel de l'Association allemande de psychiatrie qui se tient en 1913 à Breslau : « Ce qui est bon dans la psychanalyse n'est pas neuf et vient essentiellement de Janet. Kraepelin souligne [dans son intervention] combien de mal a déjà été fait par cette méthode et met en garde de la façon la plus énergique contre son application » [cité in 4]. Selon Borch-Jacobsen, « l'objectif du congrès, clairement énoncé par Kraepelin en personne, était de faire rentrer Bleuler dans le berceau de la psychiatrie en lui faisant renoncer à Freud et à ses pompes » [4]. Le maître de Munich reprend en 1920 sa critique de la psychanalyse : « Il est dangereux de construire un édifice savant qui ne peut être validé par la confrontation avec un autre. C'est la faute que commettent les psychanalystes. Nous pouvons cependant éviter cette erreur. Comment ? En étudiant ce que les patients nous disent de leurs propres expériences émotionnelles » [8].

En 1913, le phénoménologue K. Jaspers considère Kraepelin comme le promoteur de l'idée d'unité morbide, à partir de la prise en compte, non plus de l'étiologie ou de l'anatomopathologie, mais du tableau d'ensemble de la maladie, de son évolution et d'un « approfondissement de la connaissance de sa structure psychologique » [6]. Jaspers range Kraepelin dans la catégorie des narrateurs ou descripteurs (*Schilderer*), aux côtés d'Esquirol et

Griesinger, en l'opposant aux analystes, formateurs de concepts (selon lui la plupart des cliniciens allemands, dont Kahlbaum et Wernicke). Jaspers, quant à lui, privilégiait les « types cliniques » et les « processus » sur les maladies. Plus critiques, Bonhoeffer avait proposé en 1910 le concept de « type de réaction exogène » et Hoche préconisé en 1912 d'en revenir à une subdivision des entités morbides en « complexes de symptômes », opposés aux catégories nosographiques rigides.

C'est pour répondre à ces objections méthodologiques que Kraepelin rédige en 1920 un article-testament sur les « manifestations de la folie » [8]. Il y propose de réévaluer son concept d'entité « naturelle » par la prise en compte des principales facultés mentales (humeur, pensée, volonté, perception, mémoire) et des éléments de l'histoire individuelle du patient (facteurs culturels, environnementaux, éducatifs, héréditaires, de personnalité). Il y distingue trois niveaux de manifestations psychopathologiques, de moins en moins spécifiques, conduisant l'un vers l'autre par des mécanismes d'activation : 1) les processus morbides (Krankheitsvorgänge) ; 2) les groupes de réactions (Einrichtungen), préformés biologiquement ou psychologiquement, comportant eux-mêmes trois registres cliniques ; 3) les tableaux cliniques symptomatiques, issus des classifications du XIX^e siècle, non spécifiques et non autonomes. Les registres cliniques du niveau 2, en lien avec des étapes de plus en plus archaïques de l'évolution, susceptibles de se chevaucher, sont de gravité croissante : registre délirant et émotionnel ; registre schizophrénique et hallucinatoire ; registre encéphalopathique et oligophrénique.

Cette contribution atteste que, comme en clinique, Kraepelin était capable d'adapter ses théories aux remises en cause extérieures. C'était de sa part accepter les notions de processus et de hiérarchie symptomatique de Jaspers, de réaction de Bonhoeffer, de pathoplastie de Birnbaum. C'était aussi anticiper sur celles d'axes diagnostiques, de dimension (comme alternative à catégorie), de comorbidité (chevauchement des registres cliniques), de validité (spécificité variable) et de facteurs de vulnérabilité (autant psychosociaux que biologiques). C'était enfin préfigurer (registres du niveau 2) la classification organodynamique des déstructurations de la personnalité de Henri Ey !

Références

- [1] Beer MD, Psychosis: A history of the concept. *Compr Psychiatry* 1996;37:273-91.
- [2] Beer MD. The endogenous psychoses: A conceptual history. *History of Psychiatry* 1996;VII:1-29.

- [3] Bercherie P. Les Fondements de la Clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique. 1^{re} éd. Paris: Seuil; 1980.
- [4] Borch-Jacobsen M, Shamdasani S. Le dossier Freud. Enquête sur l'histoire de la psychanalyse. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil; 2006.
- [5] Hoff P. Kraepelin. In : Berrios G, Porter R (ed.) A History of Clinical Psychiatry. London: The Athlone Press; 1995. P. 261-79.
- [6] Jaspers K. Psychopathologie générale. Trad fr de la 3^e éd. Paris: F. Alcan; 1933.
- [7] Kraepelin E. Cent ans de psychiatrie, 1918. Trad fr et avant-propos de M. Géraud. Bordeaux: Mollat; 1997.
- [8] Kraepelin E. The manifestations of insanity, 1920. Translated and with an introduction by D. Beer. History of Psychiatry 1992; III : 499-529.
- [9] Maurer K, Alzheimer U. Vie d'un médecin, histoire d'une maladie. Trad fr Paris: Michalon; 1999.