Article original

La psychiatrie néo-kraepelinienne à l'épreuve de l'histoire. Nouvelles considérations sur la nosologie kraepelinienne[☆]

Neo-Kraepelinian psychiatry put to the test of history. New reflections on the Kraepelinian nosology

Thomas Lepoutre (Maître de Conférences, Psychologue clinicien)^{a,*,b}

^a EA 3278, Aix Marseille université, LPCLS – Maison de la Recherche, 29, avenue Robert-Schuman, 13621 Aix-en-Provence cedex 1, France

^b Établissement public de Santé-Érasme, 143, avenue Armand-Guillebaud, 92161 Antony, France

Reçu le 3 avril 2017

Résumé

Objectifs. – À travers un regard historique, on entend ici confronter le « credo néo-kraepelinien » qui donne à la psychiatrie actuelle, notamment américaine, sa caution épistémologique, au projet initial du père de la psychiatrie moderne.

Méthode. – Pour ce faire, l'article propose de revenir sur le projet kraepelinien d'origine, l'évaluer en propre, le considérer pour lui-même et en sa complexité, en recourant à une analyse précise des grands textes du corpus kraepelinien. C'est autant les textes autobiographiques et méthodologiques que les différentes éditions du Traité qui sont ainsi analysés.

Résultats. – Cette enquête dans les textes de Kraepelin nous invite à prendre en méfiance le soi-disant « empirisme » de la démarche kraepelinienne, et jeter corrélativement un soupçon sur le positionnement « a-théorique » ayant inspiré les tenants du DSM. Loin d'homologuer naïvement l'idée selon laquelle Kraepelin aurait patiemment collectionné les données étiologiques, anatomopathologiques et symptomatologiques de ses cas pour forger innocemment ses entités nosographiques, l'article conduit à réévaluer, dans le fonctionnement de la nosographie kraepelinienne, le poids d'un critère prépondérant, celui de la trajectoire que la

[☆] Toute référence à cet article doit porter mention : Lepoutre T. La psychiatrie néo-kraepelinienne à l'épreuve de l'histoire. Nouvelles considérations sur la nosologie kraepelinienne. *Evol Psychiatr* 2017; 82 (3) : (pages) (pour la version papier) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : thomas.lepoutre@univ-amu.fr

pathologie dessine naturellement jusqu'à son état terminal, et qui permet de la déchiffrer sur le seul critère de son évolution. C'est en outre les rapports entre ce critère évolutif et le modèle naturaliste qui sont alors problématisés.

Discussion. – Ressort de cet examen l'idée que l'œuvre du père de la psychiatrie moderne est plus complexe qu'il n'y paraît, et qu'il convient de se déprendre de « l'habillage méthodologique » d'allure empirique dont Kraepelin a enveloppé la construction de sa nosographie. En réalité, entre le projet officiel de Kraepelin et ses réalisations effectives, il y a un hiatus inexplicable : l'ambition méthodologique défendue par Kraepelin et les procédures empiriques qu'il défend n'expliquent pas le mécanisme de composition des entités concrètes qu'il a promues.

Conclusions. – Cela permet de juger l'extraordinaire complexité de l'héritage kraepelinien et de comprendre cette postérité contradictoire, qui fait qu'aujourd'hui, la psychiatrie « néo-kraepelinienne » (se) reconnaît volontiers (dans) le projet kraepelinien mais morcelle les entités découvertes par Kraepelin, lesquelles se trouvent par ailleurs spontanément recaptées par des épistémè fondamentalement concurrentes, mais plus ou moins déconnectées du cadre nosologique naturaliste à travers lequel il les pensait et les identifiait à l'origine. Dans un cas, morcellement des catégories kraepeliniennes et encensement du projet kraepelinien ; dans l'autre, refus de la pensée kraepelinienne, mais fidélité à ses entités.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Kraepelin E. ; Nosologie ; Nosographie psychiatrique ; DSM ; Évolution ; Démence précoce ; Schizophrénie ; Paranoïa

Abstract

Objectives. – Adopting a historical perspective, this paper sets out to compare the original project of Emil Kraepelin, the father of modern psychiatry, with the so-called “neo-Kraepelinian credo” which provides contemporary psychiatry, and American psychiatry in particular, with its epistemological framework.

Method. – In order to achieve this objective, the article proposes to re-examine the original Kraepelinian project, to appraise it as such, and to explore its full complexity via an in-depth analysis of the main texts in the Kraepelinian corpus. With this aim in mind, both the autobiographical and the methodological texts, and the successive editions of the Textbook, are analyzed.

Results. – This exploration of the Kraepelinian texts suggests that we should be wary of the supposed “empiricism” of the Kraepelinian approach, and also of the “a-theoretical” positioning of the proponents of the DSM. Far from naively supporting the idea that Kraepelin patiently accumulated etiological, anatomical and symptom-related data from his patients in order to straightforwardly construct his nosography, this article proposes to reassess the weight of a dominant criterion in this nosography – that of a pathological trajectory from the incipient stages to the outcome, enabling the pathology to be interpreted on the sole basis of its evolution. The complex relationships between this evolution criterion and the overall naturalistic Kraepelinian model of mental illness are thus explored.

Discussion. – This exploration shows that the work of the father of modern psychiatry is far more complex than it might seem at first glance. We need to free ourselves from the seemingly empirical methodological trappings of Kraepelin's nosological classification. There is in fact a curious hiatus between Kraepelin's official project and what he actually produced. The methodological approach and the empirical procedures propounded by Kraepelin do not explain the mechanisms enabling the construction of the concrete entities that he supported.

Conclusions. – Thus, the paper enables us to grasp the complexity of the Kraepelinian legacy more fully, and to understand the paradoxical nature of his posterity, whereby contemporary psychiatry readily claims to be “neo-Kraepelinian” but at the same time fragments these Kraepelinian entities. Alongside, these same entities are spontaneously taken up by clearly rival epistemologies that are more or less disconnected from the naturalistic nosological framework that underpinned them. On the one hand, there is a fragmentation

of the Kraepelinian categories alongside the exaltation of Kraepelin's project; on the other hand, there is a rejection of Kraepelinian thought alongside faith in his categories.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Kraepelin E.; Nosology; Psychiatric classifications; DSM; Prognosis; Dementia praecox; Schizophrenia; Paranoia

1. Introduction

Jeter un regard « historique » sur la psychiatrie, et en particulier sur la multitude des classifications nosographiques à travers lesquelles nous avons successivement tenté de cerner le fait de la folie, c'est inmanquablement se trouver renvoyé à des constructions culturellement situées et historiquement datées [1–3].

De là nous vient une nécessaire déconstruction historique de nos approches les plus contemporaines, devant être sans cesse mises en perspective avec les erreurs du passé : car qui oublie son histoire « se condamne à la revivre », en psychiatrie plus qu'ailleurs.

En matière de nosographie psychiatrique, on sait que l'hégémonie va aujourd'hui plutôt à la perspective nord-américaine, depuis la publication du *DSM-III*. Or d'une manière étonnante, contrairement à ce qui se dit d'une prétendue « table rase » de la clinique, cette psychiatrie se reconnaît volontiers un héritage.

C'est celui d'Emil Kraepelin, dont le nom a fonctionné, au moment de la révolution d'ensemble ayant eu lieu dans les années 1970, comme caution épistémologique. Comme on sait, la publication des célèbres « critères de Feighner » [4] en 1972 (article le plus cité de tous les temps dans la littérature psychiatrique !), critères ayant présidé à la publication du *DSM* depuis sa troisième édition et ayant fixé en quelque sorte l'horizon méthodologique de l'orientation à venir, s'accompagnait de fait d'une sorte de « retour à Kraepelin » – comme il y a eu, en un autre champ, un « retour à Freud ». Les tenants du groupe de la *Washington University*, au premier rang desquels Eli Robins (1921–1994), Samuel Guze (1924–2000), George Winokur (1925–1996) et Rodrigo Munoz, ayant inspiré le jeune Robert Spitzer, se reconnaissaient en effet dans un « credo néo-kraepelinien » [5,6], qu'on a coutume de ramasser ainsi :

- la psychiatrie est une branche de la médecine ;
- la psychiatrie devrait utiliser les méthodologies scientifiques modernes et fonder sa pratique sur la connaissance scientifique ;
- la psychiatrie soigne des personnes malades, qui ont besoin d'un traitement pour maladie mentale ;
- il y a une frontière entre le normal et le pathologique ;
- il existe des maladies mentales distinctes. Les maladies mentales ne sont pas des mythes. Il n'existe pas une seule maladie mentale mais plusieurs. La tâche de la psychiatrie scientifique, comme celle des autres spécialités médicales, est de rechercher les causes, le diagnostic et le traitement de ces maladies mentales ;
- l'attention des médecins psychiatres devrait se porter particulièrement sur les aspects biologiques de la maladie mentale ;
- il devrait y exister une préoccupation explicite et intentionnelle pour le diagnostic et la classification ;

- les critères diagnostiques devraient être codifiés, et la validation de ces critères par différentes techniques devrait être considérée comme un domaine de recherche légitime et précieux. De plus, les départements de psychiatrie dans les universités de médecine devraient enseigner ces critères, et non les déprécier comme cela a été le cas durant de nombreuses années ;
- dans les efforts de recherche visant à améliorer la fiabilité et la validité des diagnostics et de la classification, les techniques statistiques devraient être utilisées.

Ce « credo » méthodologique d'inspiration kraepelinienne dessinant l'horizon de notre modernité psychiatrique [7], à la lecture aussi apparemment simpliste que spontanément polémique, aurait-il été salué par Kraepelin ? Et est-ce là bien tout l'héritage kraepelinien réinvesti par le « collège invisible » [8] de la psychiatrie américaine dans le « projet DSM » ?

En réalité, il semble que le programme de recherche qui fut celui de Kraepelin à l'origine ait été nettement plus complexe [9–11].

Celui-ci a certes inlassablement donné la priorité à la « *délimitation et au groupement préalables des formes pathologiques* [*die Umgrenzung und Gruppierung der Krankheitsformen*], qui doivent être mis au premier plan » de la tâche psychiatrique ([12], p. 224). Il prenait en outre son pivot dans une conception nosologique d'ensemble précise, visant effectivement à ressaisir, sous la diversité des tableaux syndromiques, le processus sous-jacent, soit la « *maladie naturelle réelle* », à la fois plus déterminante et mieux déterminée que les tableaux d'état successifs – seule manière de lever les impasses insolubles de la nosographie psychiatrique, tenant à ce que, jusqu'à lui, « toutes les tentatives de classification suivaient presque exclusivement les manifestations extérieures de la folie [*den äußeren Erscheinungen des Irreseins*], et échouaient à cause de l'impossibilité d'introduire dans des cadres bien délimités les tableaux constamment changeants et intriqués, tels qu'ils se donnent dans l'observation des malades. » ([13], p. 241).

Est-ce pour autant la perspective « a-théorique », visant à codifier et opérationnaliser, à partir de méthodes statistiques, les « critères diagnostiques », qui l'emporte dans le projet kraepelinien ? Est-ce bien en recourant à ce type de méthodologie avant l'heure, que Kraepelin est parvenu à sa nosographie, ayant eu la fécondité que l'on sait ?

Répondre à cette question est d'autant plus sensible qu'on sait que la nosographie kraepelinienne continue d'inspirer, par une postérité ambiguë et à des degrés divers [14,15], absolument toutes les manières contemporaines de classer les folies. Aussi bien du côté de la tradition psychiatrique française (où l'on continue, sous l'influence d'Henri Ey¹, de distinguer schizophrénies, paranoïas, psychoses hallucinatoires et fantastiques, et psychose maniaco-dépressive), que du côté de la psychanalyse (la nosographie freudienne des psychoses tenant, au moins en partie, pour « tout à fait justifiée »² la démarche de Kraepelin), que du côté de la phénoménologie classique, ou sur la scène internationale encore (où la dichotomie des psychoses, partagées en troubles schizophréniques d'une part, troubles affectifs d'autre part, constitue toujours les deux « piliers » des classifications internationales), la fidélité à la nosographie kraepelinienne est d'une remarquable pérennité. L'étonnant, mis en valeur ailleurs [18], est que les entités découvertes par Kraepelin se trouvent ainsi recaptées par des *épistémè* fondamentalement concurrentes, et plus ou moins

¹ Ainsi Henri Ey affirmait-il « sans crainte d'être contredit sérieusement que [...] rien de neuf n'a été fait [...] depuis Kraepelin. Et toutes les fois que l'on essaie de classer les maladies mentales en voulant rester « classique » on revient à peu près au type de classification kraepelinienne » ([16], p. 27).

² « Je tiens pour une démarche tout à fait justifiée de Kraepelin de fusionner beaucoup de ce qu'on a précédemment appelé paranoïa avec la catatonie et d'autres formes en une nouvelle entité clinique, pour laquelle à vrai dire le nom de dementia praecox a été choisi d'une façon particulièrement maladroite. » ([17], p. 298).

déconnectées du cadre nosologique naturaliste à travers lequel il les pensait et les identifiait à l'origine.

Pour répondre de ce paradoxe, il importe donc de revenir sur le projet kraepelinien d'origine, l'évaluer en propre, le considérer pour lui-même et en sa complexité – afin de comprendre le destin de cette postérité si contradictoire, qui fait que Kraepelin peut être, de façon pratiquement ubiquitaire, *et* salué comme père symbolique par les tenants du *DSM* *et* simultanément distingué par Jacques Lacan comme figure d'exception, chez qui le « génie de la clinique » a porté au plus haut point « la fidélité à l'enveloppe formelle du symptôme » ([19], p. 66). . .

2. De l'« empirisme » de la démarche kraepelinienne

On le sait, le projet kraepelinien prend ses racines dans un postulat naturaliste indépassable, qui considère que « *les maladies vraiment naturelles possèdent toujours les mêmes causes, doivent toujours produire les mêmes symptômes, et donner les mêmes résultats anatomopathologiques.* »

C'est ce qui instruit la nécessité, selon Kraepelin, de travailler à l'établissement d'une nosographie cohérente à partir d'une « méthode synthétique » permettant de compiler conjointement l'ensemble des données *étiologiques*, *symptomatologiques*, et *anatomiques*, insuffisantes prises isolément et en elles-mêmes, mais supposées nécessairement converger dans la délimitation d'« entités morbides réelles » [20]. C'est là la profession de foi méthodologique réglant l'ensemble de la démarche kraepelinienne et inlassablement répétée dans chacune des éditions du *Lehrbuch* – véritable « pierre angulaire » du projet de Kraepelin dont nous avons dégagé pleinement les implications ailleurs [18] :

« Si nous possédions une connaissance approfondie et exhaustive de tous les détails dans un seul de ces trois domaines – l'anatomie pathologique, l'étiologie ou la symptomatologie de la folie – alors non seulement il serait possible d'en tirer une classification cohérente et complète des psychoses, mais en plus chacune des trois classifications ainsi obtenues coïnciderait – cette exigence est la pierre angulaire de notre recherche scientifique – avec les deux autres pour les choses essentielles. Les cas morbides produits par les mêmes causes présenteraient toujours les mêmes manifestations et les mêmes lésions anatomo-pathologiques. Il ressort de ce point de vue fondamental que, [pour le moment], la classification clinique des troubles psychiques doit s'étayer *simultanément* sur les trois principes de classement, auxquels on devra aussi ajouter les informations tirées de l'évolution, du pronostic et bien sûr, du traitement. » ([21], p. 238) ; ([22], p. 314) ; ([23], vol. II, p. 4) ; ([24], vol. II, p. 5) ; ([25], vol. II, p. 14).

Mais *comment* donc s'effectue, concrètement, la construction des entités kraepelinienne, à partir de cette « méthode synthétique » et de cette ambition naturaliste ? Par quelles voies le célèbre nosographe est-il parvenu, effectivement, à sa nosographie ?

C'est ici que le mythe, qui commence avec les explications de Kraepelin lui-même, fait massivement et légendairement intervenir l'argument du soi-disant « empirisme » de la démarche kraepelinienne. On en connaît le motif central : c'est celui qui veut que l'objectivité des faits étiologiques, anatomiques et symptomatologiques, s'agissant de chacun de ses patients, ait été soigneusement consignée sur des « fiches diagnostiques », ses fameuses *Zählkarten*, supposées recueillir l'ensemble des éléments relatifs à la pathologie dans leur exhaustivité, permettant ainsi à Kraepelin un traitement statistique de vastes cohortes à la recherche de l'expérience seule, sans aucune théorie, ce qui préfigurerait la méthodologie de l'épidémiologie contemporaine.

Kraepelin a, de fait, largement consacré son écriture à *raconter* comment il travaillait empiriquement pour forger ses catégories :

« Je consultais toutes les fiches diagnostiques disponibles liées aux formes pathologiques dont j'avais à rendre compte. Ces fiches diagnostiques contenaient un résumé extrêmement condensé de toutes les informations essentielles sur chaque cas. Ensuite, j'excluais tous les cas qui semblaient être incomplets ou douteux, puis je commençais à les regrouper sous différents aspects. Les cas les plus similaires étaient réunis dans des groupes plus ou moins grands, puis les caractéristiques cliniques de sous-types étaient définies plus précisément. Ainsi, le comportement héréditaire, des causes exogènes reconnues, la distribution de l'âge, du sexe ou de la profession, pouvaient être déterminés. En outre, le développement génétique, les symptômes physiques et mentaux particuliers, l'évolution et la terminaison étaient pris en considération. En examinant les chiffres, j'obtenais des critères permettant de juger si la tentative de regroupement était justifiée ou devait être modifiée. » ([26], p. 156).

Un tel témoignage condamne-t-il l'historien à enrichir l'image plus ou moins mythique d'un Kraepelin résolument empiriste, œuvrant à classer et reclasser les dossiers médicaux de ses patients à la recherche de groupements cohérents ? Probablement pas : il lui reste de pouvoir pointer que l'« empirisme » de cette démarche nosologique – si empirisme il y a –, est lui-même affecté d'un certain nombre d'ambiguïtés, et qu'il ne se laisse déchiffrer que si l'on saisit comment il s'est textuellement constitué.

Le mythe, ou l'erreur, voudrait de fait faire croire que le simple enregistrement systématique des « données empiriques » (qu'il reste à caractériser), permettant une accumulation continue des « connaissances », suffirait à fournir spontanément une sorte de hauteur par rapport au divers du pathologique – Kraepelin semblant d'ailleurs, notons-le au passage, tenté de prendre, dans l'ensemble de son trajet qui commence avec l'expérimentation psychologique individuelle à Dorpat pour aboutir aux études épidémiologiques sur de larges échelles à Munich, toujours plus de hauteur (de distance ?) vis-à-vis du réel clinique.

On peut éventuellement *croire*³ que les entités kraepelinienne se sont établies conformément à cette méthode de travail, aussi longtemps qu'on les considère comme *données* et qu'on les reçoit dans leurs définitions abouties ; mais aussitôt qu'on ne les envisage plus comme acquises, aussitôt que l'on refuse de les connaître *à l'avance*, et que l'on souhaite examiner comment elles ont été conquises, alors cette *histoire* a ceci de prodigieux qu'elle n'explique rien. Ce témoignage a, en effet, ceci d'étonnant, qu'il est à la fois trivialement concret et pourtant remarquablement évasif : de sorte que si l'on garde en mémoire le découpage nosographique auquel Kraepelin sera mené (démence précoce, folie maniaque-dépressive, paranoïa, éventuellement paraphrénies), non pas par l'objectivité des chiffres mais parce qu'il l'a progressivement construit, rien n'explique comment cette procédure réglée a pu *trouver* lesdites catégories, ou les faire émerger sur le fond

³ Cette « croyance » s'est d'ailleurs remarquablement illustrée dans une étude menée par Assen Jablensky [27], ayant cherché à tester la validité clinique des entités kraepelinienne en réévaluant lesdites fiches diagnostiques selon les critères contemporains (DSM-IV et ICD-10). Heureuse de constater une convergence fidèle, l'équipe en conclut que « le haut degré de correspondance entre les entités cliniques de Kraepelin et les catégories diagnostiques actuelles, ainsi que la reproductibilité des groupes diagnostiques par analyse statistique, suggèrent que Kraepelin a bâti une classification diagnostique robuste, qui peut encore posséder une bonne validité clinique ». En fait, bien sûr, une telle étude, loin de déterminer la fécondité réelle des *Zählkarten*, ne fait que confirmer, en une tautologie méconnue, l'influence de Kraepelin sur la nosologie moderne. . .

des mystérieux « critères permettant de juger si la tentative de regroupement était justifiée ». Plus précisément, on ne saisit pas bien par quelle sorte de prestige de telles unités auraient pu brusquement surgir à partir de la masse des faits et des « différents aspects » que Kraepelin prétend y ordonner, sans s'articuler électivement à un critère déclaré, ou sans qu'aucun « aspect » n'y prenne un poids particulier. La cause de cette incompréhension vient de ce que, contrairement à ce que Kraepelin croit lui-même, s'agissant des catégories kraepelinienne, la vérité n'est pas de l'ordre des nombres : leur composition n'est pas donnée par « les chiffres », elle est donnée ailleurs.

Cet « ailleurs » relève en réalité du poids que Kraepelin accordera toujours plus à « l'évolution et à la terminaison » de l'affection – certes nommées ici, mais comme en passant, sans les isoler comme le véritable ressort de sa classification, sans reconnaître qu'il s'agit pourtant du seul critère décisif dans la construction de sa nosographie.

Reste que, pour qui veut caractériser le fonctionnement de la recherche kraepelinienne, ce *récit* de la méthode – car il y a bien chez Kraepelin une *mise en scène de la méthode*⁴, en quoi il n'est pas anodin que ce paragraphe soit extrait de ses « souvenirs de vie » – reste éloquent : il révèle assez par quel biais Kraepelin prétend saisir les coordonnées de la pathologie mentale, ses déterminants quantifiables – qu'ils soient biologiques, sociaux, étiologiques, cliniques – pour en dégager, par l'analyse, des *indicateurs* empiriques. Il rappelle aussi comment l'appréciation du fait clinique s'insère toujours, chez Kraepelin, dans un type de rationalité pour laquelle les modalités *individuelles* de la folie, les faits *singuliers* qu'elle présente sous une infinité de formes, ne sauraient jamais être caractéristiques comme tels – comme si le « fait isolé », n'étant susceptible d'aucune valeur pour l'ambition nosographique et nomothétique⁵, ne pouvait être *parlant* comme tel⁶ ; comme si le *fait* clinique, quoique très réel, ne suffisait pas, et ne pouvait devenir expressif qu'à la condition d'être hiérarchisé, c'est-à-dire reconnu comme caractéristique ou dénoncé comme anecdotique, promu dans l'ordre du « *Wesentliche* », de l'essentiel d'une maladie, ou refoulé dans l'« *Unwesentliche* », l'insignifiant du tableau clinique.

C'est que chez Kraepelin, l'ambition première demeure toujours de fixer le statut flottant du fait clinique dans un *Krankheitsbegriff* (la « catégorie nosologique », littéralement, le « concept de maladie »). D'où vient que la description du tableau clinique, dans ses singularités, ne peut être qu'une entreprise secondaire, pour autant que le fait clinique, lui-même secondaire, ne signifie rien hors du *processus* où il s'inscrit.

Or cette relativisation de la tâche de description clinique, très sensible à la lecture du texte kraepelinien⁷, nous montre *a contrario* quelque chose qui tend sans cesse à passer au premier plan

⁴ Cette « mise en scène » chez Kraepelin est d'ailleurs assez homogène au « mythe du fondateur » qu'on a voulu déconstruire au sujet de Freud, en quoi l'on vérifie, s'il en était vraiment besoin, qu'une fondation ne va jamais sans l'érection d'un mythe. Sur cette ligne, Kraepelin a eu, lui aussi, son lot d'études hagiographiques [28–31] (pour ne citer que les plus représentatives de cette tendance).

⁵ On sait que les *sciences nomothétiques* établissent des *lois* – des lois générales ou universelles, représentées par des relations constantes entre les phénomènes observés –, tandis que les *sciences historiques* établissent des *faits*. C'est bien l'idéal à partir duquel Kraepelin s'est identifié, jusque dans ses écrits autobiographiques : « Kraepelin envisageait la psychiatrie comme une science nomothétique progressant perpétuellement vers la découverte des lois universelles qui régissent l'esprit humain. » ([32], p. 90).

⁶ On pourrait mettre cette remarque en regard du « témoignage » d'Ernest Jones sur « la façon personnelle dont Freud travaillait » : « Sa grande force [...] résidait dans le respect tout à fait extraordinaire que lui inspirait le *fait isolé*. [...] Le fait isolé l'attirait et il ne pouvait le chasser de son esprit qu'après en avoir trouvé l'explication. » ([33], p. 106–107).

⁷ À l'exception près de ses présentations de malades données à Heidelberg, consignées dans ses *Leçons cliniques*, où Kraepelin se révèle effectivement être un extraordinaire clinicien.

de l'œuvre : Kraepelin semble en effet vouloir y mettre bien plus en lumière les *considérations méthodologiques* que les *résultats obtenus*, toujours susceptibles d'être relégués à l'arrière-plan et dénoncés comme provisoires. Comme s'il lui fallait toujours s'expliquer à lui-même l'orientation de sa recherche, la mettre en avant pour donner des garanties de scientificité, et exhiber dans la clarté la présentation des méthodes empiriques, plutôt qu'avouer les hypothèses théoriques discrètes mais décidées qui orientent nécessairement toute recherche. Il lui semble de fait impossible d'exposer seul le *contenu* des innovations proposées, sans les indexer au mouvement de leur découverte, sans les justifier d'abord par la rigueur du chemin qui y a mené, sans expliquer d'abord comment elles ont été *prévues* dans son dispositif de recherche⁸. Tout se passe ainsi comme si la démarche vers la tâche qu'il s'est donnée s'illustrait plus par la *procédure* supposée en régler l'empirisme que par la fécondité de ses résultats, d'ailleurs sans cesse appelés à être remaniés. Les *procédures*, le texte kraepelinien y insiste sans cesse :

« Je créais une “boîte à diagnostic”, et après un premier examen complet d'un nouveau patient, chacun de nous devait y déposer une note avec un diagnostic. On discutait ensuite les questions posées, et chacun devait justifier son diagnostic. Après un certain temps, on sortait les notes de la boîte, on listait les diagnostics, et quand le cas était clôturé, on ajoutait aux diagnostics initiaux notre dernière interprétation de la maladie. De cette façon, on se mit en mesure de constater quel genre d'erreurs avaient été commises, et de comprendre les raisons du diagnostic initial, erroné. Le but de cette procédure pouvait s'exprimer par ces devises, “*eventus docet*” et “*ex errore lux*”, et devait nous apprendre à tirer les leçons de nos erreurs. » ([26], p. 61).

« *Eventus docet* », voilà bien ce mot d'ordre que Kraepelin croit défendre en promouvant un « pur empirisme », garanti par lesdites « procédures », dans la « recherche Clinique clinique en psychiatrie ». Encore faut-il saisir qu'un tel « enseignement par le fait » n'existe pas sans idée préconçue, et qu'il suit toujours une logique à expliciter. Car voilà, il n'y a chez Kraepelin, comme en toute chose d'ailleurs, pas plus d'écriture sincère qu'il n'y a de regard innocent.

Sous la rubrique de l'écriture sincère, d'abord, on veut souligner que la manière dont Kraepelin a explicitement raconté les « méthodes » l'ayant conduit mené à ses « découvertes » a trop souvent conduit ses commentateurs à masquer le processus réel de leur mise à jour : non qu'il y ait à proprement parler mensonge – Kraepelin comme ses commentateurs peuvent bien croire à ce témoignage –, mais plutôt omission, ou refoulement – si tant est qu'au cœur d'un tel témoignage, quelque chose est passé sous silence : il est incapable d'expliquer seul le mécanisme de composition des entités concrètes.

Au sujet du regard innocent, ensuite, on peut bien rappeler que l'œil scrutateur, aussi dévoué soit-il, ne *peut pas* parvenir à un inventaire objectif, ne serait-ce que parce que *sélectionner* les éléments à faire figurer sur ses *Zählkarten*, c'est *déjà* organiser le pathologique, c'est *déjà* penser ; que condenser les « faits les plus importants » suppose déjà une évaluation, c'est-à-dire une interprétation. Qu'il y a, de surcroît, un certain nombre d'opérations qui doivent nécessairement organiser une telle masse d'éléments – en quoi on doit faire constater qu'au cœur de la dite « objectivité », Kraepelin, déjà, pense plus qu'il ne regarde.

Cela ne sert pas une critique de principe, en ce sens éloignée des enjeux directs de notre propos, visant à élucider le fonctionnement de la construction kraepelinienne – cela appelle, au contraire,

⁸ Façon de se positionner dans la recherche, là encore, de façon diamétralement opposée à Freud, lui qui rappelait sans cesse, reprenant l'aphorisme de Cromwell, qu'« on va beaucoup plus loin quand on ne sait pas où l'on va » [34]. . .

à réévaluer de front l'*habillage méthodologique* dont Kraepelin semble avoir voulu envelopper ses innovations. C'est qu'un tel discours d'ensemble organise une impression – une impression de *lecture* –, et favorise une croyance – une croyance à l'existence d'« un chemin simple et cohérent débouchant directement, à partir de symptômes clairs, sur les catégories soi-disant “naturelles” de maladies mentales » ([35], p. 376). Entendons, cela revient à promouvoir une *lecture* de la recherche de Kraepelin privilégiant la continuité du travail d'accumulation et d'analyse empirique, au détriment de « l'idée théorique » qui oriente nécessairement son regard.

C'était justement la conclusion d'un dépouillement des « fiches diagnostiques » mené il y a une quinzaine d'années au *Max Planck-Institut für Psychiatrie* par Mathias Weber et Eric Engstrom ([35], p. 383), qui ont mis en lumière que les informations consignées sur ces fiches étaient bien trop lacunaires pour servir de base à l'établissement de la nosographie kraepelinienne, soulignant que c'est bien plutôt à une « confirmation » de catégories nosologiques « préconçues » que les cohortes de patients pouvaient servir, en permettant de préciser après-coup leur sémiologie.

La pérennité d'une telle lecture, où la patience de la collection fait l'essentiel de l'intrigue heuristique donc, est d'autant plus surprenante qu'elle tranche avec l'autre versant du mythe lié au père de la psychiatrie moderne, celui où se mettent en scène ses « découvertes » concrètes. À l'occasion, elle se voit même contredite et pour ainsi dire contestée par l'écriture kraepelinienne elle-même. Qu'on retrouve, à cet égard, le « moment fondateur » pour l'unification des processus démentiels – véritable acte de naissance de la « démence précoce », la future schizophrénie, mais aussi point de départ de la refonte nosographique d'ensemble s'agissant des psychoses puisqu'elles sont solidaires les unes des autres dans leur délimitation – tel que Kraepelin a pu l'établir dans l'histoire de sa recherche :

« C'est seulement vers la fin de mon séjour à Dorpat que je vis se détacher peu à peu, de la masse des cas pathologiques, les formes qui s'accompagnent d'une démentification plus ou moins rapide. Je les interprétais d'abord au sens de l'hébétéphrénie de Hecker. Mon assistant de l'époque, Daraszkievicz, s'intéressait beaucoup à cette question. Il insistait sur le fait que des recherches très précises lui avaient montré que ces cas ne correspondaient pas à des états innés de débilité, méconnus par l'entourage – comme on était toujours enclin à le supposer autrefois –, mais à des démentifications indubitablement acquises, d'espèce particulière. Dans une série de cas, je pus me convaincre de la justesse de ses vues » ([26], p. 44).

Dans le mouvement de ce « détachement », il y a un nécessaire moment d'*émergence*, où « surgissent » d'une masse chaotique une série de cas qui se ressemblent et se rassemblent sous un destin commun. Le texte cerne presque plus un « moment » d'apparition décisif – quelque chose comme un « *eurêka* ! » –, que cela n'évoque le temps long et fondamentalement étiré de la recherche empirique. Il y a bien une *prise de la découverte* dans le regard kraepelinien – sorte de précipitation qui se marque précisément par le fait que quelque chose se révèle *à même le réel clinique*, se profile *dans* la masse des cas, et non pas simplement dans l'analyse statistique. Avant de se confirmer dans le temps second des « recherches très précises », elle se donne *aussi et d'abord* dans l'expérience : que Kraepelin puisse ainsi faire retour sur son propre trajet pour y dater ce moment-clé suffit à désavouer la perspective d'une recherche continue où ne compte que l'accumulation des données, sans qu'aucune observation plus décisive n'y joue son rôle.

On serait alors en présence de deux lectures quelque peu contradictoires, l'une étant plutôt *continuiste*, insistant sur l'effort permanent de thésaurisation des données et la tentative constante de mise en ordre progressive, Kraepelin y testant activement et inlassablement diverses combinaisons de paramètres, pour parvenir à ses unités ; l'autre étant plutôt *discontinuiste*, mettant

l'accent sur les moments privilégiés de l'observation où un dévoilement opère dans l'expérience, dans laquelle les unités morbides semblent pour ainsi dire se présenter d'elles-mêmes.

Or ni l'une ni l'autre de ces lectures n'élucident tout à fait le temps propre et la logique de l'innovation kraepelinienne. Dans un cas, on *ne voit que* le lent travail de collection, de recouplement, de classement, de mise en ordre effectuée à son bureau, comme telle éloignée de la clinique – on a alors tendance à masquer le fait que la « nouvelle unité » qui s'isole dans la « masse des cas pathologiques » (en l'occurrence, si l'on se maintient au niveau du texte qui sert notre démonstration, celle de la « démentification acquise » des déments précoces) se reconnaît et se rend visible *dans l'expérience clinique elle-même*. Dans l'autre cas, on ne voit que l'« apparition » d'une unité qui se lit soudainement dans l'hétérogénéité des tableaux, en insistant sur le *moment de la découverte* – ce qui aurait tendance à masquer l'incidence nécessaire d'une rupture théorique qui en permet la visibilité clinique.

Dans ces deux cas, on omet d'interroger ce qui se passe *dans le regard kraepelinien*. C'est que les innovations de Kraepelin n'apparaissent, cliniquement, qu'à partir d'une réforme plus générale de l'observation qu'aucune de ces deux lectures n'épuise, car elle n'est ni simplement franchissement d'un seuil dans l'addition positiviste des connaissances – fussent-elles rendues possibles par une observation armée d'une « casuistique mécanique » ([36], p. 444) et médiatisée soit par des instruments soit par des protocoles –, ni simple dévoilement de l'expérience – qui ignorerait l'implication qu'y prend nécessairement la préstructuration du regard. Dans ces deux cas, on a que trop tendance à considérer que les entités kraepelinienes, d'une façon ou d'une autre, *vont de soi*. Or, en matière de science, rien ne va de soi. Rien n'est donné. Tout est construit.

Il se trouve que la réception des entités kraepelinienes a laissé presque intacte la question de cette *construction* : elle a trop souvent suivi Kraepelin, non pas seulement dans ses délimitations nosographiques, mais en souscrivant en plus elle-même au *réalisme*⁹ un peu naïf qui l'a orienté dans sa recherche obstinée « *des faits et non des théories* » ([38], p. 45). Moyennant quoi elle s'est interdite d'interroger les ressorts de leur construction : elle s'est trop vite *contentée* des faits ramassés, croyant saisir sous la plume empirique de Kraepelin des faits en quelque sorte *bruts*, oubliant qu'il n'y en a pas de si spontanés qu'ils n'interdisent toute question à leur adresse.

Ainsi s'est-elle jusqu'alors dispensée, en adhérant ainsi à « l'empirisme des faits », d'en interroger la mise en relief, le découpage, puis l'assemblage dans des entités constituées : c'est pourquoi il nous faut ressaisir les entités kraepelinienes *pour ce qu'elles sont*, c'est-à-dire des constructions, et non des simples trésors de l'observation. Et pour ce faire, il faut les ressaisir telles qu'elles sont *apparues* à Kraepelin, requestionner leur *engendrement* et non interroger leur validité. Se contenter, comme on le fait le plus souvent encore aujourd'hui (voir par exemple [39]), de chercher à les confirmer ou les infirmer (en interrogeant la masse documentaire, les calculs statistiques, les techniques d'analyse, les instruments de corrélation, etc.), n'apporte rien pour qui veut comprendre comment les unités définies par Kraepelin *prennent* dans le regard clinique. C'est pourtant l'essentiel : car la refondation par Kraepelin de la nosographie psychiatrique n'est rendue possible que par une réforme de l'observation qui modifie *aussi*, à l'égard de la maladie, sa position de sujet regardant.

⁹ Au sujet de ce « réalisme philosophique », on sait que Kraepelin a toujours requis du chercheur en psychiatrie qu'il s'efface de la scène pour ne décrire que « ce qui existe réellement » et seulement « ce que la nature lui présente » : il doit « expliquer ce qu'il *trouve*, ou en termes plus forts, décrire les choses telles qu'elles sont données », pour ne saisir la « maladie » que dans la réalité autonome de ses lois intrinsèques. L'affiliation de Kraepelin à un tel « réalisme », comme l'a nommé Paul Hoff, conduit bien sûr à ce que « sa propre activité dans la construction des hypothèses scientifiques ou des entités diagnostiques soit sous-estimée. » ([37], p. 266).

3. La *Verlaufspsychiatrie* kraepelinienne

Nous sommes donc renvoyés à l'examen des rapports entre le regard kraepelinien d'une part, et les entités kraepelinienne d'autre part. Comment celles-ci s'établissent-elles dans l'œil nosographe, dès lors qu'on les ressaisit dans leur généalogie complexe, sans croire à une mise au jour qui serait à la fois spontanée et définitive ?

C'est par l'interrogation adressée au regard qu'il faut commencer. On l'a dit, la grande obsession kraepelinienne, exigeant de hiérarchiser les faits pour en discriminer l'accessoire du fondamental, d'en rejeter la part marginale pour obtenir, dans sa netteté bien pure, la logique sous-jacente du *processus morbide*, revenait à faire planer une suspicion sur le donné clinique, saisi dans son immédiateté. Suspicion justifiée, aux yeux de Kraepelin, d'abord pour ceci que lorsque le clinicien appréhende un cas, quel que soit le tableau d'état constatable, il ne le saisit le plus souvent que dans l'instant donné, et non dans la dynamique de son évolution.

Le clinicien ne peut, de fait, conjuguer le temps court de l'observation clinique avec le temps long de la maladie : il ne peut en obtenir, d'abord, qu'une image arrêtée, qu'une coupe syndromique, qu'un moment figé par le regard. C'est l'un des constats majeurs de la clinique kraepelinienne : « Chacun des traits du tableau clinique qui ont été mentionnés lors d'une unique consultation, se caractérise plus nettement dans l'*observation prolongée* : l'essentiel se distingue alors du superflu et de l'accidentel. L'extraordinaire différence entre l'examen unique et l'examen répété d'un malade mental devient particulièrement saisissante lorsqu'on s'habitue, comme moi, à [tenter de] faire un diagnostic précis au premier entretien. » ([22], p. 245).

Décalage entre, d'une part, le tableau tel qu'il se découpe et se fige pour ainsi dire dans l'instant du regard isolé et, d'autre part, la logique processuelle qui se dégage dans l'attention répétée, le mouvement évolutif qui se donne à voir dans le regard ininterrompu et toujours dirigé sur le même cas : c'est l'expérience de cette « extraordinaire différence » entre l'« unique consultation » (donnant une « image de la maladie » où les « traits essentiels » ne se distinguent pas de « l'accidentel ») et l'« observation prolongée » (ordonnant progressivement ces « traits », en confirmant certains, en rejetant d'autres, *instruisant ainsi ce qui est essentiel au cas*) qui implique nécessairement du clinicien une transformation de sa position à l'égard du visible.

Expérience de *clinicien*, assurément, mais expérience inséparable d'une prise de conscience épistémologique : car ce constat, c'est la découverte de l'influence qu'exercent sur la folie *les conditions du regard dirigé vers elle* ; c'est la découverte que le regard clinique lui-même conditionne la perception de la maladie, et produit un certain nombre d'effets sur sa nature supposée, selon qu'il la découpe artificiellement en « états »¹⁰ au gré des observations isolées qu'il en fait, ou qu'au contraire il l'accompagne tout le long de son évolution. C'est ce qui commande l'ampleur du projet kraepelinien, d'avoir à refonder la nosographie, mais *en intégrant à la recherche nosologique et en réintroduisant dans la réflexion clinique l'indice du regard qui observe – puisque ce regard tronque la maladie, à ne voir que l'état, et non le mouvement*.

Cette prise de conscience épistémologique, c'est le mérite de Kraepelin de la formuler clairement et de l'inscrire dans la pratique clinique. Ainsi cherchera-t-il toujours à restituer au tableau figé par l'observation unique sa *dimension évolutive*, comme il invitera à reconstituer, sous la surface visible de la symptomatologie, la logique sous-jacente du processus artificiellement découpée

¹⁰ C'est l'une des leçons kraepelinienne intéressant directement notre pratique quotidienne : soit le fait que ce que l'on découpe habituellement comme « épisodes », comme « phases », peuvent bien être le plus souvent les « épisodes » *du suivi* que les « épisodes » *de la maladie*...

par le regard. C'est, du coup, autant l'épaisseur d'une temporalité que la profondeur d'une atteinte qui doivent se restituer dans la saisie de la folie (parce qu'elles y ont été tronquées) et se déchiffrer dans le tableau *tel qu'il se donne au premier regard* (parce qu'elles s'y dissimulent) : « parfois, cet état [Zustand] n'est que le premier signe d'une maladie organique et cérébrale *plus profonde*, appelée éventuellement à produire, dans son *évolution ultérieure*, d'autres types de tableaux cliniques [Krankheitsbilder] » ([22], p. 21).

Pour rappeler ainsi que tout état clinique peut bien n'être qu'un premier *moment* vers un mal révélé, et que, comme tel, il masque le processus « *plus profond* » [tieferer] qui l'a fait naître, la perspective kraepelinienne va sans cesse alourdir cette distinction systématique, initialement due à Kahlbaum [40], le premier à la formuler si nettement, entre les simples « *tableaux d'état* » [Zustandbilder] saisissables dans leur visibilité immédiate, et les « *processus morbides* » [Krankheitvorgänge], imperceptibles autant par leur « *profondeur* » que par le temps auquel ils s'ordonnent.

Cet emprunt à Kahlbaum¹¹ fournit à l'analyse kraepelinienne de la maladie une distinction *théorique* décisive parce que, rendant compte tout de suite de ce qui est essentiel dans tout trouble, à savoir la logique de son organisation, elle permet à la fois d'énoncer comment une maladie n'est pas une simple collection de symptômes ou une somme de syndromes, et de classer la masse énorme d'éléments qui entrent dans sa composition. En un mot, cette distinction donne à Kraepelin le juste *niveau de description* que doit viser le regard du psychiatre.

Comme l'innovation majeure de Kraepelin peut se résumer à ceci qu'il remanie toute la nosographie psychiatrique *en l'adossant à cette distinction*, il faut en évaluer sérieusement les conséquences immédiates.

Si une telle distinction condamne l'ensemble des entités syndromiques comme des unités d'analyse trompeuses, parce qu'artificiellement arrêtées par une découpe synchronique, pouvant produire n'importe quel type de tableau, aussi peu caractéristique dans ses contours que dans la somme de ses éléments, elle appelle nécessairement un basculement de l'axe central du regard clinicien, amené non plus à privilégier le relevé sémiologique et la description symptomatologique, à un moment donné, mais à déchiffrer le processus dans son long, et en sa dynamique interne.

C'est donc la pertinence de l'*étude longitudinale* qui s'impose dès lors à la recherche, reléguant à l'arrière-plan la portée méthodologique des coupes transversales jusqu'alors dominantes. Ce changement de perspective, ouvrant en réalité sur une *prospective*, s'alimente d'ailleurs, on n'y insistera pas, à d'évidentes transformations des conditions d'exercice de l'aliénisme, dans des années qui laissent apparaître au regard le fait massif de la chronicité [41]. On se contentera de marquer que ces mutations ne peuvent qu'alourdir la prise de conscience du *rôle clé de l'évolutif dans la compréhension des maladies mentales*. Dès lors, la folie ne doit plus se déchiffrer dans son instantanéité, mais se révéler comme devenir : ce n'est plus dans la synchronie de son désordre qu'elle peut s'envisager, mais seulement dans la diachronie de sa marche pathologique.

Ainsi se dégage la nécessité d'une *Verlaufspsychiatrie* – littéralement, une « psychiatrie évolutive », œuvrant à un suivi au long cours :

« Concernant la classification des troubles mentaux, je fus progressivement forcé de constater l'importance de l'évolution de la maladie. Néanmoins, je ne parvins alors à aucune conclusion claire, parce que, pour un grand nombre de patients, je n'avais pas l'opportunité

¹¹ Kraepelin n'a d'ailleurs de cesse de rappeler ce précédent : « Kahlbaum s'efforça de mettre un peu d'ordre dans la classification des troubles mentaux. C'est lui qui, le premier, souligna avec la plus grande insistance la nécessité de distinguer les *tableaux d'état* [Zustandbilder] et les *processus pathologiques* [Krankheitvorgänge]. » ([13], p. 241).

de suivre le développement entier du trouble, depuis son début jusqu'à son dernier état » ([26], p. 44).

Et Kraepelin d'en prendre acte, en imposant, au-delà des réorientations institutionnelles dans le « parcours de soin » des patients, « le suivi systématique du destin au long cours de mes patients [qui] nous permet de faire des progrès considérables. [...] Pour cette raison, je décidai d'examiner les patients qui avaient été transférés de la clinique vers les grands asiles psychiatriques, avec l'intention d'obtenir une idée claire des changements que la maladie avait causés avec les années. » ([26], p. 44).

Ainsi s'affirme nettement, dans la nosologie kraepelinienne, le poids d'un critère prépondérant, celui de la trajectoire que la pathologie dessine naturellement jusqu'à son état terminal, et qui permet de la déchiffrer sur le seul critère de son *évolution*.

L'importance de ce critère dans la nosologie kraepelinienne n'est pas un secret qu'il faudrait mettre au jour, ou une prise de position méthodologique silencieuse et clandestine : car chacun sait que l'évolutif joue un rôle officiellement reconnu dans la nosographie de Kraepelin. Mais c'est son poids méthodologique, son caractère souterrainement déterminant, son implication finalement toujours décisive, qui sont sans cesse sous-estimés sinon méconnus – au point qu'il relègue en réalité tout à fait à l'arrière-plan la *conception synthétique* officielle de « l'entité morbide naturelle », telle qu'on l'a située plus haut.

L'étonnant est en effet que, chez Kraepelin, l'ambition méthodologique déclarée – d'identifier des maladies naturelles réelles, par combinaison des données étiologiques, anatomiques, et symptomatologiques – ne débouche pas, comme en droite ligne, sur les entités effectivement découvertes. La fécondité de la démarche kraepelinienne se donne ailleurs. Entendons que les innovations nosologiques concrètes, les principes inédits de sa classification, et finalement sa construction nosographique aboutie, ne sont pas engendrés infailliblement et logiquement par cette ambition nosologique, qui les prépare soi-disant. Pas plus l'invention kraepelinienne ne surgit-elle naturellement dans l'horizon du programme de recherche qui l'annonce, et de l'empirisme de la démarche qui l'encadre : le modèle de « l'unité morbide naturelle », tout comme la recollection empirique des données, demeurent en réalité incapables d'expliquer seuls le mécanisme de composition des entités concrètes. Dans la nosologie kraepelinienne, tout se passe ainsi comme si le modèle de la maladie naturelle se voyait tenu en lisière et plus ou moins contesté par un critère d'un autre ordre.

En témoignage du reste le grand paradoxe de l'œuvre kraepelinienne, qui voit la *stabilité* du modèle nosologique d'ensemble, et l'ambition qu'il comporte de saisir *en son essence* et comme définitivement la maladie naturelle, être sans cesse contesté par l'*instabilité* permanente des unités finalement définies, et sans cesse remaniées au fil des éditions du *Lehrbuch*.

C'est que l'efficacité du recentrage sur le critère évolutif vient en quelque sorte se superposer à la « méthode synthétique » visant à saisir « l'entité morbide », et la conteste en quelque sorte, puisqu'il sera finalement le seul « critère » à être véritablement décisif. Ce pourquoi il faut lui restituer sa plus forte présence et sa plus grande *indépendance* vis-à-vis du discours naturaliste d'ensemble, pour comprendre comment il peut venir, obliquement, en modifier l'axe central.

C'est ainsi que – le lecteur qui suit de près le mouvement de ses démonstrations s'en est peut-être déjà étonné – on voit parfois Kraepelin, cherchant l'unité des entités à définir, renoncer subitement à la difficile synthèse des données symptomatologiques, abandonner la patiente collection des analyses anatomopathologiques, couper court à toute discussion étiologique, pour leur préférer tout d'un coup une analyse catamnestique sommaire, conduite grossièrement, et pourtant

suffisante, dans sa concision, pour sa démonstration – comme si cette voie permettait d'opérer plus vite, et indiquait assez à elle seule, *in fine*, le sens du « processus morbide » ; comme si elle était chargée de *trancher*, lorsque les autres font défaut.

C'est ce qui explique cet apparent paradoxe de la recherche kraepelinienne : alors que Kraepelin à toujours l'ambition d'analyser une profondeur, comme s'il s'agissait de percer, *verticalement*, les manifestations de la folie pour l'atteindre dans son « noyau » naturel, dans les faits, l'analyse kraepelinienne finit toujours par se diriger *horizontalement*, en étendant le temps de l'observation. Tout se passe en effet comme si, pour le préjugé kraepelinien, la séquence à peu près continue des états successifs était l'affleurement, sous les yeux du clinicien, non pas seulement de toute une épaisseur de temps, mais aussi *et par-là même*, d'une profondeur de la maladie tirée à la lumière par le mouvement de son évolution.

Disons-le, ce sont les rapports problématiques qu'entretiennent cette « verticalité » et cette « horizontalité » qui désignent le cœur de la clinique kraepelinienne. Ce sont ces rapports qu'elle interroge par son pari épistémologique, de donner à voir une obscurité du « processus caché », en le forçant à se dévoiler en pleine lumière dans le temps. Le *tieferer Vorgang* (« le processus plus profond ») et le *weiterer Verlauf des Leidens* (« l'évolution future du mal ») s'y trouvent de fait toujours enserrés jusqu'à former un nœud – or ce nœud est fait simultanément de détermination et d'indépendance entre les deux registres.

C'est en effet ce *double discours méthodologique* tenu sur la nosologie, dont les deux options seraient pour ainsi dire perpendiculaires l'une à l'autre, qui explique que l'œuvre de Kraepelin ait donné lieu à des évaluations tout à fait contradictoires, selon qu'on ait privilégié l'une ou l'autre option : Kraepelin tantôt fin clinicien ayant ramassé l'ensemble des données pour bâtir des synthèses complètes, Kraepelin tantôt théoricien obtus s'étant contenté d'appliquer massivement le critère évolutif, pour partager grossièrement la chronicité entre maladies curables (folie maniaque-dépressive), et incurables (démence précoce). Il faut pourtant l'évaluer : cette indécision du discours critique renvoie à une indécision interne au discours kraepelinien lui-même.

C'est que de fait, on ne parvient jamais à savoir laquelle de ces options est finalement opérante dans la construction kraepelinienne. Il y aurait là une sorte d'hésitation, sur laquelle Kraepelin n'aurait jamais vraiment besoin de s'expliquer. Qu'on en cherche l'articulation explicite, dans les moments où Kraepelin tente de présenter sa méthode *dans son ensemble*¹² : on trouvera toujours un « *par ailleurs* » évasif dans le texte kraepelinien (tout comme dans ses commentateurs d'ailleurs, qui ne parviennent pas à combler le *hiatus* de cette articulation), qui invite, *après* la mise en œuvre des synthèses étiologiques, symptomatologiques, anatomiques, à « prendre *aussi* en compte la terminaison » – comme s'il s'agissait d'une dernière option dans l'ordre des choix théoriques, alors qu'elle est pourtant première dans l'ordre de la construction effective.

Il y a pourtant bien une explication : chez Kraepelin, *l'évolution parle quand l'anatomie et l'étiologie se taisent*. Le destin du pathologique prend la relève, quand la « méthode synthétique » ne donne rien.

C'est ce qui explique que la construction des entités kraepelinienne ne réponde pas au schéma nosologique intégratif que l'on a présenté plus haut : c'est qu'elles ne s'isolent, dans la masse des cas, que par le *trajet* qu'elles dessinent dans l'espace du pathologique, et non la synthèse des

¹² « Il ressort de ce point de vue fondamental que la classification clinique des troubles psychiques doit s'étayer *simultanément* sur les trois principes de classement [symptomatologique, étiologique, anatomo-pathologique], auxquels on doit par ailleurs ajouter les leçons tirées de l'évolution [*dem Verlaufe*], de la terminaison [*dem Ausgange*], et bien sûr, du traitement » ([23], vol. II, p. 4).

données qui sont, la plupart du temps, muettes ; c'est qu'elles apparaissent et se découpent dans le *mouvement* qu'elles imposent au cas, et non par la couleur qu'elles donnent au tableau clinique ; c'est qu'elles s'établissent, dans leur unité, sur la seule *perspective* de leur évolution – *perspective*, parce que cette relation à la maladie dépend encore de ce que la position du sujet regardant permet d'en voir.

C'est bien le sens de cette *coupure épistémologique à l'intérieur de l'œuvre de Kraepelin*, strictement contemporaine de l'avènement du cadre de la démence précoce. Cette coupure, c'est celle qui sépare la nosologie encore « syndromique » des premières éditions du *Lehrbuch* (de la 1^{re} à la 3^e)¹³ de la nosologie « évolutive » des éditions de la maturité (de la 5^e à la 9^e)¹⁴ – passage d'une psychiatrie des *Symptomgruppe* à une *Verlaufspsychiatrie* effective, qui dessine exemplairement, au sein-même de son œuvre, cette oscillation du centre de gravité entre « clinique syndromique » et « clinique des entités évolutives », si caractéristique de la fin du XIX^e siècle psychiatrique.

La conscience que Kraepelin en a s'illustre assez dans la célèbre préface de la cinquième édition du *Lehrbuch* (1896) :

« Dans le développement du présent ouvrage, l'édition actuelle constitue le pas ultime, décisif, qui va de la conception symptomatique à la conception clinique de la folie. Cette transformation du point de vue, dont les besoins pratiques m'ont montré de plus en plus fermement la nécessité, se caractérise avant tout dans la délimitation et le groupement des tableaux pathologiques. Partout l'importance des signes extérieurs de la maladie a dû s'effacer derrière les points de vue qui ressortent des conditions d'apparition, d'évolution et de terminaison. Tous les purs “tableaux d'états” ont ainsi disparu de la nosologie. » ([22], p. V).

Période révolue du savoir qui enterre une conception définitivement morte, et naissance d'une nouvelle époque pour un point de vue neuf sur la folie : cela dessine un ineffaçable seuil chronologique – ou un saut épistémologique, dont les historiens ont souvent voulu montrer la portée en soulignant qu'il était trop grand pour un seul homme, et que ce « pas ultime, décisif », pour autant qu'il avait déjà été accompli par d'autres, Kraepelin ne faisait en fait que le reproduire à l'intérieur de son trajet et pour son propre compte. Sauf que depuis Falret, ou Kahlbaum¹⁵, pour qui il fallait déjà une description continue du trouble dans toute sa séquence, depuis son stade initial d'« incubation » progressive à sa période d'état déclarée, et sans arrêt fixe, à Kraepelin, chez qui « l'état terminal » [*Endzustand*] est doté d'un poids décisif dans la constitution d'une classe nosographique, on observe en effet un glissement dans la conception de l'« évolutif » : la

¹³ Dans les trois premières éditions du *Lehrbuch*, on voit en effet Kraepelin, aux prises avec les « difficultés à formuler une séparation nette [*einer scharfen Trennung*] dans les formes intriquées les unes dans les autres », être essentiellement mobilisé sur « la classification de chaque *syndrome* [*Symptomenkomplexe*, littéralement, *constellation de symptômes*] », selon ses propres mots dans la préface de la troisième édition ([21], p. III).

¹⁴ La quatrième édition du *Lehrbuch* apparaît en quelque sorte coincée entre ces deux temps de l'œuvre kraepelinienne, sans qu'on sache tout à fait auquel elle appartient. C'est qu'elle tient un rôle-pivot dans la transition vers la *Verlaufspsychiatrie* : elle manifeste en effet pour la première fois nettement l'influence que commence à exercer sur la nosologie kraepelinienne le critère évolutif, en innovant avec la classe des « processus psychiques dégénératifs » [*Psychischen Entartungsprozesse*] (comprenant *dementia praecox*, catatonie, *dementia paranoides*) – qui font clairement signe vers la nouvelle nosographie évolutive – mais elle échoue à assumer pleinement et à formuler explicitement la nouvelle orientation dont la nosologie kraepelinienne va dès lors procéder. En un certain sens, cette édition *annonce sans l'énoncer* le changement qui est en train d'opérer chez Kraepelin, et que la conscience théorique ne formulera en clair que dans la préface de la cinquième édition [22].

¹⁵ Une analyse des textes classiques de Falret démontre aisément les limites de ce rapprochement courant [42].

diachronie n'est plus séquentielle, elle est destinale. À l'étude de la lente « généalogie du délire » (Falret), à l'effort de distinction des différentes « étapes » de la folie, l'observation kraepelinienne préfère la netteté de la terminaison [*Ausgang*] : de façon non moins « systématique », pour Kraepelin, *l'état terminal se dévoile pour être le moment de vérité du pathologique*.

C'est ce qui définit la solidité des entités kraepelinienne naissantes : le diagnostic inclut alors dans sa définition un pronostic précis du dernier état. « Mais ce qui m'a sans doute fait voir la supériorité du procédé clinique suivi ici sur la diagnostique conventionnelle, c'est la certitude avec laquelle nous sommes alors en mesure de faire un pronostic sur la marche future de la chose, grâce à nos concepts nosologiques. » ([22], p. 5). Ambition qui ne manifeste pas simplement que Kraepelin exige du « concept nosologique » qu'il soit suffisamment solide pour permettre la prédiction de l'état à venir, mais qui avoue de surcroît que ce « dernier état » se constitue lui-même comme le moment révélateur du pathologique. « Je ne peux considérer comme étant de nature identique que les cas de maladies qui, abstraction faite des différences de degré et des incidents spécifiques, conduisent essentiellement à la même fin » ([23], vol. II, p. 429) : voilà la *clef* de la nosologie kraepelinienne, du moins pour ce qui est de ses grandes lignes de force, c'est-à-dire les pathologies de la chronicité.

« Je me souviens encore trop bien avec quelle perplexité je cherchais pendant des années à opposer les uns aux autres ces nombreux cas d'affaiblissement mental qui peuplent les asiles de chroniques. Si l'on est tenté d'isoler certains groupes en se basant sur la différenciation des phénomènes, on est cependant bien obligé d'accepter, malgré cette diversité extérieure, l'existence de traits fondamentaux qui se retrouvent toujours avec les mêmes caractères.

Mais il est des malades dont l'observation nous indique la voie à suivre pour nous orienter dans ce labyrinthe. Nous constatons alors que chez la majorité de ces sujets, dont la démence oscille dans de larges limites, on note des signes plus ou moins nets, mais caractéristiques, de démence précoce. Nous constatons alors, par un examen approfondi, que les distinctions les plus profondes au début n'empêchent pas la maladie d'imprimer à la démence terminale son même sceau uniforme. Aussi n'y a-t-il qu'un moyen de résoudre ce problème délicat autant qu'important : c'est d'expliquer les phases antérieures du mal par sa période terminale. » ([43], p. 258–259).

Expliquer les phases antérieures du mal par sa période terminale. Relevons en outre que, dans cette obstination avec laquelle Kraepelin cherche à établir un pronostic, on retrouve le fantôme de la paralysie générale – comme il le déclare en ouverture de sa leçon clinique consacrée à « l'état terminal de la démence précoce » : « Messieurs, dans la paralysie générale la période terminale est toujours identique à elle-même, et cette invariabilité nous autorise à conclure, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'examen nécropsique, que les phénomènes cliniques observés, si multiples soient-ils, sont constamment dus à un processus anatomique unique de l'écorce cérébrale. » ([43], p. 258)¹⁶. Sur ce point, soulignons que, puisqu'elle livre le premier modèle de « *maladie naturelle* », on ne saurait en réalité sous-estimer le rôle de la paralysie générale dans la mise en place du cadre épistémologique qui va orienter Kraepelin – on trouve là l'indice d'un

¹⁶ Ici, d'un point de vue épistémique, il faut rappeler l'objection célèbre de Jaspers qui révèle l'écart entre le psychodiagnostic de la PG (selon lequel Kraepelin recense 30 % de paralytiques dans son établissement) et son sérodiagnostic (qui n'en retrouvait que 8 à 9 %). C'est que, fondamentalement, la démarche empirique a pu mettre en évidence d'un côté « des processus cérébraux saisis physiologiquement [...] uniquement et exclusivement par l'examen physiologique » et d'un autre côté des « types cliniques » définis par leur structure psychopathologique et leur évolution, sans qu'il n'y ait entre ces deux plans d'application bijective possible ([36], p. 441–442).

fondement majeur de la clinique kraepelinienne. Pour surmonter les difficultés de faire passer des lignes de démarcation nettes dans la mixité des constellations syndromiques (« tableaux changeants et intriqués »), sa « méthode clinique » visant à délimiter de réelles « entités morbides » sous-jacentes et plus cohérentes se centrera sur l'étude « de leur forme d'apparition, d'évolution et de terminaison [...] avec la paralysie générale comme *paradigme* » : « L'exemple de la *dementia paralytica* nous démontre qu'il faut envisager la marche totale de l'affection, depuis son début jusqu'à la fin. Alors seulement peut-on comparer les formes morbides et les groupes. » ([23], vol. II, p. IV).

Avec ce modèle de certitude, ce modèle d'« invariabilité » morbide, Kraepelin pose que le sens du processus ne se révèle qu'à l'extrémité de ses effets : dans la marche pathologique, le dernier terme révèle le seul enjeu de toute l'affection, jusque dans ses débuts discrets.

En fait, en se dotant de ce modèle – qui est loin d'être épistémologiquement neutre, puisqu'avec la découverte de son origine syphilitique, la paralysie générale va justement quitter le champ de la psychiatrie – Kraepelin engage la psychiatrie dans une reposition globale de son objet : la maladie mentale y trouve confusément et progressivement un nouveau statut, par lequel elle devient simultanément processus ordonné à une logique sous-jacente – mouvement vertical qui la dote d'une profondeur – et manifestation fondamentalement étirée dans le temps – mouvement horizontal qui l'agrandit sur la ligne du passé, du présent et de l'avenir.

Mais c'est aussi là que l'on entrevoit que la recherche clinique de Kraepelin est orientée par une conception nettement déterminée, qui trouve absolument le soi-disant « empirisme » de sa cartographie nosographique. En réalité, la « percée » ne pouvait se faire que sur la base de cette conception : *c'est l'état destinal qui indique le sens du processus*. C'est bien ce qui s'impose dans la méthode kraepelinienne : *le critère évolutif en tant que critère de définition de la maladie mentale elle-même*. Avec Kraepelin, donc, l'entité morbide tient tout entière dans son horizon d'attente, le descriptif se confond avec le prédictif, et le diagnostic se confond avec le pronostic du dernier état¹⁷ : *c'est l'identité de la fin*, rendue visible par un regard qui prend en compte le mouvement du pathologique, qui fait *l'identité du processus*.

C'est là l'intuition implicite de toute la nosologie kraepelinienne : *ce n'est que dans le temps que la folie finit par montrer son vrai visage* – comme si la folie ne savait pas mentir dans la durée. C'est pourquoi Kraepelin forcera la maladie à se découvrir dans le temps, parce que c'est fondamentalement ce vers quoi elle *tend* qui nous dit ce qu'elle *est* ; et c'est pourquoi les formes de la nosographie kraepelinienne se centreront sur leur dernier état, à l'horizon d'une visée essentiellement catamnétique.

Ce critère essentiel posé, on comprend alors pourquoi c'est le mouvement même de l'œuvre de Kraepelin qui est significatif, bien plus que ses définitions nosologiques qui n'ont rien de clair et fixe : c'est qu'elles sont secrètement commandées et organisées par le type de destin que dessine le pathologique. On comprend aussi pourquoi on ne peut simplement exercer un droit d'inventaire sur la nosographie kraepelinienne, comme on le fait couramment en recensant les diverses entités nouvelles qui y sont nommées, décrites, analysées, sans marquer ce *principe* qui régit leur *apparition*, leur *répartition* et leur *évolution*.

¹⁷ « Nous avons affaire à une affection évoluant depuis quelques années et devenue infirmité incurable. Telle est en effet la terminaison la plus fréquente de la démence précoce. Et ce qui donne à notre diagnostic toute sa valeur, c'est que dès maintenant nous sommes à même de porter un pronostic grave; nous pouvons prévoir l'état d'imbécillité spéciale qui frappera ultérieurement le malade. » ([43], p. 39).

On est alors en position de ne pas simplement résumer le contenu et les limites de ces entités inédites, mais de montrer ces entités se faisant. Cela revient, en un mot, à retracer la prise des entités morbides dans le regard kraepelinien.

4. Innovations et évolution de la nosographie kraepelinienne

On peut alors restituer l'inventaire des concepts nosologiques plus ou moins neufs de la nosographie kraepelinienne – cela est connu, la recension des termes, leur apparition, leur évolution, leur comparaison dans les différentes éditions du *Traité* ayant déjà été faites à maintes reprises [44,45] – sauf à ce qu'avoir marqué cette clé heuristique, qui rend compte non seulement de leur émergence mais aussi de leur destin dans l'œuvre, l'enjeu devienne d'en expliquer la naissance mais aussi les transformations.

Pour les raisons évoquées plus haut, c'est dans la 4^e édition (1893) que se dégage la première originalité de la nosographie kraepelinienne. L'édition prend en effet date en ce qu'elle intègre pour la première fois systématiquement l'impact de l'évolutif. En témoigne l'introduction d'un groupe inédit, celui des « processus psychiques dégénératifs » [*psychischen Entartungsprocesse*] qui comprend trois formes, la *dementia praecox*, la *catatonie* (reprise à Kahlbaum [46], mais réduite en extension) et la *dementia paranoides* – partageant toutes les trois cette même situation destinale : le « développement extrêmement rapide d'un état permanent de faiblesse mentale » ([47], p. 435). Ces trois entités partageront de fait une même trajectoire qui court vers une « état de faiblesse psychique » [*psychischen Schwärezustand*] incurable (dans lequel on peut distinguer quelques traits communs comme l'émoussement affectif, la « stupidité », les comportements désadaptés de la phase terminale), ce qui justifie qu'on les sépare de la paranoïa.

Parallèlement à cette innovation, on constate que la *paranoïa* (*Verrücktheit*), qui constitue alors le centre névralgique de la nosologie germanique des psychoses, revêt une extension clinique considérable, conformément à la tradition dans la psychiatrie de langue allemande. Elle regroupe alors pratiquement l'ensemble des délires aigus et chroniques qu'ils soient hallucinatoires ou non, bien organisés thématiquement ou au contraire polymorphes et transitoires, qu'ils soient de forme dépressive (délire de persécution hallucinatoire ([47], p. 386–391), délire de persécution imaginatif ([47], p. 391–399), délire hypocondriaque ([47], p. 400–402), délire de persécution combinatoire ([47], p. 402–407), et délire de quérulence ([47], p. 407–410)) ou de forme expansive (délire de grandeur hallucinatoire ([47], p. 410–416), et délire des grandeurs combinatoire ([47], p. 416–424)). Le seul effet immédiat de l'introduction du premier groupe sur cette paranoïa étendue tient à la dévalorisation de la « paranoïa primitive » [*originäre Verrücktheit*] au centre de l'attention depuis les travaux de Snell et Westphal, concurrencée sinon déjà absorbée par la soudaineté desdits processus dégénératifs.

Dans la 5^e édition du *Traité* (1896), le groupe original « processus psychiques dégénératifs » devient celui des « processus démentiels » ([22], p. 425–470). [*Verblödungsprocesse*] et intègre l'hébéphrénie de Hecker comme une forme particulière de la démence précoce – c'est toujours l'étude longitudinale et le dernier état du tableau qui justifieront le regroupement spécifique. On comprend que la solidité des unités kraepelinienes (en premier lieu, celui de la « démentification » finale de la démence précoce, mais cela est valable pour l'ensemble des psychoses kraepelinienes, solidaires dans sa nosographie) ne peut apparaître à l'expérience qu'avec l'avènement d'un regard informé par le retour systématique, non pas nécessairement de toute une séquence évolutive, mais au moins d'une terminaison identique : celle-ci fournit l'unité implicite du cadre, en la démarquant des évolutions concurrentes.

Parallèlement à cette affirmation forte des « processus démentiels » qui étoffent notablement leur présentation sémiologique, on remarque que le spectre jusqu'alors considérablement élargi de la paranoïa commence à s'affiner et à rétrécir : celle-ci ne se trouve dès lors plus divisée qu'en formes « combinatoires » (interprétatives) et « fantastiques » (hallucinatoires) – reléguant une partie des tableaux les plus massivement hallucinatoires dans le groupe des démences précoces –, leurs structures cliniques étant mieux prises en compte.

Ce mouvement s'alourdit encore avec les partitions posées dans la 6^e édition (1899) – l'édition canonique de la nosologie kraepelinienne. La « démence précoce » donne alors son nom au cadre entier des « processus démentiels », reconnus pour n'être que des formes symptomatiques spéciales d'une même maladie, au singulier, et inclut une forme « paranoïde ». C'est l'acte de naissance de notre moderne schizophrénie, qui ampute la paranoïa « historique » des états délirants évoluant vers un « abêtissement » [*Verblödung*] dissociatif :

« Il faut regrouper ensemble sous le terme de *dementia praecox* une série de tableaux cliniques ayant pour particularité commune d'aboutir à des états d'affaiblissement psychique caractéristiques. [...] D'un point de vue clinique, le maintien d'une distinction, à l'intérieur de la démence précoce, entre trois groupes principaux, se conçoit parfaitement, bien qu'existent entre ces groupes de nombreuses formes de passage qui font qu'il n'y a pas vraiment de discontinuité. Nous pouvons nommer ces différentes formes des termes d'hébéphrénie, de catatonie et de démence paranoïde. La première est identique à la *dementia praecox* que j'ai décrite auparavant, la seconde à la catatonie de Kahlbaum, alors que la troisième comprend non seulement la classique démence paranoïde mais aussi ces tableaux cliniques considérés auparavant comme paranoïa, mais qui mènent rapidement à un degré remarquable d'affaiblissement mental. » ([23], vol. II, p. 137).

La « démence précoce » se voit donc finalement annexer le vaste groupe des paranoïas hallucinatoires (*phantastische Verrücktheit*), peu ou pas systématisées, marquées par leur variabilité ou leur polymorphisme, s'accompagnant de surcroît de troubles psychosensoriels et évoluant vers un état pseudodéméntiel. La raison principale en est qu'elles aboutissent in fine à des états terminaux tout à fait semblables à ceux de la démence précoce typique (négativisme, stéréotypies, néologismes, délire hermétique et stéréotypé, repli autistique, fléchissement affectif, indifférence, perte de « l'unité intérieure ») – quelles qu'aient été les différences de la présentation clinique initiale, elles possèdent toutes la même autonomie évolutive, ce que traduira l'aphorisme de Henri Ey, « la schizophrénie est à la fin et non au début ». Du reste, seuls ces symptômes terminaux sont interprétés par Kraepelin comme véritablement « cardinaux », en contraste des symptômes des étapes initiales, beaucoup plus bruyants et polymorphes, mais finalement contingents.

Tel est alors le portrait finalisé du groupe des démences précoces que Kraepelin résume dans ses *Leçons cliniques* :

« la même absence de toute activité intellectuelle, le même détachement de toute chose, la même impossibilité de se livrer à tout acte spontané ; ce sont, en un mot, des troubles similaires [...] et frappant les sujets d'une empreinte identique. Ces symptômes représentent, avec l'affaiblissement du jugement, les caractères fondamentaux et permanents de la démence précoce ; ils se retrouvent pendant toute l'évolution de l'affection. À côté d'eux peut se manifester toute une série d'autres signes, susceptibles parfois d'occuper une place prépondérante ; mais ces signes ne durent pas en général et ne doivent pas être considérés comme des stigmates cardinaux. On voit par exemple des idées délirantes, des hallucinations sensorielles, extraordinairement fréquentes il est vrai, mais à développement

très irrégulier ; elles peuvent même faire complètement défaut ou disparaître, sans que les traits essentiels s'en ressentent, au cours de la maladie ou à sa terminaison. » ([43], p. 36).

Pour évaluer la solidité de la nouvelle catégorie, on peut insister sur les points suivants : d'abord, en regard des formes plus ou moins riches et « colorées », l'hébéphrénie (où le vide de la « démence » prédomine assez vite sur les symptômes productifs et polymorphes, mais accessoires et fugaces) prend en fait un caractère paradigmatique pour l'ensemble du groupe : elle donne à penser la nature secrète de la pathologie, s'affirmant de plus en plus nettement dans le temps. « Dans tous les cas nous rencontrerons des troubles fondamentaux bien spécifiques, qui peuvent être plus ou moins marqués et qui sont en général plus nets en fin d'évolution, lorsque les modifications durables et caractéristiques de la vie psychique engendrées par la démence précoce ne sont plus masqués par les signes secondaires accompagnant la maladie. » ([23], vol. II, p. 138).

Par ailleurs, les formes « paranoïdes », sémiologiquement plus riches, caractérisées par un « développement plus cohérent d'idées délirantes d'allure romanesque, associées à de nombreuses hallucinations » et « jusque-là rattachées aux formes fantastiques de la paranoïa [*phantastische Verrücktheit der Paranoïa*] » ([23], vol. II, p. 189) n'en relèvent pas moins du même destin :

« Au début, ils [les déments paranoïdes] sont tout à fait en mesure d'exposer leurs idées de façon cohérente et fondée, ainsi que de riposter aux critiques ; il y a un certain aspect "méthodique" dans ce délire. [...] Plus tard apparaissent cependant des signes de plus en plus évidents de faiblesse mentale. Les représentations délirantes deviennent de plus en plus insensées, illogiques, grandioses, tantôt monomorphes, tantôt extrêmement variables d'un moment à l'autre. Les démarches de pensées deviennent de plus en plus embrouillées, confuses, incohérentes, et parfois à la fin tout à fait incompréhensibles. » ([23], vol. II, p. 195–196).

Fait d'importance à relever, enfin, la nature de la « démence » terminale est déjà perçue par Kraepelin pour ce qu'elle est dans la schizophrénie : non pas simple « faiblesse d'esprit » [*geistige Schwäche*], mais bien plutôt « *gemütliche Verblödung* », démence affective, qui montre que les malades « ne sont pas un champ stérile ou en friche, mais un champ dévasté ». C'est en effet l'apathie profonde et l'indifférence affective qui constituent pour Kraepelin le socle psychopathologique de la maladie : « Plus qu'aux états transitoires, il faut donner toute son importance à l'installation, qui se fait sans exception, d'une détérioration plus ou moins accentuée de l'affectivité, car elle constitue finalement l'essentiel du développement de la maladie. [...] Même quand leurs possibilités d'expression sont encore vivaces, les malades ne ressentent plus, intérieurement, ni de véritable joie ni de véritable tristesse ; ils n'expriment plus ni souhaits ni craintes, mais semblent au contraire pouvoir passer des journées entières sans prendre vraiment part à la vie, pour finir complètement immergés dans une morne apathie ou une euphorie sans objet. » ([23], vol. II, p. 142). On sait que Freud ne sera pas insensible à cette composante clinique « d'hébétude affective » – la morne apathie ou l'euphorie « sans objet » traduisant la direction « auto-érotique » de l'investissement libidinal.

Par ailleurs, en même temps que se fixe ainsi la définition de la démence précoce étendue aux formes paranoïdes, c'est la paranoïa, affectée par contrecoup, qui se voit légitimement redéfinie en sa délimitation moderne, comme échappant à l'évolution « dementielle ».

La 6^e édition réalise en effet l'opération décisive de Kraepelin, qui consiste à « faire prendre une place tout à fait originale au concept de paranoïa » ([23], vol. II, p. 430), en regard des classifications traditionnelles qui lui rattachaient encore, sous l'effet des travaux de Snell, Westphal

et Sander sur la paranoïa aiguë, « une série de tableaux qui, cliniquement, n'avaient plus la moindre parenté avec le concept originel, c'est-à-dire : l'amentia, les délires alcooliques et beaucoup d'autres états pathologiques qui appartiennent sans aucun doute à la démence précoce ou à la folie maniaco-dépressive. » ([23], vol. II, p. 427).

En moquant à la fois l'extension considérable du cadre de cette « maladie universelle » (qui constitue « pour certains psychiatres, 70 à 80 % de toutes les maladies mentales ») et la faible pertinence clinique d'une classe fondée sur une base nosologique aussi floue que celle de « trouble du jugement » (« à quoi nous servirait le décorticage des maladies du jugement en ses multiples combinaisons possibles, si celui-ci ne nous permettait pas de dire que le malade en guérira, qu'il aura des accès périodiques ou qu'il restera définitivement idiot ou fou ? » ([23], vol. II, p. 428), Kraepelin révoque purement et simplement « toute l'évolution du concept de paranoïa comme totalement erronée. » La raison en est, encore une fois, qu'en l'état, le diagnostic ne permet en aucun cas de « prévoir l'évolution de la maladie » – et pire encore, que celui qui « se contente d'étiqueter paranoïa n'importe quelle psychose où dominent les troubles du jugement n'apprendra jamais rien de ses observations ultérieures. Comme son diagnostic ne contient rien, ce que tout profane peut déjà deviner, l'avenir ne peut pas le décevoir, et ne lui apportera rien non plus. » ([23], vol. II, p. 428).

Or en contraste d'une telle classe nosologique sans valeur pronostique, Kraepelin entend substituer une entité précise, ayant un profil évolutif nettement défini – qu'il décrit négativement comme suit :

« Parmi le grand nombre d'états chroniques que l'on rattache habituellement à la paranoïa, certains méritent d'après moi, une attention particulière : je veux parler des cas où s'installent parallèlement des idées délirantes et un déclin des facultés mentales. Dans ces cas-là, nous avons observé que les idées délirantes ont d'emblée un caractère extravagant, ambitieux, sont particulièrement riches ou au contraire très pauvres, et qu'elles se modifient et se succèdent très rapidement ; finalement, après un temps plus ou moins long, elles passent au second plan ou se ternissent. Ces tableaux sont tellement, et par tous leurs aspects, sur le modèle des atteintes hébéphréniques, catatoniques, séniles, qu'en constatant leurs signes on peut d'emblée prévoir la signification secondaire du délire, d'une part, et l'allure de leur issue terminale d'autre part. D'un autre côté, il existe sans le moindre doute, un autre groupe de cas au cours desquels se développe, précocement et progressivement, un système délirant, d'emblée caractéristique, permanent et inébranlable, mais avec une totale conservation des facultés mentales et de l'ordre des pensées. C'est à ces formes-là que je voudrais réserver le terme de paranoïa. » ([23], vol. II, p. 430).

Comme on le voit, pour des raisons internes à la nosographie kraepelinienne, c'est par son diagnostic différentiel d'avec la démence précoce que se notifie de façon exemplaire le statut inédit de la paranoïa, entendue comme paranoïa « légitime ». Là se fixe la triple détermination de systématisation, de fixité, et de développement progressif des idées délirantes dans la paranoïa, associée à une relative conservation de la « clarté et de l'ordre dans la pensée, le vouloir et l'action ». Par ailleurs, les délires paranoïaques sont supposés se déployer en conservant le caractère et la construction même de la personnalité du délirant, et se développent « sous la dépendance de causes internes » : ce qui autorise Kraepelin à considérer la paranoïa comme « développement d'une personnalité » anormale plus que comme « processus » pathologique. Parallèlement à sa marginalisation épidémiologique, le centre de gravité nosologique de l'affection a en effet complètement changé : d'une entité fondamentalement organique recouvrant l'ensemble des troubles du jugement

délirants, avec forte composante hallucinatoire et un ensemble de phénomènes psychosensoriels, la paranoïa devient une entité essentiellement constitutionnelle, finalement proche de l'hystérie, se développant dans l'ordre de la personnalité, à délire systématisé et purement interprétatif, qui échappe à l'évolution démentielle.

Parce qu'il fixe cette définition moderne de la « paranoïa au sens étroit » [*Paranoia im engste Sinne*], dès lors qu'elle est nettement démarquée de l'incohérence et de la faible systématisation des déments précoces, il importe de citer en son long le passage suivant, qui surdéterminera l'inscription de la notion dans la modernité :

« Les nombreuses formations délirantes qui apparaissent au cours de la démence précoce donnent souvent lieu au diagnostic de paranoïa. La plus grande partie des cas, que d'autres aliénistes classent ainsi, appartient selon moi [...] aux formes paranoïdes. J'étaye cette conception sur mon expérience, qui montre que ces états évoluent toujours, en un temps relativement court, vers une simple faiblesse psychique sans formations délirantes vraiment repérables, ou bien vers une confusion, au cours de laquelle on ne peut absolument pas parler de l'existence d'un "système" ni d'une continuité à l'intérieur des formations délirantes. [...] Dans la paranoïa elle-même, les idées délirantes se développent toujours très progressivement, au fil des années, alors qu'ici cela se produit souvent en quelques mois, parallèlement à une humeur exceptionnellement triste ou anxieuse, ou encore – et c'est fréquent – brutalement, par l'installation de multiples illusions sensorielles. De toute façon, celles-ci jouent un rôle majeur dans la démence précoce, alors qu'elles sont souvent tout à fait au second plan dans la paranoïa par rapport aux interprétations et aux intuitions délirantes. La faiblesse d'esprit qui s'imisce très rapidement se traduit par l'aspect absurde des idées délirantes qui perdent bientôt toute vraisemblance. Les malades ne présentent plus du tout d'opposition, n'éprouvent plus aucun besoin de faire correspondre leur délire avec la vision du monde qu'ils avaient jusque là, leur démarche de pensée est confuse et incohérente. Dans la paranoïa au contraire, le délire est une explication et une interprétation morbides d'événements réels. » ([23], vol. II, p. 211).

Tel est effectivement le visage moderne de la paranoïa, que l'on ne voit brusquement émerger qu'en 1899 : véritable « événement nosologique », avant lequel « le terme avait une extension qui rendait son emploi singulièrement éloigné de celui auquel il est maintenant affecté » ([48], p. 21), comme le constatera dans l'historique de sa thèse de médecine... un certain Jacques Lacan.

Remarquons en effet que la nouvelle délimitation est tellement dissidente des définitions l'ayant précédée, qu'on peut sérieusement affirmer que la paranoïa, avant Kraepelin, n'existe pas, purement et simplement. Non que le *mot*, ou *les mots* servant à désigner la classe générale des délires chroniques dont elle sera issue, n'aient déjà une longue histoire [49], assurément ; mais justement parce qu'en matière de paranoïa, l'histoire du *mot* n'est singulièrement pas l'histoire de la *chose* – le référent émergeant bien de façon inédite dans le regard kraepelinien. C'est pourquoi, lorsqu'il s'agit de « paranoïa », exactement comme lorsqu'il s'agit des « névroses » historiques du reste, faire l'histoire du mot est plus trompeur qu'éclairant – et ce pourquoi Lacan, remarquons-le, fait légitimement commencer sa réflexion historique, dans la thèse de 1933, à partir de ce moment central où « enfin, Kraepelin vint » ([48], p. 23). Cela justifie d'apprécier en sa vraie densité le *pivot* que constitue Kraepelin dans la *Paranoïafrage*¹⁸ – la « question de la paranoïa », pour reprendre le titre de la controverse ayant constitué le centre névralgique de la psychiatrie allemande de la fin du XIX^e.

¹⁸ Voir à ce sujet [50] et [51].

Enfin, relevons que cette 6^e édition voit également réalisée la synthèse de la fameuse « psychose maniaco-dépressive ». En prenant comme forme nucléaire les entités bien décrites jusque-là sous le nom de « folie circulaire », « folie à double forme », folie « intermittente », etc., et en les étendant en direction des accès thymiques en apparence isolés, on sait que cette synthèse consiste à regrouper autour des états maniaques et dépressifs tous les états « périodiques », « aigus » et non confusionnels, ne présentant aucun signe de démence précoce. Ce faisant, l'autonomie de la manie ou de la mélancolie simples est désavouée, au motif que l'allure clinique de chacun des accès est toujours identique d'une part, qu'on observe toujours des récides lors d'une observation prolongée et qu'un examen soigneux laisse apparaître des variations thymiques, fussent-elles infracliniques, tout au long de la vie d'autre part. C'est dire que la dimension cyclique dessine le « destin » et le périmètre de la pathologie même.

La double originalité de cette synthèse consiste par ailleurs à 1) poser la dimension univoquement « bipolaire » de cette entité – en considérant que dans les formes d'apparence unipolaire au long cours, certaines phases dépressives ou expansives sont simplement cliniquement inaperçues ; 2) à pointer l'existence d'« états mixtes » entre ces deux pôles, où trois grands registres de troubles fondamentaux (troubles de l'humeur, de l'idéation, et psychomoteurs) peuvent sélectivement s'associer dans le sens de l'expansion ou de la dépression, pour composer les tableaux d'allure paradoxale de mélancolie agitée, de mélancolie avec fuite des idées, de manie confuse, de manie colérique (avec humeur dépressive), de stupeur maniaque, de manie avec inhibition psychomotrice, etc. Ces « états mixtes », qui peuvent à l'occasion demeurer mixtes durant toute la durée d'un accès thymique, enrichissent par ailleurs considérablement la sémiologie du « virage » thymique, puisqu'on y voit les différentes composantes du tableau (émotive, idéative et psychomotrice) s'inverser de façon décalée.

Cette vaste synthèse unifie donc tous les « troubles de l'humeur » sous une même enseigne, tout en s'annexant la plupart des accès d'excitation « périodique » – ce qui contribue à démembrer d'autant la paranoïa kraepelinienne.

Si la 7^e édition (1903–1904) [24] ne fait que reproduire dans les grandes lignes les conceptions classiques de la 6^e, en tout cas pour ce qui est des grands cadres des psychoses, la 8^e (1909–1915) et dernière édition du vivant de Kraepelin, outre qu'elle double de volume pour atteindre près de 2500 pages, enregistre de fortes modifications.

D'abord, en étoffant considérablement les différentes formes de « démences précoces », qui passent de trois formes dans l'édition classique, à une dizaine de formes différenciées. Il ne s'agit pas d'en déduire que la démence précoce étend encore son extension : au contraire, la 8^e édition a plutôt tendance à en restreindre le périmètre, par l'introduction des paraphrénies (cf. *infra*). C'est plutôt que la clinique différentielle des différentes formes, à l'intérieur du cadre des démences précoces, se précise sous l'influence notamment de la publication de la monographie de Bleuler de 1911 [52]. Kraepelin distingue alors : 1) la démence simple ([25], p. 763–767), 2) l'hébéphrénie ([25], p. 767–776), 3) la démence dépressive simple ou stuporeuse ([25], p. 776–783) (caractérisée par un début dépressif, avec prédominance des thématiques de damnation, de péché, de persécution, d'hypocondrie, et une humeur triste ou anxieuse, avec ou sans stupeur), 4) la démence dépressive délirante ([25], p. 783–792) (début plus aigu et prédominance des hallucinations et des idées délirantes), 5) les formes circulaires de la démence précoce ([25], p. 792–798), sous leur versant de 6) démences agitées ([25], p. 798–806) (avec états d'excitation sévères et prolongés plus ou moins périodiques, et alternant avec des phases dépressives selon les sous-formes, mais qui laisse un état déficitaire dans les intervalles libres ce qui les démarque de la PMD), ou 7) de forme périodique ([25], p. 806–808) (alternance d'états d'excitation et de dépression), 8) la catatonie ([25], p. 808–833) (description classique), 9) les formes de démence paranoïde ([25],

p. 883–850), tantôt grave (prévalence du mécanisme hallucinatoire, syndrome d'influence, dissociation maximale, avec signes typiques de maniérisme, négativisme, stéréotypies), ou légère (caractère paranoïde des idées délirantes et prévalence des hallucinations, idées d'influence mais signes hébéphréno-catatoniques cardinaux relativement discrets ou tardifs, avec humeur congruente au délire et discours concordant, aboutissant à un état de vécu hallucinatoire résiduel où l'affaiblissement n'est pas manifeste) et enfin 10) démence avec confusion du langage ou schizophasie ([25], p. 859–862) (où prévalent les troubles du langage avec logorrhée inintelligible, soliloque, néologismes massifs, pouvant aller jusqu'à la glossolalie, contrastant avec une atteinte limitée des troubles de la volonté).

De cette diversification importante des formes cliniques ressort dans l'ensemble une fragilisation de l'unité du groupe, qui se voit à la fois rapproché de la psychose maniacodépressive via ses formes dysthymiques (démence dépressive simple, dépressive délirante, formes circulaires), et qui s'ouvre sur sa marge « paranoïde » vers des tableaux d'automatisme hallucinatoire avec déficit moins marqué – correspondant plus à la psychose hallucinatoire chronique d'un Ballet qu'à l'hébéphrénie d'un Hecker. Sur ces deux fronts différentiels, on sait que l'héritage kraepelinien continue d'être discuté jusqu'à nos jours et constitue même le cœur actuel du débat nosographique sur les psychoses chroniques [53,54].

C'est pour cette raison, du reste, que la 8^e édition introduit aussi, sous l'effet des critiques françaises contestant le pronostic uniformément déficitaire de tous les délires chroniques hallucinatoires (et donc leur assimilation à la démence précoce), d'une part, et des critiques allemandes portant sur la conception étroite de la paranoïa kraepelinienne, d'autre part, la classe inédite (et relativement éphémère) des paraphrénies¹⁹ – faisant en quelque sorte « tampon » entre le vaste groupe des démences précoces et des paranoïas. L'enjeu en est de donner un statut nosologique aux tableaux cliniques relevant apparemment de la démence précoce de par leur présentation sémiologique, notamment en vertu de la prévalence du mécanisme hallucinatoire allant jusqu'à l'automatisme mental, mais n'évoluant jamais vers l'état d'affaiblissement psychique signant la ruine de la personnalité. C'est tout autant ménager une situation nosologique, de l'autre côté, aux formes relevant de la paranoïa par leur aspect romanesque et thématiquement assez bien organisé, mais avec une composante hallucinatoire nettement plus importante que la paranoïa « au sens étroit » – où l'hallucination est « exceptionnelle » dira Kraepelin, en regard de la prévalence des mécanismes interprétatifs et intuitifs.

Cela justifie donc d'interposer entre les délires paranoïaques et les formes paranoïdes de la démence précoce un groupe de psychoses caractérisées par un travail délirant où s'intriquent les activités hallucinatoires et affabulatoires pour former des fictions très riches et très chaotiques mais sans affaiblissement terminal. Telle est en effet la justification kraepelinienne du groupe des paraphrénies :

« La désintégration de la personnalité psychique se produit en général dans la démence précoce, de façon telle que ce sont tout d'abord les troubles des émotions et de la volonté qui dominent le tableau clinique. Sur ce fond se détache un groupe de cas relativement peu nombreux, qu'il nous faut maintenant étudier, dans lesquels, en dépit de nombreux points communs avec les phénomènes de la démence précoce, la structure interne de la vie psychique est nettement moins affectée, à cause du développement beaucoup plus limité des troubles de l'émotivité et de la volonté. Dans ces cas, tout au moins, la perte de l'unité intérieure est éventuellement limitée à certaines performances intellectuelles. Toutes les variétés

¹⁹ Pour une mise en situation plus générale de la notion dans l'histoire de la psychiatrie, voir [55].

cliniques ne sont pas toujours facilement séparables entre elles mais ont en commun la prédominance marquée des hallucinations et la coloration paranoïde du tableau pathologique. On y trouve également des modifications de l'humeur, mais jusqu'à la période terminale de l'évolution il manque cette obtusion et cette indifférence qui constituent souvent les premiers signes de la démence précoce. Enfin le comportement est également perturbé mais essentiellement sous l'influence des troubles de la pensée et de l'humeur. Quant aux troubles autonomes de la volonté, indépendants des facteurs précédents, comme on en rencontre au cours de la démence précoce, ils ne s'observent ici que de façon occasionnelle » ([25], vol. III, p. 973).

Les paraphrénies réunissent ainsi l'ensemble des tableaux fortement hallucinatoires et richement délirants, s'organisant autour du pôle imaginaire ou intuitif autant que psychosensoriel, mais où, surtout, l'évolution se fait dans le sens d'une relative conservation de la lucidité, des capacités intellectuelles et de l'ouverture au monde réel – conservation qui contraste avec la solidité du noyau délirant et hallucinatoire.

Dans le détail, elles correspondent en fait en grande partie à la description classique du « délire chronique à évolution systématique » de Magnan, auquel Kraepelin retranscrit le dernier stade, assimilé à l'état terminal d'une démence précoce. En témoigne notamment la première forme paradigmatique, la « paraphrénie systématique » ([25], vol. III, p. 974–994), (empruntant explicitement le « systématique » à Magnan), qui se caractérise par « le développement extrêmement insidieux d'un délire de persécution, dont l'évolution est continue, auquel s'ajoute par la suite des idées de grandeur sans désintégration de la personnalité. » Si cette forme paradigmatique constitue la plupart des cas et le réel centre de gravité du groupe, proche de la psychose hallucinatoire des français, Kraepelin distingue en outre la « paraphrénie expansive » ([25], vol. III, p. 994–1002) (« développement d'un délire de grandeur exubérant avec humeur exaltée et légère excitation » et prédominance des hallucinations visuelles sur le reste des phénomènes psychosensoriels, ce qui suggère un « appoint hystérique »), la « paraphrénie confabulante » ([25], vol. III, p. 1002–1009) (se distinguant de la précédente par « le rôle qu'y jouent surtout les illusions du souvenir ») et la « paraphrénie fantastique » (dont est caractéristique « la production luxuriante d'idées délirantes très aventureuses, non connectées, et changeantes »). Assurément, cette diversité des formes recensées invite à problématiser l'ouverture différentielle du cadre vers les formes de paranoïa pure (paraphrénie expansives et confabulantes), et vers la démence précoce d'autre part (paraphrénie fantastique).

Mais l'intérêt de ce groupe « de transition » et conçu comme « provisoire » par Kraepelin lui-même, aussi confus soit-il (on sait qu'il sera dans l'ensemble rejeté par la psychiatrie germanique, étant rapidement absorbé par le groupe des schizophrénies²⁰), consiste alors à marquer, négativement, les caractéristiques propres des délires chroniques adjacents : du côté des déments précoces purs, évolution progressivement dementielle, du côté des paranoïas purs, maintien d'un délire inébranlable fortement coordonné et purement interprétatif, s'enracinant profondément dans une personnalité constitutionnellement malade (« La paraphrénie développe un processus, la paranoïa développe une personnalité »).

²⁰ Dès 1921, W. Mayer montrera que la plupart des cas initialement diagnostiqués comme paraphrénies évoluent spontanément, après quelques années, soit vers la schizophrénie, soit vers la paranoïa, voire vers la folie maniaque-dépressive. Logiquement, la plupart des auteurs intégreront les formes confabulante et fantastique au sein du groupe des schizophrénies, les formes systématique et expansive dans celui des paranoïas. Voir [56].

Ainsi se fixe finalement, de façon plus ou moins stabilisée, le triptyque de la nosologie kraepelinienne des délires chroniques, telle que « si on examine un grand nombre de cas présentant un facteur délirant permanent [...], on s'apercevra toujours qu'une partie très importante [...] offrira au bout de quelques années les caractéristiques de la démence précoce. Une autre partie, un peu plus importante, entre dans le cadre des formes paraphréniques, le reste se classant essentiellement dans la paranoïa véritable » ([25], vol. III, p. 973–974) – triptyque des psychoses chroniques auquel il faut ajouter le vaste ensemble des troubles de l'humeur, réunis sous le label de la psychose maniaco-dépressive.

On constate ainsi que la nosographie tend ainsi à se concentrer autour de quatre « destins » psychotiques incarnant plus ou moins bien les grandes figures de la chronicité asilaire : évolution déficitaire laissant la personnalité dissociée (démence précoce) ; développement continu et abondant d'une riche production délirante incohérente mais sans atteinte de la personnalité (paraphrénies) ; systématisation maximale des convictions délirantes avec conservation complète de l'ordre et de la clarté de la pensée, le vouloir et l'action (paranoïa) ; assignation à la périodicité, au moins virtuelle, pour les états présentant une alternance d'intervalles libres et d'épisodes de rechute (folie maniaco-dépressive).

En regard de cette situation, on mesure qu'on a tort de considérer habituellement que Kraepelin rabat toute la nosographie des psychoses sur la seule alternative maladie curable versus maladie incurable, et de croire que ce seul critère catamnétique ferait toute la distinction entre « démence précoce » et « psychose maniaco-dépressive ». C'est là un topos du discours critique qui prête à Kraepelin quelque chose qu'il n'a pas dit ; c'est croire trop (même lorsque c'est pour les critiquer) à la solidité des entités kraepelinienne : car ni la démence précoce ni la folie maniaque-dépressive ne sont dans un rapport absolument univoque à l'(in)curabilité ; ne serait-ce que parce que, chez Kraepelin, le pire n'est jamais certain – ainsi soulignera-t-il avoir vu plusieurs de ses cas de démence évoluer spontanément vers un état proche de la « guérison »²¹, et pointer, à l'inverse, que les intervalles libres de la PMD ne vont parfois pas sans affaiblissement résiduel.

C'est que, pour Kraepelin lui-même, une évolution ne saurait être nécessairement déterminée et absolument prédictible, mais seulement caractéristique : une entorse au destin peut toujours décaler le malade de la contrainte où l'enferme la maladie, même si celle-ci n'en dessine pas moins une tendance clairement lisible pour l'existence pathologique.

5. Conclusion : ambition prédictive et enquête rétrospective

En fait, si la nosologie kraepelinienne laisse, disons, une marge de liberté à ses patients, par laquelle l'intrigue ne peut pas être totalement prévue, il reste pourtant que la séquence finie ne peut pas ne pas évoquer quelque chose qui ressemble à une fatalité. D'un côté, l'évolution pathologique résiste bien à sa fatalisation précoce ; mais de l'autre, l'issue est finalement nécessairement inscrite dans une chaîne où tout est en quelque sorte annoncé à l'avance. C'est là la formidable ambiguïté de la nosologie kraepelinienne, et de la clinique néo-kraepelinienne à sa suite, qui fait que si l'on ne peut évidemment prévoir intégralement ce qu'il adviendra de tel patient, Kraepelin ne peut, par ailleurs, éviter indéfiniment la violence modale des certitudes.

²¹ Dans la 6^e édition du *Lehrbuch* par exemple, qui est l'édition canonique, il souligne pour chacune des formes de démence précoce les chiffres suivants : formes hébéphréniques, 8% de « guérisons » [*Genesung*] ([23], vol. II, p. 158); formes catatoniques, 13 % des cas considérés « comme guéris » [*als geheilt*] ([23], p. 178); pour les formes paranoïdes, Kraepelin ne donne pas de chiffres mais souligne que « dans un petit nombre de cas, les idées délirantes rétrocedent progressivement en quelques années » ([23], p. 199).

Qu'on le repère au niveau des définitions elles-mêmes : « Il nous est permis, pour le moment, de réunir sous le terme de démence précoce une série de tableaux cliniques ayant pour particularité commune d'aboutir à des états d'affaiblissement psychique caractéristiques. Il semble cependant que cette pénible issue ne soit pas systématique, mais sa fréquence y est si grande que nous sommes obligés, pour le moment, de nous en tenir à cette définition » ([23], p. 137). C'est bien *in fine* la seule « unité » que Kraepelin puisse reconnaître à ces « entités morbides » : une certaine *tendance*.

La conséquence en est que Kraepelin invente une clinique où chaque sujet ne fait finalement que rejoindre le destin de sa pathologie. En cela, littéralement, ses patients, Kraepelin semble leur faire un *destin* – de là les avertissements qu'on lui a sans cesse fait s'agissant des effets iatrogènes de la prédiction, et les reproches visant la dangerosité de ses « pronostics destructeurs » [57].

D'où vient, en tout cas, que Kraepelin introduit pour la première fois d'une manière aussi définitive cette ambition prédictive au cœur de la modernité psychiatrique, dont il constituera par la suite le père symbolique : « La valeur de chaque diagnostic [...] dépend essentiellement de sa capacité à nous donner une vue certaine de l'avenir [*sichere Ausblicke in die Zukunft eröffnet*] » ([25], vol. 2, p. 12). C'est pourquoi chez Kraepelin tout est matière à prédictions ; c'est qu'interroger la pathologie revient toujours à déchiffrer un avenir, au moins probable : « à partir des signes cliniques, nous devons être en mesure de lire dans ses grandes lignes le destin futur de nos malades [*die weiteren Schicksale unserer Kranken in großen Zügen herauszulesen*] » ([25], vol. 2, p. 12). On le voit : tout tient ainsi, avec Kraepelin, dans l'estimation de la signification probable des signes prodromiques, selon une conviction clinique qui invite à ne jamais détourner le regard de la fin.

Mais l'étonnant est que cette lecture attentive des signes promue par la conviction kraepelinienne, et défendue par la clinique « néo-kraepelinienne », aurait comme conséquence de consommer par ailleurs la « ruine du symptôme » ([58], p. 214), pour reprendre le mot heureux de Tatossian. La raison en serait le postulat de « maladie naturelle » réelle, logée au cœur de la rationalité kraepelinienne, telle que le symptôme s'en trouve nécessairement dévalué au rang de « signe », idéalement annonciateur, mais toujours plus ou moins contingent en regard du « processus » sous-jacent.

Cela conduit-il nécessairement les psychiatres kraepelinien à méconnaître tout à fait, comme on l'entend couramment, l'incidence de l'histoire individuelle sur le symptôme ? Pas nécessairement : même dans les cas où l'agent pathogène est le plus exogène et le plus univoque dans ses effets (substances toxiques, comme l'alcool et la cocaïne, agents infectieux comme la paralysie générale), Kraepelin n'avait cessé de souligner que, cliniquement, les conditions individuelles donnent au tableau « un sceau tout à fait personnel »²² ([60], p. 77).

Est-ce à dire qu'en reconnaissant cette valeur individuelle du symptôme, Kraepelin renonce *in fine* à l'efficacité du modèle de la maladie sous-jacente, au profit d'une causalité de type psychogénétique, invitant à repenser le rapport de l'événement et du symptôme ? Certainement pas : si Kraepelin ne parvient pas à effacer définitivement dans la clinique psychiatrique les indices de l'individuel, il reste qu'ils ne sont acceptés qu'en dernier ressort et en quelque sorte à contrecœur ; en tout cas davantage comme une gêne pour l'interprétation du tableau clinique que comme un opérateur d'intelligibilité du symptôme – et ceci là où tout au contraire, par exemple pour la psychanalyse, c'est naturellement dans ce qui le distingue individuellement qu'il faut

²² Kraepelin E. *Die Erscheinungsformen des Irreseins*. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1920 [59], cf. [60] pour la traduction française.

étudier le symptôme depuis le départ, si tant est que c'est toujours par son caractère particulier que s'ouvre la voie de l'historique.

Entendons que Kraepelin, de son côté, fait bien droit à *de* l'individuel dans la compréhension du tableau de maladie, et ménage ainsi une place à *de* l'histoire (et encore plus, comme Freud, à la préhistoire phylogénétique) pour élucider comment la forme du symptôme se coule toujours « dans les voies que les conditions de vie ont tracées à l'avance » ([60], p. 78). Mais cela revient simplement à faire fond sur cette « séparation grossière entre ces deux parties intégrantes des tableaux cliniques », qui oppose d'un côté « les troubles qui réapparaissent sans exception dans le même processus pathologique comme des effets immédiats des causes constituant leur base », et de l'autre, « les manifestations changeantes, tantôt présentes sous telle ou telle forme, tantôt absentes, [qui] devraient être ramenées aux conditions particulières résidant dans la personne qui tombe malade. » ([60], p. 90–91).

L'important est qu'à la reconnaissance tardive de cette dimension individuelle et finalement « historique » du symptôme, se substitue de toute manière toujours chez Kraepelin la question, manifestement plus préoccupante, de sa dimension prospective.

En fait, plus que de retrouver, comme en psychanalyse, la part de la symptomatologie explicable par référence au sens et à l'histoire en vertu d'une ambition idiographique, ce qui obsèdera la clinique néo-kraepelinienne, en vertu de son ambition nomothétique, c'est de *faire la part des symptômes typiques ayant une valeur pronostique de ceux, purement individuels, n'étant pas prédictifs*, qu'il faut « négliger à dessein ». C'est que, dans la clinique kraepelinienne, dans l'ordre de ses priorités, c'est en effet la *signification pronostique* du symptôme qui prend le pas sur sa *signification historique*.

Il faut en tirer toutes les conséquences, au plan des pratiques cliniques si dissidentes, aujourd'hui, entre la pratique d'inspiration « néo-kraepelinienne » et celle d'inspiration psychanalytique : le tranchant de cette tension tient dans ce qu'il n'y a finalement de signes valables qu'annonceurs dans la clinique kraepelinienne, alors qu'il n'y a, à l'inverse, aucun symptôme « prospectif » dans la clinique freudienne. Par définition, le symptôme kraepelinien est d'abord tendu vers un futur, alors qu'il est essentiellement issu d'un passé pour Freud. Ainsi sont reconduits ces deux visages opposés de la psychopathologie moderne : à l'un va la prédiction, telle que l'issue est virtuellement « connue d'avance », à l'autre la rétrodictio[n] [61], telle que la vérité ne s'énonce « qu'après-coup ».

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Garrabé J. La dimension culturelle des classifications des maladies mentales. *Ann Med Psychol* 2002;160(3):253–6.
- [2] Garrabé J. Approche historique des classifications en psychiatrie. *Ann Med Psychol* 2011;169(4):244–7.
- [3] Garrabé J. Nosographie et classifications des maladies mentales. *Evol Psychiatr* 2014;79(1):5–18.
- [4] Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz RA. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 1972;26(1):57–63.
- [5] Klerman G. The evolution of a scientific nosology. In: Shershow JC, editor. *Schizophrenia: Science and Practice*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978. p. 99–121.
- [6] Guze S, Compton W. The neo-Kraepelinian revolution in psychiatric diagnosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc* 1995;245(4–5):196–201.

- [7] Jablensky A. Living in a Kraepelinian world: Kraepelin's impact on modern psychiatry. *Hist Psychiatry* 2007;18(3):381–8.
- [8] Blashfield RK, Feighner, et al. Invisible colleges, and the Matthew effect. *Schizophrenia Bull* 1982;8(1):1–12.
- [9] Berrios G, Hauser R. The early development of Kraepelin's ideas on classification: a conceptual history. *Psychol Med* 1998;18(4):813–21.
- [10] Decker HS. How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians?—from Emil Kraepelin to DSM-III. *Hist Psychiatry* 2007;18(3):337–60.
- [11] Hoff P. The Kraepelinian tradition. *Dial Clin Neurosci* 2015;17(1):31–41.
- [12] Kraepelin E. Die Erforschung psychischer Krankheitsformen. *Z Gesamte Neurol Psychiatr* 1919;51(1):224–46.
- [13] Kraepelin E. Hundert Jahre Psychiatrie. *Z Gesamte Neurol Psychiatr* 1918;38(1):161–275.
- [14] Haustgen T, Sinzelle J. Emil Kraepelin (1856-1926) 4. L'héritage. *Ann Med Psychol* 2011;169(9):606–11.
- [15] Haustgen T, Sinzelle J. Emil Kraepelin (1856-1926) 5. La renaissance. *Ann Med Psychol* 2011;169(10):690–4.
- [16] Ey H. Étude n° 20 : la classification des maladies mentales et le problème des psychoses aiguës. *Études psychiatriques*, Vol II. Paris: Crehey; 2006. p. 11–45.
- [17] Freud S. Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (Dementia paranoides) décrit sous forme autobiographique. In: Laplanche J, editor. *Œuvres complètes de Freud, tome X*. Paris: PUF; 1993. p. 225–304.
- [18] Lepoutre T. Déconstruire Kraepelin : considérations historiques sur la nosologie kraepelinienne. *Evol Psychiatr* 2014;79(2):239–60.
- [19] Lacan J. De nos antécédents. In: *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil; 1966. p. 65–72.
- [20] Kendler KS, Jablensky A. Kraepelin's concept of psychiatric illness. *Psychol Med* 2010;41(06):1119–26.
- [21] Kraepelin E. Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte. 3e ed. Leipzig: Abel Verlag; 1889.
- [22] Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. 5e ed. Leipzig: Abel Verlag; 1896.
- [23] Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. 6e ed. Leipzig: Barth Verlag; 1899 [2 vol.].
- [24] Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 7e ed. Leipzig: Barth Verlag; 1903-1904 [2 vol.].
- [25] Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8e ed. Leipzig: Barth Verlag; 1909-1915 [4 vol.].
- [26] Kraepelin E. *Memoirs*. Berlin: Springer-Verlag; 1987 [trad. angl. C. Wooging-Deane].
- [27] Jablensky A, Hugler H, Cranach Von M, Kalinov K. Kraepelin revisited: a reassessment and statistical analysis of dementia praecox and manic-depressive insanity in 1908. *Psychol Med* 1993;23(4):843–58.
- [28] Lange J. Emil Kraepelin. *Naturwissenschaften* 1926;14(52):1255–6.
- [29] Wirth W. Emil Kraepelin zum Gedächtnis. *Archiv für die gesamte Psychol* 1927;58:1–32.
- [30] Kahn E. Emil Kraepelin. *Am J Psychiatry* 1956;113(4):289–94.
- [31] Kolle K. Kraepelin und Freud. Beitrag für neueren Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart: Thieme Verlag; 1957.
- [32] Engstrom E, Burgmair W, Weber M. Emil Kraepelin's self-assessment: clinical autography in historical context. *Hist Psychiatry* 2002;13(49):89–98.
- [33] Jones E. La vie et l'œuvre de Sigmund Freud, t. 1. Paris: PUF, coll. « Quadrige »; 2006, 1 [trad. A. Bermann].
- [34] Assoun PL. La recherche freudienne. *Rech Psychanal* 2004;1(1):49–63.
- [35] Engstrom E, Weber M. Kraepelin's diagnostic cards: the confluence of clinical research and preconceived categories. *Hist Psychiatry* 1997;8(31):375–85.
- [36] Jaspers K. *Psychopathologie générale*. 3e ed. Paris: Bibliothèque des introuvables, coll. « Psychanalyse »; 2007 [trad. A. Kastler et J. Mendousse].
- [37] Hoff P. Kraepelins. In: Berrios G, Porter R, editors. *History of clinical psychiatry*. London: The Athlone Press; 1995. p. 261–79.
- [38] Grubhe HW. Kraepelins Bedeutung für die Psychologie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1929;87:43–9.
- [39] Häfner H, Heiden W, Maurer K. Evidence for separate diseases? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc* 2008;258(2):85–96.
- [40] Kahlbaum K. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen. Entwurf einer kritisch-historischen Darstellung der bisherigen Eintheilungen und Versuch zur Anbahnung einer empirisch-wissenschaftlichen Grundlage der Psychiatrie als klinischer Disziplin. Dantzig: A.W. Kafemann; 1863.
- [41] Lantéri-Laura G. La chronicité en psychiatrie. Paris: Institut Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser rond »; 1997.
- [42] Lepoutre T. “De la non-existence de la monomanie,” by Jean-Pierre Falret (1854): Introduction and translation (Part 2). *Hist Psychiatry* 2012;23(4):488–95.
- [43] Kraepelin E. Introduction à la psychiatrie clinique. Paris: Vigot frères; 1907 [trad. A. Devaux et P. Merklen].
- [44] Bercherie P. Histoire et structure du savoir psychiatrique. Paris: L'Harmattan; 2004.
- [45] Haustgen T, Sinzelle J. Emil Kraepelin (1856-1926) 3. Les grandes entités cliniques. *Ann Med Psychol* 2010;168(10):792–5.

- [46] Kahlbaum K. Klinische Abhandlungen über Psychische Krankheiten: Die Katatonie oder das Spannungsirresein, t. 1. Berlin: Hirschwald; 1874.
- [47] Kraepelin E. Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte. 4^e éd. Leipzig: Abel; 1893.
- [48] Lacan J. De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. Paris: Éditions du Seuil; 1975.
- [49] Sauvagnat F. La systématisation paranoïaque en question. In: Hulak F, editor. Pensée psychotique et création de systèmes. Toulouse: Erès; 2003. p. 141–75.
- [50] Lewis A. Paranoia and paranoid: a historical perspective. *Psychol Med* 1970;1:2–12.
- [51] Dowbiggin I. Delusional diagnosis? The history of paranoia as a disease concept in the modern era. *Hist Psychiatry* 2000;11(41):37–69.
- [52] Bleuler E. Dementia praecox ou groupe des schizophrénies. Paris: EPEL & GREC; 1993 [Trad. A. Viillard].
- [53] Craddock N, Owen MJ. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *Br J Psychiatr* 2005;186(5):364–6.
- [54] Greene T. The Kraepelinian dichotomy: the twin pillars crumbling? *Hist Psychiatry* 2007;18(3):361–79.
- [55] Hulak F. Les paraphrénies : nosographie. *EMC Psychiatr* 2008;1–15 [37-296-C-10].
- [56] Mayer W. Über paraphrene psychosen. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1921;71:187–206.
- [57] Baruk H. Les pronostics destructeurs en psychiatrie. *Ann Med Psychol* 1951;109(1):63–5.
- [58] Tatossian A. Kraepelin revisité. In: *Psychiatrie phénoménologique*. Paris: ETIM; 1997. p. 211–4.
- [59] Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1920;62(1):1–29.
- [60] Kraepelin E. Les Troubles mentaux psychogènes carcéraux. Paris: L'Harmattan; 2013 [trad. M. Géraud].
- [61] Hochmann J. Réflexions sur les rapports entre l'histoire et la psychiatrie. *Evol Psychiatr* 2017;82(3), <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.02.007>.