

Phénoménologie différentielle du syndrome dépressif : À propos de la dépressivité mélancolique et épileptique (II). Traduction^{1,2,3}

Fabian Lo Monte, Caroline Gros (traducteurs)

O. Dörr- Zegers et H. Tellenbach

Département de psychopathologie clinique de la clinique psychiatrique de l'Université de Heidelberg

Médecin directeur : Professeur de psychiatrie Dr H. Tellenbach

La direction de recherche eidétique-phénoménologique, dont l'histoire du développement – et donc l'histoire des idées – n'est nulle part développée de manière plus complète et nuancée que dans l'ouvrage extraordinaire que vient de publier A. Tatossian [39], *Phénoménologie des psychoses*, a déjà depuis longtemps mis en évidence la distinction entre *phénomène* et *symptôme* (Hofer [13], Tellenbach [40, 44], Häfner, [12], Blankenburg [4], Tatossian [39], (p. 79)). Contrairement au symptôme, la saisie du phénomène consiste à tenter, en mettant entre parenthèses les caractéristiques externes d'un tableau clinique, de cerner le *mode d'être* du malade dans son « comment ». « Dans les symptômes, nous faisons uniquement l'expérience que quelque chose est présent de manière sous-jacente (*vorhanden*), ne se manifeste pas, se signale ou se trahit, à savoir une maladie ou un trouble » (Tellenbach [40]). En revanche, la médecine somatique se concentre sur le symptôme, car celui-ci est un indice de maladie. Le symptôme est le « maillon tangible d'un ensemble fonctionnel » (Häfner [12]), qui est perturbé au sens de « maladie ». Le symptôme renvoie à cette perturbation de l'enchaînement fonctionnel et permet ainsi d'établir un « diagnostic ». Poser un diagnostic signifie : *reconnaître un trouble au travers de ses symptômes*.

Ce contexte n'est pas adapté à la plupart des domaines thématiques (*Sachgebiete*) qui composent la psychiatrie, car des présuppositions comparables nécessaires à une démarche diagnostique n'existent tout simplement pas, en tout cas, en ce qui concerne le domaine des psychoses endogènes. Il manque tout simplement une connaissance approximative suffisante des principes somatiques fondamentaux. C'est pourquoi K. Schneider [36] voulait remplacer le terme « symptôme » par celui de « signe distinctif » (*Merkmale*). Si l'on souhaite s'en tenir au concept de symptôme (*symptombegriff*) malgré la lacune somatologique – et les difficultés méthodologiques, loin d'être transparentes et donc difficiles à

¹ *NdT* : Le présent texte est une traduction de la publication originale suivante : Dörr-Zegers O, Tellenbach H. Differentialphenomenologie des depressiven syndroms : Über melancholische und epileptische depressivität. *Nervenarzt* 1980;51:113–8.

² En ce qui concerne les notes de bas de page, nous distinguons celles ajoutées par nous (les traducteurs), de celles présentes dans la version originale du texte, par l'ajout d'une mention « *NdT* » (« *Note des Traducteurs* ») devant les notes qui sont de notre fait.

³ À l'occasion du 60^{ème} anniversaire de Dieter Janz.

surmonter, que posent la corrélation entre les manifestations psychiques et les processus physiques, même dans les cas de psychoses dites symptomatiques —, une autre difficulté apparaît. Elle réside dans le fait qu'une série de symptômes cardinaux — par exemple la dépressivité, la compulsion, la paranoïa, la dépersonnalisation, etc. — apparaissent dans *plusieurs* types de troubles psychiatriques nosologiquement très différents. C'est pourquoi Müller-Suur [28] a insisté sur le fait que le diagnostic de schizophrénie ne pouvait en fin de compte être posé que par le caractère « schizophrénique » des différents symptômes. Cependant, une psychiatrie axée uniquement sur les manifestations apparentes ne serait pas en mesure de répondre à la question de savoir ce qu'est réellement cette « schizophrénie ». À propos de ces mêmes problèmes, on trouve les réflexions critiques de Lehmann [22], Tellenbach [44, 45], Pichot [29], Dörr-Zegers [8] et Tatossian [39] (p. 90) sur l'utilisation non univoque du concept de « dépression ».

Un regard sur la diversité étonnamment nuancée des modes de *tristesse* par exemple dans la doctrine des affects du stoïcien Chrysippe — à laquelle se réfèrent W. Leibbrand et A. Wettley [23] (p. 99) —, met clairement en évidence la pauvreté de nos critères. Parmi les 25 déterminations de l'être-triste données par Chrysippe (qui sont signalées entre parenthèses ci-dessous), seules la dysthymie (« tristesse face à l'insoluble, à l'immuable ») et la dysphorie (« aporie dans l'usage du présent ») sont encore utilisées aujourd'hui. Une différenciation phénoménologique souhaitable *serait possible à partir d'exemples tirés de cette diversité* : *Achthos* (« deuil accablant »), *Odyne* (« tristesse aiguë »), *Synchysis* (« triste incapacité à voir ce qui va arriver »), *Ase* (« tristesse fluctuante »).

Sans tenir compte du fait qu'il y a des types très différents de « dépressivité », la nosologie, qui repose sur une pensée classificatoire, ne pourra pas réussir à formuler ce qui distingue les syndromes dépressifs entre eux et, surtout, au sens le plus large du terme, à tirer des conclusions décisives pour la thérapie sur les processus pathogènes spécifiques à chaque cas.

Après les distinctions antérieures entre la « dépression » en tant que phase de la psychose maniaque-dépressive et en tant que mélancolie involutive, en tant que névrotique, endogène et réactive en fonction de sa « provenance » (*Herkunft*), la psychiatrie allemande a décrit une multitude de types de troubles dépressifs : la dépression souterraine et la dépression de fond de Kurt Schneider [35], la dépression de soulagement de W. Schulte [37], la dépression de déracinement de Bürger-Prinz [67], la dysthymie endo-réactive de Weitbrecht [46], la dépression existentielle de Häfner [11], pour n'en citer que quelques-uns. La demande de Von Gebattel [10] d'unifier des tableaux cliniques très divergents sur le plan psychopathologique, sans se laisser induire en erreur par la richesse trompeuse des possibilités diagnostiques, était une nécessité absolue à l'époque. Seuls L. Binswanger [2, 3] et H. Tellenbach [44] ont tenté de répondre à la question de savoir ce qui autorisait les psychiatres à parler de « dépression » pour tous ces syndromes psychopathologiques.

Nous voulons poursuivre la phénoménologie différentielle des différentes formes de dépressivité, qui a été récemment reprise par Tellenbach [45]. À l'époque, il avait été fait référence à la caractéristique phénoménologique de la dépressivité *psychopathique* déjà introduite par J. Lange [20] et poursuivie par E. Straus [33], ainsi qu'à l'analyse structurelle de la dépression presbyophrénique⁴ (*Altersdepression*) telle que présentée par Minkowski et Tison [26]. Il a été brièvement fait mention des efforts d'E. Minkowski [27] visant à mettre en évidence la phénoménologie de la dépressivité épileptique. Ces efforts doivent à présent être poursuivis avec l'élaboration antithétique de la dépressivité divergente à partir de deux cas typiques appartenant à des catégories nosologiques

⁴ NdT : Le mot-source allemand est *Altersdepression*. Une traduction littérale pourrait être « dépression liée à l'âge » ou « dépression de la personne âgée », mais nous avons choisi de retenir le terme utilisé par Minkowski, à savoir « dépression presbyophrénique », puisque les auteurs font explicitement référence à ce travail. Il s'agit d'une forme de dépression liée à une *presbyophrénie*, c'est-à-dire à une *démence sénile*. Notons que l'article auquel les auteurs font référence est également repris dans le livre *Le temps vécu*, publié quelques années plus tard [54].

différentes, en comparant la dépression d'un mélancolique et celle d'un épileptique. La question de la situation des dépressions dites « symptomatiques » reste toutefois entièrement ouverte : la question des caractéristiques phénoménologiques des images dépressives telles qu'on les observe dans les états d'aliénation mentale, dans l'hypothyroïdie, dans les névroses dites dépressives, — tout comme du reste l'hypothèse de la coïncidence entre les psychoses mélancoliques et l'épilepsie [32].

Un cas de dépressivité mélancolique

Mme Elfriede N., âgée de 58 ans, a été admise en 1971 dans un état stuporeux à la clinique psychiatrique universitaire de Santiago du Chili. Sa fille décrit sa mère comme une femme au foyer très compétente, qui s'est efforcée toute sa vie de « servir » son mari et sa fille. Un an avant son admission à la clinique, son mari était décédé d'une crise cardiaque. Mme N. a traversé une période de deuil longue, mais dans la moyenne. Quelques mois plus tard, elle a été dénoncée à tort (*zu Unrecht*) par une employée du magasin au tribunal du travail d'Utrecht. Bien que cette plainte ait été réglée avec l'aide d'un avocat, Mme N. a continué à souffrir d'une anxiété intense, qui l'a finalement poussée à vendre le magasin. (2 mois avant son admission) À la suite de la vente, elle est devenue insomniaque, agitée, très déprimée, sans appétit et constipée. Au fil des semaines, elle est devenue de plus en plus apathique et renfermée. Elle a déclaré que la vente n'avait pas été effectuée légalement. Le service des impôts était déjà au courant : elle serait bientôt emmenée par la police et mise en détention. À la clinique, on a appris qu'elle avait d'abord présenté des fluctuations quotidiennes marquées et qu'elle se plaignait d'une sensation d'oppression dans la gorge et dans la poitrine. À son admission à la clinique, E. était dans un état de stupeur.

Le traitement clinique stationnaire avec Tofranil (jusqu'à 200 mg par jour) a pu être arrêté après deux mois et la patiente a pu quitter l'hôpital sans symptômes de troubles dépressifs. Quatre mois plus tard, elle a été réadmise dans un état maniaque prononcé. Par la suite, les phases dépressives et maniaques se sont succédées jusqu'à ce qu'un traitement aux sels de lithium permette d'obtenir une stabilité qui a duré jusqu'en 1973.

D'un point de vue nosologique, la clinique considère le trouble de la patiente Elfriede comme une phase mélancolique d'une *cyclothymie*⁵ clairement caractérisée par des symptômes typiques. Cela vaut en particulier pour la dyade de troubles vitaux et de troubles de la rythmicité identifiée par W. M. Pfeiffer [30] dans des études transculturelles ubiquitaires comme significative pour les psychoses mélancoliques endogènes.

Mais comment se présente la caractéristique phénoménologique de la dépressivité dans la *rencontre* immédiate avec Elfriede, si l'on veut se conformer à certaines exigences auxquelles Blankenburg [4] a lié la possibilité d'une expérience phénoménologique : qu'elle soit « décisivement plus ouverte à toutes les manières d'être des personnes rencontrées, c'est-à-dire plus naturelle que l'expérience naturelle » ; mais en même temps, « plus scientifique que l'expérience scientifique, en ne se limitant pas au seul projet transcendantal mais en faisant plutôt des *modes d'être en tant que tels son thème en propre* »⁶ ? Pour ce faire, nous devons, conformément à la prescription de Husserl, « mettre entre parenthèses » les symptômes afin de nous plonger dans « ce-qui-se-tient-là (*das Vorliengende*) dans son caractère inconditionnel » (Blankenburg [4], p. 413).

Dès que l'on tente de décrire « l'apparence » de la patiente assise devant nous, il devient évident que la « naturalité moyenne » de notre vision ne correspond pas à la « naturalité » de ce que la patiente exprime. Certes, Elfriede est assise « en face » de nous, mais cette affirmation ne

⁵ *NdT* : Les auteurs semblent se référer ici à ce que le lecteur français nommera *trouble bipolaire* ou *psychose maniaco-dépressive*.

⁶ Souligné par les intervenants.

correspond pas à l'état de fait naturel, car le face-à-face d'Elfriede n'est pas ce que les Grecs qualifiaient d'*antikry*⁷, une tension polaire naturelle. Un face-à-face (*Gegenüber*) de ce type n'est pas possible avec Elfriede. Le fait de se-comporter-envers-elle n'a pas le caractère de la réciprocité (*Gegenseitigkeit*). Il n'y a pas chez elle d'« anti ».

W. von Baeyer a identifié les éléments phénoménologiques constitutifs de l'essence de la *rencontre* [1] pour la psychiatrie. Cette description a été élargie par H. Tellenbach [41] pour inclure le phénomène du « face-à-face » (*Gegenüber*). Les rencontres se font toujours vis-à-vis*, les yeux dans les yeux, le regard dans le regard. Il y a donc toujours un véritable échange. Le fait de se-comporter-l'un-envers-l'autre est toujours frontal. La direction de signification originelle dans laquelle la rencontre s'événementialise (*sich ereignet*) reste toujours celle du face-à-face. C'est seulement à partir de lui que je découvre ce que signifie se détourner ou être aux côtés de l'autre » (p. 238).

Elfriede reste insensible à ma tentative de la mettre dans une contre-position lorsque je m'*adresse* à elle. Cette incapacité, qui est très caractéristique, peut être décrite avec les moyens linguistiques dont dispose la psychiatrie, mais ne peut être exprimée de manière concise. Binswanger a souvent constaté à juste titre que la psychiatrie ne dispose pas d'un langage scientifique (contrairement à d'autres disciplines médicales). Si l'on veut traduire ce mode de se-tenir-dans-la-manifestation par un concept scientifique au sens d'une convention généralement valable (c'est-à-dire par un terme grec ou latin), il faudrait dire : « le face-à-face » (*l'antikry*) n'est pas ici *énantiotique*⁸ (c'est-à-dire, n'a pas le caractère de réciprocité, du l'un-l'autre (*Einander*)), mais *chrématique*. *Chréma* en grec signifie « l'objet ». Un interlocuteur stuporeux dans le face-à-face se laisse traiter comme un "objet", mais de telle sorte qu'il n'est ni un « contre » (*Gegen*) ni un « état d'être debout » (*Stand*) (au sens de l'invariance/permanence/ « stancéité » (*Ständigkeit*) de Kulenkampff [17] et Zutt et Kulenkampff [52]). *Chréma*, c'est ce avec quoi j'ai un commerce utilitaire. Contrairement à nous, les kantien, le Grec n'a pas tant le vécu de l'objet comme ce qui résiste (*Widerständigen*). Cela ressort clairement de la parenté de ses termes : *Chréma*, *Pragma*, *Ergon*⁹.

En ce sens, Elfriede est comparable à un « objet inutilisable » qui, au lieu d'être résistant, fait appel à mon impulsion de traitement ou de modelage — à ma volonté médicale de ramener le *chréma* dans la *Physis* humaine. Gabriel Marcel (24) a exprimé cette opposition entre *chréma* d'une part, et *physis* en tant que nature humaine pleinement déployée et enthousiaste d'autre part, dans *Être et avoir*, dans l'antithèse entre corps physique (*Körper*) et corps vivant-vécu (*Leib*) : une polarité que Zutt [51] a rendue fructueuse pour la psychiatrie anthropologique (son concept de « corps vécu mondain »)¹⁰. Dans l'entrée du *Journal métaphysique* de Gabriel Marcel du 1^{er} avril 1931 (p. 94), on trouve la question suivante : « Suis-je mon corps ? ». On y trouve également la constatation que l'affirmation « j'ai un corps physique » rapproche le corps physique de cette choséité (*Dinghaftigkeit*) selon laquelle le

⁷ Juste en face.

* En français dans le texte.

⁸ *NdT* : Vient du grec *enantios* qui signifie soit « qui est (se tient) en face de », soit « opposé » [53]. Vous trouverez en annexe 1 un lexique des mots grecs utilisés par les auteurs dans l'article original, lexique basé essentiellement sur le dictionnaire de grec ancien *Bailly 2020* en ligne.

⁹ *NdT* : Ces trois termes ont un point commun en grec ancien : ils appartiennent tous au champ lexical de la praxis, c'est-à-dire de l'action humaine dans le monde réel. En philosophie, ils ont ainsi avoir avec la distinction des domaines du réel, de l'utile et de l'agir, par rapport aux domaines plus abstraits (de l'ordre du monde des idées). Finalement, ils désignent donc tous quelque « chose » de concret, une « chose » ou une « réalité », souvent dans un contexte d'action, d'utilité ou de valeur. Cf. le lexique (annexe 1) pour plus de précisions.

¹⁰ *NdT* : Pour éviter toute confusion, notons donc que le sens de *physis* est bien, selon les auteurs, du côté de ce que nous avons traduit par « corps vivant-vécu », et non du côté du « corps physique ». En fait, chez les Grecs, *physis* désignait « ce qui croît de soi-même », « ce qui naît, grandit ou advient », tandis que pour les Modernes depuis Galilée, est « physique » ce qui se résume et se réduit à la cause matérielle, ce qui est mesurable, quantifiable en tant que substance, comme dans les *sciences physiques*.

corps n'est que « mon cadavre ». « Mon cadavre est essentiellement ce que je ne suis pas, ce que je ne peux pas être ». Il est immédiatement évident que l'existence chrématique du mélancolique stuporeux est plus proche du pôle « avoir un corps physique » que du pôle « être un corps vivant-vécu ». Cet être-aspiré (*Hineingezogen-Werden*) de l'esprit dans le corps physique n'est nulle part exprimé de manière aussi radicale que dans les sentiments dits vitaux et leurs troubles dans la mélancolie, tels qu'ils ont été fondés par Scheler et introduits en psychiatrie par K. Schneider [34]. Les sentiments vitaux expriment avec une insistance particulière le fait *d'être enfermé* (*Eingeschlossensein*) dans son propre corps physique, à tel point que les patients sont parfois incapables de parler d'autre chose.

Partant du phénomène global de la rencontre, nous nous intéressons maintenant aux différents aspects de ce phénomène. En regardant Elfriede, nous nous demandons : nous regardons-nous l'un l'autre ? Oui et non ! Car Elfriede *n'est pas énantiotique*, elle ne montre aucune relation réciproque au sens de l'un-l'autre (*Einander*). Son regard est plutôt chrématique. Il n'y a pas d'aller-retour entre mon regard et le sien, qui est terne et ne me transmet aucun message. À la place de cet éclat brillant indescriptible de l'oeil, quelque chose de trouble, de la qualité de l'« opaque » apparaît. Le regard se trouve pour ainsi dire derrière les yeux, ce qui n'est pas comparable au phénomène du regard-tourné-vers-l'intérieur. La position du regard derrière les yeux en dit long : au lieu d'être tourné vers l'intérieur de l'existence, le regard est replongé dans l'absence d'essence (*Wesenslose*). Le regard-*chréma* d'Elfriede est précisément le contrepoint de la brillante définition sartrienne de la connaissance : « connaître, c'est manger des yeux ». Vu sous cet angle, le manque d'appétit d'Elfriede touche même ses yeux. C'est précisément ce caractère non-*énantiotique* de la non-rencontre dans le regard qui correspond directement au phénomène plus large du « non » que je rencontre chez Elfriede, avec laquelle je ne peux pas communiquer. Parler ici de « vide » (*Leere*) serait phénoménologiquement inadmissible. Un phénomène tel que la stupeur d'Elfriede nécessite une analyse comparative de l'état pré-morbide et post-stuporeux, qui révèle alors que là où nous soupçonnions un vide, nous ne trouvons qu'un « non » (*Nicht*) – un « ne pas » (*Nicht*) qui équivaut au ne-pas-s'écouler d'un ruisseau gelé dans le froid hivernal. Être dans un état de stupeur mélancolique, c'est être arrivé au grand non (*en français dans le texte) de l'existence, au ne-pas-pouvoir (*Nicht-können*), jusqu'à un ne-pas-pouvoir-être-triste (au sens de Schulte [38]). Ce non* est tout à fait intentionnel d'un point de vue phénoménologique. En cela, il se distingue du vide et surtout du néant (*Nichts*), où l'intentionnalité au sens de Husserl atteint une limite, où la noèse ne correspond plus à un noème. Ce non* de la mélancolie est également quelque chose de phénoménologiquement différent du « non* » de la schizophrénie, par exemple, là où il a phénoménologiquement le caractère d'une perte définitive (de l'évidence naturelle). À plus forte raison, ce non* se distingue de celui de la névrose, là où il peut correspondre et correspond le plus souvent au domaine phénoménologique du refus (*Verweigerung*) : le ne-pas-vouloir-donner ce qui peut au fond être donné.

Dans le domaine des critères différentiels phénoménologiquement saisissables, on trouve enfin la possibilité, qui s'est développée au fil de nombreuses années de contact avec des personnes mélancoliques, de flairer (*Spürung*) une émanation atmosphérique spécifique. Analogiquement au *Praecox-Gefühl* (« sentiment du précoce ») ou au *Praecox-Erlebnis* (« vécu du précoce ») de Rümke [31] et à l'évaluation de Wyrsh [47], évaluation de la perception atmosphérique (intuitive) du schizophrène

ainsi que [48] de l'organique¹¹, il peut se développer une expérience atmosphérique de l'impression immédiate (*unmittelbare Anmutung*) de la dépression mélancolique qui trouve son équivalent dans « l'expérience du flétrissement » ou « la perte de fraîcheur »¹² (Tellenbach [43], p. 63¹³).

La thérapie d'essai avec des thymoleptiques n'appartient plus au domaine des critères phénoménologiques différentiels, mais elle les vérifie empiriquement. L'expérience a montré que dans les cas résistants à la thymolepsie, il n'était pratiquement jamais possible de déterminer la structure de la personnalité prémorbide au sens du *Typus melancholicus* (Tellenbach [44]). Dans ces cas résistants à la thymolepsie, qui s'écartent de la structure de personnalité prémorbide typique objectivée par v. Zerssen [49, 50], on a constaté une étiologie différente et également une qualité phénoménologique différente de la dépressivité.

La question des images dépressives dans l'épilepsie a surtout été traitée dans la littérature française ancienne. Morel (1860) les a considérées comme une manifestation d'une « épilepsie larvée » et Codet (1926) a tenté de mettre en évidence des critères de diagnostic différentiel entre les dépressions cyclothymiques et épileptiques, en faisant l'observation intéressante que « l'épileptique dépressif reste très conscient de ses changements psychiques et s'en trouve surpris » ([25], p. 163 et 177). Nous reproduisons ci-après les éléments essentiels de l'anamnèse d'un jeune épileptique qui souffrait de troubles dépressifs récurrents et prolongés.

Un cas de dépression épileptique

Mauricio G.P. était un étudiant de 25 ans, le plus jeune d'une famille fortement touchée par l'épilepsie. Nous avons nous-mêmes vu une cousine souffrant de crises « grand mal » et de psychoses paranoïaques épisodiques. Dès son plus jeune âge, l'enfant puis l'adolescent présentait des traits de personnalité particuliers, notamment une instabilité émotionnelle, une introspection hypocondriaque et une extrême influençabilité. Au contact des autres, M. était sensible, rancunier et obstiné. À 17 ans, peu avant le baccalauréat, il est tombé pendant plusieurs semaines dans une dépression prononcée accompagnée d'insomnie sévère, d'angoisse sans raison, d'apathie, d'inhibition de la pensée et de la parole, qu'il décrit comme une « incapacité à s'exprimer » ; d'innombrables sensations physiques « hypocondriaques », une tendance à s'enfermer dans une pièce sombre et à ne rien faire. L'EEG, réalisé après la disparition de l'humeur dépressive, a montré des troubles dysrythmiques importants sous forme d'ondes thêta-delta fronto-temporales, parfois plus marquées à gauche, de forte amplitude et ponctuées de pics abrupts. Le traitement antiépileptique prescrit (Epanutin) n'a pas été suivi régulièrement par le patient. Le test de Rorschach a révélé de nombreux signes épileptiques. Deux ans plus tard, M. a connu une dépression similaire, qui a soudainement évolué vers une psychose paranoïaque hallucinatoire. Diagnostic : schizophrénie paranoïde aiguë. Lors de son admission, cependant, la psychose s'était soudainement résorbée spontanément, sans laisser de troubles de la personnalité.

En 1973, quatre ans après le début de la maladie, M. a été hospitalisé avec un diagnostic de dépression endogène résistante à la thymolepsie. Ce jeune homme mince et intelligent se distinguait par son regard désespéré mais vif et sa démarche raide, lente et hésitante. Souffrant d'un blocage mental manifeste *contre* lequel il luttait *visiblement*, il exprimait ainsi son mal-être : « Je souffre d'une angoisse et d'une dépression insupportables. J'ai beaucoup de mal à comprendre et à me concentrer sur quoi que ce soit. Mes membres, mes muscles sont complètement raides. Je peux à peine bouger. M'exprimer me demande un effort

¹¹ NdT : Lire « du malade organique ». Ceci renvoie à ce que Wyrsh et d'autres appelaient à l'époque (1968) les *troubles (ou syndromes) psycho-organiques*. Ces patients ont également été appelés des *paralytiques* [55].

¹² NdT : Ledoux, Cioltea et Angeletti [56], reprenant Tellenbach, utilisent aussi les termes *assèchement* et *vieillessement* pour parler de cette expérience particulière. Nous pouvons faire part, quant à nous, de l'impression *désertique* qui a régulièrement pu nous saisir lorsque nous pénétrions dans la chambre d'hôpital de patients mélancoliques.

¹³ NdT : page 53 dans la version francophone.

immense. Je me sens comme paralysé, comme ligoté. Je ne sors donc pas et reste enfermé dans ma chambre. Je n'ai plus la force de faire quoi que ce soit. C'est comme une défaite totale de mon corps. Je ne me sens pas triste, mais plutôt agité et parfois désespéré face à mon incapacité totale. Mes jambes sont si lourdes, comme si elles étaient remplies de sang. Je me sens complètement handicapé, incapable de faire quoi que ce soit. Et je n'ai même pas le réconfort du sommeil. Je ne peux pas m'endormir, je reste éveillé toute la nuit et je ne pense qu'à comment m'en sortir. Vous devez m'aider, vous devez me sauver ! » Pas de fluctuations journalières, pas de changements d'appétit, de digestion ou de libido, pas de phénomènes de dépression mélancolique, pas de pensées suicidaires. Conscience de la maladie clairement préservée. *L'EEG était tout à fait normal.* L'état désespéré, insensible au traitement thymoleptique, nous a motivés à essayer un traitement par sismothérapie (*ES-Behandlung*)¹⁴. À notre grande surprise, après la deuxième narcose, nous avons constaté une rémission complète du tableau clinique. Nous avons rencontré un jeune homme intelligent, aimable, quelque peu instable sur le plan émotionnel, qui présentait les traits de personnalité d'un épileptique en phase de réveil. Les enregistrements EEG ont ensuite révélé, sans exception, des dysrythmies paroxystiques. L'état psychique était normal. Entretemps, cependant, il a connu trois épisodes dépressifs graves qui ont duré plusieurs mois, au cours desquels l'EEG s'est normalisé. Une seule fois, une humeur maussade s'est brusquement transformée en un bref épisode paranoïaque. Aucun signe d'une « déficience ». M. a terminé avec succès ses études d'économie et exerce depuis avec plaisir son métier.

Il s'agit d'un syndrome dépressif caractérisé par des troubles du sommeil prononcés, une perte d'énergie et de motivation, une inhibition psychomotrice, des expériences hypocondriaques et l'absence de centration sur un thème biographique, caractéristique des mélancolies névrotiques. Le tableau de la maladie est caractérisé par une *radicalité psychotique*. La dépressivité caractéristique de cet état est associée à une grave prédisposition héréditaire et correspond à un EEG totalement normal, qui présente des modifications paroxystiques en dehors des périodes de crise. *Ces altérations se sont toujours normalisées pendant les psychoses dépressives intermittentes.* On ne trouve aucun trait de personnalité pré-mélancolique, ni avant ni pendant les phases dépressives, mais bien les signes distinctifs d'une personne atteinte d'« épilepsie au réveil »¹⁵, tels que décrits par Janz [14, 15] et Leder [21]. On ne constate pas non plus de troubles du rythme vital, à l'exception de l'insomnie, qui ne présente toutefois pas un type d'évolution endogène mélancolique. Contrairement à [ce qui se passe dans] la dépression endogène mélancolique prononcée, M. fait également preuve d'une appréhension intuitive¹⁶ absolue de sa maladie. Au final, M. ne réagit pas du tout aux thymoleptiques.

Le tableau clinique rappelle la phase d'« emmurement » (*Ummauerung*) décrite par Tellenbach [42] dans le cadre de psychoses de type schizophrénique chez les épileptiques, qui s'accompagne d'une normalisation de l'EEG. La similitude est d'autant plus frappante que les deux épisodes paranoïaques dont M. a souffert à la suite d'une phase dépressive se distinguent nettement des psychoses paranoïaques décrites initialement par Landolt [18, 19] puis par W. Christian [17] chez des épileptiques présentant une « normalisation forcée » de l'EEG (Dörr-Zegers [9]). W. Janzarik [16] a déjà rendu compte en 1955 de la psychose paranoïde lucide chez les épileptiques.

Si nous passons maintenant de la description clinique à *l'approche phénoménologique*, il faut tout d'abord saisir le sens de la rencontre avec M. Le patient est assis devant nous dans une posture raide. Il incarne, dans un effort presque désespéré, l'*Antikry*, le « face-à-face ». Dans sa lutte désespérée

¹⁴ NdT : Aussi traduisible par « traitement par électroconvulsivothérapie (ECT) » ou « traitement par électrochocs ». Notons que nous n'avons dans un premier temps pas trouvé de traduction littérale à l'expression « ES-Behandlung ». Après quelques recherches, nous avons cependant constaté qu'elle apparaissait dans des articles scientifiques comme synonyme de « traitement par sismothérapie » (cf. notamment [57, 58]). Vraisemblablement (cf. [58]), « ES » est utilisé comme abréviation d'*Elektroschock*.

¹⁵ NdT : Il s'agit, en médecine, d'un type particulier d'épilepsie, dont les crises surviennent principalement au réveil.

¹⁶ NdT : Le mot-source est *Einsicht*, dont l'équivalent anglais est *insight*, terme bien connu dans nos disciplines.

contre son altération de l'humeur (*Verstimmung*), il est plutôt forcé à l'*énantiotique*. Il s'efforce avec acharnement de décrire son état de la manière la plus détaillée possible comme si son avenir, voire sa vie, dépendait entièrement de ces paroles. Pendant qu'il parle, son combat permanent contre une sorte de barrière devient de plus en plus évident — une barrière qui empêche ses pensées et les mouvements de son corps physique de s'exprimer librement. Il fait penser à un prisonnier derrière des barreaux, qui voit dans l'interrogateur un sauveur potentiel. De temps à autre, ses membres sont parcourus de brèves convulsions qui, dans son discours, ressemblent à un staccato. Son corps vivant-vécu ne montre *aucun* signe distinctif de densité moléculaire (*Moleshaften*), de *chréma*. Son regard fixe son interlocuteur de manière énantiotique. En un instant, M. pourrait briser ses « barreaux ». Le centre de gravité de la rencontre se situe davantage chez M., dans la rencontre avec lui-même, dans laquelle il souhaite également faire entrer le médecin. Il montre en tout point le phénomène d'une intentionnalité qui, tournée vers elle-même, tend vers l'autre, afin de l'inclure dans sa lutte d'autolibération.

Ce qui rend difficile la rencontre entre M. et nous ne tient pas à lui-même — comme le montre si clairement le point de vue d'Elfriede — mais plutôt à quelque chose qui se trouve en dehors de lui. Certes, ici aussi, le corps physique en tant que fonction est ce qui rend difficile les relations de M. avec le monde et les hommes, mais de telle manière que le « corps physique » ne cesse de se mettre en route vers le « corps vivant-vécu », tout en étant sans cesse retenu dans son « emmurement ». On comprend que Codet (1926) parlait déjà à l'époque d'« egodystonie » lorsqu'il voulait caractériser la dépression « épileptique ».

Dans les psychoses endogènes, on observe au contraire le phénomène inverse dans différentes manifestations, l'« egosyntonie », la suppression de l'*Antikry* dans l'identification avec le trouble de l'humeur, le délire, l'altération de la réalité effective (*Wirklichkeitveränderung*) — ou le manque de distance entre celui-là même qui souffre et son monde en mutation. Le caractère global de l'endogène rend possible que le soi, le corps vivant-vécu et le monde ne fassent qu'un et que, comme dans le cas Elfriede, l'humain dans son ensemble se retrouve pris dans ce processus de flétrissement et de réification.

L'être-autre de la corporéité vivante-vécue dans ces différentes formes de dépression se reconnaît également aux différents types de vie pulsionnelle. Alors que dans les dépressions mélancoliques, « la grande effectivité des pulsions vitales » (Burkhardt [5]) est fortement affaiblie, jusqu'à disparaître, celui qui est affecté par la dépressivité épileptique semble vivre intensément ses pulsions : mais il est tourmenté par la conscience de ne pas pouvoir les convertir en une vie active. Les plaintes concernant le désintérêt ou le manque de vitalité ne font pas partie du phénomène de l'« emmurement par le corps physique ». Elles en sont plutôt les « réactions » ou les « symptômes secondaires » — comme lorsqu'un prisonnier tombe dans un état d'apathie du fait de son enfermement permanent limitant considérablement ses possibilités d'action et d'expression. Dans la mélancolie, l'essence même du monde de la nourriture et du monde du sexe disparaît du fait de la diminution d'appétit et de libido. Cet enchaînement dialectique entre soi et monde, selon lequel une pulsion ouvre un domaine déterminé du monde, tandis que les qualités physionomiques de ce domaine mondain, qui lui sont ordonnées, ne font que mettre en mouvement cette pulsion : cette réciprocité s'observe clairement chez les mélancoliques endogènes dans son inflexion (*Abwandlung*) spécifiquement détruite. Cette imbrication témoigne

du caractère « global » de cette maladie. À l'inverse de cela, dans la dépression épileptique, le caractère pulsionnel est ressenti comme tel et ses représentants mondains spécifiques ont conservé leur pouvoir d'attraction. L'*antikry* entre soi et monde est entravé, compliqué, mais non pas *infléchi* (*abgewandelt*).

Liste de références bibliographiques

- [1] von Baeyer W. Der Begriff der Begegnung in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 1957;26:369–76.
- [2] Binswanger L. Schizophrenie. Pfullingen: Neske; 1957.
- [3] Binswanger L. Melancholie und Manie. Pfullingen: Neske; 1960.
- [4] Blankenburg W. Aus dem phänomenologischen Erfahrungsfeld innerhalb der Psychiatrie. *Schweiz Arch Psychiatr Neurol* 1962;90:412–21.
- [5] Burkhardt H. Das erotische Verhältnis zur Wirklichkeit. *Nervenarzt* 1968;39:56–62.
- [6] Bürger-Prinz H. Psychiatrie und Probleme der Umwelt. *Stud Gen* 1951;4:227–34.
- [7] Christian W. EEG-Befund bei einem Fall von epileptischer Halluzinose. *Disch Z Nervenheilkd* 1957;176:693–700.
- [8] Dörr-Zegers O, G E, C J. Del analisis clinico-estadístico del síndrome depresivo a una comprensión del fenómeno de la depresividad en su contexto patogenético. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 1971;10:17–39.
- [9] Dörr-Zegers O, Chiofalo N. Distimias epilepticas prolongadas con sintomatología depresiva. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 1975;14:9–20.
- [10] von Gebattel VE. Die Störungen des Werdens und des Zeiterlebens im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen. Prolegomena zu einer medizinischen Anthropologie, Berlin Göttingen Heidelberg: Springer; 1954.
- [11] Häfner H. Die existentielle Depression. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1954;191:351–64.
- [12] Häfner H. Symptom und Diagnose. In: Stolze H, editor. *Arzt im Raum des Erlebens*, Lehmann, München: 1959.
- [13] Hofer G. Phänomen und Symptom. *Nervenarzt* 1954;25:342–4.
- [14] Janz D. „Nacht“- oder „Schlaf“-Epilepsien als Ausdruck einer Verlaufsform epileptischer Erkrankungen. *Nervenarzt* 1953;24:361–7.
- [15] Janz D. Zur Abgrenzung verschiedener Psychosyndrome bei Epilepsie. *Hippokrates* 1968;39:402–7.
- [16] Janzarik W. Der Wahn schizophrener Prägung in den psychotischen Episoden der Epileptiker und die schizophrene Wahnwahrnehmung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1955;23:345.
- [17] Kulenkampff C. Erblicken und Erblickt-Werden. *Nervenarzt* 1956;27:2–12.
- [18] Landolt H. Über Dämmerzustände, Verstimmungen und schizophrene Zustandsbilder bei Epilepsie. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1955;76:313–21.
- [19] Landolt H. Die Dämmer- und Verstimmungszustände bei Epilepsie und ihre Elektroencephalographie. *Dtsch Z Nervenheilkd* 1963;185:411–30.
- [20] Lange J. Über Melancholie. *Z Ges Neurol Psychiatr* 1926;101:293–319.

- [21] Leder A. Zur test-psychologischen Abgrenzung und Bestimmung der Aufwach-Epilepsie vom Pyknoleptie-Typ. *Nervenarzt* 1967;38:434–42.
- [22] Lehmann H. Psychiatric concept of depression. Symposium on depression and allied states, Montreal Mac Gill University Press; 1959, p. 3.
- [23] Leibbrand W, Wettley A. Der Wahnsinn. Freiburg München: Kalber; 1961.
- [24] Marcel G. Sein und Haben. Schöningh F; 1968.
- [25] Marchand L, de Ajuriaguerra J. Les Épilepsies. Paris: Desclée de Brouwer; 1948.
- [26] Minkowski E, Tison M. Essai sur la structure des états de dépression presbyophrénique. *J Psychol* 1928;25:696–708.
- [27] Minkowski E. Étude sur la structure des états de dépression. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1930;26:230–57.
- [28] Müller-Suur H. Die schizophrenen Symptome und der Eindruck des Schizophrenen. *Fortschr MNeurol Psychiatr* 1958;26:140–50.
- [29] Pichot P. Les dimensions des dépressions. *L'Évolution Psychiatr* 1969;34:297–312.
- [30] Pfeiffer WM. Die Symptomatik der Depression in transkultureller Sicht. In: Hippus S, editor. Das depressive Syndrom. Urban & Schwarzenberg, München Wien Berlin: 1969.
- [31] Rümke H. Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. *Nervenarzt* 1958;29:49–53.
- [32] Slater E, Beard AW, Glithero E. The schizophrenia-like psychoses in epilepsy. *Br J Psychiatry* 1963;109:95–150.
- [33] Straus E. Das Zeiterlebnis in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung In: *Psychologie der menschlichen Welt*, Berlin Göttingen Heidelberg: Springer; 1928.
- [34] Schneider K. Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände. *Z Ges Neurol* 1920;59:281–6.
- [35] Schneider K. Pathopsychologie der Gefühle und Triebe. Leipzig: Thieme; 1935.
- [36] Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Thieme; 1959.
- [37] Schulte W. Die Entlastungssituation als Wetterwinkel für Pathogenese und Manifestation neurologischer und psychiatrischer Krankheiten. *Nervenarzt* 1951;22:140–9.
- [38] Schulte W. Nicht-traurig-sein-können im Kern melancholischen Erlebens. *Nervenarzt* 1961;32:314–20.
- [39] Tatossian A. Phénoménologie des psychoses. Paris New-York Barcelona Milan: Masson; 1979.
- [40] Tellenbach H. Die Räumlichkeit der Melancholischen. *Nervenarzt* 1956;27:289–98.

- [41] Tellenbach H. Annäherung an die Daseinsanalyse. (Phänomenologische Erfahrungsweise in Abgrenzung von der psychiatrischen und analytischen). In: Almanach f. Neurol u, Psychiat, p. 235, JF Lehmann, München, 1951.
- [42] Tellenbach H. Epilepsie als Anfallsleiden und als Psychose. Nervenarzt 1965;36:190–202.
- [43] Tellenbach H. Geschmack und Atmosphäre. Salzburg: O Müller; 1968.
- [44] Tellenbach H. Melancholie. Berlin Heidelberg New York: Springer; 1961.
- [45] Tellenbach H. Psychopathologie der Cyclothymie. Nervenarzt 1977;48:335–41.
- [46] Weitbrecht HJ. Zur Typologie depressiver Psychosen. Fortschr Neurol Psychiatr 1952;20:247–69.
- V ZD. Objektivierende Untersuchungen zur prämorbidem Persönlichkeit endogen Depressiver. In: Hippus S, editor. Das depressive Syndrom. Urban &, Schwarzenberg, München Berlin Wien: 1969.
- [47] Wyrsh I. Über die Intuition bei der Erkennung des Schizophrenen. Schweiz Med Wochenschr 1946;76:1173–87.
- [48] Wyrsh J. Über die intuitive Erfassung der psychoorganischen Störungen. Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr 1968;101:169–73.
- [49] von Zerssen D. Objektivierende Untersuchungen zur prämorbidem Persönlichkeit endogen Depressiver. In: Hippus S, editor. Das depressive Syndrom., München Berlin Wien: Urban & Schwarzenberg; 1969.
- [50] von Zerssen D, Koeller D, Rey E. Die prämorbidem Persönlichkeit von endogen Depressiven. Confin Psychiatr 1970;13:156–79.
- [51] Zutt J. Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie. Gesammelte Aufsätze. Berlin Göttingen Heidelberg: Springer; 1963.
- [52] Zutt J, Kulenkampff C. Das paranoide Syndrom in anthropologischer Sicht. Berlin Göttingen Heidelberg: Springer; 1958.

Prof. Dr, Dr. H. Tellenbach

Département de psychopathologie clinique de la clinique psychiatrique de l'Université d'Heidelberg

Prof. Dr. O. Dörr-Zegers

(Santiago de Chile)

Actuellement au département de psychopathologie clinique de la clinique psychiatrique de l'Université d'Heidelberg

Voßstraße 3

D-65900 Heidelberg

Liste de références bibliographiques des versions françaises (ou anglaises), lorsqu'elles existent, des œuvres en langue allemande auxquelles les auteurs se réfèrent (la numérotation ci-dessous correspond à la numérotation de la bibliographie originale)

[2] *Note* : Le recueil *Schizophrenie*, paru en 1957, regroupe cinq études de cas, dont quatre ont été traduites en langue française séparément (le cas Ilse n'a pas été traduit), chez des éditeurs éparés. En voici les références :

Binswanger L. Le cas Suzanne Urban: étude sur la schizophrénie. Paris: Allia; 2019.

Binswanger L. Le cas Ellen West: schizophrénie, deuxième étude. Paris: Gallimard; 2016.

Binswanger L. Le cas Jürg Zünd: schizophrénie, troisième étude. Würzburg: Königshausen & Neumann; 2022.

Binswanger L. Le cas Lola Voss: schizophrénie, quatrième étude. Paris: Presses universitaires de France; 2011.

N.B. : Pour le cas Ellen West, cf. également la traduction des textes et du dossier médical de la patiente : Hirschmüller A, Akavia N, editors. *Ellen West: poésies, textes en prose, journal intime, historique clinique*. Argenteuil: le Cercle herméneutique; 2023

[3] Binswanger L. *Mélancolie et manie*. Paris: PUF; 1987.

[24] Marcel G. *Être et avoir*. Nouv. éd. annotée. Paris: Éd. universitaires; 1991.

[33] Straus EW. The experience of time in endogenous depression and in the psychopathic depressive state (1928). In: Broome MR, Harland R, Owen GS, Stringaris A, editors. *The Maudsley reader in phenomenological psychiatry*, Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2012.

[34] Schneider K. The stratification of emotional life and the structure of states of depression (1920). In: Broome MR, Harland R, Owen GS, Stringaris A, editors. *The Maudsley reader in phenomenological psychiatry*, Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2012, p. 308–13.

[36] Schneider K. *Psychopathologie clinique*. Nauwelaerts; 1957.

[43] Tellenbach H. *Goût et atmosphère*. Paris: Presses universitaires de France; 1983.

[44] Tellenbach H. *La mélancolie*. Paris: PUF; 1979.

Liste de références bibliographiques ajoutées par les traducteurs au sein de l'article original (dans les notes de bas de page)

[53] Enantios. Le Bailly 2020 [En ligne]. [Consulté le 17 septembre 2025]. Disponible sur : <https://outils.biblissima.fr/fr/eulexis-web/?lemma=enantios&dict=Bailly>

[54] Minkowski E. Le temps vécu. 3e éd. Paris: PUF; 2013.

[55] Tellenbach H. Phénoménologie de l'endogénéité. Comprendre 1988;6–25.

[56] Ledoux A, Cioltea D, Angeletti L. Une approche clinico-phénoménologique des dépressions résistantes. L'Encéphale 2014;40:168–73. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.03.011>.

[57] Ungvári G, Ungvári G, Bitter I, Czobor P, Vitrai J, Pethö B. Zur Rolle der neuroleptischen Hochdosis-Therapie und des Elektroschocks bei der Behandlung der akuten Phase von Schizophrenien. Psychiatrie, Neurologie Und Medizinische Psychologie 1981;33:458–63.

[58] Hárđi I. Psychologische Beobachtungen der Schrift und Zeichnung nach vorangegangener Elektroschock-Therapie. Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift für die gesamte Neurologie 1962;203:610–31. <https://doi.org/10.1007/BF00352730>.

Annexe 1 – Lexique des termes grecs (ou dérivés du grec) utilisés par les auteurs dans le corps du texte

Enantios (έναντίος) = soit « qui est (se tient) en face de », soit « opposé »

Antikry (άντικρύ) = « juste en face » (selon les auteurs), « en face de », « contre » (selon le Bailly 2020)

Pragma (πράγμα) = la chose faite, l'action réalisé(e), le fait

Chréma (χρήμα) = la chose dont on se sert, la chose utile, ou dont on a besoin

Ergon (έργον) = l'œuvre, l'ouvrage, le travail productif, l'acte de *réalisation/exécution* d'une chose

Mot latin

Responsorium : étymologiquement, provient du mot latin *respons*, qui signifie « réponse ».