



La non-évidence de la souffrance :De la psychose maniacodépressive vers l'aboulie.

Clément De Guibert

► To cite this version:

Clément De Guibert. La non-évidence de la souffrance :De la psychose maniacodépressive vers l'aboulie.. Tétralogiques, Presses universitaires de Rennes, 1994, 9, pp.165-186. <halshs-00343441>

HAL Id: halshs-00343441

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00343441>

Submitted on 1 Dec 2008

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

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

La non-évidence de la souffrance. De la psychose maniaco-dépressive vers l'aboulie.

Clément de Guibert¹

[Résumé : Le syndrome maniaco-dépressif est ici analysé, dans une discussion avec les perspectives psychiatriques et psychanalytiques, comme une « aboulie », un « éclatement » du projet pulsionnel. Le maniaco-dépressif reste capable d'impulsion (d'affect), et il reste capable de se restreindre et de s'autoriser, mais dans tous les cas, qu'il soit dans un « épisode » « maniaque », « dépressif » ou « mixte », tout se passe comme si la volonté restait dispersée et inconstante. Il est donc discuté épistémologiquement l'intérêt de l'hypothèse d'un trouble de la pulsion pour avancer dans la compréhension de l'antagonisme apparent du syndrome maniaco-dépressif. La pulsion pourrait être définie, dans cette perspective, comme un contour (une « Gestalt ») d'impulsions, déterminant normalement la direction d'un intérêt électif. De même que la Gestaltisation perceptive est un intermédiaire nécessaire entre la sensation élémentaire et la structuration langagière, comme en témoigne l'agnosie, la pulsion pourrait être un intermédiaire nécessaire entre l'impulsion élémentaire (ou l'émotion, ou l'affect) et le contrôle éthique.]

I. Deux en un.

1. Dépression et excitation.
2. Inhibition et transgression.
3. La dépressivo-manie ?

II. La troisième voie psychotique.

1. Discordance ou ambivalence ?
2. Perte d'objet ou narcissisme ?
3. Jouissance délocalisée ou débridée ?

III. Vers l'aboulie.

1. L'absence de référence à la volonté.
2. Un trouble de la pulsion.
3. Une société sans valeur.

Piano et lento:

Je ne sais rien, je sais pas... Je me trompe tout le temps... Dans ma tête, ça monte ça descend, ça monte ça descend, c'est jamais au milieu... Vous voyez, là, je monte et je descend du lit, je mets et j'enlève mes chaussons au lieu de m'asseoir. C'est pour tout comme ça.... J'ai envie de rien. Ici je sais pas si je suis en enfer ou en prison... et comme je suis à l'asile ! Je vais finir ici, avec les grabataires, comme ça.... C'est plus fort que moi, quand j'entend rire, je pense qu'on se moque de moi... Je vole, je vais finir en prison..., je suis hypocrite... je retrouve plus mon visage...

Quoi de commun entre cette patiente et cette autre :

Fortissimo et allegretto :

Ah ça a bardé, j'veus l'dit ! J'ai fait fort et compliqué, j'ai fait quatre lessives !! Mais mon fer à repasser est nul, j'l'ai j'té par la fenêtre ! On a sonné chez moi, j'ai pas été voir.... De toute façon, on s'égare en voulant me faire faire du canevas ! Et vous, ça va ?! J'ai envie de boxer, y en a marre de ces bonnes femmes. Vous au moins vous êtes un homme, enfin je pense ! Combien d'années d'études, déjà...?! Tout ça pour ça ! L'autre infirmière, je lui ai dit que c'était une cocue cocasse, hé, de toute façon, elle sait faire que des enfants ! Mais j'ai d'autres préoccupations que le sexe, d'ailleurs Dieu dit

¹ Sciences du Langage, Université Rennes 2, Pl. H. Le Moal, 35 043, Rennes Cedex. Email : <clement.deguibert@univ-rennes2.fr>.

croissez et multipliez-vous, alors il faut bien faire l'amour !! Tiens j'avais le vendre mon appartement, 50 millions, ça vous intéresse !?...

Il doit y avoir plus de similarité qu'il n'y paraît, car il s'agit en fait de la même patiente à quelques jours d'intervalle. Ce type de trouble, depuis longtemps connu en psychiatrie, — même si, hormis ses formes les plus typiques, on tend à l'oublier en l'incluant dans la tentaculaire schizophrénie de Bleuler —, a toujours eu un statut particulier au regard de l'alternative nosographique classique de la névrose et de la psychose.

À s'en tenir d'ailleurs à son nom, la psychose maniaco-dépressive contient les deux problèmes abordés ici.

D'une part le paradoxe d'un trouble présumé *homogène* s'exprimant dans une construction clinique *antinomique*, c'est-à-dire par l'alternance de la manie et de la mélancolie, qu'elles soient définies psychiatriquement par les concepts psycho-physiologiques d'excitation et de dépression, ou psychanalytiquement par le couple opposé de l'inhibition et du débridement pulsionnel.

D'autre part la solution de ce dilemme qui, à chercher une identité du trouble et à y reconnaître un trouble profond et grave, ne peut qu'en faire une psychose, c'est-à-dire une altération de la personnalité, associée à une mystérieuse loi biologique de périodicité.

Il s'agit donc ici de la partie épistémologique d'un travail clinique effectué avec des patients dont nous faisons l'hypothèse qu'ils sont abouliques et dont certains seraient appelés en psychiatrie maniaco-dépressifs. Faire de l'épistémologie n'est pas, dans le cadre de l'anthropologie clinique développée ici, faire l'histoire des idées sur le sujet ; c'est se réapproprier l'apport qui réside dans les contradictions des conceptions antérieures ou contemporaines, en toute méconnaissance de frontières disciplinaires qui n'ont aucune raison d'existence a priori dans la spécificité d'un objet qui leur serait extérieur.

Si la partie clinique est remise à plus tard, signalons tout de même que la clinique développée dans ce cadre est une clinique résolument nosographique : c'est une recherche de syndrome, c'est-à-dire de cohérence symptomatique spécifique, et non une anamnèse historique ou somatique visant un pronostic, une étiologie, et une thérapeutique. Non que ces dernières soient rejetées, mais, pour le dire ainsi, la réparation et l'origine ne saurait en science humaine précéder l'explication. Elle obéit aussi à un double refus, à la fois de la prolifération descriptive et naturaliste qui lit dans la clinique comme dans un livre ouvert, et de l'absolu historique d'un Sujet transcendant et a priori qui ferme boutique d'emblée et qui autorise à peine une herméneutique ; elle y substitue une méthode inséparablement théorique et clinique qui n'affirme théoriquement que ce qui est cliniquement attesté, et qui ne cherche à élaborer cliniquement que ce qui est méthodologiquement suggéré.

Autant dire aussi qu'elle refuse d'attribuer au phénomène clinique un déterminisme extérieur, naturel ou historique, qui lui préexisterait et dont il ne puisse par lui-même attester la validité.

I. Deux en un.

Je voudrais aborder le problème de l'antinomie du trouble maniaco-dépressif, d'une part dans les observations psychiatriques qui héritent de la psycho-physiologie des tendances, d'autre part dans l'approche freudienne qui, en conservant l'opposition du trouble, utilise la théorie de l'inhibition névrotique jusqu'à privilégier la mélancolie.

1. Dépression et excitation.

Kraepelin, avec ses exigences nosographiques, tente en 1899 d'instituer un même cadre nosologique, la psychose maniaque-dépressive, pour des états, la manie et la mélancolie, qui deviennent parties de la même maladie. L'alternance de ces états, déjà observée avant lui, n'y est plus décrite comme la transformation ou la complication d'une maladie en une autre, mais la forme paradoxale et spécifique de l'évolution endogène d'une même affection. Cette identité ne se réduit déjà pas à l'*alternance* périodique de manie et de mélancolie puisqu'elle prend appui sur une description nouvelle, les *états mixtes*, où les deux symptômes coexisteraient dans la même phase évolutive.

Cependant, si la tentative de Kraepelin de fonder l'unité de la maniaque-dépression est acceptable au regard de l'occurrence manifeste pour un même patient de phases maniaques et mélancoliques, il l'assie d'abord dans l'évolution spécifique de la maladie (sans démence terminale), le concept même d'état *mixte*, état de *transition* et d'*intrication*, laissant subsister l'opposition entre manie et mélancolie du point de vue de la cohérence symptomatique et de la description clinique. Cette opposition, de fait, garde son ancienne acceptation de suspension de l'intelligence ou d'affaiblissement (Falret) d'un côté, et de surexcitation nerveuse (Pinel) ou de suractivité des facultés (Falret) de l'autre².

Cette ambiguïté, - définir un trouble par des états opposés -, au fur et à mesure que les états mixtes étaient oubliés, est restée jusque chez H.Ey puisqu'il résout le problème en décrivant finalement *trois* psychoses aiguës : d'abord la manie, qui est *un état de surexcitation des fonctions psychiques caractérisées par l'exaltation de l'humeur et un déchaînement des pulsions instinctivo-affectives*. A l'exact opposé, la mélancolie est *un état de dépression intense vécu avec un sentiment de grave douleur morale et caractérisée par le ralentissement et l'inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices*. Troisièmement, la psychose maniaque-dépressive est simplement *la tendance cyclothymique à produire des accès de manie et de mélancolie*³.

Dans ses *Études psychiatriques*⁴, H.Ey, vue l'option gardée de séparer manie et mélancolie, et malgré sa volonté de leur trouver une structure *théorique* commune, ne peut qu'insister sur les divergences *symptomatiques*.

En conformité avec la définition ci-dessus, on peut certes ainsi opposer au langage maniaque caractérisé par la fuite des idées (logorrhée, jeux de mots, digressions...), l'inhibition psychique mélancolique (monoidéisme, concentration douloureuse, incapacité d'évocation etc...) ; à l'impulsivité motrice (profusion de mouvements contradictoires) l'asthénie et l'inertie ; à l'optimisme ludique (jeu de scènes, ironie et familiarité, voire mégalomanie...), le fatalisme (idées de ruines, de négation etc...). Enfin, au déchaînement pulsionnel (impétuosité de l'élan, relâchement des contraintes, obscénité, glotonnerie etc...) est apparemment antinomique l'inhibition et la douleur morale (stupeur, idées noires, culpabilité, impuissance etc...).

Cependant, cette description dichotomique idéale ne vaut que pour une clinique restreinte. H.Ey lui-même, outre quelques dizaines de cas atypiques, dédouble la manie et la mélancolie dites typiques : il y adjoint la description de la manie furieuse, où l'euphorie n'est pas de mise, et de la mélancolie anxieuse, agitée et impulsive, qui serait un état mixte assez fréquent. Ces deux descriptions annexes remettent en cause à elles seules les définitions précitées si l'on veut s'en tenir à des distinctions exclusives et méthodiques.

Rappelons d'ailleurs que Kraepelin (en 1904), confronté à cette diversité clinique, avait différencié pas moins de six états mixtes selon trois plans (l'activité motrice, l'humeur affective et l'idéation) qui pouvaient cliniquement interférer (agitation triste sans logorrhée, l'arrêt psychomoteur gai avec fuite des idées etc...). Ce qui lui permettait ces interférences, et ce qui résout apparemment du même coup le mystère de la coexistence de symptômes opposés, est donc la pluralité des couples d'opposition.

Mais cette pluralité de critères nosographiques laisse intact le problème de l'homogénéité clinique de la maniaque-dépression. L'état mixte reste une conciliation des contraires et la distinction clinique générale de la manie et de la mélancolie se fait encore contrastivement, en l'occurrence par le couple antagoniste de l'excitation et de la dépression nerveuses, concepts finalement d'inspiration physiologique concernant la vitesse supposée de l'influx nerveux, concepts qui continuent à organiser l'observation clinique. Autrement dit, parler d'états *mixtes*, loin de préserver l'identité du trouble maniaque-dépressif, maintient l'opposition de la manie et de la mélancolie et interdit d'élaborer des faits

². cité in H.Ey, *Études psychiatriques*, T3, Etude N°25, Les psychoses périodiques maniaque-dépressives, Paris, Desclée de Brouwer, 1954, p 431.

³. *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, éd.1989, p155, 171, et 204.

⁴. op. cit. , Etudes N°21 et 22, Manie. Mélancolie.

cliniques qui attesteraient l'homogénéité du trouble, dès lors d'emblée hypothéquée.

Si ces descriptions cliniques laissent donc à part le problème de l'identité du trouble maniaco-dépressif, celle-ci est considérée comme acquise et attestée par l'occurrence *périodique* et *alternée* des deux troubles opposés, la tendance cyclothymique. C'est là encore à l'unité du trouble maniaco-dépressif qu'il faut renoncer puisqu'il faut faire un chapitre de cas atypiques pour les manies et les mélancolies *chroniques* (sans périodicité et sans caractère aigu) ou encore les maniaco-dépansions *unipolaires* (manie sans mélancolie et inversement). De plus, l'idée de pathologie intermittente, d'ailleurs non spécifique à la maniaco-dépression, s'oppose aux observations qui montrent que la période intercritique n'est pas un intervalle si lucide (impulsions, susceptibilité et culpabilité persistent) et que le patient dont les crises sont traitées au lithium manifeste un certain conformisme nostalgique et déprimé virant éventuellement à l'hypomanie. Enfin, l'idée d'une émergence endogène des crises, due à la seule maladie et à son évolution, est souvent battue en brèche par l'observation d'événements personnels déclenchants dans le registre de la satisfaction et de la moralité (impliquant une décision à prendre, une accusation ou une perte par exemple).

L'identité fuyante du trouble maniaco-dépressif ne peut donc se fonder ni sur la cohérence des symptômes (décrits comme opposés), ni sur l'intermittence et l'alternance (potentiellement absentes et infertiles quant à la cohérence du trouble). Plutôt que d'être une réalité clinique, on peut envisager que les états mixtes ou unipolaires soient donc d'abord le fruit d'une opposition préalable entre manie et mélancolie, opposition qui elle-même, sous ses apparences d'évidence clinique est le produit d'une construction clinique antérieure entérinée par Kraepelin. Cette opposition entre manie et mélancolie, quitte à réparer ensuite les résistances cliniques, se fait finalement au prix à la fois de la validité de la description clinique de l'opposition, et de l'identité théoriquement exigée.

Si on veut en effet maintenir que la maniaco-dépression est une entité clinique à part entière, il faut alors tenter de *construire des faits cliniques homogènes* qui montrent l'identité spécifique du syndrome quelles que soient les variations symptomatiques, variations qui incluent d'autres déterminismes que celui du trouble lui-même. Autrement dit, si le trouble maniaco-dépressif est une pathologie à part entière, unique, on peut en effet exiger que ses manifestations cliniques soient homogènes, or on garde la construction séparée d'une clinique exclusivement contrastive, tandis que l'identité du trouble est attribuée à des déterminismes qui lui sont extérieurs : soit il est fait allusion à une loi biologique de périodicité avec une étiologie supposée commune, soit on assiste à une interprétation philosophique et a posteriori de la clinique, telle par exemple la déstructuration temporelle-éthique de H.Ey reprise à Binswanger. On a donc paradoxalement une *identité* interprétative ou biologique qui ne s'exprimerait que dans des *différences* cliniques.

Or notre hypothèse est qu'on ne peut chercher la définition du trouble et de la capacité atteinte ailleurs que dans la cohérence du phénomène pathologique lui-même, ce qui suppose qu'il soit méthodologiquement élaboré ; la périodicité biologique ou l'interprétation philosophique ignorent la cohérence spécifique du fonctionnement pathologique.

b. Inhibition et transgression.

Si H.EY tente de *concilier* la description psychiatrique classique en termes de dépression et d'excitation et les interprétations respectives de Binswanger ou de Freud en termes de déstructuration temporelle ou d'inhibition et de déchaînement pulsionnel, Freud avait par contre tenté, dans l'ordre propre des phénomènes psychiques qu'il voulait fonder, de construire une autre clinique et une autre théorisation qui trouvaient en elles-mêmes leur principe d'explication. L'investigation clinique de la maniaco-dépression par la psychanalyse considère réciproquement mélancolie et manie comme prégnance et suppression du refoulement, ou inhibition et libération pulsionnelle. Mais cette clinique reste une clinique antagoniste et ambiguë qui échoue à élaborer une clinique homogène et spécifique du maniaco-dépressif, sinon théoriquement par le biais de la régression et de l'identification à l'objet.

Voyons d'abord comment Freud et Abraham soulignent les similitudes de la manie avec les phénomènes de levée du refoulement, et de la mélancolie avec la névrose obsessionnelle, avant de

considérer ensuite comment ils les en distinguent nécessairement.

Pour le névrosé et pour le mélancolique, Freud et Abraham décèlent une même problématique apparente, la sévérité du surmoi (ou idéal du moi, synonymes ici en tant que modèle et censeur) qui se définit par la prégnance de la conscience morale, de l'instance critique et interdicienne. Abraham remarque d'emblée pour la cure des psychoses dépressives ainsi que pour des patients dans l'intervalle intercritique la *ressemblance avec la structure de la névrose obsessionnelle*. Parmi les éléments cliniques communs, il cite notamment *l'inaptitude à parvenir à une position libidinale, l'incertitude généralisée, le doute obsédant*. Il signale aussi que le basculement de l'équilibre dans la crise est provoqué par *une décision à prendre concernant l'utilisation ultérieure de la libido*. De façon manifeste, la mélancolie exprime ainsi une *inhibition psychique généralisée*, l'incapacité à *fixer sa libido de manière durable et positive*⁵.

Pour la manie, Freud la rapproche, analogiquement à la comparaison entre deuil et mélancolie, de *l'état de joie, de jubilation, et de triomphe succédant à un événement dont l'action rend superflue une grande dépense psychique qui avait été longtemps entretenue ou engagée (...)*. De plus, il signale l'analogie avec l'ivresse alcoolique où il s'agit d'une *suppression des dépenses de refoulement*⁶. Freud précise moi et idéal du moi peuvent coïncider, que leur tension peut ne pas être *durablement supportée* et être *contrainte de s'effacer temporairement*, de même que les saturnales des romains montraient une *infraction périodique aux interdits*. Avec le retrait de l'idéal du moi disparaît *la somme de toutes les limitations auxquelles le moi doit se soumettre* dans un sentiment de fête et de triomphe⁷. Considérant ensuite les oscillations de l'humeur, il fait donc l'hypothèse que *leur idéal du moi se dissout temporairement dans le moi après avoir exercé préalablement un pouvoir particulièrement rigoureux (...)*. Chez le maniaque, *moi et idéal du moi ont conflué, si bien que la personne, dont aucune autocritique ne trouble l'humeur faite de triomphe et de ravissement de soi-même, peut se réjouir de la disparition des inhibitions (...)*⁸.

En termes de refoulement et de pulsions plutôt qu'en termes de moi et d'idéal du moi, Abraham écrit quant à lui que *le refoulement ne parvient plus à endiguer le flot des pulsions refoulées*. Plus loin, il ajoute que *la gaieté maniaque tire son origine des mêmes sources que le plaisir du mot d'esprit (...)*. *L'économie d'inhibition devient source intarissable de plaisir, alors que le mot d'esprit n'apporte qu'une levée transitoire des inhibitions*. La fuite des idées est ainsi définie par les possibilités de plaisir qu'elle donne au maniaque, dans *l'absence de contrainte logique, l'intérêt pour le son des mots au détriment de leur sens [qui] représentent une économie de travail psychique (...)* Enfin, *la fuite des idées permet d'effleurer en plaisantant des jouissances habituellement réprimées*⁹.

Dans sa deuxième contribution, concernant plus spécifiquement le stade oral, il cite un cas de fringale boulimique, ajoutant que *le comportement de tels patients - avides de nourriture et tourmentés s'ils ne sont satisfaits - rappelle de façon surprenante celui des morphinomanes et de certains buveurs*¹⁰. Il poursuit en remarquant que si un grand nombre de névrosés, du fait de l'inhibition, renoncent par des satisfactions dites substitutives ou auto-érotiques à la satisfaction accomplie, c'est-à-dire génitale, d'autres névrosés, cependant *sont intolérants à l'extrême à toute réduction du plaisir habituel (...)*. *Ils ressemblent beaucoup aux enfants gâtés. Leur libido exige sans arrêt les satisfactions habituelles. Ainsi deviennent-ils totalement dépendants et réagissent avec le plus vif déplaisir lorsqu'ils doivent renoncer. Ce déplaisir vire au malaise, à la mauvaise humeur*¹¹. Et il décrit ensuite le cas d'une cyclothyme. Concernant la manie en elle-même, il rappelle la convoitise orale accrue, la boulimie, la

5. Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins, in *Oeuvres complètes*, T1, Paris, Payot, 1965 (1912), p213 à 220.

2. Deuil et mélancolie (1915), in *Métapsychologie*, Paris, Folio, 1968, p164.

7. Psychologie des foules et analyse du moi (1921), in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p201

8. idem p202.

9. Préliminaires à l'investigation..., op. cit. p213 à 220.

2. Examen de l'étape pré-génitale du développement de la libido, in *Oeuvres complètes*, op. cit., T2, p23.

11. idem p28.

convoitise érotique, où *la libido se tourne vers le monde des objets*¹², de la même façon que Freud décrivait le maniaque *partant comme un affamé à la recherche de nouveaux investissements d'objets*¹³.

Si j'insiste sur la manie, ce n'est pas seulement parce qu'elle est la parente pauvre de la psychanalyse depuis l'essai de Freud sur la mélancolie - pourquoi ce privilège ? -, mais aussi parce que cet oubli n'est pas sans rappeler l'oubli psychanalytique de ce que la méthode utilisée dans cet article considère comme une entité clinique à part entière, les comportements de dépendance et d'incapacité à la renonciation, que nous appelons, sans aucune référence à la loi et à la déviance sociale, psychopathie, et que Abraham compare justement à la manie. Il faut relever en effet que le privilège donné par Freud à la mélancolie sur la manie ne s'éteindra pas ultérieurement. Si la raison en est la primauté historique du modèle de la névrose qui est le seul dont il dispose et qui contrecarrera aussi son approche des psychoses, il n'y a aucune raison pour que cette primauté historique doive aussi être explicative.

3. La dépressivo-manie ?

Après avoir rapporté comment Freud et Abraham analysent les similitudes entre les états maniaco-dépressifs et des manifestations psychiques d'inhibition et de débordement pulsionnel, il faut considérer comment le modèle dont ils disposent leur permet de les en distinguer cliniquement.

Dans Deuil et mélancolie, Freud retient comme critère pouvant suggérer une spécificité du mélancolique, la *régression de la libido dans le moi*, qu'il déduit de deux observations : *l'abandon de l'investissement d'objet* (le désintérêt du patient pour toute satisfaction) et la *diminution extraordinaire de son sentiment d'estime de soi, l'immense appauvrissement du moi*¹⁴, culminant dans le délire de petitesse, la crainte délirante du châtement.

Or cette régression de la libido dans le moi a un statut clinique ambigu puisqu'elle est déduite de deux observations présentes chez le névrosé. L'abandon de l'investissement d'objet et la crainte délirante du châtement paraissent difficilement différenciables d'une inhibition et d'une auto-accusation névrotiques ; on reste cliniquement du point de vue du principe — la prégnance du refoulement — dans la *même logique*, en deçà d'appréciations quantitatives vagues concernant un degré de désinvestissement des objets de satisfaction et de culpabilité consciente.

Chez Abraham se trouve le constat que la névrose obsessionnelle contrairement à la mélancolie *crée des buts substitutifs [dont la] poursuite est liée aux manifestations obsessionnelles*¹⁵. Dès lors, la distinction théorique s'oriente autour de cette même idée force que *si le mélancolique perd sa relation psychosexuelle à l'objet (...), l'obsédé réussit en fin de compte à esquiver ce danger. [Ce qui n'explique cependant pas] pourquoi les uns entretiennent des relations objectales beaucoup plus labiles que les autres*¹⁶.

A propos de la manie et des phénomènes de libération, Abraham signale simplement que, contrairement au mot d'esprit, la levée du refoulement n'est pas transitoire, et que par rapport au sujet normal, qui va *conséquentement vers le but de l'opération intellectuelle*, dans la fuite des idées le maniaque *perd la représentation de ce but*¹⁷. Notons que la notion de renoncement ou de désinvestissement libidinal, ou de perte d'objet, échoue, comme la notion d'idéal du moi, à distinguer les pathologies : le désinvestissement libidinal est aussi présent en névrose, et surtout, il reste contradictoire avec la quête avide du maniaque de nouveaux objets de satisfaction. Si l'on entend par perte d'objet l'insatisfaction toujours présente dans toute réalisation de désir, du fait du refoulement qui contraint la pulsion à contourner l'interdit, cette insatisfaction est en effet autant cultivée dans la

12. Esquisse d'une histoire du développement de la libido fondée sur la psychanalyse des troubles mentaux (1924), in *Oeuvres complètes*, op. cit., T2, p204.

13. Deuil et mélancolie, op. cit., p170.

14. Deuil et mélancolie, op. cit., p150 et 170.

15. Préliminaires à l'investigation..., op. cit., p217

16. Esquisse d'une histoire..., op. cit. p174 et 175.

17. Préliminaires à l'investigation..., op. cit., p222.

mélancolie que dans la névrose. Et il reste dans cette optique, comme dans celle du surmoi, le mystère du renversement maniaque qui se tourne soudain avec avidité vers le monde des objets.

Le problème est que, comme le mélancolique, le névrosé est inhibé ; et comme le maniaque, le morphinomane ou l'acteur du carnaval cède à ses pulsions. A priori, le modèle, opposant le pulsionnel au refoulement, ou le ça au surmoi, ne permet pas de dépasser cet antagonisme pour fonder l'identité du trouble maniaco-dépressif. Freud en effet dispose d'un seul principe explicatif, le refoulement, pour une pathologie qui en exprime paradoxalement à la fois la prégnance et la suppression. Cela explique le privilège explicatif de la mélancolie et la solution apparente et entérinée de certains continuateurs considérant rapidement après Freud que la manie est une défense contre la dépression et la tyrannie du surmoi.¹⁸

Cependant, Freud et Abraham ne résolvent pas le mystère du passage d'un état à l'autre. S'il est exigé d'étendre à la manie l'explication de la mélancolie, si elle n'a pas d'autre contenu, si le maniaque surmonte ce qui l'avait écrasé, s'il est encore libéré de ce qui l'avait fait souffrir, il n'en reste pas moins que l'identité clinique de l'une et l'autre est bancale, au profit de la mélancolie. Ainsi, dans les mélancolies spontanées, on peut supposer que l'idéal du moi incline au déploiement d'une rigueur particulière qui, par la suite, a automatiquement comme conséquence sa suppression temporaire¹⁹. On peut alors se demander pourquoi la rigueur du surmoi névrotique n'incline pas aussi automatiquement à la débandade maniaque ; de même que le retour de la manie à la mélancolie reste un mystère : comment renoncer à ce qui est décrit d'abord comme un plaisir et une libération ?

Il y a donc dans l'échafaudage freudien un décalage flagrant entre la construction clinique qui réitère la similitude entre maniaco-dépression et états névrotiques ou dépendants, et l'ampleur d'une distinction théorique parallèle puisque, en résumant, par la voie de la régression au stade oral, comme chez H.Ey pour la déstructuration temporelle éthique, on passe de la névrose à la psychose, ni plus ni moins.

II. La troisième voie psychotique.

Psychiatrie et psychanalyse, de ce point de vue, confrontées au même paradoxe d'un trouble antinomique, optent pour la même solution, la psychose.

1. Discordance ou ambivalence ?

Pour attester le qualificatif de psychose et pour en différencier la névrose, H.Ey fait allusion au vague caractère délirant de la *distorsion maniaque de la réalité vécue et pensée* incarnée dans la fabulation imaginative²⁰, de même que dans la mélancolie il voit une *subversion délirante de la personne*²¹. Or cette option vaut pour toute obsession ou culpabilité névrotique qui pourrait aussi être qualifiée de délirante puisqu'elle est une conviction inébranlable et erronée, sans *relation compréhensible suffisante dans les circonstances de la vie du sujet*.

H.Ey rétrograde ainsi dans les niveaux de déstructuration de la conscience jusqu'aux bases de la personnalité, faisant de la maniaco-dépression une sorte de cas-limite intermédiaire entre névrose et psychose, un trouble du temps vécu, le mélancolique restant fixé sur le passé tandis que le maniaque fuit dans un avenir sans présent.

D'autres psychiatres insistent au contraire sur les distinctions à faire par rapport aux psychoses. J.Rouart²² par exemple oppose la discordance et l'impénétrabilité autistique du schizophrène à la syntonie et l'accessibilité relationnelle du maniaco-dépressif. On peut ainsi retirer de son travail des

18. Le moi et le ça, in *Essais de psychanalyse*, op. cit., p268.

19. Deuil et mélancolie, op. cit., p163 à 169.

20. *Études psychiatriques*, op. cit., étude n° 21, p62.

21. *Manuel de psychiatrie*, op. cit., p169.

22. *Psychose maniaque-dépressive et folies discordantes*, Cahors, Impr. A. Coueslant, 1935.

distinctions entre la catatonie et la stupeur, le négativisme et la réticence, la discordance et l'ambivalence qui sous des apparences symptomatiques semblables relèvent d'une toute autre problématique pathologique.

2. Perte d'objet ou narcissisme ?

A l'incapacité d'élaborer une clinique homogène du maniaque-dépressif répond l'exigence théorique de Freud de postuler une régression à une relation d'objet narcissique, oral-cannibalique, exigence suggérée par le modèle du développement de la libido. Pour résumer l'hypothèse de l'identification à l'objet, Freud reconstruit donc le processus suivant : *le résultat ne fut pas celui qui aurait été normal, à savoir un retrait de la libido de cet objet et son déplacement sur un nouvel objet, mais un résultat différent (...). L'investissement d'objet s'avéra peu résistant, il fut supprimé, mais la libido libre ne fut pas déplacée sur un autre objet, elle fut retirée dans le moi. Mais là (...), elle servit à établir une identification du moi avec l'objet abandonné.*

De fait, le constat même d'une identification narcissique à l'objet n'est pas propre au mélancolique comme le dit Freud lui-même : *dans les névroses de transfert non plus, les identifications avec l'objet ne sont pas rares du tout ; elles sont au contraire un mécanisme bien connu dans la formation de symptôme, particulièrement dans l'hystérie*, rajoutant que dans les premières l'investissement d'objet persiste.

Cette hypothèse amène ensuite Freud à se contredire en faisant à la fois l'hypothèse d'une *forte fixation à l'objet d'amour* (pour expliquer l'identification à l'objet) et d'une *faible résistance de l'investissement d'objet*, la solution se trouvant dès lors dans l'idée que *le choix d'objet s'est produit sur une base narcissique, de sorte que l'investissement d'objet (...) puisse régresser jusqu'au narcissisme*. Freud d'ailleurs avance lui-même que *la conclusion qu'exige la théorie, et selon laquelle la prédisposition réside dans la prédominance du type narcissique de choix d'objet, n'est malheureusement pas encore confirmée par nos investigations*²³. Suivant le modèle du développement de la libido, la solution théorique pour différencier l'inhibition névrotique de l'inhibition mélancolique - avec toujours, rappelons-le, le mystère de la manie -, est donc en effet de rétrograder dans l'évolution par la régression à un stade d'indifférenciation narcissique entre le moi et l'objet, dit oral-cannibalique, donc vers la psychose, trouble plus originaire.

Dès lors, si on en tire les conclusions cliniques, on devrait trouver des affinités cliniques entre maniaque-dépression et psychose, or comme on l'a vu, c'est toujours avec les névroses qu'elles sont massives.

3. Jouissance débridée ou délocalisée ?

L'interprétation lacanienne manifeste de la même façon l'impossibilité de penser la satisfaction morale en dehors d'une quelconque référence à la personnalité et à la loi collective, donc de séparer la transgression maniaque ou le suicide mélancolique, d'une quelconque asocialité. La psychose y est caractérisée par la forclusion du Nom du Père, forclusion d'une fonction qui instaure la loi du désir et localise la jouissance du sujet, extrayant ce fameux objet a, objet définitivement perdu qui est la cause du désir. La forclusion se manifeste ainsi en particulier par la délocalisation de la jouissance²⁴, où le sujet est l'objet de la jouissance de l'Autre pour le mélancolique par exemple.

La traduction lacanienne, qui conserve paradoxalement les descriptions psychiatriques classiques, situe résolument manie et mélancolie du côté de la psychose, celles-ci exprimant la non-fonction de l'objet a qui leste normalement le désir du sujet²⁵. Mais cette extension clinique de la forclusion pose des problèmes identiques à ceux de l'approche psychiatrique concernant la spécificité de la maniaque-dépression par rapport aux psychoses schizo-phréniques et paranoïaques. Ainsi *la forclusion n'explique*

²³. Deuil et mélancolie, op. cit., p156 et 157.

²⁴. Voir en particulier J.C Maleval, *Folies hystériques et psychoses dissociatives*, Paris, Bibl. Scient. Payot, 1991.

²⁵. Lacan, Séminaire inédit sur l'angoisse (1962-1963) du 3.07.63.

*pas la particularité de la réponse [maniaco-dépressive] comme faute morale*²⁶, de même que la dépression mélancolique se différencie par l'auto-accusation contrairement aux dépressions psychotiques : *l'attribution subjective à un autre, responsable de tout ce qui arrive* qui caractérise la plainte paranoïaque distingue le délire de surveillance que présente le maniaco-dépressif du délire de persécution, où le sujet n'endosse aucune responsabilité de son état et où l'allégation éventuelle d'une faute personnelle viendrait répondre à l'énigme de la persécution ; au contraire, si on suit et si on observe le maniaco-dépressif, *c'est pour le surveiller pour voir s'il ne commet pas de fautes*²⁷.

De la même façon, pour la jouissance débridée du maniaque, on peut y appliquer ce que J.C Maleval, distinguant l'angoisse de castration névrotique et l'angoisse de néantisation ressentie par les psychotiques, avance au sujet de la folie hystérique : *la référence à la permissivité excessive implique beaucoup plus la notion d'une transgression angoissante d'un interdit que celle d'une quête désespérée d'un fondement qui viendrait à manquer*²⁸.

La contradiction que soulève la maniaco-dépression pour la référence psychanalytique trouve sa source dans la corrélation posée entre d'un côté l'objet a, cause du désir, et de l'autre côté le Nom du Père ou le discours de l'Autre, qui situent le sujet et localisent sa jouissance. Unir ces deux principes dans le même procès symbolique aboutit certes logiquement à considérer la maniaco-dépression à un point antérieur à la constitution du sujet et au registre du narcissisme, confondant ainsi nécessairement par exemple la jouissance débridée du maniaque et la jouissance délocalisée, autistique ou fusionnelle, du psychotique ; la transgression frénétique du maniaque et l'effraction agressive du paranoïaque ; la restriction stuporeuse du mélancolique et l'autarcie ou l'origination absolue schizophréniques ; bref le fondement du désir et le fondement du sujet.

Cette collusion de ce que J.Gagnepain dissocie, soit l'ordre de la loi où s'origine arbitrairement la Personne et ses frontières, et l'ordre de la morale où la pulsion s'abstient par la règle, révèle l'ambiguïté d'une expression telle que la jouissance de la transgression que Lacan formule à propos de la perversion²⁹ et qu'on peut tout autant apposer à la manie voire à la psychopathie.

On voit là l'intérêt de dissocier le récit délirant du psychotique où s'expriment une propriété et une origination pathologique, de la fabulation³⁰ où la satisfaction morale se prend diversement les pieds dans l'interdit.

III. Vers l'aboulie.

D'une part donc, le trouble maniaco-dépressif ne doit pas pouvoir se définir par une opposition sclérosante entre manie et mélancolie qui interdit d'en construire l'homogénéité clinique au delà des variations symptomatiques et qui est contredite par les cas atypiques incompatibles avec la définition même du trouble. D'autre part, la solution de ce dilemme qui, parallèlement à une disparité clinique conservée, cherche la résolution théorique de l'antinomie dans la voie psychotique et régressive, outre qu'elle entre en contradiction avec les descriptions cliniques apparentées massivement à la névrose et aux conduites dépendantes, rencontre de nouvelles incompatibilités par rapport à la symptomatologie psychotique.

Autrement dit, l'instabilité entre des conduites de restriction et d'auto-castration et des conduites de transgression et d'incapacité à la frustration suggère effectivement qu'un fondement au désir manque, au delà de la simple alternative entre le pulsionnel et le refoulement. Mais l'incompatibilité clinique avec les troubles relationnels et subjectifs de la schizophrénie et de la paranoïa, voire de l'autisme,

²⁶. F. et J.J. Gorog, Questions sur la structure de la psychose maniaco-dépressive, in *Structure et phénomènes dans le champ des psychoses*, GRAPP, Colloque de juin 1988, p134.

²⁷. A.Vaisserman, Du phénomène à la structure, in *Structure et phénomènes...*, op. cit., p153 à 159.

²⁸. Folies hystériques et psychoses dissociatives, op. cit., p20 et 21.

²⁹. *L'éthique de la psychanalyse*, Le Séminaire, Paris, Seuil, 1986, p225.

³⁰. J.Gagnepain, Clinique du délire et clinique de la fabulation, in *Pour une linguistique clinique*, Rennes, PUR, 1994.

suggère aussi que ce fondement manquant n'est pas du même ordre.

Au delà de la similitude de la manie et de la mélancolie avec les comportements dépendants et la névrose, il faudrait en effet élaborer cliniquement ce qui *distingue* l'ensemble manie-mélancolie de ces deux affections, pour montrer dans le même temps ce qui homogénéise et spécifie cliniquement cette *entité* maniaco-dépressive par rapport aux troubles psychotiques.

1. L'absence de référence à la volonté.

Pour revenir brièvement à Freud, le mélancolique *ne peut saisir consciemment ce qu'il a perdu*, la perte est inconnue, inconsciente, c'est *une énigme*. Cette perte est une perte plus morale, elle ne coïncide pas avec une perte réelle. Pour le maniaque de même, s'il exprime un *triomphe*, comparable à l'émotion suscitée par un événement heureux, *ici encore reste caché pour le moi ce qu'il a surmonté et ce dont il triomphe*³¹.

La notion ambiguë de *perte d'objet* signifie d'un côté pour Freud l'action du refoulement : l'interdit spécifique au désir humain supprime la possibilité d'une satisfaction immédiate, il implique la perte de l'objet de satisfaction ; mais de l'autre côté elle est utilisée pour la maniaco-dépression comme une particularité pathologique, dont on a vu qu'elle s'égarait dans le caractère dès lors narcissique de cet objet. Si on se rappelle que la fuite des idées, alors qu'elle manifeste le plaisir transgressif du mot d'esprit, perd cependant la représentation de son but, de même que l'inhibition mélancolique perd toute satisfaction ou but substitutifs, il y a une autre définition de la perte d'objet, *l'absence pathologique de toute référence à la volonté*, que ce soit dans le sens du triomphe ou du deuil.

Si en effet d'ordinaire, selon l'hypothèse de J.Gagnepain, la volonté humaine se caractérise par une dialectique éthico-morale où la structure éthique s'abstrait du vouloir naturel pour y retendre cependant moralement en le faisant référence, c'est cette référence qui manque dans le trouble maniaco-dépressif. De même que lors de la manie le patient réussit ou transgresse tout et n'importe quoi, c'est-à-dire rien, lors de la mélancolie il échoue partout et nulle part, renonce à tout et à rien ; autrement dit il veut, et pas n'importe comment, en se restreignant et en s'autorisant malgré tout, mais il veut quoi ?

Cette incapacité à fixer la libido de manière positive, selon la formule d'Abraham, vaut en effet autant pour la manie dont la quête affamée est somme toute stérile. A.Jeanneau par exemple, s'il compare l'intempérance maniaque à l'addiction, remarque qu'elle ne parvient pas à *l'installer dans une conduite de toxicomanie durable*, que le maniaque *ne récupère rien du tout*, qu'il ne procède qu'à une *ingurgitation incoercible d'un univers fait d'objets inconsistants* ; contrastivement aux conduites dépendantes, il s'agit d'une *dépendance généralisée de tous les objets*, donc d'aucun³², comme Abraham invoquait une inhibition généralisée pour le mélancolique.

Cette absence commune de référence à la volonté implique de revenir dès lors sur l'opposition entre manie et mélancolie, suivant le modèle dualiste du ça et du surmoi, ou du pulsionnel et de l'interdit, où l'une serait la suppression de ce dont l'autre exprime la prégnance. Or la manie n'est pas un déchaînement pulsionnel sans interdit, ou une dépendance à la satisfaction immédiate, elle est au contraire un passage à la limite de la *transgression*, ce qui suppose l'existence de l'interdit implicite, dont témoignent cliniquement la susceptibilité maniaque, la sensibilité à l'accusation, et l'angoisse récurrente qui ne manque pas de refaire surface ; ce qui la spécifierait par rapport à l'impunité et la détermination psychopathiques. De la même façon, la mélancolie ne serait qu'un passage à la limite de *l'inhibition*, ce qui fait toute la différence avec la névrose de laquelle sont absentes les libérations impulsives.

On ne peut donc plus opposer manie et mélancolie d'après le couple refoulement et satisfaction pulsionnelle. L'alternative qu'elles expriment suppose bien plutôt une absence commune de référence

³¹. Deuil et mélancolie, op. cit., p149 et 164.

³². *La cyclothymie. Étude psychanalytique*, Paris, Payot, 1980, p101 et 139.

de la volonté avec l'incertitude radicale qui en découle concernant tant ce qui échoue que ce qui réussit, incertitude à différencier de l'indécision névrotique et de l'impuissance psychopathique, et d'autant plus de l'égarement psychotique. Le trouble maniaco-dépressif ne manifeste ainsi aucun réinvestissement de la volonté, aucun dépassement du conflit ambivalentiel qui, d'ordinaire implicite, est ici pathologiquement réifié : il exprime une opposition non dialectique, indépassable. Mais le problème n'est pas que le sujet énonce une proposition et son contraire³³, c'est qu'il ne puisse osciller que formellement entre interdit et satisfaction.

Qu'il soit anxieux, avide ou désespéré, le syndrome exprime ce qu'on pourrait appeler une *équivalence* plutôt qu'une ambivalence : tout se vaut ou rien ne vaut, comme en témoignent les contradictions permanentes et l'impossibilité du choix même (qui n'est pas l'indécision entre des choix).

Pour en tirer les conséquences au niveau de la conception du vouloir humain, il ne peut plus donc être question d'opposer simplement du pulsionnel et du refoulement : la maniaco-dépression, - rebaptisée aboulie sans la restreindre aux comportements d'asthénie -, montre justement une opposition, mais pathologiquement réifiée - ce qui suppose un troisième terme -, d'inhibition et de transgression, ou pour employer les termes de la dialectique éthico-morale formulée par J.Gagnepain, une contradiction réifiée entre réglementation et habilitation.

2. Un trouble de la pulsion.

L'instabilité de la volonté du maniaco-dépressif, l'impossibilité de fixer la libido ou d'investir positivement une décision, trouve son corrélat clinique dans certaines observations psychiatriques qui vont aussi dans le sens d'une clinique commune à la manie et à la mélancolie ; il s'agit de tout ce qui concerne les troubles de l'attention volontaire, de la concentration ou l'incapacité à l'effort repris et décrits par exemple par P.Janet³⁴, soit sous la forme d'exagération de l'action, soit sous la forme de l'inaction morose.

Si Janet, plus préoccupé de Psychologie que de nosographie, maintient l'opposition entre les états d'élévation et la péjoration de l'action, on peut soutenir au contraire que manie et mélancolie présentent en effet une même incapacité à l'effort, ou à l'attention soutenue ; la manie exprime une distractibilité qui empêche toute maintenance spontanée de l'attention ou de l'action avec une direction et une énergie maintenues ; la mélancolie, anxieuse ou stuporeuse, révèle aussi l'impossibilité à soutenir une initiative et à maintenir un comportement qui ne soient pas impulsifs. A force de solliciter un mélancolique par exemple, il peut s'éveiller, mais toujours sur le mode, identique au maniaque, de poussées contradictoires et éphémères.

Cette capacité à l'effort, ou à la maintenance du désir, dont nous faisons l'hypothèse qu'elle manque, comme condition naturelle et comme référence ou objet a, à la volonté de l'aboulie, nous considérons que c'est la pulsion elle-même, fonction naturelle distincte dans l'ensemble de l'émotion de ce que J.Gagnepain nomme l'affect et qui serait lui de l'ordre de l'impulsion, de la capacité à la réaction, - cette ancienne sensibilité rendant possible la stimulation et l'évitement de la douleur.

Cela rend compte de certaines observations psychiatriques dans lesquelles, si des psychiatres allèguent justement pour la manie l'aprosodie, cette incapacité à l'attention, d'autres invoquent, face à l'impulsivité de l'aboulie, au contraire l'hyperprosoxie (Binswanger), l'hypervivacité de l'attention, le patient ne pouvant résister aux sollicitations de la situation, à l'émergence de ses souvenirs, aux associations d'idées possibles etc..., ce qui a donc amené à parler de trouble de l'attention volontaire ou dirigée. En effet le maniaco-dépressif, maniaque ou mélancolique, n'est pas apathique et indifférent comme en témoignent ses impulsions ; là s'indique l'importance de la distinction entre pulsion et affect, confondus dans les descriptions psychiatriques sous les termes unitaires de tendances hiérarchisées, d'action ou d'attention.

³³. Laplanche et Pontalis, L'ambivalence, *Vocabulaire de psychanalyse*, Paris, PUF, 1967, p19.

³⁴. *De l'angoisse à l'extase*, T2, Paris, Alcan, 1975 (1926).

Ce troisième terme du vouloir humain, - auquel pathologiquement correspond le troisième homme maniaco-dépressif après le névrosé et le psychopathe -, cette référence ou ce fondement, cet objet perdu ou objet à des analystes, si nous considérons justement que c'est la pulsion elle-même, la satisfaction naturelle, c'est de plus indépendamment de toute considération d'objet ou de but de celle-ci, conformément en quelque sorte à l'idée que le seul but de la pulsion, c'est la satisfaction. On ne saurait soutenir en effet que cette référence soit située ailleurs que dans le registre propre du vouloir, dans une quelconque fonction corporelle ou zone érogène, voire chez l'Autre : la jouissance corporelle du maniaco-dépressif ne fait pas plus problème que sa jouissance langagière, sexuelle ou encore gestuelle ; rien en effet *n'autorise à mettre au compte du processus la hiérarchie des objectifs suscitant nos divers appétits*³⁵ ou la diversité de ses investissements en invoquant des pulsions partielle, scopique, orale... dont l'inventaire n'a finalement aucune raison de s'interrompre (olfactive, esthétique, touristique...), sans jamais expliquer ce qu'est la pulsion elle-même qui, indéterminée selon Freud, n'a de fait pas d'objet ; elle est d'elle-même projet.

L'aboulique n'a en effet aucun trouble proprement somatique et on ne peut suivre H.Ey là non plus quand il parle de déstructuration temporelle-éthique ou de trouble du Dasein, avec prégnance du passé ou de l'avenir, confondant, alors même qu'il n'y a aucune désorientation temporo-spatiale chez le maniaco-dépressif, d'un côté pour ainsi dire la perspective et la permanence que confère l'assise corporelle avec, de l'autre côté, la *prospectivité* que confère la pulsion, c'est-à-dire cette recherche de profit d'un désir naturel qui peut maintenir spontanément une direction et une force de motivation dans un *projet*. Il semble bien que l'aboulique soit en effet incapable d'évaluer, c'est-à-dire de mettre naturellement en rapport un projet avec un autre au regard d'un profit escompté.

Si l'aboulique montre donc bien, comme le suggère l'hypothèse de J.Gagnepain, une pulvérisation du projet en tendances élémentaires, cela explique que son comportement, verbal ou autre, au delà de l'auto-accusation et de la satisfaction, soit une suite non organisée d'impulsions contradictoires, qui apparaissent digressives et ébauchées à l'observateur qui attendrait du maintien.

L'enjeu de l'aboulie est donc analogue à celui de l'agnosique, celui-ci étant une pathologie de l'objet au plan du langage : montrer que le culturel ne s'oppose pas simplement au naturel mais qu'il faut saisir leur rapport. De même qu'il ne suffit pas dans le domaine logique d'opposer les mots et les choses, la grammaire et la référence sensible³⁶, il ne suffit pas d'opposer l'éthique et la satisfaction. La maniaco-dépression positive en effet le dualisme entre l'inhibition et la transgression, mais ce dualisme est pathologique, alors même qu'il n'y a pas pathologie de la négativité structurale, mais trouble naturel. De même qu'il n'y a rien à dire d'un monde de sensation qui évacue l'objet perçu, il n'y a rien à vouloir d'un monde de simples motivations affectives d'où est absente la pulsion. Analogiquement à l'agnosie, et à la différence de plan près, si l'agnosique hallucine littéralement ce qu'une grammaticalité privée de Gestalt perceptive lui suggère, l'aboulique se motive en quelque sorte fantasmatiquement par la règle elle-même. Sans soutien pulsionnel, livré à une liberté formelle où l'éthique, sous l'aspect du pari éventuellement esthétique et toujours gratuit, se prend à son propre jeu, le comportement aboulique est en effet économiquement désastreux, qu'il multiplie à première vue les dépenses ou qu'il paraisse suspendre tout investissement.

3. Une société sans valeur.

Bien sûr, l'hypothèse de l'aboulie, parce qu'elle est justement explication et analyse, n'épuise pas la richesse concrète du tableau clinique, voire elle est construite contre son évidence même. Cependant, on suppose qu'elle est dans l'ensemble des phénomènes présents le seul *fait* pathologique, les faits exclus n'étant imputables qu'à l'expression contrastivement exagérée et compensatoire des analyses ou processus sains.

En attendant de pouvoir présenter une clinique élaborée, il est déjà possible de remarquer que l'aboulique manifeste dans sa sociabilité l'impossibilité de fonder et d'évaluer ses comportements. A ce

³⁵. J.Gagnepain, *Du vouloir dire*, Tome II, Paris, Livre et communication, p178

³⁶. M.C Le Bot, Il y a toujours quelque chose à dire, in *Tétralogiques 6*, Rennes, PUR, 1989 - 1990.

titre, il relève de ce que Lacan par exemple avance du névrosé : *C'est dans la recherche, l'institution de la loi elle-même qu'il a besoin de passer pour donner son statut à son désir, pour soutenir son désir. (...) Il ne peut désirer que selon la loi*³⁷. Face au flottement comportemental, selon les termes de J.Gagnepain, où la volonté et le monde sont inséparablement impossibles à maintenir dans un projet et à évaluer, privé de tout repère concernant la valeur de ses choix, l'aboulique ne dispose que de l'appréciation de la sanction ou de l'approbation, dont il continue socialement à participer. Au défaut d'évaluation se substitue ainsi *l'acceptabilité* de l'usage. Dans ce sens, l'aboulique, entre autres, montre ainsi en passant que fonder le droit, l'interdit, sur la loi, la société ou l'éducation, par assise corporelle, introjection du surmoi, code pénal, volonté collective ou discours de l'Autre, est possible, mais pathologique.

L'usage et l'acceptable viendraient donner un contenu à la réglementation et à l'habilitation seulement formelles de sa volonté, contenu substitutif à l'absence de projet. Autrement dit, l'usage légal institue un point d'appui artificiel de lignes de conduite sur l'acceptation ou la contestation duquel l'aboulique peut jouer, *à partir* duquel il peut enfreindre ou hésiter. On comprend ainsi que pour l'aboulique, loin de présenter un trouble du temps vécu ou une altération du sujet, la situation corporellement vécue vaille perpétuellement et de manière prégnante comme projet, ou que la permanence subjective de l'événement pose l'ordre de ses préoccupations. La constance de la situation fixe et circonscrit ainsi artificiellement les facteurs impulsifs de son comportement, par les sollicitations diverses qu'elle inclut.

De la même façon, la précision du récit compense la digression et l'absence de thème du discours, que ce soit sous la forme de l'hypermnésie comme disent les psychiatres, ou de l'inventaire anticipé des éventualités, qui suggèrent l'impossibilité même du choix.

Cela expliquerait par ailleurs l'influençabilité, qui peut aller jusqu'au mimétisme, d'un patient qui est toujours mis en situation de devoir et pour qui, si tout fait problème, ce n'est justement pas lui qui pose le problème. Il est d'ailleurs victime de l'hétérogénéité des opinions qu'il s'approprie et qui ne peut qu'ajouter à sa confusion.

Si on peut ainsi rejoindre P.Aulagnier pour qui *ce que clame le maniaque, c'est qu'il possède tout parce qu'il ne désire rien*, il faut ajouter que le même patient peut de même ne rien posséder pour la même raison, et surtout que ce n'est pas *parce qu'il n'a pas de corps*³⁸. Si le corps, comme tout autre domaine, est infiniment puissant ou désespérément nul, c'est au contraire parce qu'il incarne pathologiquement ce dont l'aboulique est incapable : il ne peut effectivement rien désirer, plus précisément, livré à l'optimisme ou au pessimisme fantastiques — qui ne sont pas la mégalomanie et la persécution —, il ne peut même évaluer ce qu'il souffre ou ce qui l'agrée.

³⁷. Séminaire non édité sur l'angoisse du 27.02.63.

³⁸. Ego spéculaire. Corps phantasmé et objet partiel, in *La psychanalyse*, T8, Paris, PUF, 1963. Cité par A.Jeanneau, op. cit., p. 83.